วารสารวิทยาการสิ่งแวดล้อมไทย ปีที่ 7(5), 2567 : 1 - 13
ISSN 2651-0782

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบ ผ่านบริการปรึกษาทางไกล (TeleHealth) : กรณีศึกษา 2 ราย

วิภาภรณ์ บุตตะ[1]
[1]แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ 46000

วิภาภรณ์ บุตตะ. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบ ผ่านบริการปรึกษาทางไกล (TeleHealth) : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิทยาการสิ่งแวดล้อมไทย ปีที่ 7(5), 2567 : 1 – 13.

บทคัดย่อ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เป็นโรคเรื้อรังที่ทำผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะเหนียว อาการหายใจเหนื่อยหอบและเกิดภาวะหายใจวายได้ การพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยไม่ให้มีอาการกำเริบจนถึงขั้นวิกฤติถือว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบ ผ่านบริการปรึกษาทางไกล (TeleHealth) กรณีศึกษา 2 ราย ที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้หอบกำเริบบ่อยครั้ง รวบรวมข้อมูลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และให้การพยาบาลผ่าน TeleHealth เน้นให้คำปรึกษาและส่งเสริมการป้องกันอาการหอบกำเริบ ประเมินผลลัพธ์ด้วยผลประเมิน CAT score, mMRC และ 6Minute walk test ภายหลังได้รับการพยาบาลผ่าน TeleHealth ผลการศึกษา กรณีศึกษารายที่ 1 เพศชาย อายุ 67 ปี วินิจฉัยโรคเป็น Severe COPD มานาน 10 ปี ประเมินแรกรับ อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ค่าออกซิเจนในเลือด 94-96% ประเมิน mMRC grade 3 CAT score 24 คะแนน ทดสอบ 6MWT ไม่ได้ มีข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาลในระยะอาการหอบกำเริบ 2 ข้อ ระยะติดตามต่อเนื่องที่บ้าน 5 ข้อ หลังได้รับการพยาบาลผ่าน TeleHealth 2 ครั้ง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและแจ้งว่ามีความสุขมากขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองมากขึ้น กรณีศึกษารายที่ 2 เพศชาย อายุ 82 ปี วินิจฉัยโรคเป็น Severe COPD มานาน 20 ปี ประเมินแรกรับ ฟังปอดมีเสียง Wheeze อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ค่าออกซิเจนในเลือด 91% ประเมิน mMRC grade 4 CAT score 36 คะแนน ทดสอบ 6MWT ไม่ได้ มีข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาลในระยะอาการหอบกำเริบ 2 ข้อ ระยะติดตามต่อเนื่องที่บ้าน 7 ข้อ หลังได้รับการพยาบาลผ่าน TeleHealth 2 ครั้ง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่ยังทดสอบ 6MWT ไม่ได้ ญาติและผู้ป่วยแจ้งว่ามีความสุขมากขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองมากขึ้น โดยพึ่งพาลูกหลานน้อยลงมาก และสามารถเดินออกมาข้างนอกบ้านได้เองไม่ต้องมีบุตรพยุง กินได้นอนหลับดี ไม่ต้องลุกขึ้นมาไอหรือมาหอบช่วงกลางดึก มีความมั่นใจในการออกนอกบ้าน

จากผลการศึกษาความสามารถและความคงทนต่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ภาพรวมดีขึ้นมาก เนื่องจากได้รับการดูแล รับคำปรึกษาจากผู้ศึกษาอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องเสมือนมีโค้ชมีที่ปรึกษาประจำตัว ผ่านบริการปรึกษาทางไกล ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้สึกปลอดภัย ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจอย่างมาก ส่วนปัญหาที่พบคือเรื่องการสื่อสาร เมื่อให้บริการ TeleHealth ต้องพูดช้าๆ ชัดๆ และขอให้ญาติจัดสถานที่ที่เงียบสงบในการรับบริการแต่ละครั้ง

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, บริการปรึกษาทางไกล

ผู้ดำเนินการหลัก : วิภาภรณ์ บุตตะ ; **อีเมล :** jajing2519@gmail.com

Thai Journal of Environmental Studies Vol. 7(5), 2024 : 1 - 13
ISSN 2651-0782

Nursing care in patients with chronic obstructive pulmonary disease to prevent exacerbate by TeleHealth Services (TeleHealth): 2 case studies

Wipaporn Butta[1]

[1]Outpatient Nursing Group Kalasin Hospital

Kalasin Sub-District, Mueang District, Kalasin Province. 46000

Wipaporn Butta. (2024). Nursing care in patients with chronic obstructive pulmonary disease to prevent exacerbate by TeleHealth Services (TeleHealth): 2 case studies. Thai Journal of Environmental Studies Vol. 7(5), 2024 : 1 – 13.

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a chronic disease that leaves people with a chronic cough and thick mucus. Breathlessness and respiratory failure can occur. Nursing care to prevent patients from relapsing to critical levels is a challenge. This study of nursing care in patients with COPD to prevent exacerbate by TeleHealth Services 2 case studies is unable to control the disease. Collect data using the nursing process to determine nursing diagnoses. and provide nursing care by TeleHealth services. Focus on giving advice and promoting prevention of exacerbate. Results were evaluated by CAT score, mMRC and 6Minute walk test after receiving nursing care by TeleHealth services. Results of the study: Case study number 1, male, 67 years old, diagnosed with severe COPD for 10 years. First assessment received respiratory rate 26 /min, oxygen saturation 94-96%, evaluated for mMRC grade 3, CAT score 24 points, unable to test 6MWT. There were 2 items of diagnosis and nursing activities during the acute exacerbations period and 5 items at continuous home. After nursing care by TeleHealth 2 times. The patient improved and reported being happier. Able to do daily activities on your own more. Case study number 2, male, 82 years old, diagnosed with Severe COPD for 20 years, first evaluated. Listen to the lungs for a wheeze sound received respiratory rate 30 times/minute, oxygen saturation 91%, evaluated by mMRC grade 4, CAT score 36 points, unable to test 6MWT. There were 2 items of diagnosis and nursing activities during the acute exacerbations period and 7 items at continuous home. After nursing care by TeleHealth 2 times. The patient is feeling better, but is still unable to complete the 6MWT test. Relatives and the patient report being happier. Able to do daily activities on your own more and can walk outside the house by himself. Eat and sleep well. No to get up to cough or gasp of the night. Have confidence in going out.

Results of the study of the ability and endurance to perform activities of the two case study patients, the overall picture has improved greatly. Due to being taken care of Receive close and continuous advice from educators as if you had a personal coach and advisor through nursing care TeleHealth. Patients and relatives feel safe. As a result, patients and families are highly satisfied. The problem encountered was communication. When providing TeleHealth services, speak slowly and clearly and ask that relatives provide a quiet place for each service.

Keywords: COPD, telemedicine, telehealth

Coressponding Author : Wipaporn Butta ; **E-mail address**: jajing2519@gmail.com

1. บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD : chronic obstructive pulmonary disease) ประกอบด้วย โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (emphysema) (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; NHLBI, 2010) เป็นโรคที่มีการจำกัดการไหลเวียนของอากาศและไม่สามารถคืนกลับสู่สภาพเดิมได้อย่างสมบูรณ์ มีลักษณะของการอุดกั้นทางเดินหายใจที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และมักพบการติดเชื้อที่เกิดจากการตอบสนองของปอดต่อสารพิษหรือก๊าซในอากาศ (ATS/ERS, 2005; GOLD, 2011) การจำกัด การไหลเวียนของอากาศอย่างเรื้อรังเป็นลักษณะเฉพาะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการอุดตันของหลอดลมเล็กๆ ร่วมกับเกิดการทำลายของเนื้อปอด ระบบการทำงานของปอดถูกทำลายแบบลุกลามซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะเหนียว อาการหายใจเหนื่อยหอบและเป็นเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนเรื้อรัง เมื่อโรคลุกลามมากขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบมากจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ น้ำหนักลดลงอย่างมาก ในระยะท้ายของโรคมักพบการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เกิดภาวะหายใจวาย (respiratory failure) (นภารัตน์ อมรพุฒิสถาพร, 2564)

