

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD]) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติที่สำคัญคือมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร (ชัยเวช นุชประยูร, 2538, หน้า 1079-1098; Luckmann, 1997) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก จากการสำรวจประชากรโลกในปี ค.ศ. 1999-2001 เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยในอันดับที่ 12 (Partridge, 2002) ประเทศสหรัฐอเมริกา ประมาณว่ามีผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคนี้ทั้งหมดเป็นจำนวนมากกว่า 14 ล้านคน และพบว่าอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 42 ในระหว่างปี ค.ศ. 1982 ถึง ค.ศ. 1997 (Celli, 1998) ในประเทศไทยมีโรคทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรังในอัตรา 158.7 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542) ในกลุ่มโรคนี้มีภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 1.2 ของประชากร หรือมีจำนวนประมาณ 580,000 คน (กองระบาดวิทยาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542) สำหรับจังหวัดฉะเชิงเทรายังไม่มีการแยกสถิติโรคของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่มีรายงานผู้ป่วยนอกจำแนกตามกลุ่มสาเหตุ (21 กลุ่มโรค) พบว่าผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจำนวนประมาณ 425,451 และ 562,695 คน ในปี 2541 และ 2544 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2545) นอกจากนี้พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราและโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่งในจังหวัดฉะเชิงเทราจำนวน 1,602 ราย ในปี พ.ศ. 2547 และจำนวน 1,664 ราย ในปี พ.ศ. 2548 (เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราและโรงพยาบาลชุมชน, 2548)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการอุดกั้นทางระบายอากาศของปอดเป็นเวลานานและมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง ทำให้สมรรถภาพปอดลดลงโดยจะมีการขัดขวางทางระบายอากาศที่ผ่านเข้าออกจากปอดที่หลอดลมขนาดเล็กและช่องว่างระหว่างถุงลมภายในปอดรวมทั้งมีการทำลายสารเคลือบเนื้อเยื่อปอดและสูญเสียการยืดหยุ่นของถุงลมปอดทำให้มีการอุดกั้นทางเดินอากาศอย่างถาวร (American Thoracic Society, 1999) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจนและมีอาการหายใจลำบาก (Fraser, Colman, & Miller, 1999, Niewoenhner, 1998) ต้องใช้กล้ามเนื้ออื่น ๆ ช่วยในการหายใจและออกแรงในการหายใจเพิ่มขึ้น ซึ่งอาการจะกำเริบขึ้นเป็นระยะ ๆ ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลียเบื่ออาหาร น้ำหนักลดและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถปฏิบัติ

กิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ยิ่งถ้าผู้ป่วยมีอายุมากขึ้นก็จะมีอาการบ่นขึ้น และรุนแรงมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน โรคหัวใจ เป็นต้น (Graydon & Ross, 1995) ส่งผลต่อภาวะจิตใจและอารมณ์โดยผู้ป่วยจะรู้สึก เครียด วิตกกังวล กลัว มีอารมณ์โกรธ เกรี้ยวกราดกับผู้อื่นหรือมีอาการซึมเศร้า (Malee, 1998) ทำให้แยกตัวออกจาก สังคมและเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยลง รวมทั้งครอบครัวยังต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติจากการ เจ็บป่วยของผู้ป่วย ส่งผลต่อเศรษฐกิจและครอบครัวจากการสูญเสียรายได้ในการประกอบอาชีพ และ ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Jones, 2001) อีกทั้งรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณที่สูงในการรักษา ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะหากต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนักต้องใช้เครื่องช่วย หายใจจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 7,000 บาทต่อวันต่อราย ในโรงพยาบาลของรัฐบาลและ 10,000 บาท ต่อวันต่อรายในโรงพยาบาลเอกชน โดยจะพักรักษาตัวอยู่ระหว่าง 2 ถึง 90 วัน เฉลี่ย 12 วันต่อราย (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อ ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (Larson, Johnson, & Augst, 1996)

