

## รายงานผู้ป่วย

## Patient report

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว  
ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย: กรณีศึกษา 2 ราย**

สุภัตตรา อินทร์คำน้อย พย.บ.\*

**บทคัดย่อ**

ปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่สำคัญในผู้ใหญ่ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ใน 3 ของกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้แก่ กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน ภาวะการหายใจล้มเหลว ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบและมีภาวะหายใจล้มเหลว 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสกลนคร โดยการศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย วางแผนปฏิบัติการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นเพศชาย อายุ 60 ปี และ 61 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว มาด้วยอาการ ไข้ ไอ หายใจหอบ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2-3 วัน รับเข้ารักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ต่อมาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย หายใจหอบมากขึ้น ร่วมกับระดับออกซิเจนลดลง จึงได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาเร่งด่วน ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย โรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว เป็นสิ่งเร้าตรง ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ 1) การปรับตัวด้านร่างกาย ยังมีอาการเหนื่อยเล็กน้อย แต่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เอง 2) ด้านอัตมโนทัศน์ ใช้การปรับวิธีคิดในการทำใจยอมรับกับสิ่งที่เป็นอย่าง 3) ด้านบทบาทหน้าที่ สามารถดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวได้ และ 4) ด้านพึงพาระหว่างกัน โดยได้รับความรัก ความห่วงใยและกำลังใจ มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว สรุปได้ว่า พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการดูแลจนพ้นภาวะวิกฤต รวมทั้งมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปรับตัวกับภาวะวิกฤติของโรคได้

**คำสำคัญ:** โรคปอดอักเสบ ภาวะหายใจล้มเหลว การพยาบาล ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร

## Nursing Care of Patient with Pneumonia and Acute Respiratory Failure Using Roy Adaptation Nursing Model: 2 Case Studies

Supattra Incomnoi, B.N.S.\*

### *Abstract*

Pneumonia is the major health problem of adult patient and the cause of death in top 3 of diseases in internal medicine department, Sakon Nakhon hospital. The severe complications that are the cause of death are acute respiratory distress syndrome, respiratory failure and septic shock. The purpose of this case study was to apply the Roy's adaption model to nursing care of pneumonia patient with respiratory failure. The purposive study was carried out in 2 cases of pneumonia patient with respiratory failure admitted in male medical ward 1, Sakon Nakhon hospital. The history of treatments and data were reviewed from hospital medical records, patient and their relative interview and observation. The nursing diagnosis was determined using the Roy's adaptation model. The nursing care plan, conclusion and nursing outcome evaluation were carried out.

The results revealed that 2 case studies were male aged 60 and 61 years old. They were diagnosed as pneumonia with respiratory failure. They had fever and cough for 2–3 days prior to hospital visit and admitted in male medical ward 1. During admission these two patients had increased dyspnea and hypoxemia then they were inserted with endotracheal tube and respirator. This was the crisis situation and patients should be in critical care. According to Roy's adaptation model, the pneumonia with respiratory failure is the direct stimuli. The 2 patients had 4 adaptation modes as follows 1) physiological mode; they could take self-care activities of daily living even they were slightly tried, 2) self-concept mode; changing the way of thinking, accepting the truth of present being 3) role function mode; they could take care of themselves and their family member mode, the results indicated that the participants could take care of themselves and their and 4) inter-dependence mode; they could get love, care and morale, good relationship among family member. In conclusion, in nursing care of patient, the nurses require the knowledge and skills to enhance patient safety and no complications. The nurses are responsible for improvement of patient's health, empowerment of patients and families to help them cope with the critical condition of disease.

**Keywords:** Pneumonia, Acute respiratory failure, Nursing care, Roy adaptation nursing mode

---

\* Registered Nurse (Professional Level), Department of Nursing, Sakon Nakhon Hospital

## บทนำ

ปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นประเภทของการติดเชื้อที่ทำให้เกิดการอักเสบของปอด<sup>1</sup> โรคนี้เป็นโรคที่พบได้บ่อยในคนทั่วไปและคนทุกวัย มีโอกาสพบได้มากขึ้นในบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยง พบได้ประมาณ 8–10% ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันทางระบบหายใจ และนับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1<sup>2</sup> ของโรคติดเชื้อ โดยเกิดได้จาก 2 สาเหตุหลัก คือ ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อซึ่งพบได้เป็นส่วนใหญ่ และปอดอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ ผู้ป่วยจึงมีอาการแสดงและความรุนแรงของโรคลักษณะแตกต่างกันไป และบางครั้งอาจพบปอดอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นด้วย

จากรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรคของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2561<sup>10</sup> พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ 227,175 ราย จาก 77 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 347.22 ต่อแสนประชากร พบอัตราตาย 0.28 ต่อแสนประชากร อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1: 0.85 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด เรียงลำดับ คือ มากกว่า 65 ปี (ร้อยละ 29.46) อายุ 55–64 ปี (ร้อยละ 10.65) ความชุกของภาวะการหายใจล้มเหลวในผู้ป่วยปอดอักเสบที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ร้อยละ 24.1 และอัตราการเสียชีวิต พบร้อยละ 4.82<sup>11</sup>