ในปี พ.ศ.2561 ประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1.3 เท่าในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา และมีอัตราการเสียชีวิต 40 คนต่อแสนประชากร (กรมการแพทย์สถาบันโรคทรวงอก, 2562) และต้องจ่ายเงินเพื่อรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ สูงถึง 17,500 ล้านบาท ต่อปี คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของรายได้ประชาชาติ ทำให้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 1 ใน 10 ของโรคเรื้อรังที่เป็นภาระต่อค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศไทย (สุมาลี เกียรติบุญศรี, 2555)

จังหวัดกาฬสินธุ์รายงานผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี 2563 – 2565 พบผู้ป่วยจำนวน 775, 845 และ 732 ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2565) พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่คลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2563-2565 จำนวนคน/ครั้ง 521/1,641, 574/1,933, 601/2,017 ตามลำดับ และมีอัตราเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน ในปี 2563-2565 ร้อยละ 68.72, 48.36 และ 57.99 ตามลำดับ อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 11.4, 9.5 และ 17.8 ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2565) จากข้อมูลด้านสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีปัญหาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน โดยมุ่งเน้นลดอัตราการกำเริบของโรคไม่ให้เกิดภาวะวิกฤตและให้ผู้ป่วยควบคุมโรคให้อยู่ในระยะสงบได้อย่างยาวนาน

สภาการพยาบาลได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก โดยกำหนดการให้บริการตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการจนออกจากหน่วยบริการ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย 9 มาตรฐาน ได้แก่ การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา, การพยาบาลในระยะการตรวจรักษา, การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา, การดูแลต่อเนื่อง, การสร้างเสริมสุขภาพ, การคุ้มครองภาวะสุขภาพ, การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ, การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และ การบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งการบริการ ณ ปัจจุบัน เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยที่ต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง จะดำเนินการส่งข้อมูลไปยังศูนย์ COC เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ติดตามต่อ ซึ่งผลการตอบกลับยังมีอัตราการตอบกลับที่น้อยมาก รวมถึงรายละเอียดในการตอบกลับมีไม่มาก ไม่ครอบคลุมข้อมูลเนื้อหาที่ต้องการ

ปัจจุบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของมนุษย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีการสื่อสารและโทรคมนาคมที่นับวันยิ่งจะทำให้ระบบต่างๆ พัฒนาก้าวหน้าและรวดเร็วมากขึ้น และได้ถูกนำเข้ามาช่วยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ สำหรับด้านการแพทย์และสาธารณสุขนั้น เราเรียกการนำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลนี้ว่า การแพทย์ทางไกล หรือ Telemedicine / Telehealth (World Health Organization, 2009) เป็นการดูแลรักษาทางการแพทย์ ที่หมายรวมถึงการให้บริการ การวินิจฉัย การให้คำปรึกษา และการรักษา การให้ความรู้ และการส่งข้อมูลทางการแพทย์ สรุปเป็นระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine System) เป็นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร หรืออุปกรณ์มัลติมีเดียมาช่วยส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพการรักษาทางด้านการแพทย์ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็วแม้ผู้ป่วยกับแพทย์จะอยู่ห่างไกลกันเพียงใดก็ตาม (พวงชมพู ประเสริฐ, 2561)

จากสถานการณ์ปัญหาที่กล่าวมา ในฐานะพยาบาลผู้ดูแลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงมีความคิดที่จะนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ โดยประยุกต์งานบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ปรับมาเป็นการบริการปรึกษาทางไกล (TeleHealth) มาพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

แก่ผู้ป่วยที่มีอาการหอบกำเริบบ่อยครั้ง ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ในการคุ้มครองสิทธิการเข้าถึงระบบบริการปรึกษาเฉพาะทางอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพ ได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์ รวมถึงเป็นช่องทางส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่มีความสะดวกและรวดเร็ว สนับสนุนการให้ความรู้และเสริมสร้างกำลังใจแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อนำกระบวนการพยาบาลผ่านบริการการปรึกษาทางไกล (TeleHealth) ไปใช้ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.2 เพื่อประเมินความเป็นไปได้ ของการพยาบาลเพื่อการป้องกันอาการหอบกำเริบ ผ่านบริการการปรึกษาทางไกล (TeleHealth) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.3 เพื่อศึกษาผลการใช้บริการการปรึกษาทางไกล (TeleHealth) ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบ

3. วิธีดำเนินการศึกษา

3.1 คัดเลือกกรณีศึกษาเปรียบเทียบ

คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีประวัติ มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันจนต้องมาห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มากกว่า 2 ครั้ง/เดือน หรือมีอาการหอบกำเริบที่บ้านจนต้องได้พ่นยาฉุกเฉินมากกว่า 5 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งนับรวมทั้งกลางวันและกลางคืน ที่มารับบริการคลินิกหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Clinic Asthma/COPD) หรือคลินิกอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วง เดือนมิถุนายน–กันยายน พ.ศ.2566 และยินดีเข้ารับบริการผ่านบริการการปรึกษาทางไกล (TeleHealth) ได้กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและการดูแลสุขภาพ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และให้การพยาบาลผ่านบริการปรึกษาทางไกล (TeleHealth) ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลด้วย ระยะห่างของอาการหอบกำเริบ อัตราการใช้ยาพ่นฉุกเฉิน ผลการประเมิน CAT score (COPD Assessment Test), mMRC (modified Medical Research Council) และ 6Minute walk test

4. สรุปผลการศึกษา : ข้อมูลผลการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

***4.1 ผลการศึกษา* : กรณีศึกษารายที่ 1**

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 67 ปี สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ภูมิลำเนา ตำบลห้วยโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่โรงพยาบาล 194334 โรคประจำตัว ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

10 ปีก่อนมา มีอาการเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม หายใจลำบาก ไอบ่อย ต้องหยุดหายใจลึกๆ จึงจะดีขึ้น เป็นอาการแบบนี้บ่อยครั้ง นาน 1 เดือน มีอาการมากขึ้น ไอบ่อยขึ้นมีเสมหะมากขึ้น รักษาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ นอนตึกผู้ป่วยในนาน 5-6 วัน แพทย์วินิจฉัยเป็น Severe COPD (GOLD STAGE III) จากผล เอกซ์เรย์ พบมี Infiltration Both Lung ผลเป่า Spirometer พบอัตราส่วนของ FEV_1/FVC = 64 % และค่า FEV_1 = 44 % with chronic symptom (จากเกณฑ์อัตราส่วนของ FEV_1/FVC < 70% และค่า 30% ≤ FEV_1 < 50% with or without chronic symptom) สาเหตุเกิดจาก ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสูบบุหรี่กระดาษพันมวนเอง วันละ 10-15 มวนต่อวัน และดื่มสุราตั้งแต่อายุประมาณ 15 ปี มีอาชีพทำนาและการเกษตรที่บ้าน และทำการเผาถ่านด้วยตนเองเมื่อมีเวลาว่าง รักษาอาการดีขึ้น นัดติดตามอาการและรักษาต่อเนื่องที่ คลินิกหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Clinic Asthma/COPD) แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ตลอด มีขาดนัดขาดยาบ้างบางครั้งเมื่องานยุ่งหรือไม่มีเวลา รวมถึงหากอาการทั่วไปปกติดีไม่มีอาการกำเริบ แต่เมื่อหากมีอาการกำเริบหรือรู้สึกเหนื่อยหายใจลำบากจึงจะมาพบแพทย์เพื่อรับยา มีพฤติกรรมแบบนี้มาตลอด 10 ปี และผู้ป่วยไม่หยุดสูบบุหรี่แต่พยายามลดจำนวนเหลือวันละ 5-10 มวน/วัน 1 เดือนก่อนมา ขณะทำงานมีอาการเหนื่อยหอบกำเริบมา แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม ไอบ่อยมีเสมหะเหนียวขาวขุ่นเยอะ นอนราบไม่ได้ เป็นมาเรื่อยๆ สัปดาห์ และ 2 ชั่วโมงเป็นมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ นอนตึกผู้ป่วยใน ด้วยวินิจฉัย COPD with Acute Exacerbations Admit 3 คืน ดีขึ้นนัดติดตามอาการที่คลินิกโรค Asthma/COPD