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ทั้งการให้ออกซิเจนและการให้ยา ได้แก่ ยาขยายหลอดลม ยาขับเสมหะ และยาต้านการอักเสบ ส่วนในรายที่มีพยาธิสภาพของปอดรุนแรง มาก อาจจะรักษาด้วยการผ่าตัดเนื้อปอดและการปลูกถ่ายปอด ซึ่งยังไม่นิยมมากนักเนื่องจาก ผลการรักษายังไม่ชัดเจนและผู้ป่วยอาจวัยชราจะมีน้อย (เพชรรา บุญยงสรรค์ชัย, 2542; สมาคม อุตเวชแห่งประเทศไทย, 2543) แต่การรักษาเป็นเพียงการชะลอพยาธิสภาพมิให้ดำเนินไปอย่าง รวดเร็วและช่วยบรรเทาอาการเท่านั้น ยังไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ ผู้ป่วยอาจกลับมารักษา ซ้ำเป็นระยะ ๆ ด้วยอาการหายใจลำบากหรือภาวะแทรกซ้อน จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543) ศึกษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2541 พบว่า ผู้ป่วยชายโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง อายุ 70 ปีขึ้นไป มีอัตราการเกิดอาการของโรคที่กำเริบขึ้นสูงที่สุดโดยเฉลี่ย 3 ครั้งต่อปี และต้องพักรักษาตัวในสถานพยาบาล 1.3 ครั้งต่อปี และจากการศึกษาข้อมูลจากโรงพยาบาลบางคล้า ในปี พ.ศ. 2547 และ 2548 พบว่า ผู้ป่วยชายอายุ 60-70 ปี จะต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการของ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบขึ้นประมาณ 1.6 และ 1.8 ครั้งต่อคนต่อปี และต้องเข้านอนพักรักษาตัว ในสถานพยาบาลเฉลี่ย 0.6 และ 0.8 ครั้งต่อคนต่อปี อัตราตายประมาณร้อยละ 1 และ 2 เมื่ออายุ 70 ปี ขึ้นไปอัตราการเกิดอาการของโรคที่กำเริบขึ้นและอัตราตายจะสูงที่สุด คือมีอาการเฉลี่ยต่อปี 3 ครั้ง ต้องพักรักษาตัวในสถานพยาบาล 1.3 ครั้ง และอัตราตายเพิ่มเป็นร้อยละ 5.3 (เวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลบางคล้า, 2548)

นอกจากนั้นแล้วยังพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับนอนรักษาในโรงพยาบาลและ กลับมานอนรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบางคล้า ผู้ป่วยที่ต้องดำเนินชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง

และการรักษาที่ต้องใช้เวลานานเมื่อมีการคุกคามของโรคก็จะเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษายาบาลแตกต่างกันไป บางครั้งผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่อาจทำให้เกิดความรุนแรง หรือภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวนร้อยละ 60 มีการใช้ยาต้านประทุษร้ายไม่ถูกต้อง เมื่อมีการหอบเหนื่อยกำเริบจะรับประทานยาแก้หอบเหนื่อยเพิ่มขึ้นจากเดิมขนาด 1 เม็ด เป็น 2 เม็ดและเกิดอาการข้างเคียงของยา มีอาการใจสั่นและหอบเหนื่อยมาก ร้อยละ 75 มีการใช้ยาพ่นไม่ถูกวิธี และมีการพ่นยาผิด ๆ กันประมาณ 3-4 ครั้ง โดยไม่ทิ้งระยะห่างประมาณ 15 นาทีต่อครั้ง มีผลทำให้เกิดอาการหลอดลมตีบและต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 15 ยังพบว่าผู้ป่วยมีการสูบบุหรี่หรือใบยาสูบประมาณวันละ 5-10 มวนต่อวัน ร้อยละ 5 พบว่าการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องมีสาเหตุมาจากการเดินทางมาลำบากและไม่มีญาติมาส่งที่โรงพยาบาล ร้อยละ 90 พบว่าการออกกำลังกายและการฝึกการหายใจ ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติ เพราะอาจจะมีผลต่อการหอบเหนื่อยมากขึ้น (เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลบางคล้า, 2547) การไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษานั้นมีผลให้ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตอยู่กับอาการที่ไม่แน่นอนไปตลอดชีวิต ซึ่งการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาจะเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยควบคุมโรคและลดความรุนแรงของโรคได้

การปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนนั้นเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองตามแผนการรักษาของ เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1974) กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีหรือถูกต้อง ผู้ป่วยก็จะแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด เป็นต้น การปฏิบัติตามแผนการดูแลจะส่งผลให้ความรุนแรงของโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันของการนอนโรงพยาบาลและการกลับเข้ารับการรักษาลดลง รวมทั้งช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด, 2543; อรรถวุฒิ สมโชค, 2545) ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรปฏิบัติตามแผนการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม โดยมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งต้องหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายและปฏิบัติสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที โดยเป็นการออกกำลังกายตามแบบแผนเพื่อเพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจ ความเข้มแข็งและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง โปรตีนสูงและไขมันต่ำ (บุญศรี หนูเกตุ และคณะ, 2545) แต่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 67.5 (จิตรา จันธนะกิจ, 2541) และไม่มีการสอบถามแพทย์ด้านข้อมูลการรักษา ร้อยละ 77.5 (ธัญญลักษณ์ ไชยรินทร์, 2545) เป็นต้น ส่งผลให้การดำเนินของโรคมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่สุดในสถานบริการที่ให้การดูแลด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน การพยาบาลเป็นบริการที่สำคัญยิ่งของบริการด้านสุขภาพอนามัยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล คุณภาพของการพยาบาลและการให้บริการต่าง ๆ จะสำเร็จลงได้จากความร่วมมือช่วยเหลือของพยาบาลทุกระดับที่มีความรับผิดชอบร่วมกัน (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2529) อีกทั้งชุมชนเป็นศูนย์รวมของผู้รับบริการทุกเพศ ทุกวัยที่มีภาวะสุขภาพหลากหลาย ดังนั้นพยาบาลมีความสำคัญและจำเป็นมากในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้มีความสมบูรณ์ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นผู้ป่วยที่ต้องดำเนินชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษาที่ต้องใช้เวลานานมีการคุกคามของโรคก็จะเข้ารับการรักษายาบาลบ่อยครั้ง และมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษายาบาลแตกต่างกันไป บางครั้งผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่อาจทำให้เกิดความรุนแรง หรือภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ หรือขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางรายเปลี่ยนแหล่งและวิธีการรักษาบ่อย เป็นต้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่ามากที่สุด (อาภรณ์พรรณสุนทรจตุรวิทย์, 2546) รวมทั้งการติดตามให้ความช่วยเหลืออย่างจริงจังจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเองได้ แต่จำเป็นต้องมีการติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนได้อย่างถูกต้อง ลดอัตราการหอบเหนื่อยและการมาอนรักษาในโรงพยาบาล การรับประทานยาสม่ำเสมอ การไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนในแนวคิดของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ประกอบด้วย แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) เป็นความรู้สึกริเริ่มคิด หรืออารมณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วย จากการกระตุ้นของสิ่งเร้า เช่น ข่าวสาร เอกสารคำแนะนำต่าง ๆ แรงจูงใจจะทำให้เกิดความตระหนักหรือความสนใจต่อสุขภาพ โดยทั่วไปรวมทั้งความตั้งใจปฏิบัติตามแผนการดูแลเพื่อควบคุมโรคและดำรงสุขภาพอนามัยที่ดี แรงจูงใจด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันต์ (2530) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิรพร ดวงแก้ว (2538) ที่ว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด ซึ่งความร่วมมือ

ในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา (Pender, 1996)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility) เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้น และทำให้เกิดความรู้สึกว่าคนมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น จากการศึกษา ไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann) ในปี ค.ศ. 1966 พบว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาเพนนิซิลินเพื่อป้องกันอันตรายของโรคในกลุ่มนักเรียนที่มีประวัติไข้รูมาติคมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1977) พบว่าการรับรู้ของมารดาที่ว่าบุตรของตนมีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายเมื่อมีน้ำหนักเกินจะมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการควบคุมอาหารและการนำบุตรมาตรวจตามนัด เทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell & Hart, 1980) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการเดินออกกำลังกาย นิตยา ภาสุพันธ์ (2530) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ในทางตรงกันข้าม สุภาพ ไบแก้ว (2528) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้ มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้ มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคได้ ซึ่งมีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่า