ในปีงบประมาณ 2560 และ 2561 โรงพยาบาลสกลนครพบอัตราตายของโรคปอดอักเสบสูงเป็นอันดับหนึ่ง ซึ่งหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 มีสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคปอดอักเสบจำนวน 230 และ 275 รายตามลำดับ<sup>12</sup> โรคนี้เป็นโรคที่มีปริมาณและความเสี่ยงต่ออัตราตายสูงเป็นอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการศึกษาถึง พยาธิสรีรวิทยา การประเมินสภาพของโรกระบบทางเดินหายใจ จะช่วยเป็นแนวทางการป้องกัน การแก้ไขปัญหา และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้หายจากโรคโดยเร็วและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด

## ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model)<sup>3</sup> ได้พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1964 โดย ชิสเตอร์

คอลลิสตา รอย กล่าวถึงบุคคลคือระบบของการปรับตัวแบบองค์รวม การประเมินปัญหาของผู้ป่วยจากพฤติกรรมปรับตัว นำผลการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพมาวางแผนและให้การพยาบาล บุคคลมีการปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งเร้า ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมปรับตัวออกมา 4 ด้าน<sup>4,5</sup> ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เป็นการปรับตัวเพื่อสนองตอบต่อความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์
2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นการปรับตัวเพื่อความมั่นคงทางจิตใจและจิตวิญญาณ แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่ อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย และอัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล
3. ด้านบทบาทหน้าที่ มี 3 ประเภท ได้แก่ บทบาทปฐมภูมิ เป็นบทบาทที่ถูกกำหนดตามอายุ เพศ และระยะของพัฒนาการ บทบาททุติยภูมิ เป็นบทบาทภาระหน้าที่และตามบทบาทปฐมภูมิ และบทบาทตติยภูมิเป็นบทบาทชั่วคราว
4. ด้านการพึงพาระหว่างกัน เป็นการปรับตัวเพื่อความมั่นคงทางสังคม

สิ่งเร้า (Stimuli) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ สิ่งเร้าตรง เป็นสิ่งเร้าภายในหรือภายนอกตัวบุคคลที่เกิดขึ้นในขณะนั้น สิ่งเร้าร่วม เป็นสิ่งเร้าอื่นๆ ที่มีผลต่อการปรับตัว และสิ่งเร้าแฝง เป็นสิ่งเร้าที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล เช่น ความเชื่อ ทศนคติ อุปนิสัย บุคลิกภาพ เป็นต้น

ในทางการพยาบาล รอย นักทฤษฎีทางการพยาบาลให้คำจำกัดความของการปรับตัว (coping) ว่าเป็นความพยายามของบุคคลเพื่อเผชิญภาวะวิกฤตที่กำลังประสบในชีวิตหรือจัดการปัญหาเหล่านั้นโดยผ่านกระบวนการรู้คิดและแสดงพฤติกรรม และวิธีในการปรับตัว (coping strategies) เป็นลักษณะรวมถึงรูปแบบที่บุคคลแสดงออกเพื่อจัดการสิ่งท้าทายต่างๆ ที่เข้ามาในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือเมื่อประสบเหตุการณ์ที่มีความเครียดสูงหรือเป็นภาวะวิกฤต<sup>6</sup>

โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีลักษณะของการดำเนินโรคแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ลักษณะการดำเนินโรคที่มีความ

แตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ต่างกัน พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ได้เจอผู้ป่วยเมื่อแรกเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และให้การพยาบาลผู้ป่วยจนกลับบ้าน จึงควรมีความรู้และความเข้าใจในพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วย อธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้โดยใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาล และให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ควรเพิ่มข้อมูลว่าทฤษฎีของรอยถูงนำมาประยุกต์ใช้หรืออ้างอิงในการวิจัยที่เกี่ยวกับปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว (อ้างอิงงานวิจัยในไทยหรือต่างประเทศที่ใช้ทฤษฎีนี้)

### วัตถุประสงค์

เพื่อประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว (Acute respiratory failure) โดยศึกษาในผู้ป่วย 2 ราย

### วิธีการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือน ตุลาคม 2562 ถึง มกราคม 2563 โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติและการสังเกต 2) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน 3) แบบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลสกลนคร เมื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียนแล้ว นำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

**การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป** กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**กรณีศึกษาที่ 1** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 61 ปี ให้ประวัติว่า 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ไอมีเสมหะ ร่วมกับไข้สูงตลอด ได้

รับประทานยาพาราเซตามอล (Paracetamol) และยาแก้แพ้แล้วอาการดีขึ้น 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไข้สูง มีน้ำมูก ไอมีเสมหะ หอบเหนื่อยอ่อนเพลียมากขึ้น ผู้ป่วยได้เข้าตรวจห้องฉุกเฉิน วันที่ 1 ธันวาคม 2562 เวลา 19.34 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย สีหน้าไม่ค่อยสุขสบาย มีไข้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116/61 มิลลิเมตรปรอท ฟังปอดพบ Wheezing both lung with poor air entry พ่นยา Ipratropium bromide 1 NB ทุก 15 นาที จำนวน 3 ครั้ง แล้วอาการทุเลาลง แพทย์วินิจฉัยเป็น Pneumonia with acute respiratory failure

