บทที่ 2
วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน มีขอบเขตครอบคลุมเนื้อหาต่าง ๆ ตามลำดับดังนี้

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา
3. แนวคิดการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการอุดกั้นทางระบายอากาศของปอดมาเป็นเวลานานและมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง โดยจะมีการขัดขวางทางระบายอากาศที่ผ่านเข้าออกจากปอดที่หลอดลมขนาดเล็กและช่องว่างระหว่างถุงลม รวมทั้งมีการทำลายสารเคลือบเนื้อเยื่อปอดและสูญเสียการยืดหยุ่นของถุงลมปอด ทำให้มีการอุดกั้นทางเดินอากาศอย่างถาวร (American Thoracic Society, 1999) โดยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) และถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีการสร้างเสมหะเพิ่มขึ้นในหลอดลมจนเกิดอาการไอมีเสมหะเรื้อรัง โดยมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย 3 เดือน ใน 1 ปี นานอย่างน้อย 2 ปี ติดต่อกัน โดยไม่มีสาเหตุอื่นที่ทำให้ผู้ป่วยไอ ส่วนโรคถุงลมโป่งพอง หมายถึง ภาวะที่มีการทำลายผนังของถุงลมทำให้ถุงลมบริเวณที่อยู่ปลายของหลอดลมฝอยส่วนปลาย (Terminal Bronchiole) พองโตกว่าปกติ ซึ่งการขยายถุงลมจะไปกดหลอดลมขนาดเล็ก ๆ จึงทำให้เหมือนมีหลอดลมอุดกั้น (Adair, 1999; Honig, Roland, & Ingran, 2001; Goldman & Anbiello, 2004)

พยาธิสภาพโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางที่เสื่อมลง ไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ (สมเกียรติ วงษ์ทิม และชัยเวช นุชประยูร, 2542) ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพของหลอดลม

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

อักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพองและโรคหอบหืดในสัดส่วนต่าง ๆ กัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีพยาธิสรีรวิทยาแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพเด่นไปในทางใดทางหนึ่ง ดังนี้

กลุ่มอาการถุงลมโป่งพอง การอุดกั้นเรื้อรังทางเดินหายใจเป็นผลมาจากเนื้อเยื่อปอดถูกทำลาย ทำให้ปอดเสียความยืดหยุ่น (Elastic Recoil) ในขณะเดียวกันหลอดเลือดฝอยและถุงลมในปอดก็ถูกทำลายด้วย ผลที่ตามมาคือ ลมคั่งในถุงลม แต่อัตราส่วนของการระบายอากาศต่อการไหลเวียนเลือดยังสมดุลกันอยู่ การแลกเปลี่ยนก๊าซจึงยังคงปกติ ผู้ป่วยโรคนี้จึงไม่มีอาการเขียวคล้ำ นอกจากในระยะสุดท้ายของโรค เมื่อหลอดเลือดฝอยถูกทำลายไปอย่างมาก แรงต้านทานภายในหลอดเลือดของปอดสูงขึ้น จะเกิดภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลวตามมา

กลุ่มโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการไอและมีเสมหะมากเกือบทุกวันติดต่อกันอย่างน้อยปีละ 3 เดือน และไม่น้อยกว่า 2 ปี ติดต่อกัน พยาธิสภาพเกิดจากมีการทำลายของเนื้อเยื่อปอด ต่อมผลิตเยื่อมูกโตขึ้น และมีการสร้างเยื่อมูกมากขึ้น ทำให้มีเสมหะมาก มีการอักเสบเรื้อรัง เกิดผังพืดและมีการอุดตันของเยื่อมูกบริเวณทางเดินหายใจส่วนปลายของหลอดลม นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อเรียบของทางเดินหายใจด้วย อัตราส่วนของการระบายอากาศและการไหลเวียนเลือดลดลง ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน และมีคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีผิวกายเขียวคล้ำ เมื่อขาดออกซิเจนมากขึ้น จะเกิดแรงต้านภายในหลอดเลือดของปอดเพิ่มมากขึ้น หัวใจซีกขวาต้องทำงานมากขึ้น ในที่สุดจะเกิดภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว

กลุ่มโรคหอบหืดเรื้อรังจะพบการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม เยื่อบุหลอดลมจะบวมและหนากว่าปกติ เนื่องจากมีการอักเสบและมีจำนวนของต่อมเมือกเพิ่มขึ้น เสมหะจะมีลักษณะเป็นมูกเหนียวจับอยู่ตามผนังหลอดลม หรืออุดในแขนงหลอดลมเล็ก ๆ ทำให้หลอดลมตีบลง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดได้จากตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม หรืออาจจะเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกัน ดังนี้ (Honing et al., 2001; Pauwel, Butst, Calverley, Jenkins, & Hard, 2001)

1. การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยจะพบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีประวัติการสูบบุหรี่ (Hunter & King, 2001) เนื่องจากสารพิษในควันบุหรี่ เช่น นิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนอกไซด์ จะระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้มูกหลั่งออกมาปริมาณมากเกิดการอุดตันที่หลอดลม รวมทั้งสารในควันบุหรี่จะไปกระตุ้นให้เม็ดเลือดขาวหลั่งเอนไซด์โปรตีนเนสอีลาสเตส (Proteinase-Elastase Enzyme)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

รวมทั้งไปเร่งกระบวนการออกซิเดชั่น ซึ่งจะไปลดการทำงานของเอนไซม์แอนตี้โปรตีนเนสอีลาสเตส (Anti-Proteinase-Elastase Enzyme) ทำให้เกิดการทำลายผนังถุงลม จนเกิดเป็นโรคถุงลมโป่งพอง นอกจากนี้ควันบุหรี่ยังเป็นตัวขัดขวางการทำงานของอัลฟ่า-1 แอนตี้ทริปซิน (Alpha-1-Antitrypsin) ซึ่งจะทำให้เกิดการหลั่งเอนไซด์โปรตีนเนสอีลาสเตส (Proteinase-Elastase Enzyme) มากขึ้นไปทำลายหลอดลมและถุงลมมากขึ้น

2. การได้รับมลพิษในอากาศจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมที่แออัด มีฝุ่นละอองมาก ควันพิษ ควันบุหรี่ สารเคมีต่าง ๆ เช่น ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ คาร์บอน ไนโตรเจน เป็นต้น ผู้ที่อาศัยอยู่ในที่มีมลพิษจะหายใจนำสารพิษเข้าไปทุกวันจะก่อให้เกิดระคายเคืองระบบทางเดินหายใจนำไปสู่การเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ดังการศึกษาของ คาราเคทซานี และคณะ (Karakatsani et al., 2003) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของมลพิษทางอากาศกับการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศเอเธนส์ (Athens) และกรีซ (Greece) พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่แหล่งที่สัมผัสกับมลพิษจำนวน 168 ราย จะป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึงร้อยละ 50

3. การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เกิดจากปฏิกิริยาต่อการอักเสบที่ตอบสนองต่อเชื้อโรคซึ่งเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดการรวมของเซลล์เม็ดเลือดขาว และมีการหลั่งเอนไซม์โปรตีนเนสอีลาเตส (Proteinase-Elastase Enzyme) จึงเกิดการทำลายผนังถุงลมทำให้เป็นโรคถุงลมโป่งได้ นอกจากนี้เชื้อโรคยังไปทำลายทางเดินหายใจอย่างถาวรทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ โดยเชื้อโรคที่พบบ่อย ได้แก่ Streptococcus Pneumonia, Hemophilus Influenzae, Branhamella Catarrhalis (ลิวรรณ อุนาภิรรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วีนัส ลีพหกุล และพัสมณฑ คุมทวีพร, 2542; Fraser, Columan, Muller, & Dare, 1999)

4. พันธุกรรม คนที่มีภาวะพร่องอัลฟ่า-1 แอนตี้ทริปซิน (Alpha-1-Antitrypsin) โดยปกติร่างกายจะมีการสร้างอัลฟ่า-1 แอนตี้ทริปซิน (Alpha-1-Antitrypsin) ตั้งแต่อายุยังน้อย พบมากบริเวณปอดและสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ซึ่งอัลฟ่า-1 แอนตี้ทริปซิน (Alpha-1-Antitrypsin) เป็นสารที่มีหน้าที่ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โปรตีนเนสอิลาสเตส (Proteinase-Elastase Enzyme) จากเม็ดเลือดขาว ไม่ให้ทำลายเนื้อปอดจนเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ (อัมพร พรรณ ธีรานุตร, 2542)

อาการและอาการแสดง

จากการที่หลอดลมขาดการยึดเหนี่ยวจากเส้นใยอีลาสติน ทำให้ขณะหายใจออกหลอดลมตีบแคบง่าย เพื่อผ่านแรงต้านในหลอดลมที่เพิ่มขึ้นจึงต้องหายใจออกด้วยแรงดันที่สูงขึ้น ทำให้แรงดันในทรวงอกเพิ่มขึ้นไปเบียดหลอดลมให้ตีบแคบลง ส่งผลให้อากาศค้างในปอดมากขึ้น ซึ่งจะวัดปริมาตรอากาศคงค้าง (Residual Volume [RV] Harrell, 1997) และความจุคงค้างหลังจาก

การหายใจออกปกติ (Functional Residual Capacity [FRC]) จะสูงกว่าปกติ ทำให้กะบังลมจะถูกดันให้แบนราบลง มีผลให้ใยกล้ามเนื้อหดสั้นเปลี่ยนไปอยู่ในแนวนอน ดังนั้นขณะกล้ามเนื้อหดตัวจะดึงกระดูกซี่โครงส่วนล่างให้เข้ามาข้างในทำให้ประสิทธิภาพการหายใจลดลง จึงต้องออกแรงหายใจเพิ่มขึ้นจนเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบได้ (Enright, 1999)

