

บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน

พวงรัตน์ มณีวงษ์*

นันทิตา จุไรทัศน์** นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์***

บทคัดย่อ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากการอุดกั้นของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ส่งผลให้ความเร็วของลมที่เป่าออกจากปอดลดลง และใช้เวลาในการหายใจนานขึ้น อาการแสดงด้านร่างกาย ได้แก่ ไข้ ไอมีเสมหะ หอบเหนื่อยรุนแรงมากขึ้น เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อาการแสดงทางด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า หงุดหงิด และหวาดระแวง นอกจากนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ซึ่งพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมักเกิดความเครียด วิตกกังวล ไม่มั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน เมื่อแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลับบ้าน การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแล ครอบครัว วิเคราะห์ปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ ประเมินสิ่งแวดล้อม ให้คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อม ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและปรับพฤติกรรมในระยะฟื้นฟูสภาพ ให้บริการพยาบาลและให้คำแนะนำการใช้อุปกรณ์ต่างๆ และส่งเสริมความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลต่อที่บ้าน จะมีการติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 7-10 วันหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองต่อที่บ้านได้อย่างมั่นใจ เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด เน้นการพยาบาลแบบองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นการนำทฤษฎีสู่การปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้ และลดภาวะโรคแทรกซ้อน ป้องกันการกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

*ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาล หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

**พยาบาล หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

*** พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

Nursing of Patient with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Home

Phounggrath Maneewong*

Nuntita Churaitatsanee*Nitchatima Sereewichayasawad**

ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease is an obstruction of the lower respiratory tract resulting in decreased pulmonary velocity and taking longer to breathe. Physical symptoms included fever, cough, secretion, severe tiredness, dizziness, fatigue and poor appetite. Emotional symptoms included anxiety, depression, irritability and paranoia. In addition, these symptoms affect both the patient, and the family caregivers. When a patient's condition is stable and they are ready to be discharged (sent home), patients/caregivers often feel stressed, anxious, and less confident in providing care. It is the role of the visiting nurse to assess the health status of patients, the availability of family and caregivers, and to analyze health needs. Visiting nurses must create an environmental assessment to provide advice for environmental management. They must practice skills with the patient and family to help them recognize and adjust their behavior during rehabilitation. They should provide nursing care and advice on the use of equipment, and encourage patients and their families to care for themselves at home, after patients have been discharged. 7-10 days after a patient is discharged from the hospital, the patient and their relatives should be able to take care of the recovering patient at home with confidence. The focus is on helping patients and their families as much as possible using holistic nursing; physical, mental, social and environmental care skills. The ultimate goal is to provide patients with a better quality of life by enabling them to care for themselves at home, reducing complications, and preventing readmission to the hospital.

Keywords : Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Home Health Care

*Corresponding Author, Register Nurse Home Health Care Nursing Unit, Ambulatory Care Nursing Service, Nursing Division, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital.

**Register Nurse Home Health Care Nursing Unit, Ambulatory Care Nursing Service, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital.

***Clinical Nurse Specialist. Ambulatory Care Nursing Service, Nursing Division, Somdech Phra Debaratana Medical Center Ramathibodi Hospital.

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับที่ 4 ของโลก¹ สถิติของสำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียชีวิตในปี พ.ศ.2554-2557 เท่ากับ 6.99, 7.55 และ 8.76 ต่อประชากรแสนคน² ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้น และจากสถิติของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี พ.ศ.2556-2557 เป็นจำนวน 7,017 ราย และ 7,083 ราย ซึ่งมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเช่นกันนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2556-2557 เป็น 9,786 วัน และ 10,158 วัน³ ซึ่งมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น ส่งผลให้มีปริมาณการใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น⁴

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่าง ทำให้เนื้อเยื่อปอดถูกทำลาย ไม่สามารถรักษาให้กลับมาเป็นปกติได้⁵ อาการแสดงทางด้านร่างกาย ได้แก่ ไข้ ไอมีเสมหะ หอบเหนื่อยรุนแรง เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อาการแสดงด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า หงุดหงิด หวาดระแวง และโมโหง่าย^{6,7} การรักษาในระยะที่มีอาการหอบเหนื่อยรุนแรงแพทย์จะพิจารณาทำการเปิดทางเดินหายใจด้วยการเจาะคอและใช้เครื่องหายใจแรงดันบวกชนิด CPAP, BiPAP, พ่นยาขยายหลอดลมเพื่อบรรเทาอาการหอบเหนื่อย⁸ เมื่อรักษาอาการในโรงพยาบาลจนผู้ป่วยมีอาการสงบและดีขึ้น แพทย์

จะพิจารณาให้กลับบ้าน ผู้ป่วยบางรายมีภาวะหายใจลำบาก มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดำรงชีวิตที่บ้าน เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกชนิด CPAP, BiPAP, ออกซิเจน, เครื่องพ่นยา เป็นต้น บุคคลสำคัญที่ต้องเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยคือครอบครัวต้องจัดหาสมาชิกเพื่อดูแลผู้ป่วย⁹ เมื่อครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมักเกิดความเครียด วิตกกังวล ไม่มั่นใจในการดูแลต่อที่บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงเนื่องจากมีแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปมีภาวะ และมีค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มสูงขึ้น¹⁰ จึงทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล และมีจำนวนวันของการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่นานขึ้นมีการศึกษาของ Rinne, Graves, Bastian, Lindenauer, Wong, Hebert, et al.¹¹ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาตัวในโรงพยาบาลยาวนาน จะมีความเสี่ยงสูงในการกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลการศึกษาของ Palanupap, Wacharamaneekan, Khameiad, Tretrisit, Kantasa, Chowjiriyapan, et al.¹² พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลับเข้ามารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน เป็นร้อยละ 32.6 และมีการกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 2-8 ครั้งต่อปี¹³ เพื่อลดปัญหาการกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานลดปริมาณการใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นได้แก่ ค่าแรงบุคลากรแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่น ค่ายาเวชภัณฑ์จากห้องยา ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์และค่าเสื่อมราคาอาคาร เป็นต้น¹⁴ และเพื่อลดปัญหาความไม่

มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านเป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้านโดยนำแนวคิดทฤษฎี METHOD Model^{15,16} มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทในการสอนทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวัน แนะนำการใช้อุปกรณ์เพื่อส่งเสริมความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวและติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 7-10 วันหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้านได้ เน้นการพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นการนำทฤษฎีสู่ภาคปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพเท่าที่จะทำได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและทบทวนวรรณกรรมในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแก่ครอบครัวต่อที่บ้านภายหลังออกจากโรงพยาบาล
3. เพื่อเตรียมความพร้อมในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวที่บ้าน

หลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจมีการดำเนินของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ภาวะหายใจล้มเหลว เมื่อผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลจนผ่านภาวะวิกฤตและต้องกลับไปฟื้นฟูที่บ้านจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจ

ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดำรงชีวิตที่บ้าน เช่น เครื่องพ่นยาออกซิเจน หรือเครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก ชนิด CPAP, BIPAP¹⁷ ดังนั้นหลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านมี ดังนี้

1. การพยาบาลระยะอาการสงบ (Stable COPD) ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะหายใจหอบเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมหนักต่อเนื่องเช่น ออกกำลังกาย ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านในระยะนี้แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1.1 ด้านสิ่งแวดล้อม

1.1.1) ให้คำแนะนำผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่รวมทั้งหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ที่สูบบุหรี่เนื่องจากสามารถเพิ่มอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้¹⁸

1.1.2) ให้คำแนะนำทำความสะอาดห้องนอน จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่อยู่อาศัยตลอดจนอุปกรณ์การดูแลที่จำเป็นเพื่อกำจัดฝุ่นละอองเนื่องจากทำให้เกิดอาการกำเริบของโรค¹⁹

1.1.3) แนะนำหลีกเลี่ยงบุคคลที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด หากจำเป็นแนะนำให้สวม Mask เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคต่ำทำให้อาการกำเริบของโรคได้

1.2 ด้านอาหารและโภชนาการ

ผู้ป่วยมีการสูญเสียกล้ามเนื้อน้ำหนักตัวลดควรมีการตรวจประเมินภาวะน้ำหนักทุก 6-12 เดือนถ้ามีค่า BMI ≤ 20 ถือว่ามีภาวะขาดสารอาหาร²⁰ ควรมีการประเมินภาวะทุพโภชนาการทุกครั้งที่มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน²¹

1.3 ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ช่วยส่งเสริมการทำงานของปอดให้คำแนะนำ ดังนี้

1.3.1) การฝึกการหายใจแบบ pursed-lips Breathing เป็นการฝึกผ่อนลมหายใจออกโดยการท่อปากและบริหารกล้ามเนื้อกระบังลม ลดอาการเหนื่อย²² มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ให้นอนหายใจหรือนั่งเก้าอี้ในท่าที่ผ่อนคลาย เท้าทั้งสองข้างวางราบกับพื้นแยกห่างกันเล็กน้อย และวางมือสองข้างไว้บนหน้าท้อง

ขั้นตอนที่ 2 สูดหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ จนรู้สึกท้องป่อง

ขั้นตอนที่ 3 ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆโดยการทอริมฝีปากพร้อมกับท้องแฟบ

1.3.2) การจัดทำเพื่อระบายเสมหะช่วยให้หายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอาการหอบเหนื่อย มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จัดท่า Postural Drainage คือท่าที่ทำให้ปอดบริเวณที่มีเสมหะสะสมอยู่ในตำแหน่งที่คว่ำลง เพื่อให้แรงโน้มถ่วงของโลกช่วยดึงให้เสมหะเคลื่อนตัวลงมาสู่ท่อหลอดลมขนาดใหญ่²³

ขั้นตอนที่ 2 การสั่นสะเทือนและการเคาะปอดแนะนำให้ผู้ดูแลวางมือทาบบนบริเวณทรวงอก ในขณะที่หายใจออก ใช้น้ำหนักตัวกดสั่นผ่านมือสั่นสะเทือนที่ทรวงอก เพื่อให้เสมหะรวมตัวกันหลังจากนั้น แนะนำให้ญาติผู้ดูแลเคาะปอด โดยรองฝ่าๆบางบริเวณทรวงอก ให้ใช้อุ้งมือโดยทำมือเป็นลักษณะค้อม นิ้วแต่ละนิ้วชิดกัน เรียกว่า Cupped Hand การเคาะใช้วิธีสลับข้อมือ เคาะลงบนผนังอก จะทำให้เกิดการสั่นสะเทือน การเคาะใช้เวลา 1-2 นาที²⁴

ขั้นตอนที่ 3 การไอขับเสมหะ แนะนำให้นั่งวางเท้าทั้ง 2 ข้าง หุบปากสูดลมหายใจเข้าลึกๆซ้ำๆอย่างเต็มที่ทางจมูก จากนั้นกลั้นหายใจ

สักครู่ แล้วออกแรงไอ 2-3 ครั้ง ในกรณีที่ไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้แนะนำให้ซื้อเครื่องดูดเสมหะ สอนวิธีการใช้เครื่องและวิธีการดูดเสมหะ

1.3.3) การออกกำลังกาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายโดยการเดินหรือปั่นจักรยานอยู่กับที่เป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาที²⁵ สำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แนะนำให้ญาติผู้ดูแลพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ

2. การพยาบาลระยะอาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute Exacerbation COPD) อาการและอาการแสดงคือ ไข้ ไอมีเสมหะ หอบเหนื่อย ปอดมีเสียง Wheeze ระยะนี้ผู้ป่วยจะเหนื่อยมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การรักษาแพทย์จะพิจารณาใส่เครื่องช่วยหายใจออกซิเจนพ่นยา²⁶ การพยาบาลที่บ้านระยะนี้ มีดังนี้