แรกรับที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ผู้ป่วยชายไทยรูปร่างผอม ผิวดำแดง รู้สึกตัวดี สีหน้าไม่ค่อยสุขสบาย ไม่มีเหงื่อออก มาโดยเปลนอนพร้อม O<sub>2</sub> cannula 3 ลิตรต่อนาที ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการดังนี้ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Hemoculture 2 specimens, เก็บ Sputum culture, Gram stain และ AFB ดูแลให้ได้รับ 0.9%NSS 1000 cc. IV rate 80 cc/hr., Dexamethasone และพ่นยา Ipratropium bromide ให้ยา Ceftriaxone, Azithromycin, Dextromethorphan, Cetirizine, ยาแก้ไอมะขามป้อม จิบเวลาไอ วัดค่า O<sub>2</sub> saturation ได้ 90% on Oxygen mask with bag 10 LPM วัดซ้ำ O<sub>2</sub> saturation เท่ากับ 98% เจาะเลือดปลายนิ้ววัดระดับน้ำตาลได้ 134 mg%.

ขณะนอนรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการกระสับกระส่าย ผุดผุกผุดผ่องมากขึ้น หายใจโดยใช้กลัมน้ำหนักหน้าท้องช่วยในการหายใจ พ่นยา Ipratropium bromide 1 NB ทุก 15 นาที 3 ครั้ง แต่อาการไม่ดีขึ้น วัดระดับ O<sub>2</sub> saturation พบว่าลดลง ได้รับการใส่ Endotracheal tube with Volume Respiator วันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2562 หลังจากนั้นอาการดีขึ้น ประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจผ่านเกณฑ์ตาม weaning protocol ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จในวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2562

ทดลองหยา  $O_2$  mask with bag,  $O_2$  cannula และ  $O_2$  room air ตามลำดับ พบว่าค่า  $O_2$  saturation 80–85% จึง ใส่  $O_2$  cannula 2 LPM ต่อเนื่อง ระดับ  $O_2$  saturation 96–98% ปรีกษานักกายภาพบำบัด เพื่อวางแผนการทํากายภาพบำบัดตามสภาพปอด (Lung rehabilitation) ฝึกหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (Breathing exercise) ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ยังต้องอาศัยญาติในการช่วยพยุงตัว ฝึกการออกกำลังกายแขนและขาแบบ Passive exercise รวมถึงการสอนให้ญาติผู้ป่วยปฏิบัติร่วมด้วย

ผู้ป่วยสามารถหย่าออกซิเจนได้ หลังถอดท่อช่วยหายใจและหลังทํากายภาพบำบัดต่อเนื่องอีก 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถทํากิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ได้วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการทางการพยาบาล มีการเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่องการดำเนินโรคของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น ทีมแพทย์และทีมพยาบาลได้วางแผนการจำหน่าย โดยเน้นย้ำความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุ การดำเนินของโรค แนวทางการรักษาของแพทย์ แนวทางการดูแลของพยาบาล ผลกระทบภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการที่เกิดขึ้นต่อตนเอง แนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ 15 ธันวาคม 2562 จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยแพทย์อนุญาต นัดติดตามอาการตามแผนการรักษาที่ห้องตรวจอายุรกรรม ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสกลนคร รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาลนาน 14 วัน

**กรณีศึกษาที่ 2** ชายไทย อายุ 60 ปี ให้ประวัติว่า 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ต่ำๆ ไอ มีเสมหะสีขาวปน หายใจปกติ ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก รับประทานยาลดน้ำมูกแล้วดีขึ้น ไม่ได้ไปพบแพทย์ 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูง มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้เข้าตรวจห้องฉุกเฉิน วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง มีอาการอ่อนเพลีย ไอเป็นพักๆ ให้  $O_2$  cannula 3 L/min หายใจหอบเหนื่อย

ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ RR 28–30 ครั้ง/นาที  $O_2$  saturation 95–96% on saline locks ที่แขนซ้าย ฟังเสียงปอดพบ Wheezing at both lung ไอเป็นพักๆ เสมหะสีเหลืองปนเหนียว ปริมาณมาก  $O_2$  saturation 88–92% พ่นยา Ipratropium bromide 1 NB ทุก 15 นาที 3 ครั้ง แล้วอาการทุเลาลง ภาพถ่ายรังสีทรวงอกมีลักษณะ เป็นจุดฝ้าขาวบริเวณปอดข้างล่างขวาและปอดข้างบนซ้าย (patchy infiltration in RLL and LUL) แพทย์วินิจฉัยเป็น Pneumonia with acute respiratory failure พิจารณาให้นอนรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1

