

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อ พฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการรับรู้คุณค่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาล วิชาชีพหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาดำรง เอกสาร บทความ และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.1 ความหมายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.2 พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.3 อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.4 สาเหตุของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.5 ระดับความรุนแรงของโรค
 - 1.6 แนวทางในการรักษาพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.7 ภาวะแทรกซ้อน
2. แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 2.1 ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 2.2 ความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 2.3 วัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 2.4 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
3. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. พฤติกรรมความเจ็บป่วย
 - 4.1 ความหมายของพฤติกรรมความเจ็บป่วย
 - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมความเจ็บป่วย
 - 4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความเจ็บป่วย
5. การรับรู้คุณค่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความหมายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease) หมายถึง กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนล่าง ประกอบด้วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) ถุงลมโป่งพอง (emphysema) โรคหอบหืด (asthma) (Long, Phipps, & Cassmeyer, 1993; Weaver & Sciver, 1992; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541, หน้า 244; สมเกียรติ วงษ์ทิม และชัยเวช นุชประยูร, 2542, หน้า 150)

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางที่เสื่อมลง ไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ (สมเกียรติ วงษ์ทิม และชัยเวช นุชประยูร, 2542, หน้า 163) ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพของหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพองและโรคหอบหืดในสัดส่วนต่าง ๆ กัน ดังนั้น ผู้ป่วยจึงมีลักษณะเวชกรรมและพยาธิสรีรวิทยาแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพเด่นไปในทางใดทางหนึ่ง ดังนี้

กลุ่มอาการถุงลมโป่งพอง การอุดกั้นทางเดินหายใจเป็นผลมาจากเนื้อเยื่อปอดถูกทำลาย ทำให้ปอดเสียความยืดหยุ่น (elastic recoil) ในขณะเดียวกันหลอดเลือดฝอยและถุงลมในปอดก็ถูกทำลายด้วย ผลที่ตามมาคือ ลมคั่งในถุงลม แต่อัตราส่วนของการระบายอากาศต่อการไหลเวียนเลือดยังสมดุลกันอยู่ การแลกเปลี่ยนก๊าซจึงยังคงปกติ ผู้ป่วยโรคนี้จึงไม่มีอาการ เจริญคล้า เรียกว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังชนิดเอ นอกจากในระยะสุดท้ายของโรค เมื่อหลอดเลือดฝอยถูกทำลายไปอย่างมาก แรงต้านทานภายในหลอดเลือดของปอดสูงขึ้น จะเกิดภาวะ หัวใจซีกขวาล้มเหลวตามมา

กลุ่มโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการไอและมีเสมหะมากเกือบทุกวัน ติดต่อกันอย่างน้อยปีละ 3 เดือน และไม่น้อยกว่า 2 ปีติดต่อกัน พยาธิสภาพเกิดจากการทำลายของเนื้อเยื่อปอด ต่อมาผลิตเยื่อเมือกโตขึ้น และมีการสร้างเยื่อเมือกมากขึ้น ทำให้มีเสมหะมาก มีการอักเสบเรื้อรัง เกิดพังผืดและการอุดตันของเยื่อเมือกบริเวณทางเดินหายใจส่วนปลายของหลอดลม นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อเรียบของทางเดินหายใจด้วย อัตราส่วนของการระบายอากาศและการไหลเวียนเลือดลดลง ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน และมีคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายนี้ออก ผู้ป่วยจะมีผิวขาวเขียวคล้า เมื่อขาดออกซิเจนมากขึ้น จะเกิดแรงต้านภายในหลอดเลือดของปอดเพิ่มมากขึ้น หัวใจซีกขวาต้องทำงานมากขึ้น ในที่สุดจะเกิดภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว

กลุ่มโรคหอบหืดเรื้อรังจะพบการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม เยื่อหลอดลมจะบวม และหนากว่าปกติ เนื่องจากการอักเสบและมีจำนวนของต่อมเมือกเพิ่มขึ้น เสมหะจะมีลักษณะเป็นมูกเหนียวจับอยู่ตามผนังหลอดลม หรืออุดในแขนงหลอดลมเล็ก ๆ ทำให้หลอดลม ตีบลง

อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาการหลักของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การหายใจลำบาก เหนื่อยหอบเมื่อออกแรง อาการไอมีเสมหะ และหายใจมีเสียงวี๊ด (wheezing) ซึ่งจะมีหรือไม่มีก็ได้ แต่อาการหายใจลำบากจะเป็นอาการสำคัญ (Leidy & Traver, 1995; McSweeney & Grant, 1988) เมื่อเริ่มแรกอาจจะยังไม่มีอาการเลย จนกว่าจะเป็นมากพอสมควรแล้ว จึงเกิดอาการขึ้น ส่วนใหญ่จะมีอาการหลัง 40 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังมักจะมีประวัติไอบานานก่อนจะมีอาการ หอบเหนื่อย อาการไอมักจะเป็นในตอนเช้า โดยเฉพาะเมื่อลุกจากที่นอนหรือหลังสูบบุหรี่ เสมหะมักจะเป็นสีขาวหรือสีเหลือง หรือสีเขียวเมื่อมีการติดเชื้อแทรก ถ้างดสูบบุหรี่อาการจะดีขึ้น เมื่อโรคดำเนินต่อไป การถ่ายเทอากาศในถุงลมจะลดลง ระดับออกซิเจนในเลือดแดงจะลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยง่ายในเวลาออกกำลังกายมาก ต่อมาจะเหนื่อยแม้ออกกำลังกายเพียง เล็กน้อย ฟังปอดจะได้ยินเสียงรอกไค (rhonchi) หรือเสียงวี๊ดทั้งในขณะหายใจออกและหายใจเข้า ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดจะสูง จึงพบว่า ผู้ป่วยมีอาการเขียวได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพอยู่ที่ถุงลม มีถุงลมโป่งพอง พบว่าอาการเริ่มแรกคือ อาการเหนื่อยหอบเมื่อออกแรง ไม่ไอบานมาก หรือไอบานไม่ค่อยมีเสมหะ ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการเขียว เนื่องจากอัตราส่วนของการไหลเวียนอากาศต่อการไหลเวียนเลือดแม้จะลดลง แต่ก็ยังสมดุลอยู่ สำหรับโรคหอบหืดเรื้อรังนั้น อาการหืดจะเกิดเป็นครั้งคราวอยู่ตลอดปี มากบ้างน้อยบ้าง บางรายอาจมีอาการติดต่อกันทุกวัน การอุดกั้นที่เกิดขึ้นในหลอดลมมีผลทำให้แรงดันการหายใจออกสูงขึ้น ผู้ป่วยต้องออกแรงในการหายใจเพิ่มขึ้น จนเกิดอาการเหนื่อยหอบ หายใจเข้าและออกมีเสียงวี๊ด มักต้องลุกนั่งหายใจ ไอบ่อย เสมหะเหนียวและมีเหม็นออกมาก

สาเหตุของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สาเหตุการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สาเหตุส่งเสริมการเกิดประการสำคัญและพบมากที่สุดคือ การสูบบุหรี่ รองลงมาคือ มลภาวะทางอากาศ เช่น ควันต่าง ๆ ฝุ่นละอองจากโรงงานไหมหิน ละอองฟางข้าว และเกสรดอกไม้ เป็นต้น ผู้ที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจหรือผู้ที่มีภาวะภูมิแพ้ร่วมด้วย หลอดลมจะมีโอกาสในการถูกกระตุ้นมากขึ้น และเกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจได้ง่าย นอกจากนี้ อายุที่มากขึ้น ทำให้ผนังทรวงอกมีความแข็งตัวเพิ่มขึ้น ทำให้ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอดลดลงหรือจากพันธุกรรมอันเนื่องมาจากความพร่อง ซีรั่ม อัลฟา วัน-แอนติ ทริปซิน (serum alpha 1-antitrypsin) จะทำให้ทางเดินหายใจหดรัดเกร็ง และเกิดการ อุดกั้นของทางเดินหายใจขึ้นได้และจากสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ การเจริญที่ผิดปกติของหลอดลมขณะอยู่ในครรภ์มารดา

ผนังถุงลมที่ถูกทำลายจากเอนไซม์ อีลาสติเนส (elastinase enzyme) การล้มเหลวของ หลอดน้ำเหลืองและหลอดเลือดที่จะเผาผลาญสารต่าง ๆ เพื่อป้องกันการรวมตัวของสารพิษ

ระดับความรุนแรงของโรค

ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้ความสามารถในการ ประกอบกิจกรรม

ของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541, หน้า 249) ดังนี้

1. ความรุนแรงระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดใด ๆ สามารถประกอบกิจกรรมได้ตามปกติ
2. ความรุนแรงระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเล็กน้อยหรือปานกลาง เริ่มมีการ เปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต เดินในที่ราบได้ เหนื่อยเมื่อเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันได
3. ความรุนแรงระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมมากขึ้น แต่สามารถดูแลตนเอง ได้ เดินในที่ราบไม่ได้เท่ากับคนปกติ เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูงหนึ่งชั้น และต้องหยุดและพัก เมื่อเดินขึ้นตึกสูงสองชั้น
4. ความรุนแรงระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมอย่างมาก แต่ดูแลตนเองได้ เดิน ทางราบมากกว่า 100 หลาไม่ได้ ต้องหยุดและพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูงหนึ่งชั้น
5. ความรุนแรงระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมอย่างรุนแรง ไม่สามารถ ดูแลตนเองได้ เดิน

เพียง 2-3 ก้าวหรือแค่นั่งก็เหนื่อยหอบ

แนวทางในการรักษาพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด การรักษาพยาบาลจึงเป็นเพียงการประคับประคอง อาการ ยับยั้งการดำเนินของพยาธิสภาพ หรือชะลอพยาธิสภาพไม่ให้ดำเนินไปอย่างรวดเร็วเพื่อให้ ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้สามารถปรับตัวและนำเอาศักยภาพและทรัพยากรที่เหลืออยู่มาใช้ให้เกิด ประโยชน์สูงสุดในการดำเนินชีวิต

ประจำวัน ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

1. การรักษาด้วยยา ผู้ป่วยจะได้รับยาขยายหลอดลมติดต่อกันเป็นเวลานาน โดยมีการติดตาม ผลการรักษาเป็นระยะ หรือเมื่อมีอาการแพ้ยา หรือเมื่อพบว่าการรักษาไม่ได้ผล ถ้า รักษาไม่ได้ผล แพทย์อาจพิจารณาใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteriod) บางรายอาจต้อง ใช้ยาปฏิชีวนะ
2. ถ้ามีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (จอพะจง เพ็งจาด และคณะ, 2540, หน้า 7)

2. การให้ออกซิเจน ผู้ป่วยที่มีค่าความดันในเลือดแดงน้อยกว่า 55 มิลลิเมตรปรอท หรือความอิ่มตัวของออกซิเจนน้อยกว่าร้อยละ 90 หรือมีภาวะเม็ดเลือดแดงในเลือดมาก หรือ มีภาวะหัวใจช็อกวาล์วเหลว จะได้รับออกซิเจนที่มีอัตราไหลหนึ่งถึงสามลิตรต่อนาที (จิตติมา ศิริจิระชัย และคณะ, 2541, หน้า 203) เพราะการกระตุ้นศูนย์รับเคมี ซึ่งทำหน้าที่ปรับการทำงานของศูนย์การหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควบคุมโดยภาวะพร่องออกซิเจนในร่างกาย ดังนั้นการให้ออกซิเจนที่มีอัตราการไหลต่ำ จะไม่ทำให้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มมากขึ้นจนกระทั่งศูนย์รับเคมีเสียไป และการให้ออกซิเจนสูงตั้งแต่เริ่มแรกอาจทำให้เกิดอันตราย ทำให้ผู้ป่วยหายใจช้าลง และเกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ (carbondioxide necrosis)
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ผู้ป่วยควรฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยการฝึกการหายใจ โดยใช้กระบังลม เพื่อให้การหายใจมีประสิทธิภาพสูงสุด และลดอัตราการหายใจ รวมทั้งควรหายใจออกทางปากช้า ๆ โดยทำปากให้แคบเหมือนผิวปากร่วมกับการหายใจโดยใช้กระบังลมเพื่อช่วยให้เวลาในการหายใจออกนานขึ้น ป้องกันการตีบแคบของหลอด และการคั่งค้างของอากาศในถุงหลอดลม (Weaver & Sciver, 1992, pp. 587-588)
4. การฟื้นฟูสภาพจิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยควรจะได้รับ การฟื้นฟูทั้งจิตใจ อารมณ์ และสังคมที่เหมาะสมกับสภาพ เพื่อให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น รายได้ดีขึ้น ทำให้สามารถกลับเข้าสู่สังคมได้ โดยการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลตนเอง ทั้งในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล การรักษาตามความต้องการและความสามารถ นอกจากนี้ การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม ญาติ และกลุ่มต่าง ๆ เช่น สมาคม มูลนิธิ เป็นต้น การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น
5. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิธีการรักษา การปฏิบัติตน เช่น แนะนำให้หลีกเลี่ยงสาเหตุที่ส่งเสริมการเกิด เช่น การสูบบุหรี่ การอยู่ในที่มี ฝุ่นละออง หรือควันมาก ๆ และนาน ๆ เป็นต้น การสวมเสื้อผ้าที่ทำให้ร่างกายอบอุ่นเมื่ออยู่ในที่ อากาศเย็น เพื่อป้องกันการกระตุ้นการไอและการติดเชื้อของอวัยวะในระบบทางเดินหายใจ การรับประทาน อาหารที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง และควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่ายและให้พลังงานสูง ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซ เช่น ถั่ว พริกไทย หอม เป็นต้น เนื่องจากกระเพาะอาหารจะขยายขนาดมาก เกินปกติและไปดันกระบังลม ทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้น ควรดื่มน้ำอุ่นในปริมาณวันละ 2 ถึง 3 ลิตร เพื่อทำให้เสมหะละลายและขับออกได้ง่าย ยกเว้นในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนของร่างกาย เช่น การทำงานของไตหรือหัวใจล้มเหลว (Weaver & Sciver, 1992, p. 580) สมาชิกในครอบครัวควรมีการปรับเปลี่ยนบทบาทเพิ่มขึ้นจากที่เคยปฏิบัติอยู่ โดยเฉพาะ คู่สมรสของผู้ป่วยซึ่งต้องรับบทบาทในฐานะผู้ดูแลต้องเพิ่มบทบาทขึ้น เช่น การทำงานหาเลี้ยง ครอบครั ใน