การอุดกั้นทางเดินหายใจของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะไม่สามารถกลับเป็นปกติได้ แต่จะมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ ที่ละน้อย เริ่มตั้งแต่ยังไม่มีอาการจนเกิดอาการ จากการเปลี่ยนแปลงในปอดมากขึ้นซึ่งอาจใช้เวลาหลายปี อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ไอเรื้อรัง พบได้ร้อยละ 65 มักเกิดก่อนมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ร่วมกับมีเสมหะสีขาว ถ้าเสมหะมีสีเหลืองหรือสีเขียวแสดงว่าเกิดการติดเชื้อส่วนใหญ่มักจะไอในตอนเช้าหรือหลังการสูบบุหรี่ เมื่ออาการไอมาก ๆ จะรู้สึกเหนื่อยจนกระทั่ง หายใจลำบากพบได้ร้อยละ 20 โดยจะไม่มีอาการเขียวร่วมด้วยเนื่องจากการระบายอากาศและการไหลเวียนของเลือดยังสมดุลอยู่ และหายใจมีเสียงวี๊ด (Wheezing) พบได้ร้อยละ 15 เกิดจากการอุดตันของหลอดลมทำให้แรงต้านหายใจออกสูงขึ้น ต้องออกแรงเพิ่มขึ้น ในบางรายจะมีน้ำหนักลดร่วมด้วย เนื่องจากร่างกายมีการใช้พลังงานมาก (ลินจง โปธิบาล, วารุณี ฟองแก้ว และศิริรัตน์ เปลี่ยนบางยาง, 2539) หากพบในวัยสูงอายุจะมีอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รุนแรงเพิ่มขึ้น เนื่องจากสมรรถภาพของปอดเปลี่ยนแปลงตามวัย และจากพยาธิสภาพของโรคทำให้อาการเลวลงอย่างรวดเร็วอีกด้วย (Harrell, 1997) ทั้งนี้อาการที่พบอาจไม่สามารถบ่งบอกถึงระดับความรุนแรงของโรคได้ จนกว่าจะเกิดการอุดกั้นของหลอดลมอย่างชัดเจน (เพชรา บุญยงสรรค์ชัย, 2542) ดังนั้นจึงต้องใช้วิธีทดสอบสมรรถภาพปอด เพื่อวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างเร็วและแรงเต็มที่หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ (Forced Vital Capacity [FVC]) วัดปริมาตรอากาศที่หายใจโดยเร็วและแรงเต็มที่ในเวลา 1 วินาที (Forced Expiratory Volume in One Second [FEV_1]) ในคนปกติจะหายใจออกในช่วงวินาทีแรกได้ร้อยละ 75 ของอากาศหายใจออกทั้งหมด ดังนั้นการรายงานผลจึงบอกเป็นค่าร้อยละของอัตราเทียบ FEV_1 กับ FVC (FEV_1/ FVC x100) ซึ่งเป็นค่าที่ใช้ในการประเมินความผิดปกติ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ระยะการหายใจออกนานขึ้น ค่า FEV_1 ลดลงและ FEV_1/ FVC ลดลง และเมื่อการอุดกั้นรุนแรงขึ้น FEV_1และ FEV_1/ FVC จะลดลงมากขึ้น ในรายที่มีการอุดกั้นมาก ๆ และมีอากาศถูกขังอยู่ในปอดมาก FVC จะลดลง การตรวจสมรรถภาพปอดที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ค่า FEV_1/ FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 เต็มที่ (Forced Vital Capacity [FVC]) (สมเกียรติ วงษ์ทิม และชัยเวช นุชประยูร, 2542; สุรชัย เจริญรัตนกุล และสมชัย บวรกิตติ, 2531; Enright, 1999)

ปัจจุบันสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Thoracic Society, 1999) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคโดยใช้เกณฑ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและค่า FEV_1 เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 ไม่มีข้อจำกัดใด ๆ สามารถทำงานได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อยค่า FEV_1 ประมาณ 3 ลิตร

ระดับ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยถึงปานกลางในการทำกิจกรรม คือยังสามารถทำงานได้แต่ไม่สามารถทำงานที่หนักยุ่งยากบางอย่างได้ สามารถเดินทางราบได้แต่ไม่กระฉับกระเฉงเท่าคนปกติ ไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือบันไดได้เท่าคนวัยเดียวกัน แต่สามารถเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้นได้ โดยไม่หอบเหนื่อยต้องเริ่มปรับแบบแผนชีวิต และค่า FEV_1 ประมาณ 2-3 ลิตร

ระดับ 3 มีข้อจำกัดที่ชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่สามารถช่วยตัวเองหรือดูแลตนเองได้ ไม่สามารถเดินทางราบได้เท่าคนวัยเดียวกัน เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น และค่า FEV_1 ประมาณ 1.5-2 ลิตร

ระดับ 4 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด เดินทางราบมากกว่า 100 หลา ไม่ได้ ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่ยังสามารถดูแลตนเองได้และ ค่า FEV_1 ประมาณ 0.5-1.5 ลิตร

ระดับ 5 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างมาก เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัด ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ เดินเพียง 2-3 ก้าว หรือลุกนั่งก็เหนื่อย เดินช้ามาก ได้ระยะทาง 50 หลา จะมีอาการเหนื่อยหอบมาก และเหนื่อยหอบเมื่อแต่งตัวหรือพูดและ ค่า FEV_1 ประมาณ 0.5 ลิตร หรือต่ำกว่า

สรุปได้ว่าถ้าบุคคลมีสมรรถภาพของปอดลดลง และระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และค่า FEV_1 ลดลง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับความรุนแรงที่ 1-3 เนื่องจากยังสามารถช่วยตัวเองหรือดูแลตัวเองได้ ซึ่งจะสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลได้

ภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคในระดับสูง แต่ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องอย่างทันท่วงที อีกทั้งยังมีการปฏิบัติตัวที่เสี่ยงต่อการกำเริบ ได้แก่ การขาดยา การสูบบุหรี่ และอยู่ในสถานที่แออัด จะทำให้สมรรถภาพปอดลดลงและมีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

1. การเกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว (Respiratory Failure) เป็นภาวะที่ระบบการหายใจผิดปกติ ไม่สามารถทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบก๊าซในเลือด (อดิศร วงษา, 2542) คือ

1.1 ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (มีค่า PaO_2 ต่ำกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท) มีอาการแสดง เช่น ความดันโลหิตสูง ชีพจรเพิ่มขึ้น เขียวตามปลายมือปลายเท้า และริมฝีปาก ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงเป็นต้น

1.2 ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือดสูงขึ้น (มีค่า PaO_2 สูงกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท) มีอาการแสดง เช่น มือเท้าอุ่น หลอดเลือดส่วนปลายขยาย หมดสติ เป็นต้น อาจเกิดภาวะกรดในเลือด (Respiratory Acidosis)

2. หัวใจห้องล่างขวาทำงานล้มเหลว (Corpulmonale) เมื่อเกิดภาวะพร่องออกซิเจน จะกระตุ้นให้หลอดเลือดแดงฝอยที่ปอดหดตัว ความดันในหลอดเลือดที่ปอดสูงขึ้น ทำให้หัวใจห้องล่างขวาออกแรงบีบตัวเพิ่มมากขึ้น มีผลให้กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวาหนาตัวเพิ่มมากขึ้น จนเกิดภาวะหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะและมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ บวมที่ขา และข้อเท้า อืดแน่นท้อง นอกจากนี้การที่ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำเป็นเวลานาน ทำให้ร่างกายต้องสร้างเม็ดเลือดเพิ่มขึ้นเพื่อให้เซลล์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ทำให้เลือดมีความเข้มข้นหรือความหนืดสูงขึ้นส่งผลให้หัวใจล่างซ้ายทำงานหนักขึ้นเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และอาจล้มเหลวได้ในที่สุด (เดือนฉาย ชยานนท์, 2541)

จะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะก่อให้เกิดอาการแสดงต่าง ๆ ที่อาจมีความรุนแรงมากถึงชีวิตได้ ดังนั้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการประเมินอาการโดยละเอียด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่ให้เกิดผลกระทบตามภายหลังได้

ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการที่ระบบทางเดินหายใจไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีผลกระทบ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (Larson, Johnson, & Augst, 1996; Jones, 2001) ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะมีปัญหาการหายใจลำบาก ไอมาก ปฏิบัติกิจกรรมได้ลดลง มีภาวะบกพร่องโภชนาการ และมีแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไปจากการรับประทานยาหรืออาการหายใจลำบาก

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีลักษณะของการดำเนินโรคไม่คงที่ ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้แก่ มีอาการหายใจลำบาก ไอเรื้อรัง มีเสมหะมาก มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในสังคมและภาพลักษณ์ มีการพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ ส่งผลให้เกิดปัญหาจิตใจตามมา ได้แก่ หวาดกลัว รู้สึกว่าตนไม่มีความสามารถ รู้สึกว่าตนเองป่วยตลอดเวลา สับสน ท้อแท้ในชีวิต เครียด วิตกกังวล รวมทั้งยังทำให้อารมณ์โกรธเกรี้ยวกราดกับผู้อื่น หงุดหงิดง่าย หรือบางรายอาจมีอาการซึมเศร้าและแยกตัวออกจากสังคม

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลถึงการทำงานในระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้ เช่น ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากและเบื่ออาหาร เป็นต้น (The Australian Lung Foundation, 1998 อ้างถึงใน วราพร คุ้มอรุณรัตนกุล, 2547; Make, 1998)

3. ด้านสังคม การเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านแบบแผนชีวิต บทบาทในครอบครัวและสังคม หน้าที่การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น อาจทำให้บางรายแยกตัวออกจากสังคม อีกทั้งยังส่งผลให้ครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะนำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้ เช่น ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย ปัญหาการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และแบบแผนการดำรงชีวิตของครอบครัว ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว และปัญหาภาระในการดูแล เป็นต้น (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544)