แรกวันที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีไข้สูง ไอ เหนื่อยหอบมากขึ้น มีเสมหะสีเหลืองปน ปริมาณค่อนข้างมาก ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ RR 28–30 ครั้ง/นาที ระดับ  $O_2$  saturation ลดลง เหลือ 85–90% แพทย์จึงพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ on Endotracheal tube with Volume Respiator สั่งเสมหะ ตรวจ gram stain พบ gram positive cocci in pair (few) PMN และ epithelial cell (few). ผลเพาะเชื้อพบเชื้อ Klebsiella pneumoniae (numerous) ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี อัตราการหายใจ 22–26 ครั้งต่อนาที  $O_2$  saturation 96–98% ความดันโลหิต 144/86 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้งต่อนาที

หลังได้รับยา 3 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5–37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18–20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 124/78 มิลลิเมตรปรอท เสมหะสีขาวปน ปริมาณลดลง ประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจผ่านเกณฑ์ตาม weaning protocol เริ่มฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเอง โดยการลดการทำงานเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยหายใจได้ดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ทดลองหยา  $O_2$  mask with bag,  $O_2$

cannula และ O<sub>2</sub> room air ตามลำดับ สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ O<sub>2</sub> saturation 98–100% ความดันโลหิต 123/71 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 96 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ดี แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วย

กลับบ้านได้ ในวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสมเมื่อกลับบ้าน เช่น เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การใช้ชีวิตประจำวันทั่วไป ตลอดจนอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ รวมระยะเวลาอนโรพยาบาลนาน 9 วัน

### ตารางที่ 1 ข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไข้สูง ไอมีเสมหะ เหนื่อย อ่อนเพลีย	ไข้ต่ำๆ ไอมีเสมหะ สีขาวขุ่น
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ ไอ มีน้ำมูกเล็กน้อย รับประทานยา Paracetamol และยาแก้แพ้ แล้วอาการดีขึ้น	3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ต่ำๆ ไอมีเสมหะ สีขาวขุ่น รับประทานยาลดน้ำมูก แล้วอาการดีขึ้น
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มี	ไม่มี
โรคประจำตัว	ไม่มี	ไม่มี
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยา
ประวัติการใช้ยา/สารเสพติด/เครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์	ดื่มน้ำแอลกอฮอล์เวลาพบปะเพื่อนฝูง เดือนละ 2–3 ครั้ง	ปฏิเสธการดื่มน้ำแอลกอฮอล์
ประวัติการสูบบุหรี่	สูบบุหรี่ วันละ 1 ซอง นาน 20 ปี ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว	ไม่สูบบุหรี่
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ดูอ่อนเพลีย สีหน้า ไม่ค่อยสุขสบาย มีไข้ อุณหภูมิ 38.6°C ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116/61 มิลลิเมตรปรอท ฟังปอดพบ Wheezing both lung with poor air entry ฟันยา Ipratropium bromide 1 NB ทุก 15 นาที 3 ครั้ง แล้วอาการทุเลาลง	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง มีอาการอ่อนเพลีย ไอเป็นพักๆ on O <sub>2</sub> cannula 3 L/min หายใจหอบเหนื่อย ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ RR 28–30 ครั้ง/นาที O <sub>2</sub> saturation 95–96% on saline locks ที่แขนซ้าย ฟังเสียงปอดพบ Wheezing at both lung ไอเป็นพักๆ เสมหะสีเหลืองขุ่นเหนียว ปริมาณมาก O <sub>2</sub> saturation 88–92% ฟันยา Ipratropium bromide 1 NB ทุก 15 นาที 3 ครั้ง แล้วอาการทุเลาลง
การวินิจฉัยครั้งแรก	Pneumonia with acute respiratory failure	Pneumonia with acute respiratory failure

ทฤษฎีการปรับตัวของรายนำมาใช้ในการวางแผน และให้การพยาบาลผู้ป่วย ทั้ง 2 ราย พบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

## 1. การปรับตัวด้านร่างกาย

### 1.1 ความต้องการออกซิเจน

**พฤติกรรม** ผู้ป่วยรู้สึกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 28–32 ครั้งต่อนาที วัดค่า  $O_2$  saturation 88–90% อัตราการเต้นของหัวใจ 88–90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ผลเอกซเรย์ปอดพบ เป็นจุดฝ้าขาวบริเวณปอดล่างข้างขวาและปอด ข้างบนซ้าย (patchy infiltration in RLL and LUL) วันที่ 3–4 ของการรักษา ผู้ป่วยหายใจหอบลดลง ไม่มีไข้ แพทย์แจ้งผู้ป่วยทราบให้เริ่มฝึกหายใจ ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

**การปรับตัว** ไม่มีประสิทธิภาพ ปอดอักเสบ เป็นสิ่งเร้าตรง ส่งผลให้หายใจหอบเหนื่อย

**สิ่งเร้าตรง** ประสิทธิภาพการหายใจลดลง หายใจหอบเหนื่อย

**สิ่งเร้าร่วม** ภาวะปอดอักเสบและภาวะหายใจล้มเหลว

**สิ่งเร้าแฝง** สูงอายุ

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากมีภาวะปอดอักเสบและภาวะหายใจล้มเหลว