21 วันก่อนมา มีอาการเหนื่อยหอบกำเริบมา 1 ชั่วโมง แพทย์ตรวจร่างกาย ฟังปอดมีเสียง Wheezing Both Lung, poor-air emtry both Lung ผลเอกซ์เรย์ไม่พบความผิดปกติ, แพทย์ให้พ่นยา Berodual 1 NB q 15 min*3 dose ไม่ดีขึ้น ให้นอนตึกผู้ป่วยใน 3 คืน ดีขึ้นนัดติดตามอาการที่คลินิกโรค Asthma/COPD

9 วันก่อนมา มีอาการหอบกำเริบ นอนราบไม่ได้แน่นหน้าอก เหนื่อยหายใจไม่อิ่ม ไอบ่อยเสมหะเยอะ เป็นมา 3 ชั่วโมง มาตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แพทย์ให้พ่นยา Berodual 1 NB q 15 min*3 dose และให้ Dexamethasone 8 mg iv stat อาการดีขึ้นนอนสังเกตอาการ 2 ชั่วโมง จำหน่ายกลับบ้านได้

7 วันก่อนมา มีอาการเหนื่อยหอบกำเริบจำนวน 3 ครั้ง พ่นยาฉุกเฉินรอบละ 2-3 ครั้งดีขึ้นพออยู่ได้ จึงไม่มาโรงพยาบาล และอาการหอบกำเริบ มักเป็นในช่วงเช้าหลังตื่นเวลาประมาณ 07.00 น. พ่นยา ฉุกเฉิน 2 dose อาการหอบจึงดีขึ้น ช่วงบ่ายเวลาโดยประมาณ 13.00-15.00 น. มักมีอาการหอบกำเริบ และมีอาการหอบกำเริบอีกครั้ง ช่วงเวลา 24.00 - 01.00 น. เมื่อมีอาการหอบกำเริบพ่นยาฉุกเฉินประมาณ 2-3 dose อาการจึงจะดีขึ้น เป็นแบบนี้เกือบทุกวัน

สรุป 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบและจัดการอาการหอบดังนี้

อาการหอบกำเริบ กลางวัน 2 ครั้ง พ่นยาฉุกเฉิน 6 dose

กลางคืน 1 ครั้ง พ่นยาฉุกเฉิน 2-3 dose

วันที่ 13 กรกฎาคม 2565 เวลา 08.22 น. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่ คลินิก Asthma/COPD แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประเมินอาการแรกรับ ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยเล็กน้อยอาจเนื่องจาก เดินมาจากที่จอดรถเองระยะทางประมาณ 600 เมตร ผู้ป่วยเดินช้า เคลื่อนไหวช้า ริมฝีปากแห้ง พูดช้าบ่นแน่นหน้าอกพอทน ไอบ่อยมีเสียงเสมหะในคอ ประเมินสัญญาณชีพ BW 43 kg ส่วนสูง 158 เซนติเมตร V/S BT 36.7 ^{0}c RR 26 /min HR 114 /min BP 135/88 mmHg O2 sat 94-96% ประเมิน mMRC grade 3 CAT score 24 คะแนน ประเมิน 6MWT ประเมินไม่ได้ ขณะซักประวัติผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหายใจหอบ หายใจลำบากมากขึ้น ไอเป็นชุดมีเสมหะเยอะ รายงานแพทย์พิจารณาให้ไปสังเกตอาการที่ห้องฉีดยาประจำแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ศึกษาดูแลส่งและติดตามให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ส่งพ่นยา Berodual 1 NB q 15 min*2 dose หลังพ่นยาและนอนพักผ่อนอาการเหนื่อยหอบดีขึ้น ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอกแล้ว O2 sat 97-98% RR 22 /min HR 118/min BP 121/79 mmHg ส่งพบแพทย์ประจำคลินิกพิจารณาให้ยาดังต่อไปนี้

Berodual MDI(L) 200 dose. กด 1-2 ครั้ง เมื่อมีอาการหอบกำเริบ

Evovaler Seretid 25/128. 2 Puff เช้าและเย็น

Omeprazone 20 mg. 1 tab oral ก่อนอาหารเช้า

Vitamin B complex. 1 tab oral หลังอาหารเช้ากลางวันและเย็น

Acetylcysteine 100mg. 1 ซองผสมน้ำอุ่นดื่ม เช้ากลางวันและเย็น

Spiriva (HandiHaler) 18 mcq. 1 cap หลังตื่นนอนตอนเช้า

THEODUR 200 mg. 1 tab oral หลังอาหารเช้า และเย็น

ดูแลส่งพบเภสัชกร ประจำคลินิกเรียนรู้วิธีการใช้ยาพ่น ก่อนรับยาและจำหน่ายกลับบ้านได้ นัดติดตามอาการ 1 เดือน (17 สค. 2566)

วันที่ 20 กรกฎาคม 2566 เวลา 14.30 น. ติดตามอาการผ่านระบบ TeleHealth ครั้งที่ 1 หลังจำหน่ายจาก OPD 1 สัปดาห์

ผู้ป่วยนอนพักอยู่บนแคร่หน้าบ้าน มีหลานชายช่วยดำเนินบริการ TeleHealth ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ สีหน้าสดชื่น พูดคุยถามตอบได้ดี ไม่มีอาการพูดลำบาก หรือ เหนื่อย ลุกเดินหลานต้องคอยพยุง เดินรอบแคร่ได้ช้ามีอาการเหนื่อยง่าย และมีอาการหอบกำเริบเพียง 1 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ยังไอบ่อยมีเสมหะในคอสีขาวขุ่น แนะนำการไออย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผู้ป่วยสาธิตการไอให้ดู ผู้ป่วยยังมีแรงน้อยในการขับการไอ จึงแนะนำให้ใช้หมอนมากอดไว้แล้วไอ ผู้ป่วยทำได้ดีขึ้น และบอกไม่มีอาการเจ็บหน้าอกแล้วถ้ากอดหมอนแล้วไอ รวมถึงให้คำแนะนำการฝึกการหายใจเพื่อลดอาการเหนื่อยให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติ และญาติบอกว่าผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ 1 สัปดาห์ หลังกลับจากโรงพยาบาล ประเมินการหายใจประมาณ 22-24 ครั้ง/นาที ญาติยังมีสีหน้าวิตกกังวลไม่สบายใจ คอยถามผู้ป่วยเสมอว่าเหนื่อยไหม และซักถามว่าผู้ป่วยจะมีอาการหอบกำเริบอีกหรือไม่ จึงอธิบายเกี่ยวกับโรคและอาการ แผนการรักษา ของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับอาการของโรคและแผนการรักษา และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอด เพื่อ

ให้สามารถดำเนินชีวิตได้ให้ใกล้เคียงกับคนปกติให้มากที่สุด พร้อมให้กำลังใจ ส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบ ผู้ป่วยและญาติรับฟังอย่างตั้งใจ และสอบถามประเด็นสงสัยเล็กน้อย ใช้เวลาในการให้บริการการปรึกษาทางไกลนาน 15 นาที ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าพึงพอใจและมีความสุขกับการบริการผ่านระบบบริการทางไกลแบบนี้ และขอใช้บริการนี้อีกต่อไปเรื่อยๆ จึงให้คำแนะนำในการให้บริการการปรึกษาทางไกล (TeleHealth) ได้เมื่อผู้ป่วยหรือญาติมีข้อสงสัย หรือมีคำถามหรือตัดสินใจไม่ได้ สามารถใช้บริการปรึกษาทางไกลได้ทันที พร้อมนัดหมายการติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป อีก 2 สัปดาห์ โดยกำหนดวันและเวลาที่ชัดเจน

วันที่ 10 สิงหาคม 2566 เวลา 14.30 น. ติดตามอาการผ่านระบบ TeleHealth ครั้งที่ 2 หลังจำหน่ายจาก OPD 3 สัปดาห์