4. ด้านเศรษฐกิจ การที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสูญเสียรายได้จากการไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น นอกจากนี้รัฐบาลยังสูญเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพที่ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะหากต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนักต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 7,000 บาทต่อวันต่อราย ในโรงพยาบาลของรัฐบาล และ 10,000 บาทต่อวันต่อราย ในโรงพยาบาลเอกชนโดยจะพักรักษาตัวอยู่ระหว่าง 2 ถึง 90 วัน เฉลี่ย 12 วันต่อราย (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีเป้าหมาย เพื่อควบคุมอาการไม่ให้พยาธิสภาพดำเนินต่อไปรวดเร็ว ลดความรุนแรงของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออาการกำเริบ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีแนวทางการรักษาดังนี้ (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2543; เพชรา บุญยงสรรค์ชัย, 2544; Calverley, 2001)

1. การเพิ่มปริมาณออกซิเจนแก่ร่างกาย ใช้รักษาในระยะอาการกำเริบหรือมีอาการของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรุนแรง ได้แก่ อาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อยมากกว่าเดิม ไอมีเสมหะเพิ่มมากขึ้น ฟังปอดได้ยินเสียงวี๊ด (Wheezing) หรือได้ยินเสียงหายใจลดลง และมีอาการหายใจล้มเหลว ในระยะที่มีอาการรุนแรงอาจจำเป็นต้องใส่ท่อทางเดินหายใจหรือใช้เครื่องช่วยหายใจ ถ้าอาการรุนแรงมากอาจให้ออกซิเจนด้วยวิธีการสูดดม โดยให้ความเข้มข้นของออกซิเจน ไม่เกินร้อยละ 40

2. การรักษาด้วยยามีดังต่อไปนี้

2.1 ยาขยายหลอดลม (Bronchodilator) ถ้ามีอาการกำเริบควรให้ตั้งแต่ระยะแรกของการรักษา เพื่อลดแรงต้านของทางเดินหายใจ ลดอาการเกร็งของหลอดลม ทำให้การหายใจมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

2.2 ยาคอร์ติโคสตีรอยด์ (Corticosteroids) ช่วยลดและต้านการอักเสบโดยการขัดขวางการเคลื่อนที่ของแมคโคฟาจ (Macrophage) และโพลิเมอร์โฟนิวเคลียร์ (Plymorphonuclear) โดยให้เกาะติดที่ผนังหลอดเลือด จึงทำให้ไม่เกิดการทำลายเซลล์ เนื้อเยื่อปอด ส่งผลให้การทำงานของปอดดีขึ้น ยากลุ่มนี้มักให้ร่วมกับยาขยายหลอดลม ได้ผลภายใน 12 ชั่วโมง

2.3 ยาปฏิชีวนะ เพื่อรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียในระบบทางเดินหายใจ และจะช่วยลดอาการกำเริบของโรคได้

2.4 ยาขับเสมหะ มีฤทธิ์ในการเพิ่มปริมาณน้ำในทางเดินหายใจ ทำให้เสมหะเหลวและขับออกง่าย ได้แก่ Potassium Iodine, Ammonium Carbonate, Acetylcysteine ส่วน Bisolvon จะมีฤทธิ์ทำลายเส้นใยโปรตีน (Mucoproteins) ของเสมหะ

2.5 ยาแก้ไอ จะช่วยลดอาการไอและแน่นหน้าอกได้แก่ Iodinated Glycerol

2.6 ยาขับปัสสาวะ ช่วยป้องกันภาวะหัวใจวายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.7 ยาระงับความวิตกกังวล ได้แก่ Hydroxyzine, Lorazepam, Alprazolam

3. การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ได้แก่

3.1 การผ่าตัดเนื้อปอด (Bullectomy) คือ การผ่าตัดเอาเนื้อปอด ส่วนที่มีถุงลมโป่งพองออก ทำให้ปอดสามารถขยายตัวได้มากยิ่งขึ้น และช่วยรักษาอาการหายใจหอบเหนื่อยได้ แพทย์จะพิจารณาใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีถุงลมโป่งพองมาก ๆ แต่ผลการรักษายังไม่ชัดเจน

3.2 การปลูกถ่ายปอด (Lung Transplantation) คือ การผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายปอดข้างใดข้างหนึ่งเพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในระยะสุดท้ายสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข โดยจะมีอัตราการรอดชีวิตภายหลังปลูกถ่ายปอด 2 ปี ประมาณร้อยละ 60-70 แต่ยังเป็นวิธีที่ไม่นิยมเนื่องจากผู้บริจาคอวัยวะยังมีน้อยและเสียค่าใช้จ่ายสูง (Parson & Heffuer, 2002)

4. การแพทย์ทางเลือก

4.1 การฝังเข็ม เป็นการรักษาความสมดุลของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยการฝังเข็มตามจุดที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของปอด และจะช่วยให้ปอดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hopwood, Lovesey, Mokone, & Lewith, 1997) โดย มา, กอเทียร์ และเทอร์เนอร์ (Maa, Gauthier, & Turner, 2003) ได้ทำการศึกษาผลของการฝังเข็มต่อภาวะการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 31 คน และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 1, 6 และ 12 การฝังเข็มช่วยลดอาการหายใจลำบากได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2 สมุนไพร ช่วยเพิ่มความเข้มแข็งแก่ปอด เช่น แปะก๊วย (Ginko Biloba) โสม (Siberian Ginseng) ไทม์ (Thyme) สลิปเปอร์รี่ เอล์ม (Slippery Elm) และอัลฟัลฟ่า (Alfalfa)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

เป็นต้น และสมุนไพรที่ใช้ลดอาการไอโดยขับสิ่งที่ระคายเคือง ได้แก่ ชาสมุนไพรจีน หรือเห็ดจีน (Tsang, 2003 อ้างถึงใน วราพร คุ้มอรุณรัตนกุล, 2547)

5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ได้แก่ การหยุดสูบบุหรี่ การพักผ่อน การดูแลด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การดูแลด้านจิตใจ และต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนการดูแลรักษาร่วมด้วยนั้น ผู้ป่วยต้องควรมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองเพื่อจะปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตให้สอดคล้องกับการดำเนินของโรค ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถลดปัจจัยเสี่ยง ควบคุมโรคได้ มีร่างกายแข็งแรง และสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดจำนวนวันของการนอนโรงพยาบาล และลดการกลับรักษาในโรงพยาบาล (อรรถวุฒิ ดีสมโชค, 2545) ดังนั้นการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างยิ่ง

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา

โรงพยาบาลรัฐบาลในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา มีทั้งหมด 10 โรงพยาบาล โดยแบ่งตามขนาดเตียง 4 ขนาด คือ โรงพยาบาลขนาด 500 เตียง, 90 เตียง, 60 เตียงและ 30 เตียง ดังรายละเอียด

- โรงพยาบาล ขนาด 500 เตียง ได้แก่ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการ จำนวน 673 ราย (เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา, 2548)

- โรงพยาบาล ขนาด 90 เตียง ได้แก่ โรงพยาบาลพนมสารคาม จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการ จำนวน 185 ราย (เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลพนมสารคาม, 2548)

- โรงพยาบาล ขนาด 60 เตียง ได้แก่ โรงพยาบาลบางปะกง และโรงพยาบาลสนามชัย จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการ จำนวน 58, 189 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลบางปะกงและโรงพยาบาลสนามชัย, 2548)

- โรงพยาบาล ขนาด 30 เตียง ได้แก่ โรงพยาบาลน้ำเปรี้ยว โรงพยาบาลบางคล้า โรงพยาบาลท่าตะเกียบ โรงพยาบาลแปลงยาว โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ และโรงพยาบาลราชสาส์น จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการ จำนวน 256, 115, 64, 55, 52 และ 22 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลน้ำเปรี้ยว, โรงพยาบาลบางคล้า, โรงพยาบาลท่าตะเกียบ, โรงพยาบาลแปลงยาว, โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ และโรงพยาบาลราชสาสน์, 2548)

ในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าโรงพยาบาลบางคล้า มีการจัดตั้งคลินิกเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขึ้น เนื่องจากสถิติของโรงพยาบาลบางคล้า ในปีงบประมาณ 2547 มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 1ใน 5 อันดับของโรค ที่มารับบริการรักษาที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมี

ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยนอก 543 บาทต่อรายต่อครั้ง ผู้ป่วยใน 8,158 บาทต่อรายต่อครั้ง เป็นโรคที่มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยสูงเป็นอันดับสอง (เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลบางคล้า, 2547) ผู้ป่วยรับนอนรักษาในโรงพยาบาลและกลับมานอนรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อย ผลกระทบจากการเจ็บป่วยส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะในรายที่เป็นหัวหน้าครอบครัวจากการที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ดังนั้นทางโรงพยาบาลคล้าจึงได้พัฒนาระบบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันจัดทำแผนการดูแลรักษาและจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขึ้นภายในโรงพยาบาล ดังนี้ (สำนักงานเอกสารโรงพยาบาลบางคล้า, 2547)

เป้าหมาย

เพื่อให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา และเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ตัวชี้วัด

- อัตราการผู้ป่วยรับนอนรักษาในโรงพยาบาล (Admit) ลดลง 40 %
- อัตราการผู้ป่วยกลับมานอนรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Readmit) ลดลง 20 %
- อัตราการเกิดหอบกลับซ้ำมารับบริการฉุกเฉินที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Acute Exacerbation) ลดลง 10 %
- อัตราการเสียชีวิตการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ไม่เกิน 50: 1000
- จำนวนผู้ป่วยที่มีผลการทดสอบการเดินภายใน 6 นาที (6-Minute Walk Test) ดีขึ้น 30 %
- จำนวนผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางขึ้นไป 70 %

ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย (Care Map Chronic Obstructive Pulmonary Disease) มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว (Entry)
2. การประเมินและวางแผนดูแลรักษา (Assessment and Planning)
3. การให้บริการและการรักษาผู้ป่วย (Care Delivery)
4. การเตรียมจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Empowerment and Discharge)

1. การเตรียมพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว (Entry) มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1.1 การชี้บ่งผู้ป่วย ให้ปฏิบัติดังนี้