**วัตถุประสงค์** ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

**การพยาบาล** ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ บันทึกสัญญาณชีพ วัดค่า  $O_2$  saturation และให้ 0.9% Normal Saline ทางหลอดเลือดดำ และยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา จัดทำนอนศีรษะสูง 15–30 องศา บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย อธิบายผู้ป่วยเข้าใจถึงจุดประสงค์ของการฝึกหายใจ ฝึกหายใจตามแผนการรักษา

**ประเมินผล** ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ 20–24 ครั้งต่อนาที ค่า  $O_2$

saturation 99–100% อัตราการเต้นของหัวใจปกติ 80–90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60–130/80 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายใน 24 ชั่วโมง เฉลี่ย 1200 –1600 มิลลิลิตร สามารถหย่าเครื่องหายใจได้สำเร็จและถอดท่อช่วยหายใจได้

### 1.2 ภาวะโภชนาการ

#### พฤติกรรม

**กรณีศึกษาที่ 1** น้ำหนัก 55 กิโลกรัม สูง 170 เซนติเมตร BMI = 19.03 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ วันที่ 2 ของการรักษาฟัง Bowel sound 14 ครั้งต่อนาที เริ่มให้อาหารBlenderize Diet (1.5:1) 250 มิลลิลิตร ทางสายยางจมูก วันละ 4 มื้อ รับประทานอาหารได้ดี วันที่ 3 ของการรักษา แพทย์เพิ่ม Blenderize Diet (2:1) เป็น 350 มิลลิลิตร วันละ 4 มื้อ รับประทานอาหารได้ดี มีไข้ 37.8 – 38.0 องศาเซลเซียส

**กรณีศึกษาที่ 2** น้ำหนัก 50 สูง 165 เซนติเมตร BMI = 18.38 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ วันที่ 3 ของการรักษาฟัง Bowel sound 12 ครั้งต่อนาที เริ่มให้อาหาร Blenderize Diet (1:1) 250 มิลลิลิตร ทางสายยางจมูก วันละ 4 มื้อ รับประทานอาหารได้ดี วันที่ 4 ของการรักษา แพทย์เพิ่ม Blenderize Diet (2:1) เป็น 300 มิลลิลิตร วันละ 4 มื้อ รับประทานอาหารได้ดี มีไข้ 37.5 – 38.0 องศาเซลเซียส

**การคำนวณหาความต้องการพลังงานของ Harris Benedict (Harris–Benedict equation)<sup>7</sup>**

TEE (Total energy expenditure) คือ ความต้องการพลังงานทั้งหมดใน 1 วัน = BEE x SF x AF  
BEE (Basal energy Expenditure) คือพลังงานที่น้อยที่สุดที่ทำให้เกิดกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกาย

SF (Stress factor) คือ ปัจจัยด้านความเครียดของผู้ป่วยในภาวะ Hyper metabolism = 2

AF (Activity factor) คือ กิจกรรมของผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ = 0.9

BEE ในผู้ชาย =  $66.5 + 13.8$  (น้ำหนักเป็น กิโลกรัม) +  $5.0$  (ส่วนสูงเป็นเซนติเมตร) -  $6.8$  (อายุ เป็นปี)

**การคำนวณหาความต้องการพลังงาน**

**กรณีศึกษาที่ 1** BEE =  $66.5 + 13.8 (55) + 5.0 (170) - 6.8 (60) =$  กิโลแคลอรีต่อวัน  
=  $825.5 + 850 - 408 = 1,267.5$

TEE =  $1,267.5 \times 2 \times 0.9 = 2,281.5$  กิโลแคลอรี ต่อวัน

ถ้าอุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียส จาก 37 องศาเซลเซียส ร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นอีก 13% ผู้ป่วยมีไข้  $37.8 - 38.0$  องศาเซลเซียส ร่างกาย ต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นอีก 13% คิดเป็น 297 กิโลแคลอรีต่อวัน

ความต้องการพลังงานของผู้ป่วยทั้งหมดใน 1 วัน  
=  $2281.5 + 281 = 2,562.5$  กิโลแคลอรี

อาหารที่ผู้ป่วยได้รับใน 1 วัน ให้พลังงาน 2,800 กิโลแคลอรี เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย

**การปรับตัว มีประสิทธิภาพ**

**กรณีศึกษาที่ 2** BEE =  $66.5 + 13.8 (50) + 5.0 (165) - 6.8 (60) =$  กิโลแคลอรีต่อวัน  
=  $756.5 + 825 - 408 = 1,174$

TEE =  $1,202.3 \times 2 \times 0.9 = 2,113.2$  กิโลแคลอรี ต่อวัน

ถ้าอุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียส จาก 37 องศาเซลเซียส ร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นอีก 13% ผู้ป่วยมีไข้  $37.8 - 38.0$  องศาเซลเซียส ร่างกาย ต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นอีก 13% คิดเป็น 275 กิโลแคลอรีต่อวัน

ความต้องการพลังงานของผู้ป่วยทั้งหมดใน 1 วัน  
=  $2113.2 + 297 = 2,388.2$  กิโลแคลอรี

อาหารที่ผู้ป่วยได้รับใน 1 วัน ให้พลังงาน 2,400 กิโลแคลอรี เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย

**การปรับตัว มีประสิทธิภาพ**

### 1.3 การขับถ่าย

**พฤติกรรม** ตั้งแต่วันที่ 3 ของการรักษาหลัง

ได้รับอาหาร ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1-2 ครั้ง ใส สายสวนปัสสาวะคาไว้ปัสสาวะสีเหลืองใส เจลลี่วันละ 1600 มิลลิลิตร วันที่ 5 ของการรักษาแพทย์ให้ถอดสายสวนปัสสาวะออก หลังจากนั้นผู้ป่วยปัสสาวะได้เองปกติ

**การปรับตัว มีประสิทธิภาพ**

### 1.4 การมีกิจกรรมและการพักผ่อน

**พฤติกรรม** ผู้ป่วยรู้สึกตัว ใสท่ช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ บ่นนอนไม่ค่อยหลับเนื่องจาก ได้ยินเสียงเครื่องช่วยหายใจและ Monitor ขณะมี กิจกรรมผู้ป่วยหายใจเหนื่อยมากขึ้น ใสสายยางให้อาหาร ทางจมูก ใสสายสวนปัสสาวะคาไว้

**การปรับตัว** ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากใสท่ช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ

**สิ่งเร้าตรง** พยาธิสภาพของภาวะหายใจล้มเหลวและสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย

**สิ่งเร้าร่วม** อุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย และความเครียด

**สิ่งเร้าแฝง** ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน และถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว

**วัตถุประสงค์** ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติด ปอดแฟบ

**การพยาบาล** ช่วยทำกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมโดยให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองเท่าที่จะทำได้ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ออกกำลังกายบนเตียง Passive Exercise ยืดเหยียดแขนขา และข้อต่อต่างๆ ให้อาหารและยาตามแผนการรักษา

**ประเมินผล** ร่างกายสะอาด ไม่เกิดแผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติด หรือปอดแฟบ

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** การพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจาก หายใจหอบเหนื่อย ใสเครื่องช่วยหายใจ ต้องดูดเสมหะ และพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง



**วัตถุประสงค์** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

**การพยาบาล** จัดสภาพแวดล้อมและกิจกรรรมพยาบาลที่รบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด อาทิ ให้เสียงรบกวนน้อยที่สุด เช่น สัญญาณเตือนภัยต่างๆ เสียงพูดคุยของแพทย์พยาบาล เสียงโทรศัพท์ เป็นต้น จัดสถานที่ให้มีแสงสว่างเพียงพอไม่มากหรือน้อยเกินไป ให้ยา Ativan (0.5 mg) 1 เม็ด ทางสายยางจมูก ก่อนนอน

**ประเมินผล** สามารถนอนหลับตอนกลางคืนได้ 4-5 ชั่วโมง กลางวัน 1-2 ชั่วโมง

### 1.5 การปกป้องร่างกาย

**พฤติกรรม** ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ วันที่ 3 ของการรักษา เสมหะเปลี่ยนจากสีเขียวขุ่นเหลว เป็นสีเหลืองขุ่นจำนวนมาก มีไข้ 37.8-38.0 °c ผลเอกซเรย์ปอด พบปอดด้านล่างขวาอักเสบ ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส ผิวหนังสะอาด ไม่มีแผลกดทับตามร่างกาย

**ผิวหนัง** การปรับตัว มีประสิทธิภาพ

**ภูมิคุ้มกัน** การปรับตัว ไม่มีประสิทธิภาพ

**สิ่งเร้าตรง** ใส่เครื่องช่วยหายใจคาไว้ 5-7 วัน

**สิ่งเร้าร่วม** ภูมิคุ้มกันลดลงจากภาวะเจ็บป่วย

**สิ่งเร้าแฝง** สูงอายุ

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง เนื่องจากการติดเชื้อที่ปอดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ

**วัตถุประสงค์** การแลกเปลี่ยนแก๊สมีประสิทธิภาพและลดการติดเชื้อที่ปอด

**การพยาบาล** ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้อยู่ในระบบปิด ดูแลเสมหะเมื่อมีเสมหะ บันทึกสัญญาณชีพจำนวนและลักษณะเสมหะ ให้อาบน้ำชำระร่างกาย หลอดเลือดดำ ติดตามผลการตรวจ Sputum culture และเอกซเรย์ปอด

**ประเมินผล** ไม่มีไข้ เสมหะลดลงเปลี่ยนจากสีเหลืองขุ่นเป็นสีขาวขุ่น ผล Sputum culture พบเชื้อแบคทีเรีย Streptococcus pneumoniae ตอบ

สนองต่อยา Ceftriaxone และผลเอกซเรย์พบ ปอดด้านขวาล่างอักเสบลดลง

### 1.6 การรับความรู้สึกรู้สึก

**พฤติกรรม** ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ การมองเห็นปกติ หูได้ยินชัดเจน สื่อสารโดยเขียนหนังสือบอกความต้องการ Pain score 6