ขณะที่ต้องทำหน้าที่เดิมของคนต่อไป เช่น การเลี้ยงดูบุตร งานบ้าน เป็นต้น (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537, หน้า 343)

ภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดังนี้

การเกิดภาวะการหายใจวาย (respiratory failure) หมายถึง ภาวะที่ระบบการหายใจเสื่อมสมรรถภาพจนไม่สามารถรักษาระดับความดันของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงให้อยู่ในระดับปกติได้ ซึ่งโดยทั่วไปถือเอาระดับความดันในหลอดเลือดแดงของคาร์บอนไดออกไซด์

(PaCO_2) 50 มม.ปรอท (mm.Hg) หรือสูงกว่า และระดับความดันในหลอดเลือดแดงของออกซิเจน (PaO_2) 60 มม.ปรอท (mm.Hg) หรือต่ำกว่าเป็นภาวะการหายใจวาย (สุชัย เจริญรัตนกุล, 2544, หน้า 825 อ้างถึงใน สิวลี ศิริไธ, 2539) ภาวะการหายใจวายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจเกิดขึ้นได้เมื่อโรคดำเนินไปจนถึงขั้นรุนแรง แต่ส่วนมากมักเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจอย่างเฉียบพลัน เช่น การติดเชื้อของหลอดลม การอุดตันของเส้นเลือดในปอด เป็นต้น ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังจะทำให้เกิดภาวะการหายใจวายจากพยาธิสภาพที่เกิดที่หลอดลม ถุงลม หรือเนื้อเยื่อระหว่างเซลล์ของปอด เนื่องจากการบวมของผนังหลอดลม การตีบแคบและหดเกร็งของหลอดลม และจากการมีเสมหะกักค้างในหลอดลม เช่น ที่พบในโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคหอบหืด เชื่อว่าจะทำให้การกระจายของลมหายใจเข้าสู่ปอดไม่สม่ำเสมอ การถ่ายเทอากาศไม่ดี เกิดจากการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์หรือจากพยาธิสภาพที่ถุงลม เช่น โรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งมีการทำลายผนังถุงลมและเส้นเลือดฝอยทำให้มีความผิดปกติของเส้นเลือดที่มาสู่ถุงลม จึงทำให้การไหลเวียนเลือดมาสู่ถุงลมน้อยลง แม้การถ่ายเทอากาศภายในถุงลมจะปกติ แต่อากาศที่หายใจเข้าสู่ปอดส่วนนั้นจะไม่มี การแลกเปลี่ยน หรือมีการแลกเปลี่ยนได้น้อย เป็นการเพิ่มปริมาตรอากาศสูญเปล่า (dead space) เนื่องจากมีปริมาตรอากาศในถุงลมปอดสูงกว่าปริมาตรเลือดใน เส้นเลือดที่ไหลผ่าน ถ้าถุงลมส่วนอื่นไม่สามารถทำงานชดเชย หรือไม่มีการขับถ่ายคาร์บอนได- ออกไซด์ได้เพียงพอ โดยการหายใจให้แรงและเร็วขึ้นก็จะทำให้คาร์บอนไดออกไซด์คั่งได้ นอกจากนี้ภาวะที่ไหลเวียนอากาศในถุงลมบางส่วนน้อยลงหรือไม่มีเลย เช่น จากความผิดปกติของ หลอดลมหรือถุงลมเอง แม้จะมีเลือดมาสู่ถุงลมนั้นอย่างพอเพียงแต่การแลกเปลี่ยนก๊าซในเลือดจะไม่เกิดขึ้น ทำให้มีระบบออกซิเจนต่ำและคาร์บอนไดออกไซด์สูงได้เช่นกัน

ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการหายใจวายเกิดขึ้น จะพบปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลายอย่าง ได้แก่ เซลล์ของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอซึ่งเป็นผลจากการมีออกซิเจนในเลือดต่ำหรือปัญหาจากผลของการมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด ซึ่งคาร์บอนไดออกไซด์คั่งอาจไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะกรด-ด่างของเลือดหรือถ้าไม่มีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำร่วมด้วย ในรายที่มีคาร์บอนไดออกไซด์สูงมากในเลือดจะทำให้เกิดอาการ ง่วง ซึม และอาจหมดสติได้

การเกิดภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ จากการที่มีภาวะล้มเหลวของการหายใจทำให้ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดแดงพัลโมนารี ในปอด แรงต้านในหลอดเลือดจะเพิ่มขึ้น เป็นผลให้แรงดันในหลอดเลือดพัลโมนารีเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ที่สูงขึ้นในเลือดและภาวะการหายใจมีความเป็นกรด (respiratory acidosis) อาจเป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้แรงดันในหลอดเลือดพัลโมนารีเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งจะทำให้ หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนักในการสูบฉีดโลหิตไปฟอกที่ปอด และหัวใจห้องล่างขวาโตขึ้นจนกระทั่งอาจล้มเหลวในที่สุด

จากผลของการมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำเป็นเวลานาน จะทำให้ร่างกายต้องพยายามช่วยตนเอง เพื่อให้เซลล์ของร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ โดยการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เลือดมีความเข้มข้นและหนืดมาก หัวใจห้องล่างซ้ายจะต้องทำงานหนักในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เมื่อเป็นเวลานานจะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต และอาจล้มเหลวได้ในที่สุด

นอกจากนั้นยังอาจพบปัญหาที่มีความสำคัญเป็นอันตรายอาจทำให้ถึงตายได้ คือ การเต้นผิดจังหวะของหัวใจ ซึ่งพบได้บ่อย ได้แก่ การเต้นผิดจังหวะที่มีกำเนิดไฟฟ้าจากเอเทรียม ยิ่งถ้าผู้ป่วยได้ยาประเภทคาทีโคลามีน (catecholamine) และอะมิโนฟีลลิน (aminophylline) อยู่จะยิ่งทำให้การเต้นผิดจังหวะของหัวใจเลวลง

แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่าจะได้รับการดูแลต่อเนื่อง ได้รับการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย ส่งเสริมบุคคลในภาวะปกติและครอบครัวให้ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม โดยพยาบาลจะต้องสร้างแผนการพยาบาลอย่างมีระบบ แต่มีขอบเขตการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ดังเช่นที่หลายท่านได้ให้ความหมายไว้

แทบบิต (Tebbit, 1981, pp. 22-26) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นระบบการวางแผนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เพื่อที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการหนึ่งไปสู่อีกสถานบริการหนึ่ง หรือไปยังบ้านของผู้ป่วย

เพิร์ลแมน (Pearlman, 1984, p. 36) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นแผนซึ่งทีมสุขภาพได้ร่วมกันจัดทำขึ้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือหน่วยบริการสุขภาพอื่น ภายหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งทำให้เกิดการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ

รอร์เด็น และทราฟ (Rorden & Taft, 1990, p. 22) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่เริ่มด้วยการประเมินความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล มีการสื่อสาร

การประสานร่วมมือกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์ให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ศรีตรง (2544, หน้า 37) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการประเมิน เตรียมการ และติดต่อประสานงาน การอำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพและสวัสดิการทางสังคม ทั้งก่อนและหลังจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแล้ว การวางแผนจำหน่ายสามารถดำเนินการให้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลระยะรักษาตัวในโรงพยาบาล ควรเริ่มกิจกรรมตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วย

วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ (2545, หน้า 3) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องจากโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งได้รับความร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคคลในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติและการประเมินติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยขอสรุปความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง กระบวนการในการกำหนดกิจกรรมด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การจัดให้มีการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การประเมินผลขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลค่าบางระจัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความเจ็บป่วยที่เหมาะสม ทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน ด้วยการร่วมปรึกษากับบุคลากรพยาบาล ประสานงานกับทีมสุขภาพตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วยโดยเร็ว และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อมุ่งให้มีการดูแลต่อเนื่อง และมีการฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสม

ความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในแผนการดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งที่จะพิจารณาประโยชน์ของผู้ป่วย เตรียมผู้ป่วยให้สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง (Rowland & Rowland, 1992, pp. 502-503; Youssef, 1987, pp. 611-616) และมีคุณภาพเท่า ๆ กับการดูแลที่โรงพยาบาล เนื่องจากเตรียมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านได้ โดยนำทรัพยากรในบ้านและชุมชนมาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม (Rhoads, 1992, pp. 13-18) และสอดคล้องกับวิถีการดำเนิน

ชีวิตของผู้ป่วย จนผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความคุ้นเคยและเกิดความมั่นใจที่จะปฏิบัติได้แม้กลับไปอยู่ที่บ้าน

พรรณทิพา ศิลป์ประสิทธิ์ (2531, หน้า บทคัดย่อ) ทำการศึกษา เรื่อง การศึกษาความรู้ คุณค่าและการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวช จากพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 160 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพโดยส่วนรวมเห็นว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีคุณค่ายิ่ง

พยาบาลวิชาชีพ เป็นบุคลากรที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าทีมสุขภาพ อื่น ๆ จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปสู่การดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์มากกว่า คือ

1. ช่วยลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับแผนการจำหน่ายโดยเร็ว ก็จะทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเกินความจำเป็น (Smeltzer, 1990, p. 7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สติลล์ และคณะ (Still, 1997, pp. 498-500) ซึ่งทดลอง นำโปรแกรมที่สร้างขึ้น โดยมีการใช้ขั้นตอน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย อย่าง เคร่งครัด เพื่อลด จำนวนวันที่นอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีแผลไหม้ ในระยะเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยที่มีแผลไหม้น้อยกว่าร้อยละ 25 มีจำนวนการนอนรักษาในโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 51.4 ส่วนผู้ป่วยที่มีแผลไหม้มากกว่าร้อยละ 25 มีจำนวนการนอนรักษาในโรงพยาบาลลดลง ร้อยละ 23.7 เป็นต้น

2. ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เร็วขึ้น จากการศึกษาของสุริพร ทองธีรภาพ (2532, หน้า 2) ได้สรุปความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวว่าทำให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ลดความกลัวและความวิตกกังวลในการดูแล ตนเองลดเวลาในการอยู่โรงพยาบาลเป็นผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตกับครอบครัวโดยอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ทำให้ภาวะจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ป้องกันการแพร่กระจายของโรคไปยังบุคคลอื่น ป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยอื่น รู้แหล่งประโยชน์ในชุมชนและได้รับความช่วยเหลือที่ต่อเนื่องจากแหล่งประโยชน์นั้น ตลอดจนเพิ่มคุณค่าของชีวิต ทำให้รู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีค่าต่อสังคม นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อพยาบาล เป็นผลให้สัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัวกับพยาบาลดีขึ้น เป็นการพัฒนาคูณภาพของการพยาบาลและพัฒนาบทบาทของพยาบาลให้เด่นขึ้นตลอดจนช่วยเพิ่มอัตราหมุนเวียนเตียงในโรงพยาบาล

3. ป้องกันการกลับเข้ามาเพื่อรับบริการซ้ำ หรือการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น (unnecessary readmission) จากการศึกษาวิจัยของ แฮดดอกค์ (Haddock, 1994, pp. 248-252) เรื่อง การมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ระหว่างพยาบาลเฉพาะทาง กับนักสังคม สงเคราะห์ ร่วมกับการใช้ระบบข้อมูลดูแลผู้ป่วยระยะยาว (long term care information system) เพื่อเป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูล วางแผน และปฏิบัติตามการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า มีผู้ป่วยกลับมา

นอนโรงพยาบาลชั่วร้อยละ 10 ซึ่งน้อยกว่า กลุ่มควบคุมที่มีการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยตามขั้นตอนของโรงพยาบาล ซึ่งมีผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ถึงร้อยละ 23

4. ช่วยพัฒนาความรู้ของบุคลากร ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ใช้ทีมสหสาขา วิชาชีพ ร่วมกันพัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยซึ่งต้องการให้ความรู้ในระหว่างปฏิบัติงานแก่บุคลากร ทำให้บุคลากรมีความรู้พัฒนาไปด้วย ซึ่งต้องการให้ความรู้ในระหว่างปฏิบัติงานแก่บุคลากร ทำให้บุคลากรมีความรู้พัฒนาไปด้วย (McGinley, 1996, p. 60)

จะเห็นได้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการสำคัญที่จะนำไปสู่การดูแล สุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรสำคัญ ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จำเป็นจะต้องตระหนักถึงความสำคัญ เห็นคุณค่าและประโยชน์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้บริการสุขภาพดำเนินไปอย่างมีคุณภาพ และเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการโดยส่วนร่วม

วัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม มีการพิจารณาภาวะแทรกซ้อนจนสามารถลดภาวะแทรกซ้อน และความจำเป็นในการนอนโรงพยาบาล รวมทั้งป้องกันการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ
2. เพื่อเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ในการส่งต่อไปที่บ้าน และมีการติดตามผลภายหลังการจำหน่าย
3. เพื่อจัดให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน โดยมีการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และให้มีการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปด้วยดี
4. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองตามแผนการรักษาและมีอิสระในการพึ่งพาตนเองมากที่สุดหรือสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้สูงสุด
5. เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพความคุ้มค่า และความเหมาะสมในการใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรทั้งจากโรงพยาบาลและชุมชน

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่เสนอเป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายของกระทรวงสาธารณสุข (กฤษดา แสงดี และคณะ, 2539, หน้า 4-5)

1. ประเมินความต้องการการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตัดสินใจเปรียบเทียบกับกระบวนการดำเนินของโรคหรือความเจ็บป่วยเพื่อคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหา สุขภาพหรือความต้องการการดูแลสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจและทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับโรคที่เป็น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผน กำหนดกิจกรรม ให้สอดคล้อง เหมาะสม

3. เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาหารือ และวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
4. ผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือ การสอน ให้คำปรึกษา ฝึกฝนทักษะการดูแลตนเองตามการรักษาที่จำเป็น รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ หรือยากลับบ้าน โดยการดัดแปลง กิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน
5. บริหารจัดการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมระหว่างการใช้เวลากับการดูแลให้การพยาบาลกับปัญหาในระยะเฉียบพลัน และเวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามแผนการจำหน่าย
6. ส่งต่อแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแผนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
7. ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนเป็นระยะ ๆ ปรับปรุงแผนและวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสม ตลอดเวลาก่อนจำหน่าย
8. ประเมินและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย
9. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม
10. ประชุมปรึกษาหารือในทีมพยาบาล และทีมสุขภาพ เพื่อประเมินผลสำเร็จของกระบวนการวางแผนจำหน่าย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ

บทบาทหลักของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย นับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญในระบบการบริหารการพยาบาลซึ่งเป็นอิสรภาพในการปฏิบัติวิชาชีพ ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแกนในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นกระบวนการประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล ประสานการบริการสุขภาพ และบันทึกการรายงานอย่างมีระบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามความต้องการอย่างครอบคลุม ซึ่งเป็นการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งให้ผู้ป่วยมีความสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และมีการประเมินผลที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการให้การดูแลทางร่างกายโดยตรง รวมทั้งการแนะแนวสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งต้องให้การประสานงานการดูแลร่วมกัน เป็นการพยาบาลสมบูรณ์แบบ (comprehensive nursing care) เป็นการศึกษาที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาลอย่างสูง ใช้ความรู้ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ สามารถวิเคราะห์สถานะวินิจฉัย วางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องให้การดูแลนับตั้งแต่ เข้ามาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน และยังคงติดตามกับหน่วยสุขภาพอื่นของชุมชน

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการปฏิบัติการดูแลตามกฎหมาย และโดยองค์การวิชาชีพ จากการศึกษาของ โลน และบอร์เจสัน (Lile & Borgeson, 1998) ได้ศึกษาความรู้และการรับรู้บทบาท การตอบสนองต่อกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า

พยาบาลยังมีความแตกต่างกันในเรื่องความรู้ ตามระดับการศึกษา จึงควรมีการพัฒนาการศึกษา โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และพัฒนาบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

จากการรวบรวมบทบาทหน้าที่และกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประมวลได้ว่า บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง การทำให้เกิดมีการปฏิสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดกระบวนการระหว่างบุคคลขึ้น โดยพยาบาลทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์นั้นเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน อันจะทำให้เกิดความพึงพอใจและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล พยาบาลต้องสร้างความไว้วางใจ การเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย เกิดการยอมรับ เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วย ความสามารถและหน้าที่ในการปฏิบัติตัวต่อสังคม การปรับตัวในสังคมของผู้ป่วย รวมถึงความเชื่อทางศาสนา

2. การติดต่อสื่อสาร เป็นกระบวนการในการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ ความคิดเห็น เพื่อให้ความเข้าใจตรงกัน ทักษะการสื่อสารอย่างเหมาะสม จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และครอบคลุมซึ่งเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การสอน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถ ปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย เพื่อช่วยป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อน หรือลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน โดยการสอน การสอนซึ่งเป็นหน้าที่โดยตรงตามกฎหมายและความรับผิดชอบของพยาบาลเพราะเอาใจใส่ต่อการสอนเป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

การเตรียมการสอนผู้ป่วย นอกจากต้องเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ต้องรู้เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ความรู้ ความเข้าใจ ก่อนลงมือสอน จะได้มีการเตรียมเนื้อหาความรู้ได้เหมาะสม ใช้กระบวนการที่เป็นระบบ การสอนอย่างมีแบบแผน ครอบคลุม ตรงตามที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งการสอนอย่างมีระบบโดยใช้กระบวนการพยาบาลสามารถดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

3.1 การประเมินสภาพทั่วไป (assessment) เช่น การศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนำมาประเมินความต้องการการเรียนรู้

3.2 การวางแผน ต้องครอบคลุมกิจกรรมดังนี้ 1) กำหนดจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ของการสอน ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ให้สอดคล้องในระยะแรกและระยะต่อไป 2) ลำดับความสำคัญว่าจะสอนเรื่องใดก่อน 3) กำหนดเนื้อหาในลักษณะแผนการสอน 4) เลือกการสอนที่เหมาะสมกับสถานการณ์และรายบุคคล 5) กำหนดวิธีประเมินผล

3.3ดำเนินการสอน โดยพยายามจัดการสอนให้สอดคล้องกับผู้เรียนมากที่สุด โดยมีหลักการสอนและการเรียนรู้ ดังนี้คือ ผู้ป่วยต้องพร้อม ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างแท้จริง ให้เรียนจากง่ายไปหายาก มีเกณฑ์การประเมินการฝึก มีการเสริมแรง ปฏิบัติซ้ำบ่อย ๆ

3.4การประเมินผล นอกจากประเมินผลเป็นระยะ ๆ แล้วยังต้องประเมินผลเพื่อทราบว่าการเรียนการสอนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

สำหรับการสอนญาติผู้ป่วย หลังจากเข้ามาอยู่โรงพยาบาล 1 วัน พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วยที่ใกล้ชิด แล้วขอความร่วมมือเป็นเวลา 3 วัน

วันแรก ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติการดูแล โดยสังเกตและช่วยเป็นแบบอย่าง

วันที่ 2 ญาติทดลองลงมือปฏิบัติ โดยมีเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือนิเทศ

วันที่ 3 ญาติทดลองทำเองทั้งหมดภายใต้การนิเทศ ซึ่งขั้นนี้ต้องทดลองต่อไปอีกระยะหนึ่ง

นอกจากนั้นมีคู่มือ รูปภาพ อุปกรณ์ หรือข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลต้องวางแผนประสานงานกับเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ เช่น โภชนาการ นักกายภาพบำบัด

4. การประสานงาน หมายถึง การจัดระเบียบการทำงานที่มีความเกี่ยวเนื่องกัน เพื่อให้งานและเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ร่วมมือปฏิบัติงาน ทำงานไม่ซ้ำซ้อน เพื่อให้งานดำเนินไปอย่างราบรื่น สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ

หลักการประสานงาน ควรมีหลักในการปฏิบัติร่วมกันดังนี้

4.1กำหนดระเบียบ วิธีปฏิบัติร่วมกันเป็นลายลักษณ์อักษร

4.2แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องแต่ละฝ่ายทราบ และปฏิบัติได้ถูกต้อง

4.3บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา การปฏิบัติงานร่วมกัน ในเรื่องของการ

ประสานงาน

4.4มีการประเมินผลเพื่อปรับปรุง และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการประสานงานเพื่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในแต่ละวัน มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. การตรวจเยี่ยมประจำวัน (daily rounds) การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมพยาบาล ผู้รับผิดชอบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต้องประสานงานและให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลร่วมกันทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลที่ปฏิบัติเพื่อผู้ป่วยแต่ละคน ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนการตรวจจากคาร์เด็กซ์ การบันทึกแผนการพยาบาล แผนการจำหน่าย ผู้ป่วย

2. การเยี่ยมชมของทิมสหสาขาวิชาการ (multidisciplinary rounds) ร่วมกับแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ ซึ่งเป็นการวางแผนเพื่อการประสานงานให้มีการหาอุปกรณ์ ทรัพยากรที่จำเป็นเมื่อกลับบ้าน ผู้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต้องเสนอประวัติ สภาพความเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง การช่วยเหลือครอบครัว

3. ให้ข้อมูลแก่หน่วยงานอื่นเกี่ยวกับงานการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาล สอน บุคลากรใหม่ในการปฐมนิเทศ คู่มือการตรวจเยี่ยม และให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับแผนการจำหน่ายและสอนการปฏิบัติ

4. ประสานงานกับหน่วยงานอื่น เพื่อการส่งต่อกลับบ้านโดยมีผู้ช่วยดูแลที่บ้าน (home health care program) การดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาในโรงพยาบาล (after care program) การติดตาม ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก (outpatient follow up) ศูนย์ดูแลผู้ป่วยกลางวัน (day care center) สถาน บริการพักฟื้น สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง (long term convalescent หรือ nursing home care) เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีความสำคัญมาก เนื่องจากพยาบาล เป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และพูดคุยกับครอบครัว สามารถสังเกตและ รวบรวม ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังที่ คลอเซน (Clausen, 1984, pp. 58-61) กล่าวว่า ความสำเร็จใน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พยาบาล คือ ผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดสามารถสังเกตและ รวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนให้ครอบคลุมตรงปัญหาของ ผู้ป่วย ซึ่งการรวบรวมข้อมูลควรจะเริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยและตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ การประเมินสถานะ สุขภาพและการวางแผนการพยาบาลจะดำเนินอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รอร์เด็น และทราฟ (Rorden & Taft, 1990, pp. 239-240) ได้ออกแบบเตรียมและ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนพื้นฐาน 3 ขั้นตอน หรือเป็นที่รู้จักกันแพร่หลายว่า กระบวนการ เอ, บี, ซี, (A, B, C) ดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมข้อมูล (assessment) จะเกิดขึ้นในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วยเป็นการ คัดกรอง การเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลและการแพทย์ เพื่อใช้ในการตัดสินใจให้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของการดูแลผู้ป่วย

2. การสร้างแผนการจำหน่าย (building a plan) ที่เป็นผลจากการตัดสินใจใน ขั้น ตอนแรก โดยอยู่บนพื้นฐานความจำเป็นของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ที่ประยุกต์ให้ เป็นไปตาม วัตถุประสงค์ของการดูแล หรือเป้าหมายของการปฏิบัติตามการตัดสินใจ

3. การยืนยันแผนการจำหน่าย (confirming the plan) เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีการเตรียมให้อยู่ในระยะเวลาดูแลที่ต่อเนื่องและการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ รวมทั้งการประเมินผลในจุดแข็ง ที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วย แหล่งทรัพยากร ความสมดุลระหว่างความต้องการและสาเหตุของปัญหาที่จะมีผลต่อความเป็นอยู่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย

ขั้นตอนทั้งสาม มีความคล้ายคลึงกับกระบวนการในรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของ แมคกีแชน และคูลตัน, (McKeehan & Coulton, 1985 cited in Jackson, 1994, pp. 492-502) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. การประเมิน (assessment) มีการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว แหล่งประโยชน์และชุมชนตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลโดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

1.1 สิ่งที่ต้องประเมิน ได้แก่ 1) ประเมินความเสี่ยง 2) ประเมินร่างกายและจิตสังคม 3) ประเมินถึงการรักษา 4) ประเมินด้านเศรษฐกิจ และ 5) ประเมินสิ่งแวดล้อม

1.2 เวลาที่ต้องประเมิน โดยใช้เวลาน้อยที่สุด เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล แหล่งประโยชน์ การรักษา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.3 ผู้ประเมิน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วย

2. การวางแผน (planing) พยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทสำคัญในการวางแผนการพยาบาล รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีความยืดหยุ่นตามสภาพผู้ป่วยในแต่ละราย การวางแผนที่มี ประสิทธิภาพ ต้องมีการแบ่งบทบาทความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพพยาบาลต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และ ทีมสุขภาพ

3. การปฏิบัติ (implementation) การปฏิบัติที่ดีควรมีความเชื่อมโยงระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายร่วมกัน

นอกจากนี้กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกเป็น 5 ขั้นตอน (กฤษดา แสงวดี และคณะ, 2539, หน้า 9) ดังนี้

1. การประเมินปัญหา เป็นการประเมินปัญหาแบบองค์รวมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือ หรือความต้องการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจำหน่าย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย สัมภาษณ์และใช้ทักษะต่าง ๆ เช่นการฟัง การสังเกต เป็นต้น ในขั้นตอนนี้ควรเริ่มประเมินตั้งแต่แรกรับ จึงจะสามารถประเมินอย่างต่อเนื่องได้ โดยกระทำควบคู่กันในขณะที่ให้การพยาบาล ซึ่งประเด็นสำคัญที่พยาบาลจะต้องประเมิน มีดังนี้