1.1.1 จัดกลุ่มผู้ป่วยเป็นรายใหม่หรือรายเก่า โดยใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีประวัติเก่าให้กดแป้นคีย์บอร์ดคอมพิวเตอร์ย้อนหลัง (Back Up) เก็บไว้ในระบบคอมพิวเตอร์

1.1.2 การนับจำนวนผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามข้อชี้บ่งต่อไปนี้

1.1.2.1 เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเดิม และ/ หรือมีโรคอื่นร่วม

1.1.2.2 มีอาการชี้บ่งถึงภาวะ Acute Exacerbation เช่น ไข้, ไอ, เสมหะเปลี่ยนสี, เหนื่อยหอบมากขึ้น

1.1.2.3 ไม่นับกรณีขอยาเดิม

1.1.2.4 ไม่นับกรณีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเดิมมาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หอบเหนื่อย

1.1.2.5 นับเฉพาะผู้ป่วยในเขตอำเภอบางคล้า ผู้ป่วยนอกเขตให้บริการตามระบบการดูแลแต่ไม่นำมาวิเคราะห์ ในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย

1.2 การจัดลำดับความรุนแรง โดยการคัดกรองผู้ป่วยตามข้อชี้บ่ง ดังนี้

1.2.1 ประเมินผู้ป่วยจากสัญญาณชีพ อาการ อาการแสดง

1.2.2 ถ้าไม่มีอาการเหนื่อยหอบ (Dyspnea) อัตราการหายใจน้อยกว่า 25 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นชีพจรน้อยกว่า 110 ครั้งต่อนาที ส่งผู้ป่วยตรวจที่งานผู้ป่วยนอก

1.2.3 ถ้ามีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจระหว่าง 25-35 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นชีพจรมากกว่า 110 ครั้งต่อนาที ส่งผู้ป่วยตรวจที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อพ่นยา กรณีไม่ดีขึ้น ตามแพทย์ประเมินอาการ

1.2.4 มีอัตราการหายใจมากกว่า หรือเท่ากับ 35 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นชีพจรมากกว่าหรือเท่ากับ 110 ครั้งต่อนาที ส่งผู้ป่วยตรวจที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้การรักษาเบื้องต้นและให้แพทย์ประเมินอาการผู้ป่วย

1.3 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลทั่วไปแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

1.3.1 แพทย์ จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัยโรค ทางเลือกในการรักษาและการพยากรณ์โรค

1.3.2 เภสัชกร จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา และประเมินผลการใช้ยาของผู้ป่วย

1.3.3 นักกายภาพบำบัด จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย

1.3.4 ทีมการพยาบาล จะให้ข้อมูลทั่วไปแก่ผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การใช้เครื่องป้องกันมลภาวะ ขั้นตอนในการให้บริการ สิทธิ ระเบียบข้อกำหนดต่าง ๆ ของโรงพยาบาล

1.4 การขอข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว ให้ปฏิบัติดังนี้

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

1.4.1 ให้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ และสมุดประจำตัวผู้ป่วย

1.4.2 ในการซักประวัติการเจ็บป่วยครั้งแรกให้บันทึกในคอมพิวเตอร์โดยกดแป้นคีย์บอร์ดบันทึกข้อมูลสำคัญ (HOME) ที่หน้าประวัติ รวมทั้งผลการทดสอบต่าง ๆ

1.5 การลงนามยินยอมรับการรักษา ให้ปฏิบัติตามข้อแนะนำในใบยินยอมรับการรักษา

2. การประเมินและวางแผนดูแลรักษา (Assessment and Planning) มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

2.1 การประเมินผู้ป่วย ให้ปฏิบัติดังนี้

2.1.1 การซักประวัติ ครั้งแรกที่ผู้ป่วยมาต้องซักประวัติให้ครบถ้วนได้แก่

- อายุที่เริ่มเป็น
- อาการที่หอบเหนื่อยที่สัมพันธ์กับกิจวัตรประจำวัน เวลาที่มักมีอาการหอบ
- อาการไอ ลักษณะและสีของเสมหะ
- อาชีพ และสภาพแวดล้อม การใกล้ชิดการสูบบุหรี่ การเลี้ยงสัตว์ ลักษณะของที่อยู่อาศัย และ สภาพแวดล้อม
- ภาวะภูมิแพ้ต่าง ๆ และการรักษา
- โรคประจำตัว การรักษา และการแพ้ยา เมื่อซักประวัติแล้วให้ทุกจุดที่รับผู้ป่วยครั้งแรกโดยเฉพาะที่ งานผู้ป่วยนอก บันทึกข้อมูลเหล่านี้ไว้ในคอมพิวเตอร์โดยกดแป้นคีย์บอร์ดบันทึกข้อมูลสำคัญ (HOME) ของหน้าประวัติหน้าแรกในคอมพิวเตอร์ และถ้าข้อมูลเหล่านี้เปลี่ยนแปลงให้บันทึกข้อมูลไว้โดยกดแป้นคีย์บอร์ดบันทึกข้อมูลสำคัญ (HOME)

2.1.2 การตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก ประเมินค่าดัชนีมวลกาย ประเมินการหายใจ เช่น หยุดหายใจ (Apnea) อัตราการหายใจช้ากว่าปกติ (Bradynea) ตรวจระบบการทำงานหัวใจ และปอด กรณีผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายต้องส่งไปเอกซเรย์ปอดหรือกรณีมีข้อบ่งชี้อื่น เช่น ไข้ เสียงปอดเปลี่ยนแปลง เช่น Creptiation

2.1.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยมารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก มีการประเมินปีละ 1 ครั้ง ประมาณเดือนตุลาคม ถึงพฤศจิกายน กรณีผู้ป่วยต้องรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลต้องประเมินทุกครั้ง

2.2 การวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วย มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

2.2.1 มีการจัดตั้งกิจกรรมกลุ่มบำบัด โดย แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ดังมีขั้นตอนการทำกิจกรรมบำบัด ดังนี้

- ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย ส่งพบนักกายภาพบำบัดทุกราย เพื่อทดสอบการเดินภายใน 6 นาที (6-Minute Walk Test) ครั้งที่ 1

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

- ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด จะให้บริการเป็นรายบุคคล และมีโปรแกรมการปฏิบัติดังนี้ ฝึกการหายใจและวิธีการออกกำลังกาย โดยนักกายภาพบำบัด การดูแลสุขภาพโดยแพทย์และทีมการพยาบาล การใช้ยาพ่นและยารับประทานโดยเภสัชกร

- ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด มีโปรแกรมการปฏิบัติดังนี้ ความรู้เรื่องโรค การดูแลตนเองและการเลิกสูบบุหรี่ ฝึกการหายใจและวิธีการออก กำลังกาย การใช้ยาพ่นและยารับประทาน การรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

- การประเมินผล โดยการทดสอบการเดินภายใน 6 นาที (6-Minute Walk Test) ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย ดังนี้ ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด ประเมินผลทุก 6 เดือน และไม่เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด ประเมินผลทุก 4 เดือน

- การนัดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการนัดพบผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันจันทร์สัปดาห์ที่ 2 ของเดือน

2.2.2 ผู้ป่วยมารับบริการตรวจในเวลาราชการ พบแพทย์ให้การรักษา เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด กลับบ้าน ผู้ป่วยที่มารับบริการนอกเวลาราชการ ให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การพ่นยา ประเมินอาการ ถ้าอาการดีขึ้นไม่หอบเหนื่อย ให้กลับบ้าน ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ให้รับเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล หรือส่งต่อไปโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราเมื่อเกินขีดความสามารถ

3. การให้บริการและการรักษาผู้ป่วย (Car Delivery)

3.1 การตอบสนองและการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ปฏิบัติตามการคัดกรองผู้ป่วย และแผนการรักษาของแพทย์

3.2 การจัดระบบเพื่อให้การดูแลที่ปลอดภัย ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน จัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย มีเครื่องมือที่เหมาะสมเพียงพอ เช่น ระบบออกซิเจน อุปกรณ์การพ่นยา อุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน (Emergency)

3.3 การปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา ให้สหวิชาชีพต่าง ๆ ดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ ปัญหาของผู้ป่วย และมีการประเมินผลการดูแลเป็นระยะ

3.4 การดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ ให้ทุกวิชาชีพปฏิบัติตาม ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3.5 การดูแลทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม มีการประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินสมรรถนะของผู้ป่วยทุกครั้งที่นอนโรงพยาบาล

3.6 การใช้ยา ให้เภสัชกรประเมินผลการใช้ยาผู้ป่วยทุกราย และเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาในทุกขั้นตอน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

3.7 การป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ ให้มีการปฏิบัติตามการป้องกัน การติดเชื้ออย่างเคร่งครัด และเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยทุกราย

3.8 การประเมินการตอบสนองของผู้ป่วย มีการประเมินผลการรักษาเป็นระยะ บันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีการนำผลการประเมินไปปรับแผนการดูแลรักษา

4. การเตรียมจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Empowerment and Discharge)

4.1 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

4.1.1 ให้มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยทุกรายตั้งแต่แรกรับ โดยใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Plan) สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4.1.2 ให้สหสาขาวิชาชีพวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในส่วนที่ตนเองเกี่ยวข้อง เช่น เภสัชกร ประเมินผล และวางแผนการใช้ยาของผู้ป่วย นักกายภาพบำบัด ประเมินและวางแผนการออกกำลังกาย

4.1.3 การวางแผนต้องครบถ้วนทุกองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

M (Medication) ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ

E (Environment) ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน การจัดการปัญหาเกี่ยวกับเศรษฐกิจและสังคม

T (Treatment) ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ เป้าหมายของการรักษา สามารถสังเกตอาการของตนเองและรายงานอาการที่สำคัญให้แพทย์/ พยาบาลทราบ มีความรู้พอที่จะจัดการกับภาวะฉุกเฉินด้วยตนเองอย่างเหมาะสมก่อนมาถึงสถานพยาบาล