ผู้ป่วยนั่งเล่นบนแคร่หน้าบ้านเหมือนเดิม มีหลานช่วยดำเนินบริการ TeleHealth ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าท่าทางดีดูสดชื่นมาก ไม่มีอาการเหนื่อยหายใจหอบ พูดโต้ตอบได้ชัดเจนดีคล่องแคล่วดี ไม่มีอาการพูดลำบาก ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ลุกนั่งและเดินรอบแคร่ได้เองไม่ต้องพยุง เดินได้คล่องไม่มีท่าทางเหนื่อย ไอห่างครั้ง เสียงไอแห้งขึ้น ไม่มีเสียงเสมหะในคอ ผู้ป่วยบอกนอนหลับดี ไม่มีลุกขึ้นมาไอกลางดึกแล้วเดินออกจากบ้านได้เองในระยะใกล้ๆ และหยุดสูบบหรี่ตั้งแต่กลับจาก โรงพยาบาลแล้วรวมเป็น 3 สัปดาห์ พ่นยาต่อเนื่องตลอด ทั้ง เช้าและเย็น 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ไม่มีอาการหอบกำเริบ จึงไม่ต้องใช้ยาพ่นฉุกเฉินผู้ศึกษาได้ประเมินอัตราการหายใจ อยู่ในช่วย 20 -22 ครั้ง/นาที ขณะพูดผู้ป่วยไม่ต้องหยุดพูดเพื่อหายใจ พูดโต้ตอบได้ชัดเจนเสียงดังฟังชัด และญาติบอกว่าอาการดีขึ้นมาก ผู้ศึกษา จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยเริ่มฝึกการออกกำลังกาย โดยให้ผู้ป่วยเลือกการออกกำลังกายที่มีความเหมาะสมกับตัวผู้ป่วยเอง ในคราวแรกผู้ป่วยปฏิเสธเนื่องจากกลัวว่าจะทำให้มีอาการหอบกำเริบ ผู้ศึกษาจึงแนะนำว่า การฝึกทำท่าการออกกำลังกาย ผู้ศึกษาจะดูอยู่และให้คำแนะนำอยู่ใกล้ผ่านบริการปรึกษาทางไกล TeleHealth ผู้ป่วยจึงสบายใจขึ้น และทำการออกกำลังกายโดยแนะนำให้เริ่มโดยวิธีการ นั่งและยืนสลับการก่อน ให้นั่งบนเก้าอี้มีพนักพิงที่ฐานมั่นคงไม่เอียงไม่ส่าย ให้นั่งในท่าที่ผ่อนคลายเท้าทั้งสองข้างวางราบกับพื้นมือทั้งสองข้างวางบนเข่า สูดหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ทางปาก โดยการห่อปากพร้อมลุกขึ้นยืน หลังจากนั้นสูดหายใจเข้าช้าๆ ทางจมูก ผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ทางปาก โดยการห่อปากพร้อมกับทรุดตัวลงนั่งบนเก้าอี้ตามเดิมแล้วพัก ทำการบริหารการหายใจ 2-4 ครั้ง ออกกำลังกายด้วยการนั่งและยืนสลับกันช้าๆ นาน 5-6 นาที ในการฝึกปฏิบัติมีญาติที่เป็นหลานช่วยดูแลอย่างใกล้ชิดและมีเจ้าหน้าที่ช่วยดูและกำกับผ่านบริการ TeleHealth ผู้ป่วยสามารถฝึกทำได้เป็นอย่างดี มีอาการเหนื่อยง่ายเล็กน้อย เมื่อมีอาการเหนื่อยขึ้นมีหายใจเร็วมากขึ้น หรือหากรู้สึกเหนื่อยหอบขณะออกกำลังกายให้หยุดพักและทำการบริหารการหายใจก่อน เมื่อหายหอบแล้วจึงเริ่มออกกำลังกายต่อ ชื่นชมและให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ ส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบ ผู้ป่วยและญาติรับฟังอย่างตั้งใจ และสอบถามประเด็นสงสัยเล็กน้อยเพิ่มเติม ใช้เวลาในการให้บริการการปรึกษาทางไกลนาน 20 นาที ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าพึงพอใจและมีความสุขกับการบริการผ่านระบบบริการทางไกลแบบนี้ ผู้ศึกษาทบทวนเรื่องการออกกำลังกายและเตือนกำหนดวันนัดติดตามอาการกับทางโรงพยาบาล ในสัปดาห์หน้า ก่อนจบการบริการปรึกษาทางไกล TeleHealth

วันที่ 17 สิงหาคม 2566 09.30 น. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกหอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Asthma/COPD) แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประเมินอาการ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ท่าทางสดชื่นดี ยิ้มแย้มแจ่มใส เดินมาจากที่จอดรถหน้าโรงพยาบาลระยะทางประมาณ 600-700 เมตร มีอาการเหนื่อยเล็กน้อย ไม่มีอาการหอบ พูดคุยโต้ตอบคำถามได้ดีไม่มีหยุดพูดเพื่อหายใจ น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร BT 36.6^{o}c RR 22 /min PR 82 /min BP 109/71 mmHg O2 sat 98-99 % mMRC grade 1 CAT score 6 คะแนนทดสอบ 6MWT ได้ระยะทาง 498 เมตร มีอาการเหนื่อยเล็กน้อยหลังทดสอบ ไม่มีหอบกำเริบ ผู้ป่วยแจ้งว่ามีความสุขมากขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองมากขึ้น โดยไม่ต้องคอยพึ่งพาลูกหลาน และสามารถเดินออกจากบ้านเพื่อไปพูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือบ้านของลูกอีกคนได้แล้ว กินได้นอนหลับดี ไม่ต้องลุกขึ้นมาไอหรือมาหอบช่วงกลางดึก มีความมั่นใจในการออกนอกบ้านมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจและมีความสุขกับการบริการผ่านระบบบริการทางไกลแบบนี้ บอกว่าเหมือนมีผู้ดูแลประจำตัวมีความสบายใจมากขึ้น

***4.2 ผลการศึกษา* : กรณีศึกษารายที่ 2**

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 82 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสหม้าย ภูมิลำเนา ตำบลหนองกุง อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่โรงพยาบาล 70816 ประวัติในอดีต

20 ปีก่อนมา มีอาการเหนื่อยง่าย ไอมีเสมหะ หายใจไม่สะดวก รักษาตามคลินิกใกล้บ้าน อาการไม่ดีขึ้น แล้วมีอาการหอบหายใจไม่อิ่ม แน่นหน้าอก ญาตินำส่งโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ นอนโรงพยาบาลนาน 9 วัน แพทย์วินิจฉัย เป็น severe COPD (GOLD STAGE III) จากผลตรวจเอกซ์เรย์ มี infiltration BL ผลการเป่า Spirometer พบอัตราส่วนของ FEV_1/FVC = 41 % และค่า FEV_1 = 37 % with chronic symptom (จากเกณฑ์อัตราส่วนของ FEV_1/FVC < 70% และค่า 30% ≤ FEV_1< 50% with or without chronic symptom) สาเหตุเกิดจาก ผู้ป่วยมีพฤติกรรม สูบบุหรี่กระดาษพันมวนเอง วันละ 15-20 มวนต่อวัน และดื่มสุราตั้งแต่อายุประมาณ 12 ปี มีอาชีพทำไร่ทำนาและรับงานก่อสร้างอาคารบ้านเรือน ผสมปูน ฉาบปูน ตลอดทั้งปี ติดตามอาการและรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิก Asthma/COPD และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นานประมาณ 10 ปี มีขาดนัดขาดยาบางครั้ง

7 ปีก่อน ผู้ป่วยมีประวัติขาดนัดขาดยา บอกว่าตนหายแล้วและมีประวัติกลับมาสูบบุหรี่กระดาษมวนเอง วันละมากกว่า 10 มวน

2 เดือนก่อน มีอาการเหนื่อยหอบเฉียบพลัน นอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะเหนียวจำนวนมาก กระสับกระส่าย นอนโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ นาน 7 วัน และมีอาการเหนื่อยหอบกำเริบจนต้องมา พ่นยาและให้ออกซิเจนเป็นประจำที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จนรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง เบื่อหน่ายกับอาการเจ็บป่วยของตน