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วยของโรคที่เกิดขึ้นจริง และจากผลการศึกษาวิจัยของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยต่าง ๆ สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ และผลที่ได้ในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีระดับความกลัว และความวิตกกังวลสูงเกินไป เนลสัน และคณะ (Nelson et al., 1978) เสนอผลการศึกษาไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิต ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (Perceived Benefits) เป็นความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการรักษา ความสามารถของแพทย์ในการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ จากการศึกษาของ เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1978) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืด และมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืดจะรับรู้โรคนี้ไม่สามารถหายไปเองได้ ถ้าไม่ไปรักษา แต่จะหายได้จากการรับประทานยา และการไปตรวจรักษาตามแพทย์นัด จากการศึกษาล้วนใหญ่ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ

กรณีการ เรือนจันทร์ (2535) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไประยะหนึ่งจนสามารถควบคุมความดันโลหิตได้จะรู้สึกสบายขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาว่าสามารถควบคุมโรคหรือลดภาวะความเจ็บป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ ในด้านการส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติตามเพื่อป้องกันโรค หรือปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรักษา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ และความต่อเนื่องในการรักษาจากสถานบริการสุขภาพ จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนได้ ค่าใช้จ่าย จากการศึกษาของ แอน โคนนอฟสกี และคาส (Antonovsky & Kats, 1974) พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ ฟิน ส่วน คาลเวล (Caldwell, 1970) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ต่ำ จะให้ความร่วมมือในการรักษาน้อย โดยจะบอกว่าอาการหายเป็นปกติแล้ว หรือเสียเวลาคอยแพทย์ เสียเวลาทำงานในด้านระยะเวลาในการรักษา พบว่า ผู้ป่วยโรคที่มีระยะเวลาการรักษานานจะให้ความร่วมมือในการรักษาไม่ดี จากการศึกษาของ จารูวรรณ ชันติสุวรรณ (2528 อ้างถึงใน นวลจันทร์ เครือวัลย์วานิชกิจ, 2531) และการศึกษาของ ลุนท์ และออสติน (Luntz & Austin, n.d. อ้างถึงใน จารูวรรณ ชันติสุวรรณ, 2528; นวลจันทร์ เครือวัลย์วานิชกิจ, 2531) พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคที่ไม่ให้ความร่วมมือจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการรักษา เป็นต้น

นอกจากนี้ยัง พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ เป็นปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย จากการศึกษาของ เดวิส (Davis, 1968) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ เช่น ความพึงพอใจในขณะสนทนาหาความเป็นกันเอง ไม่มีการโอนอ่อนผ่อนตามในข้อตกลงต่าง ๆ หรือการซักถามผู้ป่วยเป็นเวลานานโดยไม่มีการบอกให้ผู้ป่วยเข้าใจ เหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา ส่วน เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1974) พบว่าความพอใจในแพทย์ผู้รักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย กรณีการ เรือนจันทร์ (2535) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ สมใจ ยัมวิไล (2531) พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา หรือการดูแลตนเองตามแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคหอบหืด ในด้านความต่อเนื่องในการรักษาจากสถานบริการสุขภาพ

พบว่า ปัจจุบันนี้มีความสัมพันธ์อย่างมากต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ดังการศึกษาของ เบคเกอร์ และคณะ (1974) พบว่า มารดาจะให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้นถ้าบุตร ได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องจากแพทย์คนเดิม

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่ต้องมีการดำเนินชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษาที่ต้องใช้เวลานานเมื่อมีการคุกคามของโรคก็จะเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแตกต่างกันไป บางครั้งผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่อาจทำให้เกิดความรุนแรง หรือภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มได้ เช่น การใช้ยาต้านปรอทานไม่ถูกต้อง มีผลทำให้เกิดอาการหลอดลมตีบ และต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องมีสาเหตุมาจากการเดินทางมาลำบากและไม่มีญาติมาส่งที่โรงพยาบาล ขาดการออกกำลังกายและการพักผ่อนเพียงพอ เพราะอาจจะกลัวว่ามีผลต่อการหอบเหนื่อยมากขึ้น (เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลบางคล้า, 2547) การไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษานั้นมีผลให้ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตอยู่กับอาการที่ไม่แน่นอนไปตลอดชีวิต ซึ่งการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาจะเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยควบคุมโรคและลดความรุนแรงของโรคได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน จะเป็นแนวทางให้บุคลากรทางทีมสุขภาพรวมทั้งผู้ที่จะให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ สามารถที่จะวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน และสามารถกำหนดแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ปกติสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถเป็นไปได้