H (Health) ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตน เช่น ข้อจำกัดผลกระทบจากการเจ็บป่วย และสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

O (Out Patient Referral) ผู้ป่วยเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งต่อสรุปการรักษาและแผนการดูแลผู้ป่วยให้กับหน่วยงานอื่นที่จะรับช่วงดูแลต่อ

D (Diet) ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับภาวะและข้อจำกัดด้านสุขภาพ

4.1.4 พยาบาลเจ้าของผู้ป่วย ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเยี่ยมบ้านแก่งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน

4.1.5 งานผู้ป่วยในวิเคราะห์ผลการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เสนอผลการวิเคราะห์ในทีมสหสาขาวิชาชีพ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

4.2 การประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

4.2.1 งานผู้ป่วยนอกนัดผู้ป่วยมารักษาต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง มีใบนัด สมุดประจำตัว

4.2.2 งานผู้ป่วยใน นัดผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย

4.2.3 ให้ทุกหน่วยงานมีการติดตามผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษาที่อื่น

4.3 การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน

4.3.1 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อติดตามผลการปฏิบัติตัว และปรับสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยให้เหมาะสมการภาวะการเจ็บป่วย และการปฏิบัติตัว ร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว

4.3.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกับกลุ่มสุขภาพต่าง ๆ ในชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ

4.3.3 จัดรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ ยาเสพติดต่าง ๆ ของเยาวชนในโรงเรียน โดยร่วมกับองค์กรท้องถิ่นในชุมชน

4.3.4 จัดทำค่ายต่อต้านยาเสพติดในกลุ่มเยาวชน

แนวคิดการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แนวคิดการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประยุกต์มาจากรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา ดังนั้น เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจึงมีการปฏิบัติตัว หรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม เป็นต้น(ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534) โรคีช (Rokeach, 1970) ให้ความหมายของความเชื่อว่า คือ ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งสามารถเร้าให้บุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบในรูปของการกระทำหรือการพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม ความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวังหรือสมมติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ตาม ความเชื่อนั้นจะเป็นแนวโน้มชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจนั้น ๆ (จรรจา สุวรรณทัต, 2536) ดังนั้นสรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความยอมรับหรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา โดยจะชักนำให้บุคคลนั้นที่มีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิดและความเข้าใจนั้น ๆ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

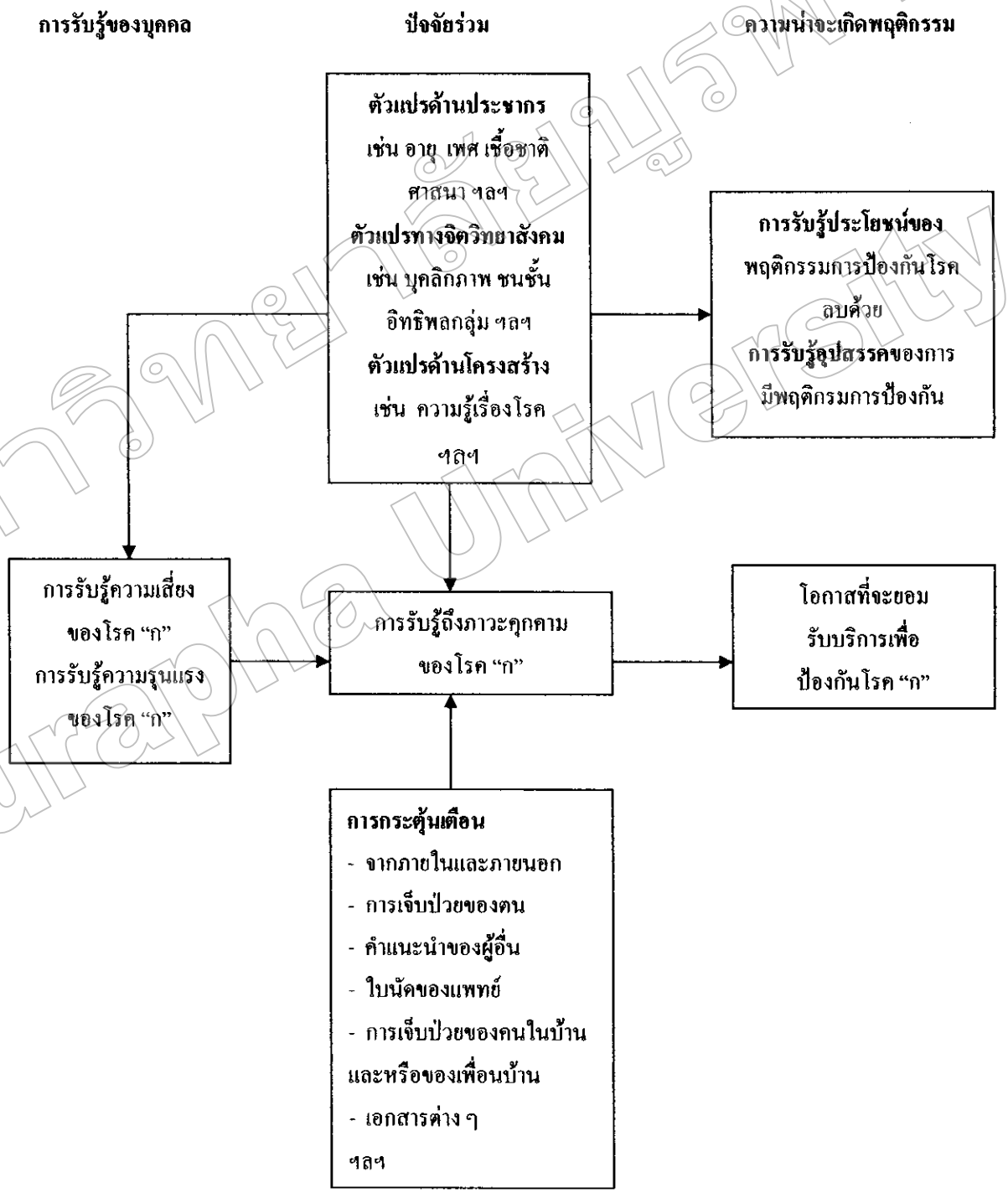
ในระยะ 30 ปีที่ผ่านมา มีนักวิชาการหลายท่านได้พยายามศึกษาถึงแบบแผน มโนทัศน์เพื่อใช้ในการอธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคล คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ มีข้อตกลงเบื้องต้นว่า บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในด้านการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสภาพ เช่น การไปรักษาตามโรคที่แพทย์ตรวจพบภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่งและมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ จะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย เชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายของการควบคุมโรคในรูปของการป้องกันที่แนะนำหรือการปฏิบัติตนนั้นมีราคาไม่สูงจนเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ สถานการณ์เหล่านี้ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสของการเป็นโรคและความรุนแรงของโรค ความเชื่อที่ว่าโรคที่เป็นสามารถรักษาได้ และความสามารถของบุคคลที่จะแก้ปัญหา รวมถึงการรับรู้ถึงค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคในการปฏิบัติตน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยองค์ประกอบดังกล่าว เป็นแนวคิดของโรเซ็นสต๊อค (Rosenstock) และในเวลาต่อมาเบคเกอร์ (Becker) ได้ขยายองค์ประกอบและรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น (Rosenstock, 1996; Becker, 1974)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนามาจาก เคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin) ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา หากปฏิบัติ เช่นนี้ อาจเกิดผลเสียแก่ตนได้ จากแนวความคิดนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและได้มีการนำมาใช้ครั้งแรกโดย โรเซ็นสต๊อค และคณะ (Rosenstock et al., 1974) เพื่ออธิบายปัญหาทางสาธารณสุขในระหว่างปี ค.ศ. 1950-1960 หลังจากนั้นได้มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของเคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin) มาผสมผสานกับทฤษฎีแรงจูงใจ และทฤษฎีการตัดสินใจแล้วนำองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายถึงพฤติกรรมและตัดสินใจของบุคคลในการดูแลสุขภาพอนามัย โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า การแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับการมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับ และความเชื่อในผลที่เกิดจากการกระทำของตน (Maiman & Becker, 1974) กล่าวคือ บุคคลที่จะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้จะต้องมีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ ตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบาย ความเจ็บปวด ความยากลำบาก และอุปสรรคต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนั้นการปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก เพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ยังประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยเอื้ออำนวย หรือชักนำให้บุคคลปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Rosenstock, 1974, p. 334)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ซึ่งลักษณะของแบบแผนความเชื่อดังกล่าวมีส่วนประกอบดังนี้ (Rosenstock, 1974; Maiman & Becker, 1974)

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to Take Action) หมายถึง ความพร้อมทางด้านจิตใจ หรือ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติ สิ่งที่จะเป็นตัวกำหนดหรือตัดสินใจได้ว่าเกิดความพร้อมได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The Individual's Evaluation of the Advocate Health Action) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค โดยบุคคลจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและผลที่คาดว่าจะได้รับมีมากน้อยเพียงใด โดยเปรียบเทียบกันระหว่างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ กับอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติ เช่น การเสียเวลา และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เป็นต้น

3. ปัจจัยที่ชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cue to Action) หมายถึง สิ่งชักนำ โอกาส หรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ อาจมีการชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง อาการเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้นหรือ อาจเป็นสิ่งชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลความรู้ที่ได้รับจาก สื่อมวลชนต่าง ๆ และการปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นต้น

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกตามที่กล่าวมานี้ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอเพราะสามารถทำนายได้เฉพาะพฤติกรรมในการป้องกันโรคเท่านั้น คาส์ล และคอบบ์ (Kasl & Cobb, 1996) จึงประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แล้วแบ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health Behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น การขอคำปรึกษา ขอความเห็นหรือคำแนะนำจากญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Behavior) เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้วได้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

หลังจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกนำมาใช้ในช่วงเวลาหนึ่ง ได้มีนักวิจัยหลายท่านพยายามที่จะใช้แบบแผนพฤติกรรมของผู้ป่วยด้านการแพทย์ (Medical Model) ในการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยเน้นตัวแปรด้านประชากร สังคม แผนการรักษาและ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ลักษณะความเจ็บป่วย ซึ่งผลที่ได้ยังไม่เพียงพอที่จะใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ (Becker et al., 1974) เบคเกอร์จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) ขึ้นใหม่โดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านต่าง ๆ เพิ่มเติมจากที่โรเซ็นสต๊อค (Rosenstock) ได้ศึกษาไว้ ดังภาพที่ 3

ภาพที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Becker, 1974, p. 89)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

จากแนวคิดของ เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1974) เกี่ยวกับการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยตามภาพที่ 3 มีองค์ประกอบที่สำคัญพอสรุปได้ดังนี้

1. ตัวแปรที่แสดงถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติ ประกอบด้วย

1.1 แรงจูงใจ ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) ซึ่งหมายถึง ความแตกต่างของอารมณ์ หรือความรู้สึกนึกคิดที่ถูกกระตุ้น โดยสิ่งเร้าทางด้านสุขภาพอนามัยที่ต่างกัน สิ่งเร้านี้อาจจะเป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความตั้งใจที่จะยอมรับคำแนะนำและร่วมมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ความสมัครใจที่จะเสาะหาและยอมรับการรักษาตามแผน หรือในบางรายอาจเกิดจากความกลัดกลุ้มกังวลใจ (Mikhail, 1981) เป็นต้น ในกรณีที่บุคคลมีความต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแรงจูงใจด้านสุขภาพจะมีส่วนผลักดันร่วมกับปัจจัยด้านการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจนี้มักจะวัดออกมาในรูปของความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป และความตั้งใจหรือความต้องการที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา

1.2 การรับรู้ถึงคุณค่าของการลดภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตัวแปร คือ

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility) พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างแน่นอนแล้วจะสามารถวัดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยได้ 3 ด้าน คือ (Becker, 1974) 1) ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคในรายที่มีอาการหนักมาก ในรายที่ไม่ไว้วางใจแพทย์หรือวิธีการวินิจฉัยโรค หรือในรายที่มีความเชื่อผิด ๆ ในด้านสุขภาพอาจจะไม่ยอมรับในการวินิจฉัยนั้น และทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของตนต่อความเจ็บป่วยนั้นบิดเบือนไป 2) การคาดคะเนของผู้ป่วยต่อการเกิดความรุนแรงของโรคซ้ำหรือการกลับเป็นซ้ำ ในรายที่เคยมีอาการมาก่อน 3) ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือการเจ็บป่วยด้วยภาวะอื่น ๆ

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยแล้วก็ตาม ก็ยังไม่เป็นการเพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมร่วมมือในการรักษา บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคมของเขาด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาเกิดขึ้น (Becker, 1974) ดังคำกล่าวของ เฮลเลนแบรนด์ (Hillenbrand, 1983) ที่ว่าการให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติ ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและแนะนำวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย หรือลดอัตราที่จะเกิดขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้แล้วยังไม่

ทราบวิธีการที่จะเผชิญก็อาจทำให้เกิดกลไกการป้องกัน เช่น มีพฤติกรรมปฏิเสธ หรือไม่ยอมรับมากกว่าจะให้ความร่วมมือในการรักษา กล่าวโดยสรุป การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วย เป็นส่วนหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ ส่วนในกรณีที่ได้ผลในทางลบจะต้องพิจารณาตัวแปรทางด้านอื่น เช่น ประสบการณ์เดิม และพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยาของผู้ป่วย ระดับความกลัวและความวิตกกังวลที่สูงเกินไป ซึ่งอาจมีสาเหตุต่างกันได้

1.3 การให้ความร่วมมือเพื่อลดภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา (Perceived Benefits) เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ประชาชนจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำถ้าเขามีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นจะมีประสิทธิภาพในการป้องกัน การสืบค้นหรือการรักษาโรค ดังนั้น การรับรู้ถึงประโยชน์หรือประสิทธิภาพของการรักษา จึงนำไปสู่พฤติกรรมที่จะช่วยลดภาวะคุกคามจากโรคได้ (Milhail, 1981)

2. ตัวแปรที่เป็นปัจจัยร่วม ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรด้านประชากรและปัจจัยส่วนบุคคล ตัวแปรทางด้านนี้มีมากมาย เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรักษา อาการข้างเคียงของยา เป็นต้น ซึ่งต่างก็มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาในลักษณะต่าง ๆ กัน

2.2 สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย เช่น การศึกษาของ เดวิส (Davis, 1968) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ เช่น ความตึงเครียดในขณะสนทนาขาดความเป็นกันเอง ไม่มีการโอนอ่อนผ่อนตามในข้อตกลงต่าง ๆ หรือการซักถามผู้ป่วยเป็นเวลานานโดยไม่มีการบอกให้ผู้ป่วยเข้าใจ เหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา ส่วน เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1974) พบว่าความพอใจในแพทย์ผู้รักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2.3 ความต่อเนื่องในการตรวจรักษาจากแพทย์คนเดิม พบว่าปัจจัยนี้ความสัมพันธ์อย่างมากต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ดังการศึกษาของ เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1974) พบว่ามารดาจะให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้นถ้าบุตรได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องจากแพทย์คนเดิม

3. กิจกรรมของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกถึงความร่วมมือในการรักษา เช่น การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพปกติได้

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

เร็วขึ้น ได้แก่ การรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด และการปรับปรุงนิสัยส่วนตัว เป็นต้น

เนื่องจากพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแผนการรักษา จึงอาจกล่าวได้ว่า "ความเชื่อด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วย" กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีหรือถูกต้องผู้ป่วยก็จะแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

สรุป ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย (Becker, 1974) ตามภาพที่ 3 ใช้ตัวแปรต้น คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา ปัจจัยร่วม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรักษา สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพและความต่อเนื่องในการรักษาจากสถานบริการสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

การปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

แม้ว่าปัจจุบันจะมีการพัฒนาด้านการรักษาพยาบาลที่ทันสมัยมากขึ้นแล้วก็ตาม แต่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการเจ็บป่วยที่อาจมีอาการกำเริบได้เป็นระยะ ๆ ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงควรปฏิบัติตามแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการปฏิบัติเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อยกระดับสุขภาพให้ดีขึ้น ตลอดจนช่วยลดความรุนแรงของโรคหรือป้องกันอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ การปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนตามแนวคิดของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) มีรายละเอียดดังนี้

การรับประทานยา

การใช้ยาที่ถูกต้อง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน ดังนั้นผู้ป่วยควรทราบชื่อยา ปริมาณการใช้ยา การออกฤทธิ์ อาการข้างเคียง วิธีการใช้ยาที่ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะได้รับยาขยายหลอดลม (ยาพ่น) และยาขับเสมหะเพื่อแก้ไขภาวะหดเกร็งของหลอดลม ในการรับประทานยา ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ให้ถูกต้อง ตรงตามจำนวน

ขนาดและเวลาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สามารถควบคุมระดับอาการรุนแรงของโรคได้ และไม่ควรรับประทานยาอื่น ๆ เพิ่มขนาดยาเอง หรือหยุดยาเองนอกเหนือจากที่แพทย์แนะนำ เพราะการรับประทานยาอื่น ๆ อาจเกิดอันตรายจากปฏิกิริยาระหว่างยาที่ได้รับ หรืออาจเกิดการเสริมฤทธิ์การทำงานของยาและไปขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ผู้ป่วยได้รับ นอกจากนั้นผู้ป่วยควรสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับยา เช่น ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ หายใจลำบากมากขึ้น เป็นต้น หากพบอาการผิดปกติ ควรหาวิธีแก้ไขที่ถูกต้องโดยการหยุดรับประทานยา และรีบไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาให้ทันท่วงที ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามประเมินผลการรักษาเป็นระยะ เมื่อพบว่าแพ้ยา การรักษาไม่ได้ผล หรือมีระดับความรุนแรงของโรคมากขึ้น แพทย์อาจให้การรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตอร์รอยซึ่งเป็นยาต้านการอักเสบที่เกิดขึ้นในทางเดินหายใจ และบางรายอาจได้รับยาปฏิชีวนะร่วมด้วย เมื่อพบว่า มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (Make, 1998 อ้างถึงใน นัยนา อินทร์ประสิทธิ์, 2544)

การรับประทานอาหาร

การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ และแบบแผนในการรับประทานอาหารในชีวิตประจำวันโดยปกติผู้ป่วยชายและหญิงควรได้รับพลังงานจากอาหารไม่เกินวันละ 2,250 และ 1,850 กิโลแคลอรี่ ตามลำดับ และไม่น้อยกว่าวันละ 1,200 กิโลแคลอรี่ (คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวันที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนชาวไทย, 2532) ส่วนความต้องการสารอาหารแต่ละวันควรได้รับสารอาหารครบถ้วนทั้งโปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต เกลือแร่ และวิตามิน มีรายละเอียดดังนี้

1. โปรตีน ผู้ป่วยควรได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพสูง ย่อยง่ายและมีไขมันต่ำ ได้แก่ เนื้อปลา ไข่ นม เต้าหู้ และผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง

2. ไขมัน ผู้ป่วยควรลดอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัว เพราะจะกระตุ้นให้คอเรสเตอรอลมาเกาะผนังหลอดเลือด และทำให้หลอดเลือดแคบลง มีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา อาหารประเภทนี้ได้แก่ ไข่แดง ไขมันจากสัตว์ต่าง ๆ หนังเป็ด หนังไก่ (ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์, 2545) รวมทั้งน้ำมันพืชบางชนิด เช่น น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว กะทิ และควรที่จะลดอาหารที่มีโคเรสเตอรอลสูงเช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ และอาหารทะเลบางชนิด เช่น หอยนางรม ปลาหมึกกุ้ง เป็นต้น