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกชนิด CPAP, BIPAP ที่บ้าน

2.1.1) แนะนำสาเหตุของการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกและแนะนำข้อมูลแหล่งประโยชน์ เบอร์โทรศัพท์บริษัทในการเช่าหรือซื้อเครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกชนิด CPAP, BIPAP

2.1.2) แนะนำวิธีการเปิด-ปิดเครื่องและระวังไม่ให้น้ำเข้าเครื่อง หากพบว่าผิดปกติให้ติดต่อบริษัททันที

2.1.3) แนะนำวิธีการดูแลรักษา²⁷ ดังนี้
ตัวเครื่องช่วยหายใจ ใช้ผ้าแห้งสะอาด เช็ดภายนอกตัวเครื่อง

หมอน้ำทำความชื้น ล้างด้วยน้ำที่ผสมด้วยน้ำยาล้างจาน ตามด้วยน้ำสะอาด ผึ่งให้แห้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

แผ่นกรองอากาศ ควรเปลี่ยนทุก 1-3 เดือน

หน้ากากท่อหายใจ ล้างด้วยน้ำผสมน้ำสบู่อย่างอ่อน ล้างตามด้วยน้ำสะอาด ผึ่งในร่มให้แห้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

อุปกรณ์แบบท่อเจาะคอ ได้แก่ ท่อหายใจ หม้อน้ำทำความสะอาด ชุดเจาะคอ ทำความสะอาดด้วยการส่งอบที่โรงพยาบาลเอกชนใกล้บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้ออกซิเจนและพ่นยาที่บ้านออกซิเจนที่ใช้เป็น Nasal Cannula ให้ 1-2 ลิตร/นาทิต เนื่องจากถ้าได้รับปริมาณสูงเกินไปทำให้เกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งได้²⁸ และให้เป็นระยะเวลามากกว่า 15 ชั่วโมงต่อวัน การใช้ออกซิเจนที่บ้านมี 2 ชนิด คือ

2.2.1) Oxygen Tank เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ออกซิเจน 1-2 ลิตร/วัน หรือใช้สำหรับพกพาในรถยนต์เพื่อลดอาการเหนื่อยขณะเดินทางแนะนำสถานที่จำหน่ายออกซิเจน สถานที่เดิม วิธีการใช้ การดูแลรักษา เน้นย้ำไม่ควรวางออกซิเจนไว้ใกล้ไฟเนื่องจากติดไฟได้ง่ายและควรตั้งไว้ในที่มั่นคงและมีที่ผูกมัดเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

2.2.2) Oxygen Concentrator เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ออกซิเจนตลอด 24 ชั่วโมง เนื่องจากเป็นระบบไฟฟ้าและสามารถพ่นยาได้ พยาบาลเยี่ยมบ้านจะให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ เครื่องผลิตออกซิเจนและการพ่นยาการดูแลรักษา และสถานที่เช่า-ซื้อเครื่องผลิตออกซิเจน

2.2.3) เครื่องพ่นยาแนะนำสถานที่ซื้อเครื่อง หากผู้ป่วยมีฐานะยากจน พยาบาลเจ้าของไข้จะพิจารณาให้ยืมเพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้าน และแนะนำการดูแลรักษา โดยตัวเครื่องให้ใช้ผ้าชุบน้ำหมาดๆ เช็ดคราบฝุ่นและหน้ากากพ่นยาให้ถอดล้างน้ำแล้วผึ่งให้แห้ง

3. การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน (Palliative Care Stage) เมื่อโรครุนแรงเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆทั่วร่างกายที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต การพยาบาลผู้ป่วยระยะ

นี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ²⁹ เน้นการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย และให้กำลังใจครอบครัว³⁰

ขั้นตอนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Discharge Planning) เป็นกระบวนการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน³¹ โดยทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยแพทย์นักกายภาพบำบัดเภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น โดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยจะได้รับการส่งปรึกษาปัญหาจากแพทย์หรือพยาบาลบนหอผู้ป่วยหรือหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกตลอดจนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่แผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1.1 ศึกษาประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค แผนการรักษา และประวัติครอบครัว เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน

1.2 ประเมินภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว และความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน³²

1.3 นัดหมายญาติผู้ดูแลเพื่อสอน-สาธิตในกรณี que ผู้ป่วยมีอุปกรณ์กลับไปดูแลที่บ้านเช่น การให้อาหารทางสายยางออกซิเจนเครื่องพ่นยาและการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลที่บ้าน

1.4 จัดเตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ เครื่องพ่นยา, ออกซิเจน, เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกโดยแนะนำแหล่งประโยชน์ ให้เบอร์ประสานงานกับตัวแทนบริษัท

1.5 ให้บริการปรึกษาปัญหาที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทางด้านจิตใจเช่น ความวิตกกังวล³³ เป็นต้น

1.6 ประเมินแหล่งสนับสนุนในชุมชน เช่น โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่อยู่ใกล้บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรึกษากรณีเร่งด่วน

1.7 ประเมินอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เช่น ชุดพ่นยาสายออกซิเจน ฯลฯ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ที่บ้าน

ภายหลังการประเมินผู้ป่วย ทำให้ได้ข้อมูลความเจ็บป่วยหรือระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยจึงกำหนดปัญหาและสามารถนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อที่บ้าน โดยใช้กระบวนการ METHOD Model^{15,16} ดังนี้

M: Medication & Adverse effects คือ ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้านและการบริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทั้งยากินและยาพ่น สอนวิธีการใช้ยาพ่นที่ถูกต้อง คือ

1. การพ่นยาแบบ Meter Dose Inhaler ได้แก่ Berodual Fort, Seretide Evohaler หลักในการพ่นยา³³ มีดังนี้

- 1) เหย้าให้ยากระจายตัวดีก่อนพ่นยา
- 2) จับกระบอกยาให้มั่นคง
- 3) กดกระบอกยาจนสุด พร้อมกับสูดลมหายใจเข้าทางปากช้าๆและลึก
- 4) กลั้นหายใจไว้ประมาณ 10 นาที
- 5) กรณีต้องใส่ยา 2 ชุด เว้นระยะห่างในการสูดครั้งที่ 2 ประมาณ 1 นาที