1.1 สภาพร่างกาย จิตใจ และความต้องการด้านสังคมของผู้ป่วยขณะนี้เป็น อย่างไร หากผ่านพ้นระยะวิกฤติแล้ว ผู้ป่วยยังคงมีปัญหาอะไรเหลืออยู่บ้าง หรือภาวะสุขภาพของผู้ป่วยนั้น ก่อให้เกิดข้อจำกัดอะไรบ้างต่อการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต

1.2 ความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ ระดับความรู้ สึกตัวและการรับรู้ ความทนต่อสิ่งรบกวนต่าง ๆ โดยเฉพาะอาการของโรค แบบแผน พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย ความคาดหวังต่อการรักษา ความพร้อม และแรงจูงใจที่จะเรียนรู้หรือพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเตรียมรับความพร้อมก่อนกลับบ้าน เป็นต้น

1.3 แหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือหรือให้การดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย ได้แก่

1.3.1 ประเมินว่าผู้ป่วยควรจะได้รับความช่วยเหลือจากใคร หรือหน่วยงานใดบ้าง ในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่อนามัย หรือโรงพยาบาล รวมทั้งโรงพยาบาล เอกชน ต่าง ๆ ที่ให้บริการด้านสุขภาพ

1.3.2 ประเมินครอบครัวผู้ป่วยเพื่อหาผู้ดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลต้องค้นหาให้ได้ ว่า ใครคือผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านภายหลังการจำหน่าย เพื่อวางแผนฝึกฝนให้ตรงตามความเหมาะสมของแต่ละคน อย่างไรก็ตามบางครอบครัวอาจไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยเลย จึงจำเป็นต้องส่งต่อให้ได้รับการดูแลจากบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพที่บ้าน สถานพักฟื้นหรือสถาน ดูแลเวลากลางวัน เป็นระยะเวลาหนึ่งจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถพึ่งพาตนเองหรือชุมชนได้

2. การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ และความต้องการการดูแลภายหลังการจำหน่าย เป็น ขั้นตอนที่สำคัญเกี่ยวกับขั้นตอนสุดท้ายของการประเมินปัญหาผู้ป่วย ซึ่งจะต้องวิเคราะห์ แปล และสรุป ข้อมูลที่รวบรวมมาได้ โดยจะต้องพิจารณาในเบื้องต้นก่อนว่า ข้อมูลที่ได้มานั้นเพียงพอต่อการแก้ไข ปัญหาได้หรือไม่ ถ้ายังไม่เพียงพอก็ต้องรวบรวมมาได้ โดยจะต้องพิจารณาในเบื้องต้นก่อนว่า ข้อมูลที่ได้มานั้นเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาได้หรือไม่ ถ้ายังไม่เพียงพอก็ต้องรวบรวมข้อมูล เพิ่มเติม ซึ่งสามารถกระทำได้พร้อม ๆ กับการพยาบาลในแต่ละวัน ต่อจากนั้นจึงใช้ความรู้ประสบการณ์ และทักษะทางการพยาบาลในการพิจารณาว่าข้อมูลแต่ละข้อมูลมีความสัมพันธ์กันอย่างไร สามารถบ่งชี้ว่าเป็นความปกติหรือผิดปกติของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยนี้ พยาบาลต้องคำนึงถึงว่า ผู้ป่วย ต้องการการพยาบาลหรือไม่ โดยมองที่ปัญหา แหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวในอนาคต เพราะการที่ผู้ป่วยมีปัญหาไม่ได้หมายความว่า ต้องการ พยาบาลเสมอไป เนื่องจากเขาอาจจัดการกับปัญหานั้นได้เอง และมีประสิทธิภาพเพียงพอ ดังนั้น ใน การตัดสินใจ วินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยว่ายังคงเหลืออะไรอยู่บ้าง จะต้องการการพยาบาลหรือไม่ เพียงใด จึงเป็นเรื่องที่พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถเชิงวิชาชีพ ในการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว การวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อจำหน่ายผู้ป่วย มักจะเป็นไปตามเป้าหมายของผู้ป่วย แต่ละราย คือ การกลับคืนสู่สภาพปกติให้มากที่สุด และการเตรียมตัวเพื่อจำหน่าย

โดยทั่วไปแล้ว การวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอาจกำหนดได้ดังนี้

1. วินิจฉัยตามปัญหาเฉพาะหน้า เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ระยะยาว เช่น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการ ตัวอย่าง ข้อวินิจฉัยในประเด็นนี้ ได้แก่ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อลีบ เนื่องจากขาดความสามารถในการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น

2. วินิจฉัยตามการคาดการณ์ล่วงหน้า เกี่ยวกับความต้องการการดูแลที่บ้าน ภายหลังจำหน่าย ซึ่งความต้องการนี้แบ่งได้หลายระดับ ขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบางราย ต้องการได้รับการฝึกฝนให้เกิดทักษะในการปฏิบัติเทคนิคเฉพาะก่อนการจำหน่าย เช่น การให้อาหารทางสายยาง การสวนปัสสาวะด้วยตนเอง การดูแล colostomy การฉีดอินซูลิน หรือการดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่บ้าน เป็นต้น ซึ่งพยาบาลจะต้องวางแผนการฝึกทักษะอย่างเป็นขั้นตอนในเวลาที่เหมาะสมก่อนจำหน่าย หรือผู้ป่วย/ดูแลผู้ป่วยบางราย อาจต้องการเพียง คำแนะนำอย่างละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามการรักษากายหลังการจำหน่าย โดยไม่ต้อง ฝึกฝนทักษะพิเศษ ซึ่งพยาบาลต้องวางแผนการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา หรือจัดให้สนทนากับ ผู้ป่วยอื่น ที่มีปัญหาคล้ายกันอย่างเป็นขั้นตอน เช่นเดียวกัน เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจอย่างเพียงพอ

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลในประเด็นนี้ ได้แก่

2.1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากปฏิบัติตามแผนการรักษาไม่ถูกต้อง หรือ

2.2 อาจมีความบกพร่องในการจัดการเพื่อสุขภาพตนเองที่บ้าน เป็นต้น

3. การกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังการประเมินและวินิจฉัยปัญหา โดยการนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการวางแผน ซึ่งแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ดีควรเป็นการร่วมกันกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วยระหว่างทีมสหวิชาชีพ กับผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว และวิธีประเมินผล รวมทั้งเนื้อหาในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สามารถสื่อความหมายในทางปฏิบัติ มีความเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละคนและปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามความเหมาะสม

รายละเอียดในแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะมีลักษณะเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย แต่อย่างไรก็ตามเนื้อหาในแผนการจำหน่ายผู้ป่วยนั้น ควรประกอบด้วยประเด็นหลัก ๆ ที่จะใช้ในการสอนหรือการพัฒนาความสามารถด้านต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วย และเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่ง กฤษดา แสงดี และคณะ (2539, หน้า 14-15) ได้เสนอแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ถูกพัฒนาเป็นรูปแบบชัดเจนและเป็นวิธีการที่ช่วยลดจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำได้ คือ กิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D มีรายละเอียดดังนี้

M ย่อมาจาก Medication ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียดเกี่ยวกับชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ วิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยาด้วย

E ย่อมาจาก Environment & Economic ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการ สิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนรวมทั้งข้อมูล เกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม บางรายอาจต้องการการฝึกฝนอาชีพใหม่ เป็นต้น

T ย่อมาจาก Treatment ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษา และมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวังสังเกตอาการ ตนเอง และสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์ พยาบาลทราบ ต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

H ย่อมาจาก Health ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามี ข้อจำกัด อะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิต ประจำวัน ผู้ป่วยต้องสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้าน สุขภาพ รวมทั้งปรับให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ด้วย

O ย่อมาจาก Outpatient referral ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งเวลา และสถานที่ ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใคร ได้บ้างใน กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินหรือมีอาการเจ็บปวดนั้น นอกจากนั้น outpatient referral ยังหมายถึง การส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องผู้ป่วยระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ควรมีการส่งแผนการจำหน่ายโดยสรุปและแผนการดูแลต่อเนื่องไปยังเจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยจะสามารถขอความช่วยเหลือด้วย

D ย่อมาจาก Diet ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้อง เหมาะสม กับข้อจำกัดด้านสุขภาพต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในที่นี้หมายถึง สารเสพติดต่าง ๆ ด้วย

สรุปรูปแบบ M-E-T-H-O-D นี้จะเป็นแนวทางกลาง ๆ ในการที่จะใช้ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่ายและเป็นสาระของการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ซึ่งรายละเอียดในแต่ละเรื่องจะแตกต่างกันตามปัญญาของผู้ป่วยแต่ละราย แต่ก็สามารถถือเป็นแบบแผนที่อาจจะทำขึ้นเป็นแผนการจำหน่าย หรือแบบแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยก่อนจำหน่ายสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกัน

4. การปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย ในการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายนั้นบุคลากรทุกคนในทีมการพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติตามแผนโดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็น ผู้วางแผน ซึ่งจะต้องเป็นผู้สื่อสารดังกล่าวให้ผู้เกี่ยวข้องได้ทราบว่า แผนการจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละรายเป็นอย่างไร มอบหมายให้ใครทำอะไรบ้าง ทำเมื่อใด และควรใช้เทคนิค หรือวิธีการอะไรเป็นพิเศษหรือไม่ การสื่อสารจะต้องมีทั้งการสื่อสารด้วยลายลักษณ์อักษรและด้วยวาจา

การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนจะต้องประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งการส่งต่อการพยาบาลตามแผนเพื่อให้สมาชิกทีมสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง วิธีปฏิบัตินั้นประกอบด้วย

4.1 การให้ความช่วยเหลือ กระทำให้หรือกระทำให้แทน

4.2 การกระตุ้น สนับสนุน สร้างแรงจูงใจ และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ดูแล/ผู้ดูแลได้ปฏิบัติด้วยตนเอง

4.3 การสอน

4.4 การให้คำปรึกษา

4.5 การส่งต่อไปยังแหล่งประโยชน์อื่น ๆ และการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น

อย่างไรก็ตามพื้นฐานที่สำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว คือ สัมพันธภาพที่อบอุ่นและความไว้วางใจระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย ผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งล้วนมีปัญหาที่ซับซ้อนทั้งกาย จิต และสังคม พยาบาลจะต้องใช้ความสามารถในการวินิจฉัยความซับซ้อนของปัญหาดังกล่าว และตัดสินใจเลือกกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมในแต่ละระยะ

5. การประเมินผล พยาบาลวิชาชีพต้องร่วมกับผู้ป่วย/ผู้ดูแลประเมินผลตามเกณฑ์ในแต่ละเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน ทั้งการประเมินผลระยะสั้นและระยะยาว การประเมินผลทำได้โดยการตรวจร่างกาย การสังเกต การปฏิบัติ การสอบถาม พูดคุย และตัดสินใจว่าพฤติกรรมหรือการเรียนรู้หรือความก้าวหน้าของผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่ หากผลการประเมินไม่เป็นไปตามเป้าหมาย อาจต้องวางแผนใหม่หรือต้องประเมินปัญหา วินิจฉัยใหม่ หรือเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติใหม่ เป็นต้น

ในทางปฏิบัติการประเมินผล จะทำควบคู่กับการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละเรื่อง เช่น สอนแล้วผู้ป่วยเข้าใจ/อธิบายได้หรือไม่ กระทำตามได้ถูกต้องหรือไม่ รวมทั้งการประเมินเมื่อสิ้นสุดกระบวนการ เช่น เมื่อผ่านโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพปอดแล้ว อาการของผู้ป่วยเป็นอย่างไร ความสามารถในการปฏิบัติตามของผู้ป่วยเป็นอย่างไร ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร ซึ่งโดยทั่วไปการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย สามารถจำแนกตามระดับของการพัฒนาได้ดังนี้

1. ยังไม่พัฒนา อาจพบได้ในระยะแรกที่เจ็บป่วยหรือผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางร่างกาย การรู้จักคิดและภาวะจิตสังคม จนไม่สามารถพัฒนาการดูแลตนเองได้
2. กำลังพัฒนา มีการเรียนรู้เพื่อตอบสนองความต้องการ แต่จำเป็นต้องประเมินความเพียงพอในการดูแลตนเอง เช่น ทำได้หรือไม่ได้ มีความสม่ำเสมอในการกระทำ มากน้อยเพียงใด
3. พัฒนาแล้วแต่ยังไม่คงที่ จำเป็นจะต้องพัฒนาต่อไป อยู่ในกระบวนการพัฒนาการหรือจำเป็นต้องพัฒนาใหม่

4. พัฒนาการมาดีแล้ว และคงที่ แต่ยังคงมีความจำเป็นในการพัฒนาต่อไป

5. พัฒนาการมาดีแต่มีการถดถอยลงอาจเกิดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของการเจ็บป่วย จากการพัฒนาการแต่ละระยะดังกล่าวจะเห็นว่า นอกจากพยาบาลจะต้องประเมินความก้าวหน้าของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแล้ว ยังต้องประเมิน ค้นหาอุปสรรคของการพัฒนาความสามารถดังกล่าวด้วย ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคนี้อาจเป็นไปได้ทั้ง

1. ปัจจัยด้านร่างกายของผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคขึ้นมา อีกระหว่างการดูแล ทำให้ความสามารถของผู้ป่วยลดลงหรืออาจเกิดปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นกับผู้ดูแลทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในบางช่วงเวลา

2. ปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น ความวิตกกังวล ความท้อแท้ ความเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ หรือมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน กล่าวคือ สิ่งแวดล้อมอาจ ไม่เอื้ออำนวยให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น ขาดอุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็น ขาดโอกาสที่จะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือความคับข้องใจกับแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และการ ไม่ได้รับความสะดวกเนื่องจากระเบียบการเยี่ยมของญาติ ดังนั้นการประเมินผล จึงเป็นการประเมินทั้งความก้าวหน้า และประเมินอุปสรรค เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับปรุงแผน ปรับปรุงการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมมากที่สุดก่อนจำหน่าย ตลอดจนการประเมินผลนี้ ต้องสามารถตัดสินใจแยกประเภทของผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายให้ได้ว่ายังคงต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านระดับใด เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งต่อ และเป็นประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

โดยสรุปคือ กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีขั้นตอนต่าง ๆ ซึ่งครอบคลุม ตั้งแต่ แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ซึ่งในงานวิจัยนี้ยึดหลักกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามขั้นตอนของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และการประเมินผล

จะเห็นได้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรูปแบบ M-E-T-H-O-D สามารถนำมาใช้กับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้โดยมีรายละเอียดดังนี้

M ย่อมาจาก medication ในขณะที่ได้รับยาและแผนการรักษา ผู้ป่วยมักได้รับการรักษาเป็นเวลานาน ด้วยยาหลายชนิดจึงควรทราบเกี่ยวกับ ชื่อยา ขนาด คุณสมบัติ ฤทธิ์ข้างเคียง วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง พร้อมทั้งรู้จักสังเกตอาการที่ผิดปกติจากการใช้ยา การรับประทานยา ควรให้ถูกต้องตรงตามขนาดและเวลาสม่ำเสมอ เพื่อผลในการควบคุมโรค หลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง เพราะอาจเป็นการเสริมฤทธิ์ ขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับ หรือ

อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาต่อกันได้ สังเกตอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก ใจสั่น ให้มาพบแพทย์ทันที

E ย่อมาจาก environment ผู้ป่วยยังต้องหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีอาการ เหนื่อย หอบได้ง่าย เช่น บริเวณที่มีฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ ควันบุหรี่ อากาศร้อนจัด เย็นจัด อับชื้น สัตว์เลี้ยง รวมทั้งไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ไม่ไปในสถานที่ที่มีบุคคลจำนวนมาก

T ย่อมาจาก treatment ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษา และมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา รวมทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด มุ่งเน้นในการฝึกกล้ามเนื้อหายใจให้แข็งแรง ไม่อ่อนล้าง่ายมีผลต่อการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น บรรเทาอาการเหนื่อยหอบจากการตีบแคบของหลอดลมโดยเฉพาะขณะหายใจออก โดยฝึกการใช้กล้ามเนื้อทรวงอกส่วนล่าง กล้ามเนื้อหน้าท้อง และกะบังลม การบริหารการหายใจควรกระทำร่วมกับการไออย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้การถ่ายเทอากาศในปอดของผู้ป่วยโรค อุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น (สุวรรณิ จรุงจิตรอารี และสมชัย บวรกิตติ, 2531, หน้า 293; Martinson & Widmer, 1989) ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำให้หายใจช้า ๆ ฝึกใช้กล้ามเนื้อหายใจออกโดยเฉพาะกะบังลม โดยให้หายใจเข้าทางจมูก ตามสบายไม่ต้องออกแรง แล้วหายใจออกช้า ๆ ทางปาก ห่อปากเล็กน้อยเหมือนผิวปาก (pursed lip breathing) ให้การหายใจออกนานเป็น 2 เท่าของ การหายใจเข้า หรือยาวที่สุดเท่าที่จะทำได้การห่อปากจะทำให้เกิดแรงต้านขณะหายใจออก ทำให้แรงดันในหลอดลมเพิ่มขึ้น ช่วยต้านแรงดันจากช่องเยื่อหุ้มปอด หลอดลมจึงแฟบช้ากว่าปกติ มีเวลาถ่ายเทลมหายใจมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกหายใจสะดวก ขณะเดียวกันต้องสอนผู้ป่วยรู้จักการไอซึ่งเป็นการกำจัดเสมหะที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยการหายใจลึก ๆ ก่อนไอ อาจใช้มือช่วยกดบริเวณหน้าท้อง เพื่อดันกะบังลม ให้เคลื่อนขึ้นข้างบนโดยเร็ว เพื่อไอได้แรงขึ้น ความเร็วของลมหายใจออกจากช่วยขับเสมหะออกได้ดี และจะได้ผลดียิ่งถ้าให้ผู้ป่วยนั่งเอนไปข้างหน้า หายใจเข้าเต็มที่แล้วกลืนไว้ 1-2 วินาที และไอออกมา 2 ครั้ง ติดต่อกัน ต่อจากนั้นจึงหายใจเข้าออกเบา ๆ ช้า ๆ หรือ ใช้วิธีไอออกเบา ๆ สั้น ๆ ติดต่อกันหลายครั้งนอกจากนี้ควรดื่มน้ำอุ่นอย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร หรือ 8-10 แก้วต่อวัน (Birchenal & Streight, 1993; Sexton, 1990) เพื่อละลายเสมหะและป้องกันการขาดน้ำ หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำเย็นจัดเพราะจะกระตุ้นการ ไอและมีเสมหะมากขึ้น รวมทั้งควรมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง

H ย่อมาจาก health ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจในการประกอบกิจกรรม โดยการออกกำลังกาย การประกอบกิจวัตรประจำวัน การพักผ่อน การป้องกันอันตราย และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

การออกกำลังกาย เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยที่สำคัญที่สุดเพราะช่วยรักษาความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ข้อต่อมีการเคลื่อนไหวและยังช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น

อย่างมาก (Zeng, Zhang, & Duan, 1992) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจากได้ออกกำลังกายไประยะหนึ่งแล้วจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น คือ หอบเหนื่อยน้อยลง สามารถออกแรงเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น (Carter, Coast, Idell, 1992) ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมาก (Kaplan, Atkins, & Timms, 1984; Shaywitz & Shaywitz, 1986) การออกกำลังกายควรทำอย่างช้า ๆ ไม่หักโหมไม่เหนื่อยจนเกินไปมักจะทำพร้อมกับการฝึกการหายใจ เวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายควรใช้เวลาครั้งละประมาณ 20-30 นาที โดยมีช่วงพักระหว่างการออกกำลังกายตามความรู้สึกเหนื่อยและมีเวลาพักหลังออกกำลังกายทุกครั้งเช่นกัน การออกกำลังกาย เช่น การเดินเล่น เป็นการออกกำลังกายที่ดีที่สุด (Lewis & Collier, 1992) การวิ่งเหยาะ การขี่จักรยาน เวลาที่จะออกกำลังกายที่ดี คือเวลาเย็น ด้วยเหตุผลว่าการเผาผลาญอาหารที่เหลือจากการรับประทานอาหาร ร่างกายไม่มีโอกาสนำไปเก็บในรูปคอเลสเตอรอล หรือไตรกลีเซอไรด์ ส่วนสถานที่ที่ออกกำลังกาย ควรมีโอกาสปลอดโปร่งจาก สารพิษ ควันรถยนต์ ควันจากโรงงานอุตสาหกรรม ความถี่ของการออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

การพักผ่อน ผู้ป่วยควรมีเวลาพักหลังทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร และมีเวลาพักผ่อนในช่วงกลางวัน ผู้ป่วยมักนอนหลับได้น้อยลงเนื่องจากขณะนอนหลับมีการเปลี่ยนแปลงของการหายใจโดยมีการระบายอากาศลดลง ทำให้มีการรับอนไดออกไซด์ในเลือดสูง และมีการมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำลง ผู้ป่วยอาจกลัวว่านอนหลับไปแล้วจะไม่ตื่น บางรายมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว หรือมีอาการไอมาก จึงควรได้มีการส่งเสริมการนอนหลับ โดยให้ผู้ป่วยนอนหลับในท่าศีรษะสูง จัดสิ่งแวดล้อมให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีเสียงรบกวน ไม่ควรกระตุ้นการไอแรง ๆ และการหายใจแรง ๆ ระยะ 1-2 ชั่วโมงก่อนนอน ผู้ป่วยควรได้นอนหลับพักผ่อนประมาณคืนละ 5-8 ชั่วโมง

การดูแลป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยชักนำที่ทำให้อาการเลวลง ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด จะช่วยทุเลาอาการของโรคได้ไม่ว่าโรคจะรุนแรงเพียงใด การหยุดสูบบุหรี่แม้ว่าจะมีการทำงานที่ผิดปกติของหลอดลมขนาดเล็กแล้วความผิดปกติจะกลับคืนสู่ปกติได้ ในรายที่ปอดเสื่อมลงมากแล้ว การหยุดสูบบุหรี่ช่วยชะลออัตราเสื่อมของสมรรถภาพปอดให้ช้าลง (Crowley, MacDonald, Zerbe, & Petty, 1991) ต้องรักษาความสะอาดของสุขภาพปากและฟัน เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ นอกจากนั้นจะต้องหลีกเลี่ยงภาวะต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลควรมีวิธีผ่อนคลายความเครียดเช่น การฟังเพลง การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เป็นต้น

○ ย่อมาจาก outpatient referral ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทั้งเวลาและสถานที่ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้างในกรณีภาวะฉุกเฉินหรือเกิดอาการเฉียบพลัน นอกจากนี้ outpatient referral ยังหมายถึง การส่งต่อแผนการดูแลผู้

ป่วยต่อเนื่องระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ควรมีการส่งแผนการจำหน่ายโดยสรุป และแผนการดูแลต่อเนื่อง ไปยังเจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยจะสามารถขอความช่วยเหลือด้วย

D ย่อมาจาก diet ผู้ป่วยต้องเข้าใจและเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยมักมีน้ำหนักลด และมีลักษณะผอมแห้ง ซึ่งเป็นอาการแสดงของโรคขาดโปรตีนและพลังงาน การขาดโปรตีน และพลังงานมีผลทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และการทำงานของปอดลดน้อยลง เป็นผลให้การหายใจเลวลง เนื่องจากร่างกายจะนำเอาพลังงานที่สะสมไว้ในเนื้อเยื่อไขมันและโปรตีนจากกล้ามเนื้อมาเผาผลาญเป็นพลังงาน ทำให้เกิดผลกระทบกระเทือนต่อกล้ามเนื้อที่ใช้หายใจด้วย การศึกษาพบว่า สารอาหารที่ให้พลังงานคือ คาร์โบไฮเดรต กรดอะมิโน และไขมัน มีผลต่ออัตราส่วนออกซิเจนที่ใช้ต่อคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดขึ้น (respiratory quotient, RQ) สารอาหารที่ดีควรให้ RQ ต่ำคือ ใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญน้อยที่สุด และคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดจากการเผาผลาญน้อยที่สุดด้วยพบว่า RQ ของคาร์โบไฮเดรต: โปรตีน:กรดไขมัน เท่ากับ 1:0.8:0.7 ดังนั้น ไขมันจึงควรเป็นสารอาหารที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย โรคระบบทางเดินหายใจ ในขณะนี้ยังเป็นที่ ถกเถียงกันอยู่ จากข้อมูลต่าง ๆ เร็ว ๆ นี้ ได้เสนอว่า กรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัวในปริมาณมาก จะทำให้มีการเพิ่มระดับฟอสฟาเตสในปอดในปลาสมมา ซึ่งจะมีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม และความตึงตัว หลอดเลือดในปอด จากการศึกษาพบว่า การให้สารไขมันเข้าหลอดเลือด จะทำให้มีการเพิ่มปริมาณความเข้มข้นของฟอสฟาเตสในปลาสมมาซึ่งมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การกระจายของเลือดในปอด อัตราส่วนการระบายอากาศ และการแลกเปลี่ยนก๊าซ (ventilation/ perfusion) ลดลง ปริมาณออกซิเจนในร่างกายลดลง (Silberman, 1989) สำหรับอาหาร

คาร์โบไฮเดรต พบว่า เมื่อคนปกติรับประทานคาร์โบไฮเดรต 1000 แคลอรี เพียงครั้งเดียว 2-3 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะมีการหายใจเพิ่มมากขึ้น เพื่อขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกาย (วิชัยตันไพจิตร, 2531, หน้า 391; Martinson & Widmer, 1989) ส่วนสารอาหารโปรตีน ก็เช่นเดียวกันแม้ว่าจะเป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อการเสริมสร้างเนื้อเยื่อ แต่การรับประทานมากเกินไปอาจมีผลเสียต่อการหายใจได้เพราะ โปรตีนถูกย่อยและดูดซึมเข้าสู่ร่างกายนั้นจะอยู่ในสภาพของกรดอะมิโนเป็นส่วนใหญ่ การเผาไหม้กรดอะมิโนเพื่อให้เกิดพลังงานจำเป็นต้องใช้ออกซิเจน เช่นกัน อย่างไรก็ตามควรจะต้องจำกัดสารอาหารคาร์โบไฮเดรต เช่น แป้ง น้ำตาล และให้สารอาหารไขมัน เพื่อให้ได้พลังงานเพียงพอ (Cerrato, 1987) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ควรได้รับพลังงานมากหรือน้อยเกินไป เพราะถ้าให้มากเกินไปจะทำให้มีการเผาผลาญอาหารมาก ทำให้เกิดก๊าซคาร์บอนได- ออกไซด์มาก มีผลให้ผู้ป่วยต้องหายใจลำบากขึ้น และถ้าได้พลังงานน้อยเกินไป จะทำให้ได้รับพลังงานไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้มีน้ำหนักตัวน้อย และความต้านทานโรคต่ำได้ นอกจากนั้น การ รับประทานอาหารไม่ควรอึดเกินไปในแต่ละมื้อ ควรรับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง

ขึ้น เพราะปริมาณอาหารที่มากจะทำให้ความดันในกระเพาะอาหารสูงขึ้น ทำให้กะบังลมไม่สามารถเคลื่อนต่ำลงมาได้ ปอดจึงขยายตัวไม่ดีในขณะหายใจเข้า รวมทั้งจะมีการใช้ออกซิเจนเพื่อช่วยในการเผาผลาญอาหารและการย่อยเพิ่มขึ้น ปริมาณของคาร์บอนไดออกไซด์ก็เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับออกซิเจนด้วย (Cerrato, 1987)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า จำนวนมื้ออาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรเพิ่มจากเดิมเป็น 5-6 มื้อต่อวัน (เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย, 2531, หน้า 178; Cerrato, 1987) หรือ 6-8 มื้อต่อวัน (Martinson & Widmer, 1989) และควรเป็นอาหารที่เคี้ยวกลืนง่าย (Gorzean & Bowdoin, 1990) อาหารในมื้อเช้าจะเป็นอาหารหลักและมีขนม ผลไม้ หรือเครื่องดื่มต่าง ๆ เช่น น้ำผลไม้ น้ำหวาน หรือนม สลับกันในแต่ละมื้อ ควรมีการลดปริมาณอาหารลดลง แต่ไม่ลดพลังงาน เช่น อาหารคาร์โบไฮเดรต สามารถลดปริมาณลงได้โดยไม่ต้องลดพลังงาน คือ ให้เติมน้ำตาลลงในเครื่องดื่มแต่ไม่หวานจัด เติมน้ำตาลลงในอาหาร สำหรับอาหารไขมัน ลดปริมาณและงดการทอดอาหารในน้ำมันมาก ๆ งดอาหารใส่กะทิ ควรใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันสัตว์ เช่น น้ำมันถั่วเหลือง ถั่วลิสง เมล็ดฝ้าย มะกอก ข้าวโพด รำข้าว น้ำมันดอกคำฝอย เพราะน้ำมันพืชเป็นไขมันไม่อิ่มตัวและมีคอเลสเตอรอลต่ำ อาหารพวกโปรตีน ให้เลือกเนื้อสัตว์ที่ให้พลังงานสูง เช่น เนื้อวัว เนื้อหมู แทนปลา ปู กุ้ง อาหารพวกผักและผลไม้ ลดปริมาณผักหรือผลไม้ที่ไม่มีแคลอรีสูงและให้ผักผลไม้ที่มีแคลอรีแทน เช่น ฟักทอง หอมใหญ่ พริกหยวก น้อยหน่า ถั่วฝักยาว ลูกพลับ แห้ว เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส ได้แก่ กระเจ็ด กระหล่ำดอก กระหล่ำปลี ข้าวโพด ขนุน แตงทุกชนิด ทุกเรียน ฝรั่ง มันแกว ถั่วทุกชนิด และที่สำคัญควรมีการจัดอาหารให้น่ารับประทาน

ทั้งสี่สัน ลักษณะอาหารที่สด สะอาด กลืนอาหาร น่ารื่นรมย์ รสชาติและอุณหภูมิเหมาะสมกับอาหารชนิดนั้น ๆ

โดยสรุปจะเห็นว่าแผนการจำหน่ายผู้ป่วยนั้น จะต้องแสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่องของกิจกรรมที่ต้องพัฒนาตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยและสิ่งที่ละเลยไม่ได้ ก็คือพยาบาลจะต้องประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างรอบคอบ ร่วมปรึกษากับแพทย์ที่รับผิดชอบตลอดระยะเวลาที่ดูแลตั้งแต่ก่อนวางแผน ระยะดำเนินการ และการปรับปรุงแผน

พฤติกรรมความเจ็บป่วย

ความหมายของพฤติกรรมความเจ็บป่วย (illness behavior)

บุษยมาส สินธุประมา (2539, หน้า 1) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมความเจ็บป่วย คือ การกระทำอะไรลงไปเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่บุคคลได้ตระหนักหรือรับรู้ รวมทั้งกิจกรรมต่าง

ๆ เหล่านี้ ได้แก่ การรักษาตนเอง การแสวงหาคำรับรองอันถูกต้อง (provisional validation) การแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ หมอเถื่อนหรือบุคคลอื่น ๆ หรือชั้นตอนใด ๆ ซึ่งนำไปสู่การบรรเทาอาการซึ่งบุคคลคิดว่าเป็นการเจ็บป่วย

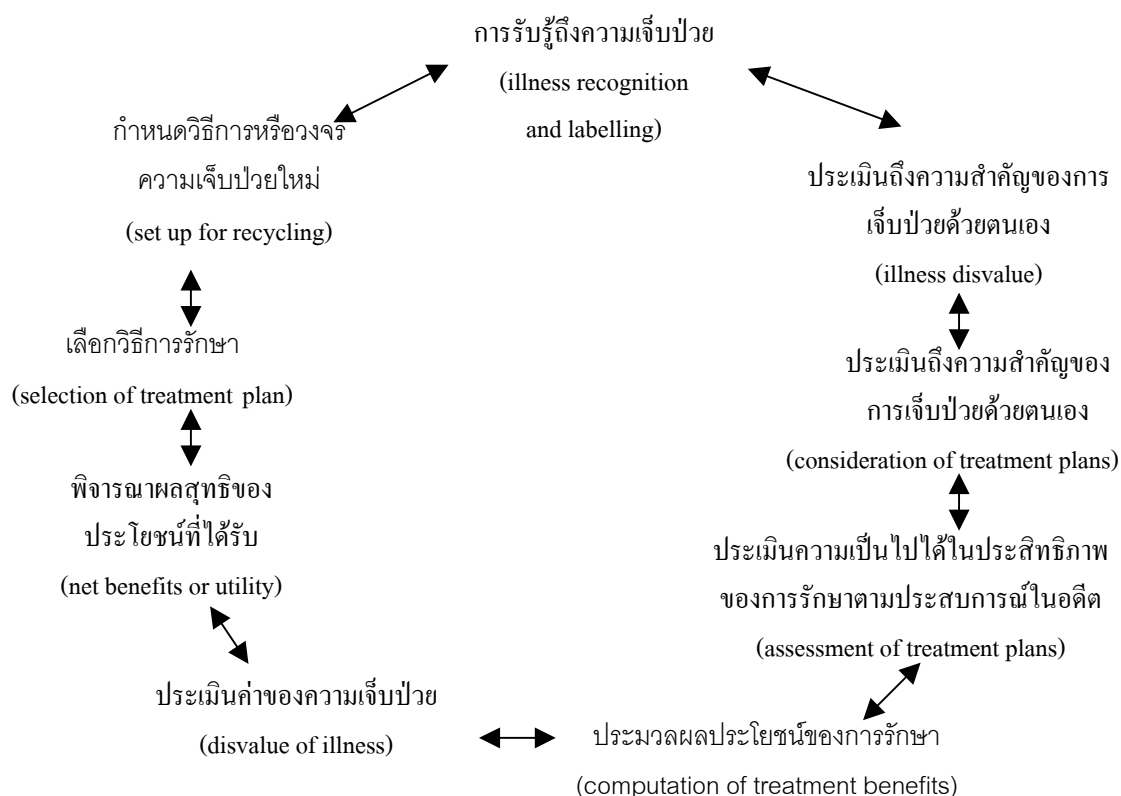
มัลลิกา มัติโก (2534, หน้า 48) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมความเจ็บป่วย คือ ลักษณะอาการของบุคคลที่สามารถรับรู้ ประเมินและกระทำต่อสิ่งที่มีความเจ็บป่วย ไม่สบายหรือมีความบกพร่องในกลไกหน้าที่การทำงานของร่างกาย พฤติกรรมความเจ็บป่วย อาจเกิดขึ้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นผู้ป่วยก็ได้ ซึ่งเป็นการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติเดิมของตน เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกเจ็บป่วยขึ้นมาด้วยอาการ ผิดปกติ เขาจะมีพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยนั้น ๆ ด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจากสังคมและวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยสรุปความหมายของพฤติกรรมความเจ็บป่วยในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อให้ความรุนแรงของโรคลดลง ได้แก่ การแสวงหาการรักษาพยาบาล การให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้น

แนวคิดของพฤติกรรมความเจ็บป่วย

กระบวนการเกิดพฤติกรรมความเจ็บป่วยตามแนวคิดของเบคเคอร์ (Becker, 1990, p. 18) ซึ่งอธิบายกระบวนการเกิดพฤติกรรมความเจ็บป่วยไว้ว่า เป็นการค่าประเมินถึงความเริ่มต้นจากขั้นตอนของการรับรู้ถึงความเจ็บป่วย (illness recognition and labeling) ด้วยการตีความอาการผิดปกติจากข้อมูล ประสบการณ์ หรือการรับข้อมูล จากบุคคลรอบข้าง แล้วนำมาตีค่าสำคัญของการเจ็บป่วยด้วยตนเอง (illness disvalues) หากมีความสำคัญก็จะพิจารณานำมาวางแผนการรักษา (consideration of treatment plans) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลจะมีทางเลือกให้หายจากการเจ็บป่วยหลายทางด้วยกัน ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และประสบการณ์ความเจ็บป่วยในอดีต ตลอดจนประเพณีวัฒนธรรมและมีการประเมินความเป็นไปได้ในประสิทธิภาพของการรักษาตาม ประสบการณ์ในอดีต (assessment of treatment plans) จากนั้นจึงประมวลผลประโยชน์ของ การรักษา (computation of treatment benefits) ว่าจะสามารถรักษาความเจ็บป่วยได้ดีกว่า วิธีอื่นหรือไม่ ก่อนประเมินค่าของความเจ็บป่วย (disvalues of illness) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ รวมทั้งค่าเสียเวลาของบุคคลนั้นด้วย แล้วพิจารณาผลสุทธิของประโยชน์ที่ได้รับ (net benefits or utility) คือเปรียบเทียบผลดีของการรักษามีมากกว่าค่าใช้จ่าย หรือมีประโยชน์ สูงสุด ค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ทำให้บุคคล

นั้นเลือกวิธีการรักษา (selection of treatment plan) แต่ในขั้นตอนสุดท้ายเมื่อบุคคลนั้นได้รับข้อมูลในทางเลือกวิธีการรักษาใหม่ หรือประเมินผลการรักษาว่าไม่ได้ผลก็จะกำหนดวิธีการหรือวงจรความเจ็บป่วยใหม่ (set up for recycling) เพื่อการรักษาที่เหมาะสม หรือหากมีการเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคใหม่ หรือภาวะแทรกซ้อนก็จะเข้าสู่ขั้นตอนแรกเป็นวงจรใหม่ต่อไป ดังแสดงได้ตามรูปแบบข้างล่างนี้



ภาพที่ 2 แสดงรูปแบบอธิบายพฤติกรรมความเจ็บป่วย (Becker, 1990, p. 19)

ประเภทของพฤติกรรมความเจ็บป่วยที่ มัลลิกา มัติโก (2534, หน้า 49) ได้จำแนก พฤติกรรมความเจ็บป่วยออกเป็น 4 ประเภท โดยใช้มิติการมองจากการปรับตัวต่อสถานการณ์เป็นแนวทางวิเคราะห์ คือ

1. ประเภทที่หนึ่ง บุคคลก้าวเข้าสู่สถานการณ์เพราะมีอาการผิดปกติขึ้นมา เช่น เกิดการอักเสบทางระบบทางเดินหายใจ ปวดศีรษะ มีไข้เป็นต้น ภาวะการเกิดอาการเช่นนี้เป็นพฤติกรรมความเจ็บป่วยประจำวัน อาจลดอาการผิดปกติได้โดยการรักษาตนเองเพราะเป็นความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ จึงยังคงรักษาสถานภาพพบพบทางสังคมได้อย่างปกติ

2. ประเภทที่สอง สถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีลักษณะและอาการของความเจ็บป่วยมากขึ้นในมิติทางสังคมและจิตวิทยาบ่งชี้ภัยอันตรายในปัจจุบันหรืออนาคตมีการคาดคะเนว่าปรากฏการณ์เช่นนี้จะมีผลกระทบต่อความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจและสังคมมีความ จำเป็นต้องมีการป้องกันและรักษา เพราะสถานการณ์นั้นเริ่มมีความรุนแรงมากกว่าประเภทแรก

3. ประเภทที่สาม ในวิถีชีวิตทางสังคมบุคคลไม่อาจจะเลยโดยไม่สนใจต่อร่างกายและจิตใจ ความพยายามจะออกไปจากสถานการณ์ประจำวันก็คือ การรับประทานยา การพักผ่อน ในประเภทนี้บุคคลเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาไปสู่ความเจ็บป่วยมากขึ้น

4. ประเภทที่สี่ เป็นขั้นที่เรียกว่ามีการวินิจฉัยโดยการพบแพทย์ การใช้วิถีทางการแพทย์เพื่อแก้ไขสถานการณ์ในที่สุด