**การปรับตัว** ไม่มีประสิทธิภาพ

**สิ่งเร้าตรง** การกดทับของท่อช่วยหายใจ บริเวณหลอดลม

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** ผู้ป่วยไม่สุขสบาย จากอาการเจ็บคอ และเจ็บช่องปากแห้ง เนื่องจากระคายเคืองในช่องปากจากการใส่ท่อช่วยหายใจ

**วัตถุประสงค์** มีความสุขสบาย ไม่เจ็บคอเพิ่มขึ้น เจ็บช่องปากชุ่มชื้น ไม่มีแผล

**การพยาบาล** ดูแลความสะอาดในช่องปาก ฟัน ถูทุกแตร อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลดูแลสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้งและติดพลาสติกที่มุมปากผู้ป่วย จัดทำอนและอุปกรณ์การแพทย์ที่สะดวกในการเคลื่อนไหว ประเมินผล ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น Pain score ลดลงเหลือ 4

**1.7 ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์**

**พฤติกรรม** ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ ฟังปอด 2 ข้างพบ crepitation ปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกาย ใน 24 ชั่วโมง เฉลี่ย 1200 ml-1600 มิลลิลิตร วันที่ 4 ของการรักษา เจาะเลือดตรวจจิลิกโทรไลต์ พบค่าผิดปกติคือ โปแตสเซียม 3.1 mmol/L (ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/L)

**สมดุลของน้ำ** การปรับตัว มีประสิทธิภาพ

**อิเล็กโทรไลต์** การปรับตัว ไม่มีประสิทธิภาพ

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ จากการได้รับยาขับปัสสาวะ

**วัตถุประสงค์** เกิดความสมดุลของโปแตสเซียมในร่างกาย

**การพยาบาล** ให้อาหาร และ KCL 30

มิลลิลิตร ทางสายยางจุ่ม 2 ครั้ง เฝาระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและอาการของภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ และติดตามผลการตรวจโปแตสเซียมในเลือด

**ประเมินผล** ไม่มีอาการกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ท้องไม่อืด คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 80-90 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจโปแตสเซียมในเลือด ปกติได้ 3.9 mmol/L

### 1.8 การทำงานของระบบประสาท

**พฤติกรรม** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ สื่อสารโดยการพยักหน้า สายหน้า และเขียนหนังสือบอกความต้องการได้ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี

**การปรับตัว** มีประสิทธิภาพ

### 1.9 การทำงานของต่อมไร้ท่อ

**พฤติกรรม** ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว

**การปรับตัว** มีประสิทธิภาพ

## 2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

**พฤติกรรม** ขณะเจ็บป่วยมีญาติมาเยี่ยมทุกวัน และซักถามอาการของผู้ป่วยทุกครั้งที่มาเยี่ยม หลังถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการรักษาต่อเรื่องที่โรงพยาบาล

**การปรับตัว** ไม่มีประสิทธิภาพ

**สิ่งเร้าตรง** การรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วย

**สิ่งเร้าร่วม** การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

**วัตถุประสงค์** ลดความกังวลของผู้ป่วยและญาติ

**การพยาบาล** ให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ อาการอาการแสดงของโรคปอดอักเสบ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัว หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระบบทางเดินหายใจ เช่น ควันบุหรี่ ฝุ่นละออง อากาศร้อนจัด เย็นจัด ที่อับชื้น สถานที่ที่มีคนแออัด เป็นต้น เน้นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างถูกต้องและการมาพบแพทย์ตามนัด ประเมินผลผู้ป่วยและญาติพูดคุยได้ตอบแสดงความเข้าใจในการ

ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

### 3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่

**พฤติกรรม** ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ บุตรชายและบุตรสาว เป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว มีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวเป็นประจำ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

**การปรับตัว** มีประสิทธิภาพ

### 4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

**พฤติกรรม** สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี และดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) โรงพยาบาลสกลนคร ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ

**การปรับตัว** มีประสิทธิภาพ

### ผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 60 ปี และ 61 ปี เป็นช่วงวัยผู้สูงอายุ มาด้วยอาการ ไข้ ไอ หายใจหอบ รับประทานยาลดไข้ ลดน้ำมูก แล้วอาการดีขึ้น ต่อมาเริ่มมีเสมหะมากขึ้น หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการดูแล พ้นยาขยายหลอดลมที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อาการทุเลาลง ใส่ออกซิเจนทางจุ่ม ติดตามระดับออกซิเจนปลายนิ้ว ฟิล์มเอกซเรย์ปอด พบว่า มีฝ้าขาวที่ปอด ได้รับการวินิจฉัย Pneumonia with respiratory failure แพทย์ให้การรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1

ขณะนอนรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีไข้สูง หายใจหอบมากขึ้น แพทย์จึงใส่ท่อช่วยหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจ ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ดูแลต่อเนื่อง เมื่ออาการหายใจหอบดีขึ้น ร่วมกับไข้เริ่มลดลง จึงพิจารณาประเมินผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยการปรับลดการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ กรณีศึกษาที่ 1 สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ รวมระยะเวลา 9 วัน กรณีศึกษาที่ 2 สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ รวมระยะเวลา 4 วัน