1 เดือนก่อนมา มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน มีเสมหะเหนียว เหนื่อยแน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้ กระสับกระสายปลายมือคล้ำ พ่นยาฉุกเฉินไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล ตรวจร่างกาย มีเสียง Wheeze with Rhonchi Both Lung แพทย์วินิจฉัย Very severe COPD นอนโรงพยาบาลนาน 10 วัน ดีขึ้นจำหน่ายและนัดมาตรวจเข้าระบบในคลินิก Asthma/COPD

วันที่ 10 สิงหาคม 2566 เวลา 07.56 น. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ประเมินอาการแรกรับ ผู้ป่วยนั่งรถเข็นมา มีสีหน้าเหนื่อยเพลีย หายใจหอบลึก พูดตอบคำถามได้ไม่เต็มที่ ต้องหยุดพูดเพื่อหายใจเข้าปอดก่อนจึงจะพูดต่อได้ ไอมีเสมหะในคอและปอดมาก เสมหะสีขาวขุ่น ริมฝีปากแห้ง พูดช้า บ่นแน่นหน้าอก ฟังปอดมีเสียง Wheezing ประเมินสัญญาณชีพ BW 42.5 kg ส่วนสูง 153 เซนติเมตร BT 36.7 ^{0}c RR 30 /min HR 116 /min BP 157/100 mmHg O2 sat 91 % mMRC grade 4 CAT score 36 คะแนน ทดสอบ 6MWT ทดสอบไม่ได้ ดูแลรายงานแพทย์ พิจารณาให้ส่งพ่นยาและฉีดยาที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้วยวินิจฉัย COPD with Acute Exacerbation ผู้ศึกษานำส่งและติดตามให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดย on O2 cannula 3 LPM ให้พ่น Berodual 1 NB q 15 min* 3 dose และให้ Dexamethasone 10 mg IV stat หลังพ่นยาครั้งที่ 2 ฟังเสียงปอดมีเสียง Wheeze แต่น้อยลง RR 26 /min O2 sat 96 % หลังพ่นยาครั้งที่ 3 ฟังเสียงปอดยังมีเสียง Wheeze น้อยลงมาก RR 24 /min HR 122 /min BP 128/88 mmHg O2 sat 98 % อาการหอบและแน่นหน้าอกลดลงมาก ไม่มีอาการคล้ำที่ปลายมือและเท้า แพทย์ประจำตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินส่งกลับมารับการรักษาและพบแพทย์ประจำโรคต่อที่ คลินิก Asthma/COPD รวมทั้งผู้ป่วยไม่พร้อมนอนโรงพยาบาล แพทย์ประจำคลินิกจึงพิจารณาเพิ่มยาและให้ยาดังต่อไปนี้

Accuhaler Seretide 50/500 mcq. สูดเข้าทางปาก 1 ครั้ง เช้า-เย็น

Berodual MDI(L) 200 dose. กด 1-2 ครั้ง เมื่อมีอาการหอบกำเริบ

Calcium carbonate 600 mg. 1 tab oral หลังอาหารเช้าและเย็น

Omeprazone 20 mg. 1 tab oral ก่อนอาหารเช้า

Vitamin B complex. 1 tab oral หลังอาหารเช้ากลางวันและเย็น

Acetylcysteine 100mg. 1 ซองผสมน้ำอุ่นดื่ม เช้ากลางวันและเย็น

Calciferol 20,000 iu. 1 tab หลังอาหารเช้า เฉพาะวันจันทร์

Lorazepam 1mg. 1 tab รับประทานก่อนนอน

Spiriva (HandiHaler) 18 mcq. 1 cap สูดหลังตื่นนอนตอนเช้า

ดูแลส่งพบเภสัชกร ประจำคลินิกเรียนรู้วิธีการใช้ยาพ่น ก่อนรับยาและจำหน่ายกลับบ้านได้ นัดติดตามอาการ 1 เดือน (7 ก.ย. 2565)

วันที่ 17 สิงหาคม 2566 เวลา 14.40 น. ติดตามอาการผ่านระบบ TeleHealth ครั้งที่ 1 หลังจำหน่ายจาก OPD 1 สัปดาห์

นัดติดตามอาการหลังจำหน่ายจากคลินิก Asthma/COPD ผ่านบริการปรึกษาทางไกล TeleHealth โดยบุตรชายเป็นผู้ดำเนินบริการ TeleHealth

ผู้ป่วยนอนอยู่ที่นอนภายในบ้าน ที่นอนไม่หนาไม่บางมากเป็นที่นอนและหมอนยัดนุ่นแบบโบราณ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าท่าทางเหนื่อยเพลีย ไอมีเสมหะบ่อยครั้งบ่นเจ็บแน่นหน้าอกตลอด เสมหะสีขาวขุ่นเยอะ พูดโต้ตอบได้ช้าต้องหยุดพักหายใจจึงจะพูดต่อได้ ไม่ยอมลุกเดินหรือเคลื่อนไหวออกจากที่นอน บ่นว่าคิดถึงภรรยาและอยากตายไปอยู่กับภรรยา เหนื่อยและท้อแท้กับอาการป่วยของตนเองสีหน้าหมองเศร้า บอกเป็นภาระของลูกหลาน อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 24-26 ครั้ง/นาที บ่นเหนื่อยและบอกว่าตนเองหายใจหอบตลอด ขอพ่นยาฉุกเฉินจากญาติตลอด ญาติแจ้งว่า ตั้งแต่เช้าพ่นยาฉุกเฉินไปแล้วทั้งหมด 3ครั้ง จึงอธิบายอาการแสดงของอาการหอบกำเริบให้ทราบ รวมถึงแจ้งผลเสียของการใช้ยาพ่นฉุกเฉินเกินความจำเป็นให้ทราบและเข้าใจแนะนำวิธีการหายใจ และการไอขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ รวมถึงให้สาธิตให้ดู ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นมากขึ้น พยายามปฏิบัติตามคำแนะนำได้ไม่ค่อยดี แต่บอกจะพยายามปฏิบัติต่อเนื่อง สอบถามเกี่ยวกับปัญหาเรื่องการใช้ยาพ่น ผู้ป่วยมีบุตรชายดูแลอย่างใกล้ชิดเข้าใจวิธีการใช้ยาชนิดใหม่ดี แต่มีปัญหาเรื่องการสูดยาของผู้ป่วยเอง ที่มีแรงน้อยการสูดยาจึงสูดได้น้อยได้รับยาน้อยไปด้วย แนะนำให้ฝึกบริหารการหายใจต่อเพื่อเพิ่มแรงการสูดรับยาให้ได้มากที่สุด และสามารถดำเนินชีวิตได้ให้ใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด รวมถึงแนะนำให้ปรับเปลี่ยนที่นอนและหมอนเป็นชนิดที่ไม่ใช้นุ่นบรรจุ พร้อมให้กำลังใจ ส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบผู้ป่วยและญาติรับฟังอย่างตั้งใจ และสอบถามประเด็นสงสัยเล็กน้อย ใช้เวลาในการให้บริการการปรึกษาทางไกลนาน 25 นาที ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าพึงพอใจและมีความสุขกับการบริการผ่านระบบบริการทางไกลแบบนี้ และขอใช้บริการนี้อีกต่อไปเรื่อย ๆ จึงให้คำแนะนำในการให้บริการการปรึกษาทางไกล (TeleHealth) ได้เมื่อผู้ป่วยหรือญาติมีข้อสงสัย หรือมีคำถามหรือตัดสินใจไม่ได้ สามารถใช้บริการปรึกษาทางไกลได้ทันที พร้อมนัดหมายการติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป อีก 2 สัปดาห์ โดยกำหนดวันและเวลาที่ชัดเจน

วันที่ 31 สิงหาคม 2566 เวลา 14.00 น. ติดตามอาการผ่านระบบ TeleHealth ครั้งที่ 2 หลังจำหน่ายจาก OPD 3 สัปดาห์