3. คาร์โบไอเดรท ควรรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ควรรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวซ้อมมือ เผือก มัน ข้าวโพด และลูกเดือย เป็นต้น เพื่อให้ได้รับประโยชน์ของเส้นใยจากอาหารเพื่อป้องกันอาการท้องผูก

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

4. เกลือแร่ แร่ธาตุที่ผู้ป่วยควรได้รับที่สำคัญ คือ แคลเซียม เหล็ก วิตามิน ฯลฯ เพื่อช่วยในการสร้างความแข็งแรงของกระดูก

5. วิตามิน สารอาหารที่อยู่ในผักและผลไม้เป็นแหล่งอาหารที่ให้วิตามิน เกลือแร่และสารแอนติออกซิแดนท์ซึ่งช่วยลดอนุมูลอิสระ รวมทั้งใยอาหารยังช่วยในกระบวนการย่อยและการดูดซึมด้วย

ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะเกิดภาวะขาดสารอาหารเนื่องจากมีการใช้พลังงานในการหายใจเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารได้ลดลงเนื่องจากมีการรบกวนขณะรับประทานอาหาร หรือการได้รับยาที่มีผลต่อความอยากอาหารและการดูดซึม หรือปัญหาทางจิตสังคม ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า เปลี่ยนแปลงบทบาทและวิถีการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น นอกจากการรับประทานอาหารหลักให้ครบตามที่กล่าวข้างต้นแล้ว ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Tiep, 1997) ดังนี้

1. ควรรับประทานอาหารอ่อน เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย มื้อละน้อย ๆ บ่อยครั้งประมาณวันละ 4-6 มื้อ รับประทานช้า ๆ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน ระวังการสำลัก และติดคอ มีเวลาพักก่อน และหลังรับประทานอาหารประมาณ 30-60 นาที ในทุกมื้อ ควรจัดอาหารที่สะอาด น่ารับประทาน และควรอุ่นก่อนรับประทาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น รวมทั้งควรรักษาสุขภาพในช่องปาก โดยแปรงฟันหรือบ้วนปากหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปากซึ่งจะนำไปสู่การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ (Weigley, Mueller, & Robinson, 1997)

2. ควรดื่มน้ำอุ่นอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว ดื่มน้ำก่อนรับประทานอาหาร 30-60 นาที และหลังอาหาร ส่วนขณะรับประทานอาหาร ควรดื่มเพียงเล็กน้อยเพื่อป้องกันท้องอืด ยกเว้นในรายที่มีข้อจำกัด เพื่อลดความเหนียวของเสมหะทำให้ขับเสมหะออกง่าย

3. ควรเพิ่มอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant) เพื่อต่อต้านการทำลายของเซลล์และเนื้อเยื่อปอด (Nidus Information Services, 1998) เช่น วิตามินเอ วิตามินซี วิตามินอี วิตามินดี (น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง) และเบต้าแครอทีน (ผักสีเขียวเข้ม แครอท มัน ฟักทอง) (Tsang, 2003 อ้างถึงใน วราพร คุ้มอรุณรัตนกุล, 2547)

4. ควรหลีกเลี่ยงสิ่งที่ส่งเสริมให้อาการรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ อาหารที่เพิ่มแก๊สในกระเพาะอาหาร (ถั่ว กะหล่ำปลี หัวหอม) ซึ่งจะทำให้กระเพาะขยายตัว ส่งผลให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ และที่สำคัญคือการเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากควันบุหรี่จะกระตุ้นให้ระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นและเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอด (Nidus Information Service, 1998 อ้างถึงใน วราพร คุ้มอรุณรัตนกุล, 2547)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

การออกกำลังกาย

เป็นการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย กิจกรรมยามว่าง และการทำงานของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละประมาณ 20-30 นาที วิธีการออกกำลังกายควรเริ่มจากการอบอุ่นร่างกายก่อนเพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกาย ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที หลังจากนั้นจึงมีการออกกำลังกายที่หนักขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกายที่ทำให้ร่างกายมีการหดยืดของกล้ามเนื้อมัดใหญ่อย่างต่อเนื่องแล้วในช่วงท้ายค่อย ๆ ผ่อนคลายลง เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที และควรมีเวลาพักหลังออกกำลังกายทุกครั้ง และเมื่อรู้สึกเหนื่อยมากกว่าปกติ ใจสั่น หรือหายใจขัดควรหยุดการออกกำลังกายทันที โดยการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย คือ การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญอย่างต่อเนื่องและสร้างพลังงานในร่างกาย เรียกว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิค ได้แก่ การเดิน การวิ่งเหยาะ ฝึกกายบริหาร และควรเลือกออกกำลังกายในสถานที่มีอากาศถ่ายเทสะดวกและไม่มีมลพิษ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรปฏิบัติกิจกรรมยามว่างที่ตนชอบ เช่น อ่านหนังสือ การปลูกต้นไม้ ฯลฯ โดยการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ควรคำนึงถึงการใช้พลังงานในแต่ละกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย (Jone & Jone, 1997; Rosenberg & Resnick, 2003 อ้างถึงใน วราพร คุ้มอรุณรัตนกุล, 2547)

สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะมีปัญหาเรื่องการเหนื่อยหอบ ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยให้สมรรถปอดดีขึ้น (Levenson, 1992) โดยจะเพิ่มความยืดหยุ่นความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ (Hardman, 1997) ทำให้มีอาการเหนื่อยหอบลดลง (O'Donell, Webb, & Mcguire, 1993) สามารถทำกิจวัตรประจำวันและมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมได้มากขึ้น (Make, 1998) และดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรออกกำลังกายโดยการกำหนดระยะเวลา ความถี่และความหนักเบาให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตน (Conn, 1998) โดยเริ่มการออกกำลังกายที่ละน้อยก่อนและมีการพักเป็นช่วง ๆ (Singh, 1997) และควรบริหารการหายใจร่วมกับการบริหารร่างกายทั่วไป (Homma, 1999) มีรายละเอียดดังนี้

1. การบริหารร่างกายทั่วไป เป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความทนทานและความยืดหยุ่นของทรวงอกประกอบด้วย

1.1 การบริหารร่างกายส่วนล่าง (Lower Extremity Exercise Training) เป็นการออกกำลังกายโดยใช้กล้ามเนื้อขา เช่น การบริหารกล้ามเนื้อขา การเดินเล่น การเดินขึ้นลงบันไดหรือขี่จักรยาน เป็นต้น

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

1.2 การบริหารร่างกายส่วนบน (Upper Extremity Exercise Training) เป็นการออกกำลังกายโดยใช้กล้ามเนื้อไหล่และแขน อาจใช้กล้ามเนื้อแขนและไหล่ในช่วงอบอุ่นร่างกายหรือช่วงออกกำลังกาย เช่น การแกว่งแขน ยกแขนเหนือศีรษะ (Celli, 1998)

1.3 การบริหารกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ (Breathing Exercise) เป็นการฝึกควบคุมการหายใจให้มีประสิทธิภาพ โดยรูปแบบการบริหารการหายใจแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การหายใจแบบเป่าปาก (Pursed-Lip Breathing Exercise) เป็นการหายใจที่ชะลอระยะการหายใจออก เพื่อเพิ่มเวลาของการระบายลมหายใจออก และลดการหดตัวของหลอดลม โดยให้ผู้ป่วยหายใจออกทางปากและทำปากห่อ ซึ่งช่วยลดความดันของการหายใจออก ทำให้หลอดลมส่วนปลายไม่ตีบขณะหายใจออก และอีกส่วนหนึ่งคือการหายใจด้วยกะบังลม (Diaphragmatic Breathing Exercise) เป็น การหายใจที่มีการเคลื่อนไหวของกะบังลม ช่วยให้ปอดขยายตัว และเพิ่มปริมาตรของช่องอก (Levenson, 1992)

การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ และการมาตรวจตามนัด

การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ชักนำให้อาการเลวลง ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาดจะช่วยทุเลาอาการของโรคได้ไม่ว่าโรคจะรุนแรงเพียงใด การหยุดสูบบุหรี่แม้ว่าจะมีการทำงานที่ผิดปกติของหลอดลมขนาดเล็กแล้วความผิดปกติจะกลับคืนสู่ปกติได้ ในรายที่ปอดเสื่อมลงมากแล้ว การหยุดสูบบุหรี่ช่วยชะลออัตราเสื่อมของสมรรถภาพปอดให้ช้าลง (Crowley, Macdonald, Zerbe, & Petty, 1991) ผู้ป่วยยังต้องหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีอาการเหนื่อยหอบได้ง่าย เช่น ฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ ควันบุหรี่ อากาศร้อนจัด เย็นจัด อับชื้น สัตว์เลี้ยง รวมทั้งไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ สังเกตอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก ใจสั่น ให้มาพบแพทย์ทันที และมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง (นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์, 2537)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีการเปลี่ยนแปลงร่างกายตามพยาธิสภาพของโรคไม่อาจกลับคืนสู่สภาพปกติได้ และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงควรปฏิบัติตามแผนการดูแลและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม เพื่อลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการปฏิบัติตามแผนการดูแลได้อย่างต่อเนื่องและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดนั้นจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา ปัจจัยร่วม ได้แก่ สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ (Becker, 1974) มีรายละเอียดดังนี้