ซึ่งกรณีศึกษาที่ 1 ใช้ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจนานกว่ากรณีศึกษาที่ 2 น่าจะเนื่องจาก มีประวัติการสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา นาน เมื่อเกิดภาวะติดเชื้อปอดอักเสบ ทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต้องใช้ระยะเวลา นานกว่า รวมถึง หลังถอดท่อช่วยหายใจได้แล้ว กรณีศึกษาที่ 1 ยังไม่สามารถหายใจได้เองโดยไม่ใส่ O<sub>2</sub> Cannular ได้จึงต้องมีการปรึกษานักกายภาพบำบัดทำ Lung rehabilitation ฝึกหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (Breathing Exercise) ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ยังต้องอาศัยญาติในการช่วยพยุงตัว ฝึกการออกกำลังกายแขน และขาแบบ Passive exercise รวมถึงการสอนให้ญาติ ผู้ป่วยปฏิบัติร่วมด้วย ส่งผลให้กรณีศึกษาที่ 1 มีระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาลนานมากขึ้น

ผลของการให้การพยาบาลตามปัญหาการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ จากพยาธิสภาพของปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวร่วมด้วย ผู้ป่วยสามารถหย่าออกซิเจนได้ หลังถอดท่อช่วยหายใจและหลังทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ได้วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการทางการพยาบาล มีการเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง การดำเนินโรคของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น ทีมแพทย์และทีมพยาบาลได้วางแผนการจำหน่าย โดยเน้นย้ำความรู้ ความเข้าใจถึงสาเหตุ การดำเนินของโรค แนวทางการรักษาของแพทย์ แนวทางการดูแลของพยาบาล ผลกระทบ ภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการที่เกิดขึ้นต่อตนเอง แนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ หากมีอาการผิดปกติ เช่น เป็นไข้ เหนื่อยหอบมากขึ้น ควรรีบมาพบแพทย์ไม่ต้องรอถึงวันนัด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยแพทย์อนุญาต กรณีศึกษาที่ 1 รวมระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาล 14 วัน กรณีศึกษาที่ 2 รวมระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาล 9 วัน

## สรุป

พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบ ประกอบกับผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้อาการผู้ป่วยทรุดลง ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งมีโอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจอื่น ๆ เช่น เจ็บปวด กลั้ว เสมหะอุดตัน ปอดติดเชื้อมากขึ้น เป็นต้น จึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด และหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วที่สุด<sup>8,9</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งพยาบาลควรมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถปรับตัวกับภาวะวิกฤติของโรค โดยให้ความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สามารถปรับแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการดูแลจนพ้นภาวะวิกฤต หลังการรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ทั้ง 2 ราย และติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง

## ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรให้ความสำคัญในการนำความรู้จากทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาล เพื่อสามารถแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบมากขึ้น
2. ภาวะปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว เป็นภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยทรุดลง หน่วยงานต้องมีการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลนำทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล และทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการติดตามผู้ป่วยปอดอักเสบภายหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ และประเมินสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง

## เอกสารอ้างอิง

1. วิชา รัชชัยพิชิตกุล. Management of Pneumonia. KKU Journal of Medicine 2015;4:17–29.
2. วิชา รัชชัยพิชิตกุล. HAP, VAP and HCAP Guidelines: from Guidelines to Clinical Practice. Srinagarind Med J 2010;25(Suppl).
3. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน่วยที่ 7 ทฤษฎีและแนวทางประยุกต์สู่การปฏิบัติ: ทฤษฎีเน้นผู้รับบริการ. เอกสารประกอบการสอนรายวิชา Nursing theory. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
4. Jacqueline F. Using Roy Adaptation Model to guide research and/or practice: Construction of conceptual-theoretical-empirical system of knowledge. Aquichan 2009;3(9),297–306.
5. Roy C, Andrews H.A. The roy's Adaptation Model. 2nd ed. Stamford: Appleton & Lange; 1999.
6. Ursavas E.F, Karayurt o, iseri Ö. Nursing approach based on Roy Adaptation Model in patient Understanding breast conserving surgery for breast cancer. J Breast Health 2014;10(3):134–140.
7. Reid C.L. Poor agreement between continuous measurement of energy expenditure and routinely used prediction equations in intensive care patients. Clin Nutr 2007;26(5):649–57.
8. สุันทา พนมตวง, ชนกพร จิตปัญญา. การบำบัดทางการพยาบาลในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องหายใจ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. ว.พยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2554;22(1):58–71.
9. ทนชัย บุญบุรพงศ์. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: ปัญญามิตร; 2561.
10. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/506wk/y62/d31\\_0362.pdf](http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/506wk/y62/d31_0362.pdf)
11. Reechaipichitkul W, Thavornpitak Y, Sutra S. Burden of Adult pneumonia in Thailand: a nationwide hospital admission data 2010. J Med Assoc Thai 2014;97(3):283–92.
12. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร. สรุปสถิติข้อมูลการบริการ โรงพยาบาลสกลนคร ประจำปี 2560-2561. กลุ่มงานพัฒนาบริการและวิชาการ โรงพยาบาลสกลนคร; 2561.