นัดติดตามอาการหลังจำหน่ายจากคลินิก Asthma/COPD ครั้งที่ 2 ผ่านบริการปรึกษาทางไกล TeleHealth โดยบุตรชายเป็นผู้ดำเนินบริการ TeleHealth ผู้ป่วยนั่งอยู่ที่นอนภายในบ้าน ที่นอนเป็นที่นอนถูกเปลี่ยนเป็นลักษณะคล้ายที่นอนยางพาราขนาดพอดีไม่หนาไม่บางจนเกินไป ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าท่าทางดูสดชื่นขึ้น ยังไอมีเสมหะบ่อยครั้ง ไม่บ่นเจ็บแน่นหน้าอกแล้ว มีหมอน 1 ใบวางใกล้ๆ เมื่อไอผู้ป่วยจะใช้หมอนมากอดไว้แล้วค่อยไอในท่าทางที่ถูกต้องตามที่แนะนำไปครั้งก่อน หายใจดีขึ้นไม่มีหายใจทางปาก ยังมีเสมหะสีขาวขุ่นแต่น้อยลงมาก พูดโต้ตอบได้ดี ไม่ต้องหยุดพักหายใจระหว่างการพูด อัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 22-24 ครั้ง/นาที บอกนอนหลับพักผ่อนได้ดี มีลุกขึ้นมาไอขับเสมหะคืนละ 1-2 ครั้ง ลุกเดินไปเข้าห้องน้ำขับถ่ายได้แต่ต้องมีบุตรพยุงช่วย เดินออกไปข้างนอกบ้านได้แต่ต้องเดินช้าๆ ผู้ป่วยบอกรู้สึกดีขึ้น ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยทุเลาลงมาก พ่นยาอย่างสม่ำเสมอและเคร่งครัด รวมถึงการหยุดสูบบุหรี่แล้ว แจ้งญาติและบุคคลบ้านเรือนใกล้เคียงเผาขยะหรือกิ่งไม้ต่างๆ เพราะควันหรือฝุ่นละออง มีผลต่ออาการหอบกำเริบของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยและญาติปรึกษาซักถามในประเด็น อาหารเสริมที่สามารถให้ผู้ป่วยรับประทานได้ แนะนำการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย โดยแนะนำให้ออกกำลังกายบริหารเฉพาะส่วนแบบเบาๆ พร้อมสาธิตให้ดูและให้สาธิตย้อนกลับ ดังนี้ นั่งบนพื้นหรือที่นอน หรือเก้าอี้ในท่าที่ผ่อนคลายมือทั้งสองข้างวางไว้ที่หน้าตักหรือหัวเข่า สูดลมหายใจเข้าทางจมูกพร้อมยกกางแขนออกทั้งสองข้างให้เสมอหรือใกล้เคียงไหล่เหยียดแขนตรง หรือตามกำลังที่ทำได้ พร้อมผ่อนหายใจออกช้าๆ ทางปากพร้อมกับหมุนแขนทั้งสองข้างไปข้างหลังเป็นวงกลม ประมาณ 4 รอบ หรือเท่าที่ทำได้ (แล้วค่อยๆ เพิ่มรอบขึ้น) พอดีกับสิ้นสุดการหายใจออก หยุดหมุนแขน หรือเอาแขนลงวางที่เข่าก่อนได้ แล้วจึงเริ่ม สูดลมหายใจเข้าใหม่พร้อมทั้งทำการหมุนแขนทั้งสองข้างไปข้างหน้าเป็นวงกลมประมาณ 4 รอบ หรือเท่าที่ทำได้ เมื่อครบการหมุนแขนไปข้างหน้าและข้างหลังครบแล้ว ให้พักและทำการบริหารการหายใจก่อน จึงเริ่มทำรอบใหม่อีกครั้ง ในการกายบริหารนี้เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดเพิ่มประสิทธิภาพ

การหายใจที่มีคุณภาพช่วยป้องกันอาหารหอบกำเริบได้ ผู้ป่วยและญาติ ตั้งใจปฏิบัติกายบริหารและการบริหารการหายใจอย่างตั้งใจ และสอบถามประเด็นสงสัยเล็กน้อย ใช้เวลาในการให้บริการการปรึกษาทางไกลนาน 35 นาที ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าพึงพอใจและมีความสุขกับการบริการผ่านระบบบริการทางไกลแบบนี้ และขอใช้บริการนี้อีกต่อไปเรื่อย ๆ ผู้ศึกษาได้ทบทวนความรู้และคำแนะนำอีกครั้งและแจ้งเตือนการนัดหมายติดตามการรักษาที่ คลินิก Asthma/COPD โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตามใบนัดที่ผู้มีแล้ว

วันที่ 7 กันยายน 2566 เวลา 08.40 น. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกหอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Asthma/COPD) แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเมินอาการ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ท่าทางสดชื่นดี ยิ้มแย้มแจ่มใส นั่งรถเข็นมาจากด้านหน้าตึกตรวจผู้ป่วยนอก ไม่มีอาการเหนื่อย ไม่มีอาการหอบ พูดคุยโต้ตอบคำถามได้ดี ไม่มีหยุดพูดเพื่อหายใจ น้ำหนัก 44 กิโลกรัม ส่วนสูง 153 เซนติเมตร BT 36.0 ^{0}c RR 22/min PR 88/min BP 98/64 mmHg O2 sat 96-98% mMRC grade 3 CAT score 17 คะแนน ทดสอบ 6MWT ทดสอบไม่ได้ ญาติและผู้ป่วยแจ้งว่ามีความสุขมากขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองมากขึ้น โดยพึ่งพาลูกหลานน้อยลงมาก และสามารถเดินออกมาข้างนอกบ้านได้เองไม่ต้องมีบุตรพยุง กินได้นอนหลับดี ไม่ต้องลุกขึ้นมาไอหรือมาหอบช่วงกลางดึก มีความมั่นใจในการออกนอกบ้านมากขึ้น บอกว่าฝึกบริหารการหายใจทุกวันและกายบริหารทุกวัน ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจและมีความสุขกับการบริการผ่านระบบบริการทางไกลแบบนี้ บอกว่าเหมือนมีผู้ดูแลประจำตัวมีความสบายใจมากขึ้นและยังขอปรึกษาผ่านช่องทางนี้ต่อหากมีข้อสงสัยหรือปัญหา

4.3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน สามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยรวมถึงครอบครัว โดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมวางแผนในกระบวนและปฏิบัติการพยาบาล ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบช่วยส่งเสริมกระบวนการการรักษาได้ดีและครอบคลุมมากขึ้น นำผลสู่การสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังบริบทห้องตรวจคลินิก Asthma/COPD มี 2 ระยะ คือ ระยะอาการหอบกำเริบ (Acute Exacerbations) และระยะติดตามดูแลส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่พบและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีดังนี้

ปัญหาข้อที่ 1 : เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการหดเกร็งของหลอดลม

ปัญหาข้อที่ 2 : เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากมีเสมหะคั่งในปอดเป็นจำนวนมาก

ปัญหาข้อที่ 3 : ไม่สุขสบายเนื่องจากไอมีเสมหะเหนียวมาก ร่วมกับมีอาการเจ็บซี่โครง

ปัญหาข้อที่ 4 : ความคงทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง

ปัญหาข้อที่ 5 : ได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร

ปัญหาข้อที่ 6 : ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบ

ปัญหาข้อที่ 7 : เสี่ยงต่อการไม่ได้รับความร่วมมือในการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยเกิดความท้อแท้และสิ้นหวังในการรักษาโรค จากเกิดการกำเริบบ่อยครั้ง

ปัญหาข้อที่ 8 : ผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน

ปัญหาข้อที่ 9 : มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำหรืออาการหอบกำเริบ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและความรู้ ความตระหนักและการจัดการดูแลตนเองที่บ้านไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ทั้ง 2 รายพบว่า มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่มีความคล้ายกันบางส่วนซึ่งอาศัยทักษะการซักถาม สังเกตผู้ป่วยและครอบครัว ผลการประเมินพิเศษเฉพาะโรค อาการและอาการแสดง รวมถึงเวชระเบียนของผู้ป่วย การรวบรวมข้อมูลด้วยกระบวนการพยาบาลและแนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางสุขภาพของกอร์ดอน จึงสามารถนำมาวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็น 2 ระยะดังนี้