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

1. แรงจูงใจด้านสุขภาพ เป็นความรู้สึกนึกคิดหรืออารมณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วย จากการกระตุ้นของสิ่งเร้า เช่น ข่าวสารเอกสาร คำแนะนำต่าง ๆ แรงจูงใจจะทำให้เกิดความตระหนักหรือความสนใจต่อสุขภาพโดยทั่วไปรวมทั้งความตั้งใจปฏิบัติตามแผนการดูแล เพื่อควบคุมโรคและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดี แรงจูงใจด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2530) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด นอกจากนั้นการศึกษาของ สุภาพ ใบแก้ว (2528) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ พิรพร ดวงแก้ว (2538) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา (Pender, 1996) แรงจูงใจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมและหันมาปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง (Joseph, 1980) คอนเนลลี (Connely, 1987) กล่าวว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง โอเรม (Orem, 1991) ได้มองแรงจูงใจว่าเป็นหนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ที่จะช่วยให้เกิดการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง แรงจูงใจจึงเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยในการตัดสินใจในการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างแน่นอนแล้ว จะสามารถวัดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ 3 ทาง ได้แก่ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีผลคุกคามต่อชีวิตบุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ผิด ๆ หรือไม่มีความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยของแพทย์ ทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยไม่ตรงตามความเป็นจริง 2) ในแต่ละบุคคลจะคาดคะเนได้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ถ้าบุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยมาก่อน 3) ถ้าบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้น และทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น ผลการวิจัยผ่านมาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับความร่วมมือในการรักษา พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งรวมถึงการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนจะมีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย การศึกษาของ เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1977) พบว่าการรับรู้ของมารดาที่ว่าบุตรของตนมีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายเมื่อมีน้ำหนักเกินจะมีความร่วมมือในการควบคุมอาหารและการมาตรวจตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ยิ้มวิไล (2531) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อถือด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืดที่เป็นที่เป็นโรคแล้วไม่น้อยกว่ากว่า 6 เดือน ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิก

โรคภูมิแพ้ และคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 100 ราย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองใน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 100 ราย ของ กรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง เช่น เดียวกัน

3. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของแต่ละบุคคลมากกว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง และจากผลการศึกษาวิจัยพบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Mikhail, 1981) แต่ผู้ป่วยที่ความวิตกกังวลสูงเกินไปหรือไม่มีความวิตกกังวลเลยอาจทำให้มีผลในทางลบได้ (Andreli, 1981) แม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก็ตามพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจยังไม่แสดงออกจนกว่าบุคคลจะต้องรับรู้ว่าโรคนั้นอันตรายสามารถทำลายชีวิต หรืออาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย และมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม จึงจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเกิดขึ้น จากการศึกษาของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) สรุปได้ว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยต่าง ๆ สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ และผลที่ได้ในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้าน จิตวิทยาในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีระดับความกลัว และความวิตกกังวลสูงเกินไป เนลสันและคณะ (Nelson et al., 1978) เสนอผลการศึกษาไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิต ได้ดีกว่า ผู้ป่วยที่ไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา จิราจินต์ (2530) ที่พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วงในมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 2 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกเด็กแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาธิบดีและโรงพยาบาลเด็ก จำนวน 300 ราย โดยที่มารดาให้ความร่วมมือดีในการให้บุตรรับประทานยาสม่ำเสมอเป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคตั้งแต่บุตรเริ่มเป็นโรค

4. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา เป็นความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการรักษา ความสามารถของแพทย์ในการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และทำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดภาวะความเจ็บป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ จากการศึกษาของ เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1978) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของมารดาที่มีบุตรหอบหืด และ

มารดาที่บุตรเป็นโรคหอบหืดจะรับรู้ว่าโรคนี้ไม่สามารถหายไปเองได้ถ้าไม่ไปรักษา แต่จะหายได้จากการรับประทานยา และการไปตรวจตามแพทย์นัด จากการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ กาญจนา เกษกาญจน์ (2541) ได้ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่าผู้สูงอายุเบาหวานที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมากจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากตามไปด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ กรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไประยะหนึ่งจนสามารถควบคุมความดันโลหิตได้จะรู้สึกสบายขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาว่าสามารถควบคุมโรคหรือลดภาวะความเจ็บป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

5. ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรักษา สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ และความต่อเนื่องในการรักษาจากแพทย์คนเดิม จากการศึกษาของแอนโดนอฟสกี้ และคาส (Antonovsky & Kats, 1974) พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพฟันเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพฟัน ส่วน คาลเวล (Caldwell, 1970) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ต่ำ จะให้ความร่วมมือในการรักษาน้อย โดยจะบอกว่า อาการหายเป็นปกติแล้ว หรือเสียเวลาคอยแพทย์ เสียเวลาทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล สินสุพรรณ (2528) พบว่า มารดาที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ลืมสมุดนัด มีผลต่อการพาเด็กมารับวัคซีน นั่นคืออุปสรรคในเรื่องค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวกในการปฏิบัติ การลืม เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลไม่ให้ความร่วมมือในการมีพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านระยะเวลาในการรักษา นักวิจัยหลายท่านพบว่าระยะเวลาในการรักษาและระยะเวลาที่เป็นโรค มีความสัมพันธ์กับความเชื่อและความร่วมมือในการรักษา เช่น จารุวรรณ ขันติสุวรรณ (2528 อ้างถึงใน นวลจันทร์ เครือวัลย์วาณิชกิจ, 2531) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีระยะเวลาการรักษานานจะให้ความร่วมมือในการรักษาไม่ดี และการศึกษาของ ลูนทซ์ และออสติน (Luntz & Austin, n.d. อ้างถึงใน จารุวรรณ ขันติสุวรรณ, 2528; นวลจันทร์ เครือวัลย์วาณิชกิจ, 2531) พบว่า จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ให้ความร่วมมือจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการรักษา เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ เป็นปัจจัยร่วมที่มีความสำคัญที่ช่วยเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ถ้าเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยให้ความสนใจแก่ผู้ป่วย จะมองเห็นความหวังดีและเกิดความพึงพอใจและทำให้มีพฤติกรรมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำสูงขึ้น แต่เจ้าหน้าที่ไม่ให้ความสนใจหรือมีพฤติกรรมที่แสดงสถานภาพเหนือผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ ดังนั้นพฤติกรรมการปฏิบัติตาม

คำแนะนำอาจจะลดต่ำลง จากการศึกษาของ ฟรานซิส และคณะ (Francis et al., 1996 อ้างถึงใน จารุวรรณ นิพพานนท์, 2532; ศิริพร ปาระมะ, 2545) พบว่ามารดาของผู้ป่วยเด็กที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการดูแลเด็กเกิดจากการมีความพึงพอใจในแพทย์ที่เป็นกันเองและเข้าใจในความทุกข์ของตนเอง ส่วนมารดาที่ผิดหวังจากการแพทย์ ที่ไม่มีความเป็นกันเอง ไม่อธิบายถึงการวินิจฉัยโรคและสาเหตุของการเจ็บป่วยของเด็ก ส่วนมากจะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิรพร ดวงแก้ว (2538) พบว่า การที่ผู้ป่วยวัณโรคมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของแพทย์และเจ้าหน้าที่ ในการให้บริการที่มีความสะดวก ยิ้มแย้ม แจ่มใส เป็นกันเอง ไม่วางอำนาจหรือดุผู้ป่วย มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการรับประทานยาจะทำให้ผู้ป่วยมารับยาและมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมทั้งมีการรับประทานยาอย่างถูกต้องและครบถ้วนตามแพทย์สั่ง ในด้านความต่อเนื่องในการรักษาจากสถานบริการสุขภาพ พบว่าปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์อย่างมากต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ดังการศึกษาของ เบคเกอร์ และคณะ (1974) พบว่า มารดาจะให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้นถ้าบุตรได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องจากแพทย์คนเดิม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนี้ ผู้วิจัยทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

นิตยา ภาสุนันท์ (2530) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 100 ราย พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนและปัจจัยร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา นอกจากนั้นยังพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรคต่างกัน จะมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและปัจจัยร่วม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง พบว่า มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความร่วมมือในการรักษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้าน เพศ อายุ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และลักษณะโรค มีความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมใจ ยิ้มวิไล (2531) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนและปัจจัยร่วมต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .05 ตามลำดับ ส่วนแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนั้นยังพบว่า ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการเป็นโรค ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 100 ราย พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความเชื่อด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย และปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ระดับการศึกษา โดยสามารถทำนายการดูแลตนเองได้ร้อยละ 22.37

นวลจันทร์ เครือวาณิชกิจ (2531) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลโรคทรวงอกนนทบุรี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการรักษา

พิรพร ดวงแก้ว (2538) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นจำนวน 146 ราย โดยแบ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็น 3 พฤติกรรม คือ พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการมารับยาและมาตรวจตามแพทย์นัดและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พบว่า

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา โดยแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาการมารับยาและมาตรวจตามแพทย์นัดและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมารับยาและมาตรวจตามแพทย์นัด แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมารับยาและมาตรวจตามแพทย์นัด ส่วนการรับรู้ผลดีในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาทุกพฤติกรรมและความพึงพอใจต่อการให้บริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมารับยาและตรวจตามนัดแพทย์นัดแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

จาตุรงค์ ประดิษฐ์ (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศิริพร ปาระมะ (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน จำนวน 150 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาความเชื่อรายด้าน พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลตนเอง แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป และปัจจัยร่วมทางสังคมอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลตนเอง แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการรับรู้ถึงประโยชน์ในการดูแลตนเอง และปัจจัยร่วม ทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

นอกจากนี้ยังพบว่า อายุและระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์ (2544) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน การรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาและปฏิบัติตน อยู่ในระดับความเชื่อเชิงบวก พฤติกรรมความเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 89.2 และความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความเจ็บป่วยโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รัชนีย์ ไกรยศรี (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกภาพที่เข้มแข็งและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอยู่ในระดับสูง บุคลิกภาพที่เข้มแข็งอยู่ในระดับสูงและพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามแผน แรงจูงใจด้านสุขภาพและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วย ได้แก่ ความพร้อมที่จะปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และปัจจัยร่วมประกอบด้วย ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรักษา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ ความต่อเนื่องในการรักษาจากสถานบริการสุขภาพ ผลของการศึกษา ปัจจัยเหล่านี้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมิน วางแผนให้การพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปฏิบัติตามแผนการดูแลที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University