6) บ้วนปากหลังพ่นยาทุกครั้ง

2. การพ่นยาแบบ Dry Power Inhale³³

1) ด้วยาเป็นผง ห้ามหายใจเข้าไปในกระบอกพ่นยา อาจทำให้ผงยาจับเป็นก้อนได้

2) คลีกหลอดยา 1 ครั้ง เพื่อเตรียมยา

3) สูดยาทางปากเร็ว แรง ลึก และสูดให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้

4) บ้วนปากหลังพ่นทุกครั้ง

ในการสอนต้องคำนึงถึงว่าผู้บริหายาเป็นใคร และมีข้อจำกัดในการบริหารยาหรือไม่ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวบริหารยาที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

E: Environment & Equipment คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เอื้ออำนวยต่อการฟื้นฟูสภาพของโรค เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมจะทำให้รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยลดสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมและให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ³⁴

T: Treatment คือ แผนการรักษาที่ดำเนินต่อที่บ้าน เช่น ปริมาณออกซิเจนที่ได้รับก็ลิตร เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกชนิด CPAP, BiPAP มีแรงดันก็เซนติเมตรน้ำ และยาพ่นที่ต้องใช้ต่อเนื่องที่บ้าน เป็นต้น

H: Health คือการให้ความรู้และสอนทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวได้แก่ การให้ความรู้การใช้ออกซิเจนที่บ้านการให้ความรู้และวิธีการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกให้ความรู้เรื่องการเลิกบุหรี่ เป็นต้น

O: Outpatient (Follow up & Referral) คือ การตรวจตามนัด การมาตรวจเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การส่งต่อไปรับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

D: Diet คือ ภาวะโภชนาการที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 2 การบริการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน¹⁶ (Home visit) เป็นการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านภายหลังจำหน่าย เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินความสามารถในการดูแลของครอบครัว สอนสาธิต เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 วางแผนการเยี่ยมผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายแผนการดำเนินงานกิจกรรมทางการพยาบาลและกำหนดเวลาในการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน

2.2 เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ได้แก่ Stethoscope, เครื่องวัดความดันโลหิต, เครื่องวัดออกซิเจนในเม็ดเลือด ฯลฯ

2.3 เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตามแผนที่วางไว้โดย

2.3.1) ประเมินภาวะสุขภาพโดยวัดความดันโลหิตวัดค่าออกซิเจนในเม็ดเลือดฟังกอด

2.3.2) ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้เป็นไปอย่างถูกต้อง

2.3.3) ทบทวนการให้อาหารทางสายยาง กรณีใส่สายอาหาร

2.3.4) ทบทวนการใช้ออกซิเจน, เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก และวิธีการดูแลรักษา

2.3.5) ปฏิบัติการพยาบาลที่เกินความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เปลี่ยนสายให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น

2.3.6) ประเมินสิ่งแวดล้อม ให้ความรู้สุขภาพอนามัยที่บ้านให้ ถูกสุขลักษณะ และปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น บ้านควรสะอาดไม่มีเสียงรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ

2.4 บันทึกและรายงานผลการเยี่ยมบ้านอย่างละเอียดลงในทะเบียนประวัติของผู้ป่วย เพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และบันทึกในระบบหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ (สปสช.) เพื่อรายงานสถิติการดูแลผู้ป่วยในระดับประเทศ³⁵

2.5 วางแผนการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

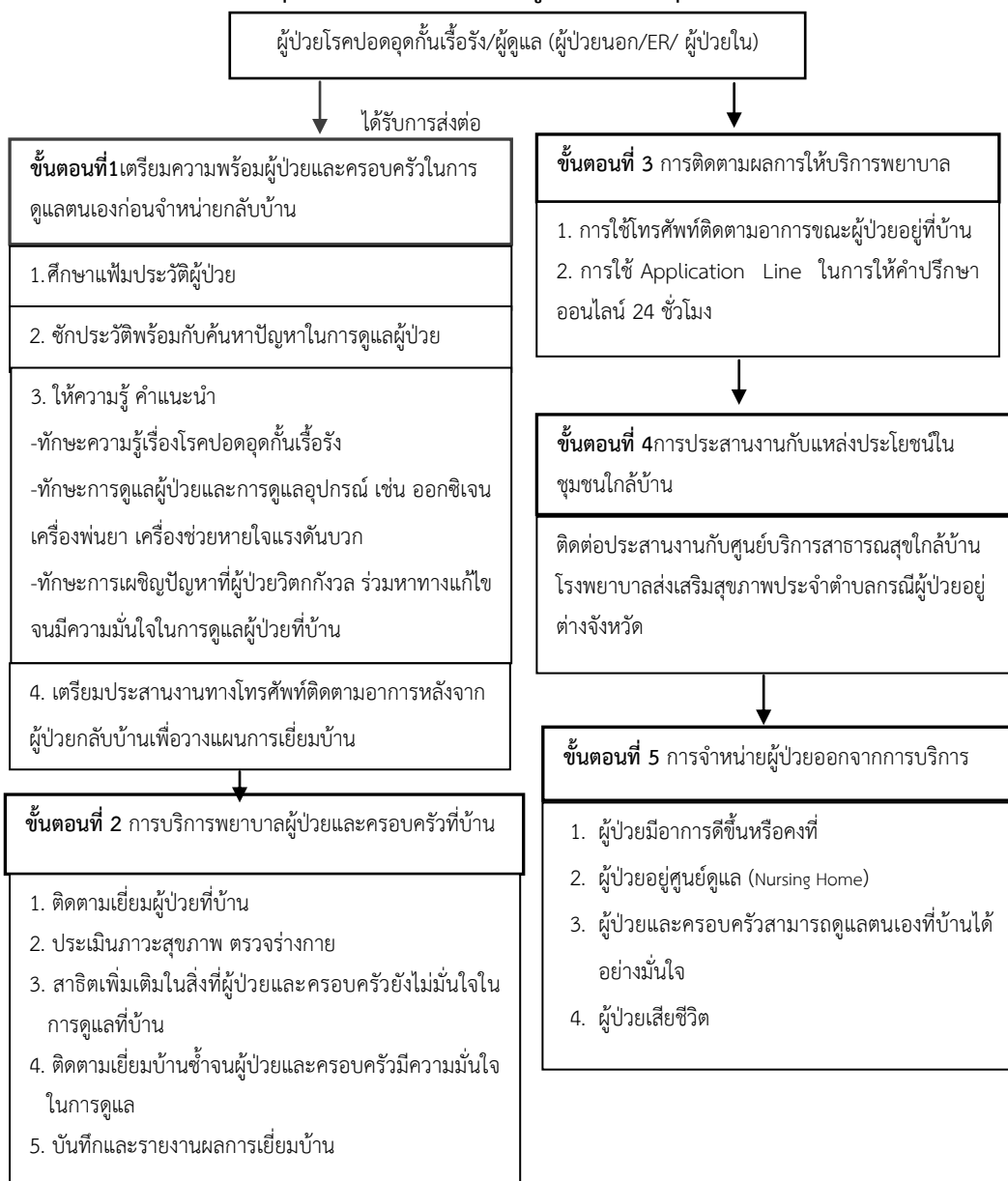
ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลการให้บริการพยาบาล (Follow up) เป็นการติดตามการรักษาของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลเพื่อให้เข้าถึงการบริการทางสุขภาพได้สะดวก เช่น การนัดหมายผู้ป่วยเพื่อเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์, การให้คำปรึกษาออนไลน์ 24 ชั่วโมงทางApplication Line เพื่อการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น^{16,36}