คำถามในการวิจัย

1. การปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนเป็นระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความพร้อมที่จะปฏิบัติ ได้แก่ แรงจูงใจ ด้านสุขภาพ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และปัจจัยร่วม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรักษา สัมพันธภาพ

ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ และความต่อเนื่องในการรักษาจากสถานบริการสุขภาพกับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

สมมุติฐานของการวิจัย

ปัจจัยด้านความพร้อมที่จะปฏิบัติ ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และปัจจัยร่วม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรักษา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ และความต่อเนื่องในการรักษาจากสถานบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยประยุกต์ทฤษฎีแนวความคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker, 1974)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 559 ราย (เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลชุมชน, 2548)

ตัวอย่าง

ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 130 ราย โดยใช้การคำนวณจากสูตร Thorndike (บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2547) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) การเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2548 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2549

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และปัจจัยร่วม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรักษา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ และความต่อเนื่องในการรักษาจากสถานบริการสุขภาพ

ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาแล้วไม่ต่ำกว่า 3 เดือน และเลือกระดับความรุนแรงของโรคโดยใช้เกณฑ์ของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Thoracic Society, 1999) ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 3 ดังนี้

ระดับ 1 ไม่มีข้อจำกัดใด ๆ สามารถทำงานได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อย

ระดับ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยถึงปานกลางในการทำกิจกรรม คือยังสามารถทำงานได้แต่ไม่สามารถทำงานที่หนักยุ่งยากบางอย่างได้ สามารถเดินทางราบได้แต่ไม่กระฉับกระเฉงเท่าคนปกติ ไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือบันไดได้เท่าคนวัยเดียวกัน แต่สามารถเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้นได้โดยไม่หอบเหนื่อย ต้องเริ่มปรับแบบแผนชีวิต

ระดับ 3 มีข้อจำกัดที่ชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่สามารถช่วยตัวเองหรือดูแลตนเองได้ ไม่สามารถเดินทางราบได้เท่าคนวัยเดียวกัน เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความสนใจต่อสุขภาพ ความตั้งใจปฏิบัติตามแผนการดูแลเพื่อควบคุมโรคและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามความพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยปรับจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพที่ปรับปรุงมาจาก รัชনী ไกรยศรี (2543) เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกี่ยวกับการเกิดโรคซ้ำและภาวะแทรกซ้อนหรือการเจ็บป่วยด้วยภาวะอื่น ๆ ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามความพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยปรับจากแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ปรับปรุงมาจาก ัญญลักษณ์ ไชยรินทร์ (2544) เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเข้าใจถึงผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามความพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผนการดูแล

ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยปรับจากแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ปรับปรุงมาจาก ัญญลักษณ์ ไชยรินทร์ (2544) เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาว่าสามารถลดภาวะการเจ็บป่วยและลดภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามความพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยปรับจากแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ปรับปรุงมาจาก ัญญลักษณ์ ไชยรินทร์ (2544) เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ ในด้านการส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรักษา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ ความต่อเนื่องในการรักษาจากสถานบริการสุขภาพ

ค่าใช้จ่าย หมายถึง จำนวนเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาลที่มารับบริการสถานบริการสุขภาพ

ระยะเวลาในการรักษา หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจนถึงปัจจุบัน จำนวน เดือนหรือปี

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ หมายถึง การติดต่อเกี่ยวข้องของผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพในระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับปัจจัยแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยปรับจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของ รัชนิย์ ไกรยศรี (2543) เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ความต่อเนื่องในการรักษาจากสถานบริการสุขภาพ หมายถึง จำนวนครั้งของการมารับการตรวจรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากสถานบริการสุขภาพแห่งเดิมในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

ปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หมายถึง การปฏิบัติตามดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัดและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีผลให้

อาการกำเริบมากขึ้นจากเดิม โดยปรับจากแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ปรับปรุงมาจาก รัชนีลักษณ์ ไชยรินทร์ (2544) เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ทำบ่อยมาก ทำบ่อย ทำน้อย ไม่ได้ทำ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Becker et al., 1974) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วย ได้แก่ ความพร้อมที่จะปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และปัจจัยร่วมประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายระยะเวลาในการรักษา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ ความต่อเนื่องในการรักษาจากสถานบริการสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน (ปรับจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย (Becker, 1974, p. 89)