4.3.1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะที่ 1 ระยะอาการหอบกำเริบ (Acute Exacerbations) มีทั้งหมด 2 ข้อคือ

ปัญหาข้อที่ 1 : เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการหดเกร็งของหลอดลม

ปัญหาข้อที่ 2 : เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากมีเสมหะคั่งในปอดเป็นจำนวนมาก เป็นระยะ

ฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ณ หน้าห้องตรวจคลินิกโรคหอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรังกระบวนการพยาบาล จึงเน้นในเรื่อง

1.1 ประเมินสภาพการหายใจ ภาวะพร่องออกซิเจน เน้นการพยาบาลเพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและไม่อุดกลั้นทางเดินหายใจ โดยประเมิน vital sign การสังเกตอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ Respiratory distress ชีพจร ทุก 15 นาที ในระยะแรก รวมถึงการประเมินชีพจรส่วนปลาย Capillary filling time เพื่อประเมินการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่อวัยวะส่วนปลาย การจัดท่านอนศีรษะสูงเพื่อเพิ่มพื้นที่ของปอด ในการรับอากาศและออกซิเจน การให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย รวมถึงการพ่นยาขยายหลอดลม Berodual และยาฉีด Dexamethasone

1.2 การป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อในช่องปาก จากการพ่นยา การไอและมีเสมหะมาก รวมถึงการป้องกัน การอักเสบของปอด จากการมีเสมหะคั่งมาก จึงเน้นในเรื่อง ดูแลความสะอาดในช่องปากทุกครั้งหลังพ่นยา และบ้วนเสมหะและน้ำลาย เพื่อช่วยลดการติดเชื้อในช่องปาก และเน้นฝึกการบริหารหายใจและการไอที่ถูกวิธี และมีประสิทธิภาพ

1.3 การเสริมสร้างกำลังใจ โดยการอนุญาตให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วย

4.3.2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีทั้งหมด 7 ข้อ ดังนี้

ปัญหาข้อที่ 3 : ไม่สุขสบายเนื่องจากไอมีเสมหะเหนียวมาก ร่วมกับมีอาการเจ็บซี่โครง

ปัญหาข้อที่ 4 : ความคงทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง

ปัญหาข้อที่ 5 : ได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร

ปัญหาข้อที่ 6 : ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบ

ปัญหาข้อที่ 7 : เสี่ยงต่อการไม่ได้รับความร่วมมือในการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยเกิดความท้อแท้และสิ้นหวังในการรักษาโรค จากเกิดการกำเริบบ่อยครั้ง

ปัญหาข้อที่ 8 : ผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน

ปัญหาข้อที่ 9 : มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำหรืออาการหอบกำเริบ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและความรู้ ความตระหนักและการจัดการดูแลตนเองที่บ้านไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง

เป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับบ้าน และต้องการการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบ รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอด ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องมีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ประเมินการปฏิบัติเป็นระยะๆ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงนำวิธีการบริการการปรึกษาทางไกล (TeleHealth) เข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเรื่องประหยัดการเดินทางทั้ง ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและลดความแออัดในโรงพยาบาลรวมถึงลดระยะรอคอยของผู้ป่วยอีกด้วย เป็นอีกหนึ่งช่องทางที่ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาทางการพยาบาลและส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและญาติอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

5. อภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ใช้การประเมินแบบแผนการรับรู้สุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนเป็นกรอบในการประเมินภาวะสุขภาพ ทำให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมองค์รวม และสามารถระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการป้องกันอาการหอบกำเริบของผู้ป่วย รวมถึงการนำระบบบริการแบบใหม่ คือ วิธีการบริการการปรึกษาทางไกล (TeleHealth) เข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพการติดตาม การให้กำลังใจ การให้คำปรึกษาทางการพยาบาลและส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและญาติ อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้รับการแก้ไขทุกข้อครอบคลุม ทั้ง 2 ระยะ ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยเพศชาย ปัจจุบันอายุ 67 ปี เริ่มมีโรคประจำตัว เมื่ออายุ 56 ปีหรือเมื่อ 10 ปีก่อน ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) แพทย์วินิจฉัย ความรุนแรงระดับมาก : Severe COPD จากผลเอกซ์เรย์ พบมี Infiltration Both Lung ผลเป่า Spirometer พบอัตราส่วนของ FEV_1/FVC = 64 % และค่า FEV_1 = 44 % with chronic symptom (จากเกณฑ์อัตราส่วนของ FEV_1/FVC < 70% และค่า 30% ≤ FEV_1 < 50% with or without chronic

symptom) ประวัติในอดีตมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่กระดาษพันมวนเอง วันละ 10-15 มวน/วัน และดื่มสุราตั้งแต่อายุประมาณ 15 ปี มีอาชีพทำนาและการเกษตรที่บ้าน และทำการเผาถ่านด้วยตนเองเมื่อมีเวลาว่าง รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีขาดนัดขาดยาบ้างบางครั้ง ไม่ยอมหยุดสูบบุหรี่ แต่พยายามลดจำนวนเหลือวันละ 5-10 มวน/วัน 1 เดือนก่อนมา มีอาการเหนื่อยหอบกำเริบ แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม ไอบ่อยมีเสมหะเหนียวขาวขุ่นเยอะ นอนราบไม่ได้ นอนรักษาตึกผู้ป่วยใน 2 ครั้ง และมีอาการหอบกำเริบจนต้องมาพ่นยาที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2-3 ครั้ง วันแรกที่เริ่มศึกษาผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบขณะรอตรวจที่หน้าห้องตรวจแพทย์ให้ส่งพ่นยาด่วน แล้วอาการดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้านได้ จากการประเมินแรกรับ BW 43 kg ส่วนสูง 158 เซนติเมตร V/S BT 36.7 ^{0}c RR 26 /min HR 114 /min BP 135/88 mmHg O2 sat 94-96% ประเมิน mMRC grade 3 CAT score 24 คะแนน ประเมิน 6MWT ประเมินไม่ได้ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ ในระยะอาการหอบกำเริบ (Acute Exacerbations) มีทั้งหมด 2 ข้อ คือ ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการหดเกร็งของหลอดลม และข้อที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากมีเสมหะคั่งในปอดเป็นจำนวนมาก ปัญหาทั้ง 2 ข้อได้รับการแก้ไขเรียบร้อย ส่วนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีทั้งหมด 5 ข้อ ดังนี้ ข้อที่ 4 ความคงทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง ข้อที่ 5 ได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเนื่องจากเบื่ออาหาร ข้อที่ 6 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบ ข้อที่ 8 ผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน และข้อที่ 9 มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำหรืออาการหอบกำเริบ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและความรู้ ความตระหนักและการจัดการดูแลตนเองที่บ้านไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง ปัญหาทั้ง 5 ข้อได้ถูกแก้ไขเรียบร้อยดีแล้ว และเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล ประเมินสุขภาพพบดังนี้ น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร BT 36.6 ^{0}c RR 22 /min PR 82 /min BP 109/71 mmHg O2 sat 98-99 % mMRC grade 1 CAT score 6 คะแนน ทดสอบ 6MWT ได้ระยะทาง 498 เมตร ผู้ป่วยแจ้งว่ามีความสุขมากขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองมากขึ้น โดยไม่ต้องคอยพึ่งพาลูกหลาน และสามารถเดินออกจากบ้านเพื่อไปพูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือบ้านของลูกอีกคนได้แล้ว กินได้นอนหลับดี

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยเพศชาย ปัจจุบันอายุ 82 ปี เริ่มมีโรคประจำตัว เมื่ออายุ 62 ปีหรือเมื่อ 20 ปีก่อน ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(Chronic Obstructive Pulmonary Disease) แพทย์วินิจฉัย ความรุนแรงระดับมาก : Severe COPD จากผลอ่านเอกซ์เรย์ พบมี Infiltration Both Lung ผลเป่า Spirometer พบอัตราส่วนของ $FEV_1/FVC = 41$ % และค่า $FEV_1 = 37$ % with chronic symptom (จากเกณฑ์อัตราส่วนของ $FEV_1/FVC < 70\%$ และค่า $30\% \leq FEV_1 < 50\%$ with or without chronic symptom) มีประวัติ สูบบุหรี่กระดาษพันมวนเอง วันละ 15-20 มวนต่อวัน และดื่มสุราตั้งแต่ อายุประมาณ 12 ปี มีอาชีพทำไร่ทำนาและรับงานก่อสร้างอาคารบ้านเรือน ผสมปูน ฉาบปูน ตลอดทั้งปี การรักษาไม่สม่ำเสมอ ขาดนัดขาดยาบางครั้ง เคยหยุดสูบบุหรี่ได้นาน 10 ปี แต่สุดท้ายกลับมาสูบอีกเหมือนเดิม 1 เดือนก่อนมา มีอาการเหนื่อยหายใจหอบกำเริบบ่อยครั้ง เข้าออกโรงพยาบาลจนรู้ท้อแท้สิ้นหวังกับการรักษา เหนื่อยเจ็บแน่นหน้าอกมาก เสมหะในปอดมาก ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้เลย ต้องอาศัยบุตรหลานคอยดูแลตลอด วันแรกที่เริ่มศึกษาผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบขณะรอตรวจที่หน้าห้องตรวจแพทย์ให้ส่งพ่นยาและฉีดยาด่วน ผู้ป่วยไม่ยินยอมนอนโรงพยาบาล ร่วมกับอาการดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้านได้ ประเมินแรกรับพบดังนี้ ฟังปอดมีเสียง Wheeze ประเมินสัญญาณชีพ BW 42.5 kg ส่วนสูง 153 เซนติเมตร BT 36.7 ^{0}c RR 30 /min HR 116 /min BP 157/100 mmHg O2 sat 91 % mMRC grade 4 CAT score 36 คะแนน ทดสอบ 6MWT ทดสอบไม่ได้ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ ในระยะอาการหอบกำเริบ (Acute Exacerbations) มีทั้งหมด 2 ข้อ คือ ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการหดเกร็งของหลอดลม และข้อที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากมีเสมหะคั่งในปอดเป็นจำนวนมาก ปัญหาทั้ง 2 ข้อได้รับการแก้ไขเรียบร้อย ส่วนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีทั้งหมด 7 ข้อ คือ ข้อที่ 3 ไม่สุขสบายเนื่องจากไอมีเสมหะเหนียวมาก ร่วมกับมีอาการเจ็บซีโครง ข้อที่ 4 ความคงทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง ข้อที่ 5 ได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร ข้อที่ 6 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากยังขาดความรู้ในการดูแลตนเอง

เพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบ ข้อที่ 7 เสี่ยงต่อการไม่ได้รับความร่วมมือในการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยเกิดความท้อแท้และสิ้นหวังในการรักษาโรค จากเกิดการกำเริบบ่อยครั้ง ข้อที่ 8 ผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน และข้อที่ 9 มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำหรืออาการหอบกำเริบ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและความรู้ ความตระหนักและการจัดการดูแลตนเองที่บ้านไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง ปัญหาทั้ง 7 ข้อได้ถูกแก้ไขเรียบร้อยดีแล้ว และเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่ โรงพยาบาล ประเมินสุขภาพพบดังนี้ น้ำหนัก 44 กิโลกรัม ส่วนสูง 153 เซนติเมตร BT 36.0 ^{0}c RR 22 /min PR 88 /min BP 98/64 mmHg O2 sat 96-98 % mMRC grade 3 CAT score 17 คะแนน ทดสอบ 6MWT ทดสอบไม่ได้ ญาติและผู้ป่วยแจ้งว่ามีความสุขมากขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองมากขึ้น โดยพึ่งพาลูกหลานน้อยลงมาก และสามารถเดินออกมาข้างนอกบ้านได้เองไม่ต้องมีบุตรพยุง กินได้นอนหลับดี ไม่ต้องลุกขึ้นมาไอหรือมาหอบช่วงกลางดึก มีความมั่นใจในการออกนอกบ้านมากขึ้น

จากผลการประเมินความสามารถและความคงทนต่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ภาพรวมดีขึ้นมาก ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแล รับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่และผู้ศึกษาอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ได้รับการสาธิตคล้ายเสมือนมี โค้ชประจำตัว มีที่ปรึกษาประจำตัว โดยไม่ต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย เสียเวลารอคอยที่โรงพยาบาล กิจกรรมที่ได้รับนี้เป็นการพยาบาลด้วยระบบบริการปรึกษาทางไกล (TeleHealth) ผ่านโทรศัพท์สมาร์ทโฟนที่ผู้ป่วยและญาติมีอยู่แล้ว เกิดความรู้สึกปลอดภัย ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจอย่างมาก

6. ข้อเสนอแนะ

6.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ควรมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ค้นหาปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยในแต่ละราย และการดำเนินของโรคในแต่ละระยะ

2. ควรจัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระยะอาการหอบกำเริบ (Acute Exacerbations)

3. ควรจัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบ

4. ควรมีการศึกษาผลการให้บริการผ่านบริการปรึกษาทางไกล (TeleHealth) ในรูปแบบการวิจัย เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบริการปรึกษาทางไกล (TeleHealth) ที่มีกลุ่มตัวอย่างมากกว่านี้

5 ควรนำรูปแบบการบริการปรึกษาทางไกล (TeleHealth) ไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายผู้ป่วยกรณีศึกษา

7. เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์สถาบันทรวงอก. (2562). *รายงานผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุ (21 กลุ่มโรค)*. [อินเตอร์เน็ต]. https://www.ccit.go.th/opendata/report_01.php [สืบค้นวันที่ 20 ธันวาคม 2565].

งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2565). *รายงานสถิติการบริการผู้ป่วยนอก ประจำปี 2565*. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, จังหวัดกาฬสินธุ์.

นภารัตน์ อมรพุฒิสภาพร. (2564). *โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. [อินเตอร์เน็ต]. https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/COPD.pdf. [สืบค้นวันที่ 20 ธันวาคม 2565].

พวงชมพู ประเสริฐ. (2561). *"ระบบบริการสาธารณสุข" คนไทยเข้าถึงแต่ยังเหลื่อมล้ำ*. [อินเตอร์เน็ต]. http://www.komchadluek.net/news/edu-health/338987. [สืบค้นวันที่ 20 ธันวาคม 2565].

พูนเกษม เจริญพันธ์. (2545). *ลักษณะทางเวชกรรมและการวินิจฉัยในการบำบัดระบบการหายใจ (Clinical Diagnosis in Respiratory Care)* ในสุมาลี เกียรติบุญศรี (บรรณาธิการ). *การดูแลรักษาโรคระบบหายใจในผู้ใหญ่ "Respiratory care in Adult"*. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์.

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. (2548). *แนวทางการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2548)*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *รายงานอัตราการตายตามลำดับของกลุ่มสาเหตุการตาย 10 กลุ่มแรกจากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข.* [อินเตอร์เน็ต]. https://ncd.ddc.moph.go.th/ strategy-of-the-ministry-of-public-health/. [สืบค้นวันที่ 23 เมษายน 2566].

ATS/ERS task force: *Standardisation of lung function test: Standardisation of spirometry*. Eur Respir J 2005; 26:319-38.

Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease. (2011). *Global strategy for the diagnosis,management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.(Updated 2013).*[online]. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22878278/ [cited June 3, 2023].

National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. (2010). *Chronic obstructive pulmonary disease.* [online]. http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13029/49397/49397.pdf [cited May 31, 2010].

World Health Organization. (2009). *Telemedicine: opportunities and developments in Member States: Report on the second global survey on eHealth 2009*. Geneva : *WHO.* [online]. https://apps.who.int/iris/handle /10665/44497. [cited January 27, 2023].