ขั้นตอนที่ 4 การประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน (Referral Service) เป็นการประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนใกล้บ้าน ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพได้สะดวกและต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล³⁶

ขั้นตอนที่ 5 การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากบริการ (Discharge disposition) เมื่อการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านบรรลุเป้าหมายคือ ผู้ป่วยและครอบครัวมั่นใจในการดูแลที่บ้านมีอาการคงที่ ดีขึ้นหรือไปอยู่ศูนย์ดูแลหรือเสียชีวิตพยาบาลเจ้าของไข้จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากบริการ¹⁶

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน เป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการให้บริการพยาบาลที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจ และสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ ซึ่งในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎี Method Model^{16,17} สู่ภาคปฏิบัติเพื่อการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แผนภาพสรุปขั้นตอนในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน



กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 78 ปี สูง 160 เซนติเมตร น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 20.32 ต่อตารางกิโลเมตร สถานภาพ หม้าย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ การศึกษา ปริญญาตรี อาชีพ เกษียณอายุ อาการสำคัญที่มา ร.พ. หอบเหนื่อยมากขึ้น 3 วัน ไข้ต่ำๆ ไอ เสมหะเขียวข้นมากขึ้น มีประวัติสูบบุหรี่ 1 ซองต่อวัน มา 40 ปี ปัจจุบันเลิกมา 3 ปี แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและใช้ออกซิเจน 1 ลิตร/นาที่ที่บ้าน มีประวัติรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบ 2 ครั้ง แรกรับที่ห้องฉุกเฉินหายใจเหนื่อย ฟันยาไม่ดีขึ้น ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที่ หายใจ 28-36 ครั้ง/นาที่วัด O_2 saturation ขณะหายใจเองได้ 89% หายใจมีหน้าอกบวมและใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Arterial Blood Gas ประกอบด้วย $PH = 7.28$ ต่ำกว่าค่าปกติบ่งบอกถึงมีภาวะเลือดเป็นกรด, $PCO_2 = 100$ mmHg สูงกว่าปกติเกิดภาวะกรดในร่างกาย, $PO_2 = 89$ mmHg ต่ำกว่าปกติ, $HCO_3 = 47$ mEq/L สูงกว่าปกติ มีภาวะต่างจากกระบวนการเผาผลาญเอกซเรย์ปอด พบ ปอดแฟบการวินิจฉัยของแพทย์ครั้งนี้คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาการกำเริบเฉียบพลัน แพทย์ทำการรักษาโดยใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ยาฆ่าเชื้อทางเส้นเลือดดำทุก 6 ชั่วโมงเป็นเวลา 14 วัน หลังให้ยาฆ่าเชื้อเสมหะลดลง หลังถอดท่อช่วยหายใจพบมีอาการกำเริบซ้ำ มีเสมหะขาวข้นปนเลือด เหนื่อย หอบมาก จึงเจาะคอ และใส่เครื่องช่วยหายใจ แรงดันบวกชนิด BIPAP ต่อ O_2 bleed 3 LPM และยาพ่น Berodual Forte, Seretide Evohalor, Spiriva รักษาตามอาการแบบประคับประคอง เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคไม่

สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อรักษาผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตจนอาการคงที่ แพทย์จึงพิจารณาให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน และส่งปรึกษาหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน เรื่อง การให้อาหารทางสายยาง, การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ, การใช้เครื่องช่วยหายใจ แรงดันบวกชนิด BIPAP ต่อ O_2 bleed 3 LPM และพยายายยาลดคลม ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านรายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพร้อมในการดูแลของครอบครัว วิเคราะห์ปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้านและฝึกทักษะให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ถูกต้อง ซึ่งมีขั้นตอนในการพยาบาลที่บ้าน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายกลับบ้านโดยมีการรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย แผนการรักษา ประวัติครอบครัว เพื่อประเมินหาผู้ดูแลและค้นหาปัญหาในการดูแล ประเมินความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จากการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยรายนี้ พบว่ามีลูกสาวเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและลูกสาวมีความกังวล ไม่มั่นใจและไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเช่าและซื้อเครื่องช่วยหายใจ แรงดันบวกจึงทำให้กลับบ้านล่าช้ากว่าที่กำหนด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ภายหลังจากการรวบรวมข้อมูลและประเมินผู้ป่วยและครอบครัวทำให้ทราบปัญหาในการดูแลที่บ้าน จึงหาแนวทางแก้ไขโดยนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการ MEDTHOD Model^{16,17} ดังนี้