มิลิกา มัติโก (2534, หน้า 51) เสนอว่า ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุคคล ถูกควบคุมโดยปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้นพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงเป็นผลผลิตและผลสะท้อนที่ได้อิทธิพลจากความคิด ความเชื่อต่าง ๆ กล่าวคือ บุคคลจะเรียนรู้ว่าเมื่อใดที่มีอาการ เจ็บป่วยขึ้นมา หรือเริ่มมีความรู้สึกผิดปกติหรือสูญเสียการทำงานของระบบส่วนใดส่วนหนึ่ง จะมีผลให้พฤติกรรมของบุคคลนั้นจะเริ่มเปลี่ยนแปลง อาจปฏิบัติความผิดปกติ ร้องหรือค้นหาวิธีทางแก้ไขอย่างเหมาะสมเท่าที่จะแสวงหาได้ เพื่อจัดหรือลดภาวะความเจ็บป่วย ความไม่สบายทั้งกายและใจ สำหรับความผิดปกติที่ปรากฏจะมากหรือน้อย รุนแรงหรือไม่รุนแรง อันเป็นความตระหนัก และความรู้ที่ได้รับจากประสบการณ์หรือไม่ก็จะมีความต้องการการยืนยันและแสวงหาคำรับรอง อันถูกต้อง ไปจนถึงขั้นแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นญาติ พี่น้อง การซื้อยารับประทานเอง หรือไปหาบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ จึงกล่าวได้ว่าการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นผลทางอ้อมจากลักษณะทางวัฒนธรรม และมีผลโดยตรงต่อลำดับขั้นในการเลือกรับบริการ สุขภาพว่าควรจะเลือกใช้บริการอะไรก่อน ซึ่งการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยจะรับรู้ได้ ทั้งลักษณะการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วย เบญจา ยอดคำเนิน และคณะ (2533, หน้า 54) พบว่า ลักษณะการเจ็บป่วยนั้นเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจไปรับบริการจากแหล่งรักษาต่าง ๆ และยังเป็นตัวกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลอีกด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิไลพรรณ ชลสุข (2540, หน้า 133) ที่ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็งปากมดลูกในกรุงเทพมหานคร พบว่า เหตุผลสำคัญในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่เนื่องจาก มีบุคคลแนะนำหรือพาไป ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้อาการป่วยและปรึกษามูลึกในเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ สมาชิกครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน ที่มีส่วนในการประเมินอาการ ประเมินผลการรักษา รวมถึงการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพแหล่งใหม่ และกระตุ้นให้ ผู้ป่วยไปรับบริการ เหตุผลที่เลือกแหล่งบริการสุขภาพรองลงมาคือ อาการรุนแรงมากขึ้นจึงเข้ารับบริการ

องค์ประกอบของพฤติกรรมตามแนวคิดของ มัลลิกา มัติโก (2534, หน้า 51) เสนอว่า พฤติกรรมความเจ็บป่วยของบุคคลใด ๆ นั้น จะประกอบด้วยพฤติกรรมต่าง ๆ ดังนี้ คือ

1. การสำรวจและวินิจฉัยตนเองว่าป่วยหรือไม่ และเมื่อสรุปว่าป่วยก็จะไปพบแพทย์ เพื่อวินิจฉัยอย่างจริงภายในหนึ่งสัปดาห์หลังจากได้สรุปว่าป่วย
2. ยอมรับการวินิจฉัยของแพทย์และเริ่มต้นรักษา
3. ร่วมมือกับแพทย์เพื่อรักษาให้หายและกลับสู่สภาพปกติดังเดิม
4. ทุกขั้นตอนของความเจ็บป่วยผู้ป่วยจะได้รับการเกื้อหนุนเพื่อตัดสินใจและมีการรักษา จากกลุ่มญาติและบุคคลทั่วไป

การตอบสนองต่อความเจ็บป่วย บุคคลจะมีพฤติกรรมตอบสนองได้ 4 รูปแบบ ดังนี้

1. ปฏิบัติตนเพื่อลดอาการ (take action to relieve the symptoms) โดยบุคคลที่ ตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อลดอาการจะแสวงหาความช่วยเหลือจาก เพื่อน สมาชิกในครอบครัว จากแพทย์พื้นบ้าน หรือบุคลากรทางการแพทย์

2. ไม่มีการปฏิบัติ (take no action) บุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองป่วยแต่ไม่มีการปฏิบัติตนเพื่อลดอาการเจ็บป่วยอาจมีเหตุผลต่าง ๆ กัน (Long, Phipps, & Cassmeyer, 1993, p. 7) ได้แก่ ปฏิเสธอาการแสดงที่เกิดขึ้น ไม่ให้ความสำคัญกับอาการนั้น มีความกลัวผลที่จะตามมาจากความเจ็บป่วย (ความเจ็บปวดเป็นมะเร็ง หรือความตาย) เกรงกลัวบุคลากรทางการแพทย์ ขาดความรู้ ที่จะสนใจถึงอาการที่ต้องการรักษา ไม่มีเงินค่าเดินทางหรือค่ารักษาพยาบาล หรือขาดความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

3. มีการเปลี่ยนไปมาระหว่างการปฏิบัติตนและไม่ปฏิบัติตน (remain in a state of flux in which he vacillates between taking and not taking)

4. ปฏิบัติตรงข้ามคำแนะนำ (take counteraction in opposition to the cues) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เนื่องจากบุคคลที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (noncompliance) อาจเกิดจากการที่บุคคลนั้นปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเองและมีการแสวงหาคำรับรองจากแหล่งต่าง ๆ (shopping behavior) เพื่อยืนยันว่า ตนเองไม่ป่วยหรืออาการผิดปกตินั้นไม่ต้องรักษา

5. องค์ประกอบสำคัญต่อการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตน ได้แก่

5.1 สิ่งกระตุ้นด้านภาวะสุขภาพที่เกิดจากประสบการณ์ของอาการเจ็บป่วยในอดีตที่แสดงให้เห็นถึงระดับความสนใจด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยอาการที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยในอดีตจะกระตุ้นให้บุคคลสนใจภาวะสุขภาพของตนตามระดับอาการนั้น

5.2 ภาวะคุกคามจากอาการเจ็บป่วย รวมถึงการบาดเจ็บหรือได้รับอันตรายทางกายภาพ และการบกพร่องหน้าที่ของร่างกาย

5.3 การรับรู้ประโยชน์ สมรรถนะแห่งตน หรือค่านิยมของการปฏิบัติที่ลดภาวะ
 ความเสี่ยงของโรค รวมถึงความคาดหวังที่จะประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติ

5.4 การรับรู้อุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายของการปฏิบัตินั้น ๆ

โดยสรุปแล้วพฤติกรรมความเจ็บป่วยจึงเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยตัดสินใจปฏิบัติในการ
 ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยตามการรับรู้สถานะสุขภาพขณะนั้น เพื่อให้ความรุนแรงของโรคลดลง
 ได้แก่ การแสวงหาการรักษาพยาบาล การให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และการ
 หลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความเจ็บป่วย

การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรมความเจ็บป่วย เบคเคอร์ (Becker, 1990, p. 8) ได้ศึกษาปัจจัยร่วมเกี่ยวกับบุคคล สังคมวิทยา และปัจจัยภูมิหลังเข้ามาอธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรค และพัฒนาทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยเพิ่มปัจจัย แรงจูงใจ ด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมในด้านต่าง ๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่ได้อีกประกอบของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยสม่ำเสมอมีดังนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้ว จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยของแพทย์ การคาดคะเน โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและการรับรู้ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น ปัจจัยการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จึงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ ยิ้มวิไล (2531, หน้า 96) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืดที่เป็นโรครมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคภูมิแพ้และคลินิกโรคปอดโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลพะเยาของกรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535, หน้า 66) พบว่า โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองเช่นเดียวกัน

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่ผู้ป่วยประเมินตนเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกายว่าจะก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต เกิดภาวะแทรกซ้อนยากต่อการรักษา หรือมีผลกระทบต่องาน จากการศึกษาของอังคณา

จิราจินต์ (2530, หน้า 120) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วงในมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 2 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกเด็กแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามธิบดีและโรงพยาบาลเด็ก โดยรายที่มารดาให้ความร่วมมือดีในการให้บุตรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคตั้งแต่บุตรเริ่มเป็นโรค

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตน (perceived benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เป็นความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการรักษาความสามารถของแพทย์ในการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และทำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอเพื่อลดภาวะความเจ็บป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534, หน้า 84) ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยหรือคู่สมรสที่เป็นพาหะโรคตับอักเสบไวรัสบี ที่มารับบริการที่คลินิกตับอักเสบ ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ แผนกฝากครรภ์ แผนกหลักคลอดติดเชื้อและคู่สมรสของผู้มาบริจาคเลือดที่ธนาคารเลือด โรงพยาบาลศิริราช พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคตับอักเสบไวรัส บี เช่นเดียวกับการศึกษาของกรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535, หน้า 66) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไประยะหนึ่งจนสามารถควบคุมความดันโลหิตได้จะรู้สึกสบายขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาว่าสามารถควบคุมโรคหรือลดภาวะความเจ็บป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตน (perceived barriers) การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ความเจ็บปวดและความอับอาย เป็นต้น ซึ่งอุปสรรคในการปฏิบัติตนเป็นตัวแปรที่สำคัญสามารถทำนายพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้จากการศึกษาของปรีศณี ศรีวิชัย (2540, หน้า 61) ที่ศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุ 0-5 ปี เมื่อติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของมารดาชาวเขาเผ่าม้งในหมู่บ้านพญาพิภักดิ์ ตำบลยางฮอย อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและดูแลบุตรเมื่อติดเชื้อเฉียบพลัน ระบบหายใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาชาวเขาเผ่าม้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ (cues to action) สิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติที่มีได้ทั้งปัจจัยภายใน เช่น อาการของโรคที่เป็นจากประสบการณ์ของตนเอง หรือความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง สำหรับปัจจัยภายนอก ได้แก่ สื่อมวลชนประเภทต่าง ๆ การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น หรือการได้รับบัตรเตือนความจำจากบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามพบว่าความพยายามในการศึกษาปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติเพื่อใช้ทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพนี้ยังมีน้อย

6. ปัจจัยร่วมอื่น ๆ (other variables) ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ การศึกษา และสถานภาพสมรส จะมีผลต่อการร่วมมือในการรักษา เช่น การรับประทานยาตรงตามแผนการรักษา การยินยอมในการมาตรวจรักษา เป็นต้น รวมถึงโครงสร้างและปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ระยะพักอยู่ในโรงพยาบาล

ระยะพักอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาล ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหลังการฟื้นฟู จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล มักจะถูกควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงตามปัจจัยอื่น เช่น ญาติ หรือแรงสนับสนุนทางสังคมหรือบางครั้งเป็นนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการลดจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาล และอาจเกิดจากระบบการรักษา และระบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ระยะพักในโรงพยาบาลมีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยและค้นหาปัญหาผู้ป่วยได้ ดังนั้นระยะพักที่อยู่ในโรงพยาบาลจึงเป็นเกณฑ์ที่วัดคุณภาพของระบบการพยาบาลของผู้ป่วยเรื้อรังได้ แต่ขณะเดียวกันอาจมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความต้องการของญาติ

จากการศึกษาของรุ่งนภา บุญประดิษฐ์ (2536) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า การตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเรื้อรังจำแนกตามสิ่งแวดล้อม สังคม ครอบครัว เพศ การประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์ด้านจิตใจในระดับสูง สถานภาพส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ ลักษณะอารมณ์และบุคลิกภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนองตอบต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเรื้อรังมี 6 ตัวแปร คือ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ลักษณะอารมณ์และบุคลิกภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วยการรับรู้ถึงสิ่งแวดล้อม เพศ ระดับการศึกษา สามารถผันแปรการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 48.93

จำนวนครั้งที่นอนในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่เคยเจ็บป่วยมีประสบการณ์เดิม ความรู้เดิมจะสามารถช่วยให้การรับรู้สิ่งเร้าได้ชัดเจนขึ้น แต่การรับรู้ย่อมขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการที่บุคคลได้รับการฝึกอบรม และมีประสบการณ์ต่างกัน การเรียนรู้จากประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต ความสำเร็จในการแก้ปัญหา การรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน (self efficacy) สูง จะช่วยให้มีความมั่นใจว่าเขาจะสามารถเรียนรู้ สิ่งที่มีความสำคัญต่อการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้ โอเร็ม (Orem, 1995) กล่าวถึงความสามารถในการดูแลตนเองว่า บุคคลมีความต้องการเรียนรู้ เข้าใจและมองเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อให้เกิดกระบวนการในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องขึ้นอยู่กับบุคลิกภาวะ ประสบการณ์ชีวิต เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะทำให้บุคคลสนองตอบความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

เมื่อพิจารณาพบว่า ปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมความเจ็บป่วยมากที่สุด คือ จำนวนครั้งที่นอนในโรงพยาบาล ระยะพักในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เลือกปัจจัยดังกล่าวมาเป็นตัวควบคุมคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้

การรับรู้คุณค่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

ความหมายของการรับรู้

ความหมายของการรับรู้ มีผู้กล่าวถึงความหมายของการรับรู้ไว้หลายท่านดังนี้

นิสากร พงษ์เดชา (2545, หน้า 8) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการแปลความของสมองหลังจากการได้ยิน ได้เห็น ได้สัมผัส ได้สัมผัส และได้รับความรู้สึก โดยบุคคลจะมีการจัดระบบของข้อมูล มีการแปลความของข้อมูลตามสถานการณ์หรือช่วงเวลาในขณะนั้น ๆ โดยอาศัยการเรียนรู้ ความจำ มโนภาพหรือประสบการณ์เป็นเครื่องมือช่วยในการแปลความและมีพฤติกรรมของบุคคลนั้น

มณฑิชา ฐานะวุฑฒ์ (2544, หน้า 48) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการตีความหรือแปลความหลังจากได้สัมผัสกับสิ่งเร้าภายนอก ผ่านเข้าสู่กระบวนการคิดกลั่นกรองข้อมูลโดยอาศัยคุณสมบัติเฉพาะตัวบุคคลแปลความออกมาเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคิดเห็น และพึงพอใจ