M: Medication & Adverse effect คือ ให้ความรู้ลูกสาวผู้ป่วยในการพ่นยาขยายหลอดลมชนิด Meter Dose Inhaler ได้แก่ Berodual Forte, Seretide Evohalor, Spiriva รวมทั้งทำความเข้าใจความสะอาดปากและชุดพ่นยาภายหลังการพ่นยา

E: Environment & Equipment คือ ให้ความรู้ลูกสาวในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน อุปกรณ์ต้องสะอาด ปราศจากฝุ่นและลดสิ่งกระตุ้นจากผู้ป่วยสุขสบายพักผ่อนได้เพียงพอเพื่อลดอาการกำเริบของโรค

T: Treatment คือ แผนการรักษาของแพทย์รักษาด้วยการเจาะคอ ดูดเสมหะทางท่อเจาะคอ และใส่เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกชนิด BIPAP I:E 10:8 ต่อ O2 bleed 3 LPM ทาง Tracheostomy และพ่นยา Berodual Forte, Seretide Evohalor, Spiriva ต่อที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาเศรษฐกิจ ไม่สามารถซื้อ-เช่าเครื่องช่วยหายใจได้ พยาบาลมีบทบาทในการประสานงานให้ยืมเครื่อง BIPAP และแนะนำให้เช่าเครื่องผลิตออกซิเจนชนิดไฟฟ้ากับบริษัทในราคา 2,000 บาท/เดือน เพื่อนำมาต่อ O2 bleed 3 ลิตร/นาที ทางบริษัทจะนำเครื่องมาทดลองใช้กับผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

H: Health คือ การนัดหมายลูกสาวเพื่อเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเรื่องการให้อาหารทางสายยาง , การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ, การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด BiPAP ต่อ O2 bleed 3 LPM และการพ่นยาชนิด Meter Dose Inhaler ได้แก่ Berodual Forte, Seretide Evohalor, Spiriva โดยสอนแสดงการดูแลกับชุดสาธิตฝึกปฏิบัติจนญาติเกิดความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล ให้คำแนะนำและให้กำลังใจลูกสาวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตาม

แผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลขึ้นไปฝึกสาธิตกับผู้ป่วยจริง และนัดหมายลูกสาวเพื่อฝึกลงมือปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจ

D: Diet คือ การประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยรายนี้ มีค่าดัชนีมวลกาย 20.32 ต่อตารางกิโลเมตรอยู่ในเกณฑ์ปกติ และได้รับอาหารทางสายยางเป็นอาหารปั่นสูตร 1:1 300 ซี.ซี4 มื้อตามแผนการรักษาของแพทย์

O: Outpatient (Follow up & Referral) คือ การแนะนำการมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่มาก่อนนัด ได้แก่ ไข้ ไอเป็นเลือด หอบเหนื่อย ประเมินแหล่งประโยชน์ใกล้บ้านพบอยู่ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 รัตนานิเบศร์ จึงประสานงานส่งต่อประวัติการรักษาไปยังแหล่งประโยชน์ใกล้บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าถึงการบริการด้านสุขภาพในกรณีมีปัญหาเร่งด่วนพร้อมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์สอบถามกรณีมีข้อสงสัยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลต่อที่บ้านเมื่อแพทย์มีคำสั่งให้ผู้ป่วยกลับบ้านพยาบาลเยี่ยมบ้านส่งอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อใช้ต่อที่บ้าน พร้อมทั้งขอแผนที่เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การบริการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน เป็นการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยประเมินปัญหาในการดูแล และประเมินความสามารถในการดูแลของลูกสาว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถให้การพยาบาลได้ถูกต้องและเกิดความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านภายหลังจากกลับบ้าน 1 วัน จากการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านพบ ชายไทยสูงอายุ นอนบนเตียงรูปร่างสมส่วน ถ้ามองดูไม่มีเสียง ทำ

ตามคำบอกได้ ตรวจร่างกายพบความความดันโลหิต 140/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 111ครั้ง/นาที หายใจ 24ครั้ง/นาที O₂saturation ขณะใส่เครื่อง BIPAP I:E 10:8 ต่อ O₂ bleed 3 ลิตร/นาทีทางท่อเจาะคอ ได้99% ประเมินด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ฟังปอด ได้เสียงเสมหะที่ปอดทั้งสองข้าง จึงให้คำแนะนำการฝึกหายใจแบบ pursed-lips Breathing เพื่อการหายใจที่มีประสิทธิภาพ แนะนำการจัดท่าและการเคาะปอดสอนเทคนิคการไอที่ถูกวิธีเพื่อระบายเสมหะ และแนะนำให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวลูกนึ่งทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้ มีประสิทธิภาพประเมินด้านอาหารและโภชนาการพบค่าดัชนีมวลกาย 20.32 ต่อดารางกิโละเมตร เท่ากับตอนที่อยู่โรงพยาบาล ไม่มีภาวะขาดสารอาหารและรับอาหารทางสายยางเป็นอาหารปั่นสูตร (1:1) 300 ซี.ซี4 มื้อ รับประทานทวนการให้อาหารทางสายยางกับลูกสาวซึ่งเป็นผู้ดูแลทำได้ดี และทบทวนการดูดเสมหะทางท่อเจาะคอและการดูแลผู้ป่วยเจาะคอพบว่าผู้ป่วยและลูกสาววิตกกังวลไม่มั่นใจในการดูดเสมหะ ลูกสาวเกิดภาวะเครียดอยากพาผู้ป่วยไปอยู่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยใกล้บ้าน จึงให้กำลังใจ ให้พูดระบายความรู้สึกและแนะนำแหล่งประโยชน์ให้เบอร์โทรศูนย์ดูแลผู้ป่วยใกล้บ้านญาติขอเวลาตัดสินใจในการพาผู้ป่วยไปอยู่ศูนย์ดูแล ประเมินการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก การใช้ ออกซิเจนการทำความสะอาดและการดูแลรักษา ลูกสาวทำได้ถูกต้อง ประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้านพบว่าผู้ป่วยเล็กสูบบุหรี่มา 3 ปี ไม่มีสมาชิกในบ้านสูบบุหรี่ ห้องนอนของผู้ป่วยโล่งและปลอดโปร่ง อุปกรณ์เครื่องใช้เป็นระเบียบสะอาด อุณหภูมิในห้องนอนเหมาะสม และให้คำแนะนำหลีกเลี่ยงจาก

ผู้ที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเช่น ไข้หวัด เพื่อลดอาการกำเริบของโรค ประเมินการรับประทานยาที่บ้าน ลูกสาวเป็นผู้จัดยา พบว่าลูกสาวจัดยากินให้ทางสายยางที่จุ่มได้ถูกต้องและพ่นยาขยายหลอดลมชนิด Meter Dose Inhaler ได้แก่ Berodual Forte, Seretide Evohalor, Spiriva และทำความสะอาดปากและชุดพ่นยาและเก็บรักษาได้ถูกต้อง จากการติดตามการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านครั้งที่ 1 ผลลัพธ์ที่ได้ยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ เนื่องจากผู้ป่วยและลูกสาววิตกกังวล ไม่มั่นใจในการดูแล ลูกสาวจึงพาผู้ป่วยไปอยู่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยใกล้บ้าน ภายหลังจากผู้ป่วยไปอยู่ศูนย์ดูแลจึงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 2 ที่ศูนย์ดูแล พบอาการคงที่ ผู้ป่วยและลูกสาวไม่เกิดภาวะเครียด ภายหลังจากการเยี่ยมนำข้อมูลทั้งหมดมาบันทึกและรายงานผลการเยี่ยมบ้านลงใน Electric Medical Record (EMR) เพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพและบันทึกในระบบของงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อรายงานสถิติการดูแลผู้ป่วยในระดับประเทศ³⁶

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลการให้บริการพยาบาลเป็นการติดตามการรักษาของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดของแพทย์ทุกครั้ง และสัปดาห์ที่ 3 ได้โทรศัพท์ติดตามอาการผู้ป่วยหลังการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านพบว่าลูกสาวพาไปอยู่ศูนย์ดูแลใกล้บ้านและด้วยอาการผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ จึงให้กำลังใจครอบครัวและแนะนำหากมีสิ่งให้ช่วยเหลือสามารถโทรสอบถามหรือปรึกษาทาง Application Line ได้24 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 4 การประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน ประเมินแหล่งประโยชน์ใน

ชุมชนซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 รัตนธิเบศร์ จึงประสานงานและส่งต่อประวัติการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพได้สะดวก

ขั้นตอนที่ 5 การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากบริการ เมื่อติดตามอาการผู้ป่วย พบว่า ภายหลังจากผู้ป่วยไปอยู่ศูนย์ดูแล เกิดอาการกำเริบและรุนแรงขึ้น จนผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ จึงสิ้นสุดขั้นตอนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน และจำหน่ายจากการบริการจากกรณีศึกษากระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็นการประยุกต์แนวคิดทฤษฎี METHOD model^{16,17} มาสู่ภาคปฏิบัติเพื่อการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพและให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพเท่าที่จะทำได้

ปัจจัยของความสำเร็จและบทเรียนที่ได้รับ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดทฤษฎี METHOD model^{16,17} มาประยุกต์ใช้ในการสอนความรู้ การปฏิบัติตัว การบริหารยา โภชนาการ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ร่วมทั้งการติดตามผลการรักษาให้การพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งกาย

จิต สังคม และสิ่งแวดล้อมและในการพยาบาลผู้ป่วยต้องมีความสอดคล้องกันระหว่างแผนงานกับวิธีการดำเนินงานเพื่อให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ ส่งผลให้ผู้ป่วยของครอบครัวมีความมั่นใจในการพยาบาลได้ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ลดกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลและช่วยให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการช่วยเหลือตนเองที่บ้านได้เท่าที่สามารถทำได้แต่ปัญหาอุปสรรคที่พบ คือ การนัดหมายครอบครัวร่วมพูดคุยถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน นัดค่อนข้างยาก จึงทำให้กระบวนการวางแผนจำหน่ายล่าช้า จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลที่ยาวนาน

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน เป็นกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลจนผู้ป่วยกลับบ้าน และมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการ สอน ให้ความรู้ แนะนำ รวมทั้งให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้และลดการกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. COPD International. COPD Statistics (Internet). 2012(2017 August 25) Available from: <http://www.copd-international.com/library/statistics.htm>.
2. Bureau of Non-communicable Diseases. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. 2011.
3. Statistics Division Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University. COPD Statistics. 2014.
4. Hengcharoensuwan P, Utriyaprasit K, Sindhu S, Laksanabunsong P. Factors Associated with Postoperative Length of Hospital Stay in Coronary Artery Bypass Graft Patients. *Journal of Nursing Science*. 2010; 28(1): 66-58. (in Thai).
5. Imsuwan J. Research synthesis of pulmonary rehabilitation programs in patients with chronic obstructive pulmonary disease[dissertation]. Bangkok: Faculty of Graduate Studies Mahidol University; 2010.
6. Reisin RR. Toward a consensus definition for COPD Exacerbation. *Chest*. 2000; 117: 398S-5401.
7. Phothirat C.. Chronic obstructive pulmonary disease. In: Chiarakun N, editor. *Textbook of Respiratory Diseases*. Bangkok: Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage; 2007. p408-2.
8. O'Donnell DE, Hernandez P, Aaron S, Bourbeau J, Marciniuk D, Hodder R, et al. Canadian Thoracic Society COPD Guidelines: Summary of highlights for family doctors. *Canadian Respiratory Journal*. 2003; 10(4): 183-85.
9. Churaitatsanee S. Family Empowerment in Patient Home Care. In the workshop on nursing home patient and family; 2014 June 18-20; The Emerald Hotel Bangkok, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital.
10. Boonchoo D, Somboontanont W, Thongcharoen V, Wattanakitkrileart D. The Relationships Between Age, Caregiving Burden, Social Support, and Adaptation of Caregivers of Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2015; 35(2): 61-78. (in Thai).
11. Rinne TS, Graves CM, Bastian AL, Lindenauer KP, Wong SE, Hebert LP, et al. Association Between Length of Stay and Readmission for COPD. *The American Journal of Managed Care*. 2017; 23(8): e253-e8.
12. Palanupap K, Wacharamaneekan K, Khameiad T, Tretrisit P, Kantasa P, Chowjiriyapan K, et al. Risk factors associated 28-day readmission for a

- chronic obstructive pulmonary disease Exacerbation. Naresuan Phayao Journal. 2016; 9(2): 13-6. (in Thai).
13. Health Service Practice Guiline. Chronic Obstructive Pulmonary Diseasein 2009. National Health Security Office. Bangkok 2009; 1-41.
14. Pradit N, Rittirod T, Boonsawat W, Meesri A, Zaeoue U. Medical Care Costs Analysis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients with the Universal Health Coverage Program of Asthma and COPD Clinic, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. The national and International Graduate Research Conference 2016; 1055-61. (in Thai).
15. Srijumnong N, Rawiworakul T, Lagampan S, Malathum P. The effects of a self-efficacy promotion program for family caregivers of persons with stroke at home [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2010. (in Thai).
16. Vongterapak S. Home Health care in 2013. In the workshop lecture on home health care in Ramathibodi hospital; 2013 July 18-20; The Emerald Hotel Bangkok, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital.(in Thai).
17. Hess RD. Aerosol Therapy During Noninvasive Ventilation or High-FlowNasal Cannula. Respiratory Care. 2015; 60(6): 880-93.
18. He Y, Jiang B, Li SL, Li SL, Ko L, Wu L, et al. Secondhand smoke exposure predicted COPD and other tobacco-related mortality in a 17-year cohort study in China. CHEST. 2012; 142(4): 909-18.
19. Bose S, Hansel NN, Tonorezos SE, Williams LD, Bilderback A, Breyse NP, et al. Indoor particulate matter Associated with systemic inflammation in COPD. Journal of Environmental Protection. 2015; 6: 566-72.
20. Rawal G, Yadav S. Nutrition in chronic obstructive pulmonary disease: A review. Journal of Translational Internal Medicine. 2015; 4: 151-54.
21. Hsieh JM, Yang MT, Tsai HY. Nutritional supplementation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of the Formosan Medical Association. 2015: 1-7.
22. Dal Negro RW, Aquilani R, Bertacco S, Boschi F, Micheletto C, Tognella S. Comprehensive effects of supplemented essential amino acids in patients with severe COPD and sarcopenia. Monaldi Archives for Chest Disease. 2010;73(1): 25-33.
23. Bianchi R, Gigliotti F, Romagnoli I, Lanini B, Castellani C, Binazzi B, et al. Patters

- of chest wall kinematics during volitional pursed-lip breathing in COPD at rest. *Respiratory Medicine*, 2007; 101(7): 1412-8.
24. Dwyer TJ, Robbins L, Kelly P, Piper AJ, Bell SC, Bye PT. Non-invasive ventilation used as an adjunct to airway clearance treatments improves lung function during an acute exacerbation of cystic fibrosis: a randomized trial. *Journal of Physiotherapy*, 2015; 61(3):142-7.
25. Priest Hospital Department of Medical Services. Guidelines practice to care illness's monks of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 1st edition. Bangkok: Sintavee publishing; 2011.
26. Galera O, Grimal G, Bajon D, Darolles Y. Barriers to referral to pulmonary rehabilitation in COPD patients from the perspective of general practitioners. *Revue De Pneumologie Clinique Journals*. 2017; 73(3): 115-9.
27. MurphyPB, RehalS, ArbaneG, Bourke S, Calverley PMA, Crook AM, et al. Effect of Home Noninvasive Ventilation With Oxygen Therapy vs Oxygen Therapy Alone on Hospital Readmission or Death After an Acute COPD Exacerbation: A Randomized Clinical Trial. *The Journal of the American Medical Association* 2017; 317(21): 2177-86.
28. Koomwong Y. A Guideline to Positive Pressure CPAP & BIPAP Maintenance and Cleaning. *Pulmonary and Critical Care Medicine*, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. (in Thai).
29. Suebsuk P. The role of nurse in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Nursing Science*. 2011; 29(2): 18-26. (in Thai).
30. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention. A guide for Health care professionals updated (Internet) 2015 (cited 2017 December 10); 4-26. Available from: <http://www.goldcopd.com> (2015).
31. Sreeprasarn P, Maskasame W, Dittasung A. Home palliative care the challenging of home health care nurse's roles. *Journal of public Health Nursing*. 2015; 29(2): 98-109. (in Thai).
32. Escarrabill J. Discharge planning and home care for endstage COPD patients. *European Respiratory Journal*. 2009; 34: 507-512.
33. Sitaruno S. Drug Management in COPD & Asthma. *Home Care for Chronic Disease and Palliative Care : The Transition in Primary Care*; 2012 July 11-

- 13; Faculty of Medicine Prince of Songkla University.(in Thai).
34. Hanucharurnkul S. Nursing care of chronic obstructive pulmonary disease patient. In: nursing medicine 2. 16th ed. Bangkok: Master of Nursing Science Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2009. (in Thai).
35. Sereewichayasawad N, Sreeprasarn P.The Roles of home health care nurse in the university hospital.Journal of public Health Nursing. 2014; 28(2): 92-107. (in Thai).
36. Prasartkaew N, Terathongkum S, Maneesriwongkul W.The Effect of a Home Visit and Telephone Follow-up Program on Health Beliefs and Blood Pressure in Persons with Uncontrolled Hypertension . Journal of public Health Nursing. 2012; 42(3): 19-31. (in Thai).