นัยนา เตโชพาร (2542, หน้า 21) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง การรวบรวมและแปลความหมายจากประสบการณ์ เหตุการณ์ที่แต่ละบุคคลที่ได้รับจากภายนอก แล้วแสดงความรู้สึก ความรู้ และความเข้าใจของแต่ละบุคคล

สรุป การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่บุคคลมีประสบการณ์กับวัตถุหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยอาศัยอวัยวะรับสัมผัส

ความหมายของคุณค่า

ความหมายของคุณค่า มีผู้กล่าวถึงความหมายของคุณค่าไว้หลายท่านดังนี้

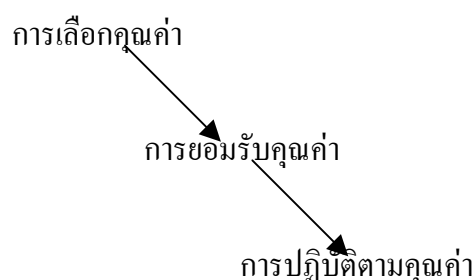
สิวลี ศิริไล (2539, หน้า 72) กล่าวว่า คุณค่า หมายถึง คุณสมบัติ ได้จากการประเมินแง่ใดแง่หนึ่ง เช่น ความงาม ความไพเราะ เป็นคุณค่าทางศิลปะ ความดี ความถูกต้องเป็นคุณค่าทางจริยธรรม ความมีประโยชน์เป็นคุณค่าทางเศรษฐกิจ ในชีวิตประจำวันมนุษย์เราต้องเลือกสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบุคคล แนวความคิด วิชาชีพ การกระทำ การตัดสินใจเลือกเกิดขึ้นจากการประเมินหรือให้คุณค่าแก่สิ่งต่าง ๆ ตามความรู้สึกละตามเหตุผลตามความคิดของแต่ละบุคคล ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต พฤติกรรมตลอดจนจริยธรรมของบุคคล

รัตนา ทองสวัสดิ์ (2531, หน้า 167) กล่าวว่า คุณค่า หมายถึง แนวคิดหรือการกระทำ ที่กลุ่มคนหรือคนใดคนหนึ่งยอมรับนับถือ เป็นสิ่งที่ควรประพฤติปฏิบัติหรือยอมรับไว้เป็นคุณสมบัตินของตนเอง

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2542, หน้า 199) กล่าวว่า คุณค่าหมายถึง คุณค่าทางจิตใจของบุคคล หรือกลุ่มคนที่แสดงถึงความต้องการ หรือความคาดหวังต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่แวดล้อมบุคคลนั้น ๆ คุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของปรัชญา ซึ่งแต่ละบุคคล แต่ละกลุ่มจะต้องมีไว้เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติหน้าที่การงาน

สรุป คุณค่า หมายถึง ความสำคัญของสิ่งต่าง ๆ ในความรู้สึกของบุคคล

มณสิชา ฐานะวุฑฒ์ (2544, หน้า 49) กล่าวว่า กระบวนการของการให้คุณค่าเริ่มจากการเลือก การรู้สึกรับและการปฏิบัติ ซึ่งเขียนแสดงได้ดังนี้



ภาพที่ 3 กระบวนการให้คุณค่า

การเลือกคุณค่าของบุคคลแม้จะแตกต่างกันเฉพาะตัว แต่การตัดสินใจเลือกคุณค่าย่อมมีพื้นฐานมาจากความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ศาสนาและวัฒนธรรมอันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของ

ความเป็นมนุษย์ การเข้าใจเรื่องของคุณค่า การให้คุณค่าและการเลือกคุณค่า หรือการทำค่านิยมให้กระจ่าง เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาล

การรับรู้คุณค่าของงานพยาบาล ช่วยให้พยาบาลยอมรับกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้มากขึ้น การประเมินงานว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่า จะเป็นแรงจูงใจให้พยาบาลปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ จากการศึกษาก่อนกพร แจ่มสมบุรณ์ (2539) ได้ทำการศึกษาสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ค่าของงาน การรับรู้รูปแบบการบริหารกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ในกลุ่มประชากรพยาบาลของโรงพยาบาลโรคทรวงอก พบว่า การรับรู้ค่าของงานของพยาบาลอยู่ในระดับดี การรับรู้ค่าของงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ซึ่งหมายความว่า พยาบาลที่รับรู้ค่าของงานดีจะมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีกว่าพยาบาลที่มีการรับรู้ค่าของงานไม่ดี

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (American Nurse Associated, n.d. cited in Kelly & McClelland, 1985) กำหนดว่า การดูแลสุขภาพต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องตามความต้องการการดูแลของแต่ละคนที่แตกต่างกัน แม้ว่าผู้ให้บริการจะไม่ใช่มนุษย์คนเดียวกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลต่อเนื่องในโครงสร้างหรือระบบการดูแลสุขภาพจะต้องมีการติดต่อประสานงานในระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้สนับสนุนแผนงานในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน มีการวางแผน ประสานงานสื่อสาร ส่งต่อ และติดตามเยี่ยม เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

อีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลที่เน้นความเป็นองค์รวมของผู้ป่วย (ฟาริดา อิบราฮิม, 2537, หน้า 82-83) พยาบาลจะต้องตัดสินใจสั่งการได้ในทุกบทบาท ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และดูแลสั่งการเพื่อการประสานงาน การส่งต่อให้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันทีและต่อเนื่อง ระบบการดูแลจึงเปลี่ยนรูปแบบ พยาบาลทำงานในฐานะวิชาชีพในระบบการบริการสุขภาพ ผู้บริหารจะต้องปรับระบบการดูแล และเตรียมพยาบาลให้รับบทบาทหน้าที่ในระบบใหม่ ดูแลให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล มีการสอน แนะนำ สาธิตวิธีการดูแลตนเองจนสามารถ ดูแลตนเองที่บ้านได้ ให้ครอบครัวได้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีการจัดมาตรฐานการพยาบาลไว้ใช้เป็นหลักในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ประเมินผลการพยาบาล ประเมินคุณภาพการดูแล ปรับปรุงระบบบริการพยาบาลให้มีความคล่องตัว และร่วมงานกับแพทย์ได้ดี สามารถผสมผสานแนวคิดการพยาบาลให้เข้ากับการรักษาได้ โดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พยาบาลต้องได้รับการพัฒนาทั้งในด้านเทคโนโลยีทางการรักษาและระบบการวางแผน และปฏิบัติการพยาบาลในองค์รวม ระบบการบันทึก ตลอดจนพัฒนาการวิจัยทางการพยาบาล จากข้อมูลที่รวบรวมได้จากการดูแลผู้ป่วยประจำวัน เพื่อเพิ่มคุณลักษณะทางวิชาการ และการตัดสินใจเชิงวิชาชีพมากขึ้น

จากแนวคิดดังกล่าว บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มรับบริการ จนกระทั่งเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามเป้าหมาย กระบวนการดูแลจะมีระบบการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีผลลัพธ์ในด้านระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ใช้เพื่อการดูแล การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์จะขึ้นอยู่กับลักษณะบริการที่จัดการใช้ระบบการดูแลตามหน้าที่การพยาบาลเป็นทีม การใช้ระบบเจ้าของไข้หรือระบบจัดการด้านผู้ป่วยย่อมให้ผลลัพธ์แตกต่างกัน ปัจจุบันผู้บริหารการพยาบาลสนใจในระบบการดูแล ซึ่งอาจต้องมีการเตรียมพยาบาลให้เป็นผู้เชี่ยวชาญพิเศษเพื่อวางแผนตัดสินใจทางการพยาบาลได้ทันทั่วทั้งที่ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลควรเปลี่ยนบทบาทจากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระยะการเจ็บป่วยอย่างเดียว ซึ่งทำให้ขาดการดูแลต่อเนื่อง มาเป็นผู้วางแผนกำหนดโครงการหรือประเมินผล โดยมีบทบาทดังนี้ (ชุตินา หฤทัย, 2532) 1) เป็นผู้วางแผนหรือจัดทำโครงการเพื่อให้เกิดการบริการครอบคลุมบริการ 4 มิติ คือ รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ 2) เป็นผู้ปฏิบัติหรือถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติ 3) เป็นผู้ประเมินผลกระทบบ่อยอย่างเป็นระบบภายใต้วัตถุประสงค์เป้าหมายอย่างชัดเจน เพื่อนำผลมาปรับปรุงแก้ไข หากวิธีแนวทางและรูปแบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

โลเวนสไตน์ และฮอฟฟ์ (Lowenstein & Hoff, 1994, p. 54) เสนอแนวคิดว่าการวางแผนจำหน่ายเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทุกสาขาที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ได้แก่

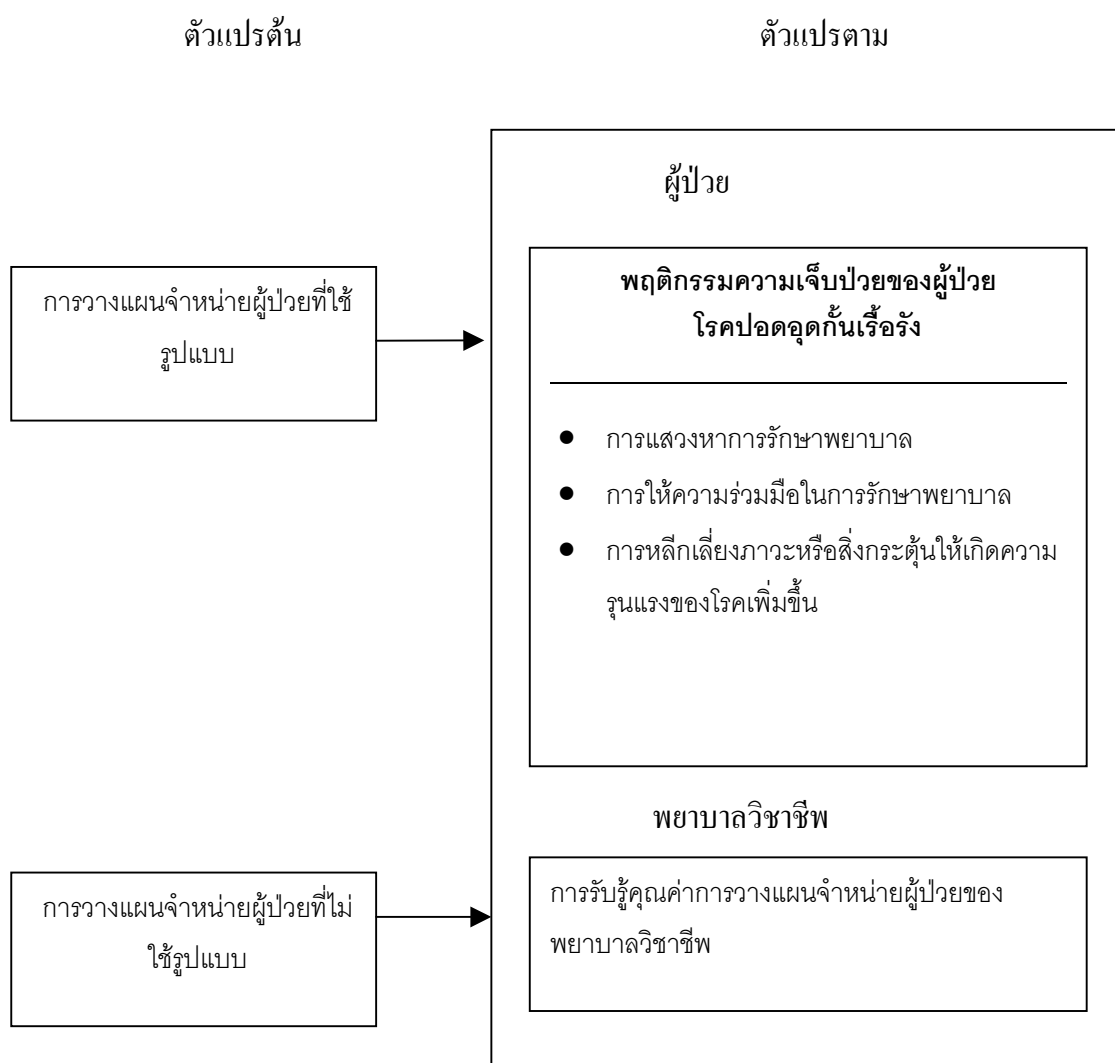
1. การประเมินความต้องการ การดูแลสุขภาพภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. การร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการกำหนดแผนและการปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย
3. การประเมินศักยภาพของหน่วยงาน หรือแหล่งประโยชน์ที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปรับการช่วยเหลือ และเลือกใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม
4. การกำหนดแบบแผนการสอน การดูแลสุขภาพของตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

จากบทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นหน้าที่หนึ่งที่พยาบาลสามารถกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติด้วยตนเอง แม้พยาบาลมีข้อมูลที่ประเมินจากผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง แต่การตอบสนองของพยาบาลต่อปัญหาของผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ทางวิชาการ และการให้ความสำคัญของพยาบาลต่อการรับรู้นั้น ๆ ซึ่งทั้งหมดนี้จะนำมาสู่การตอบสนองของพยาบาลเห็นคุณค่าในการที่จะนำมาเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลวิชาชีพ

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยขอสรุปความหมายของการรับรู้คุณค่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในการวิจัยครั้งนี้หมายถึง ความรู้สึนึกคิดและความตระหนักถึง ความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการรับรู้คุณค่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบและใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบ M-E-T-H-O-D ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย