

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคำมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสาร ตำรา บทความ วารสารและงานวิจัยต่างๆ และรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. การมีส่วนร่วมของครอบครัว
3. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน

### โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

#### ความหมายของโรค

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นกลุ่มโรคที่มีทางเดินหายใจตีบแคบอย่างเรื้อรัง ไม่สามารถคืนสู่สภาพปกติได้เอง (not fully reversible) อาจมีอาการดีขึ้นได้บ้าง (American Thoracic Society, 2004) จากอาการทางคลินิก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักหมายถึงรวมถึงโรค 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และ โรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ อาการเป็นๆ หายๆ ปกติอย่างน้อย 3 เดือนและเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี โดยไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น (สมาคมโรคเวชฯ แห่งประเทศไทย, 2548)

#### สาเหตุของการเกิดโรค

สาเหตุของการเกิดโรคไม่แน่ชัด แต่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ฝุ่นและก๊าซต่างๆ ซึ่งก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อเมือกของหลอดลมและถุงลมปอด (สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2546) ส่วนใหญ่ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้มักมีที่มาจากสูบบุหรี่ มลพิษทางอากาศ โดยมี

การศึกษาพบว่า อัตราการเกิดโรคนี้พบในผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่เป็นสัดส่วนร้อยละ 85-90 ของการป่วยทั้งหมด มีผู้ป่วยร้อยละ 10 ที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย (จันทรเพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543) ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ สายรุ่ง โพธิ์เซ็ด (2530, อ้างใน ยูพยง วงศ์ฝัน) พบว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง ถึงร้อยละ 70 (วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์ และคณะ, 2546) แต่สำหรับการขาดเอนไซม์ อัลฟาวัน แอนตีทริปซิน (alpha 1 antitrypsin) สาเหตุการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก็คือ การเป็นหอบหืดเรื้อรัง และไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง

### พยาธิสรีรวิทยา

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาของปอด นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้ป่วย โดยการสร้างมูก (mucus) มากกว่าปกติ ร่วมกับการทำงานของขนกวัด (cilia) ทำหน้าที่ผิดปกติไป มีการตีบของหลอดลม การสูญเสียความยืดหยุ่นของเนื้อปอด การถูกทำลายของเนื้อปอด รบกวนการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในเลือดและภาวะของคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด เกิดแรงดันเลือดในปอดสูง (pulmonary hypertension) ในที่สุด (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548)

### อาการ

อาการของผู้ป่วย ได้แก่ เหนื่อยหอบ (dyspnea) ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ หรือมีอาการไอเรื้อรัง (chronic cough) มีเสมหะมาก (sputum production) โดยเฉพาะในช่วงเช้า มีอาการแน่นหน้าอก (chest tightness) หรือหายใจมีเสียงหวีด (wheezing) ในระยะท้ายของโรคอาจตรวจพบลักษณะของหัวใจด้านขวาล้มเหลว โดยพบกระบังลมมีลักษณะแบนราบ (hyperinflation) หรือพบว่าหัวใจห้องขวามีขนาดโตขึ้น พบเส้นเลือดฝอยบริเวณชายปอด (peripheral vascular marking) ลดลง ซึ่งอาการของโรคในระยะนี้ ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจเหนื่อยหอบรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกาได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังออกเป็นระดับต่างๆ โดยใช้ความสามารถในการทำกิจกรรม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันความสัมพันธ์ระหว่างอาการเหนื่อยหอบ เป็นเกณฑ์แบ่งได้ 5 ระดับ ดังนี้ (American Lung Association, 2004)

ระดับ 1 ไม่มีข้อจำกัดใดๆ สามารถทำงานได้ตามปกติ โดยไม่หอบเหนื่อย ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ไม่มีอาการหายใจลำบากเวลาขึ้นบันได

ระดับ 2 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย คือยังสามารถทำงานได้ แต่ไม่สามารถทำงานหนักหรือยุ่งยากได้ เดินทางพื้นราบได้ แต่ไม่กระโดดกระเด้งเท่าคนปกติวัยเดียวกัน จะมีอาการหอบเหนื่อยเมื่อขึ้นตึกสูง 1 ชั้น หรือ เหนื่อยกว่า เมื่อเดินขึ้นที่สูงหรือบันได

ระดับ 3 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่ชัดเจน ไม่สามารถทำงานหนักหรืองานที่ยุ่งยากได้ตามปกติ แต่ดูแลตนเองได้ ไม่สามารถเดินทางราบได้เท่าคนวัยเดียวกัน จะมีอาการเหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่ยังสามารถเดินทางราบไกลกว่า 90 เมตร ได้โดยไม่เหนื่อย

ระดับ 4 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เดิน 2-3 ก้าว หรือลุกนั่งก็เหนื่อยหอบมาก จะเหนื่อยเมื่อเดินทางราบ ระยะทางไกลกว่า 90 เมตร

ระดับ 5 ไม่สามารถช่วยตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างมาก มีการเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัด เมื่อเดิน 2-3 ก้าวหรือลุกนั่ง มีอาการเหนื่อยหอบมาก แม้ขณะพูดหรือแต่งตัว

ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคมกขึ้นไป มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่ชัดเจน ไม่สามารถทำงานหนักหรืองานที่ยุ่งยากได้ตามปกติ ไม่สามารถช่วยตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ จึงต้องอาศัยการพึ่งพาผู้อื่นเพื่อการดำรงชีวิต

## การรักษา

จุดมุ่งหมายของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือการป้องกันการกำเริบของโรค การคงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้หรือให้เสื่อมลงช้าที่สุดและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และกิจกรรมด้านการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบรุนแรงของโรค ชะลอระดับความรุนแรงของโรค (นัยนา อินทร์ประสิทธิ์, 2544) และสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ได้แบ่งการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็น 2 ช่วง คือ

### 1. การรักษาในระยะสงบ

แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสงบ คือ การหยุดสูบบุหรี่ และการรักษาด้วยยาในกลุ่มต่างๆดังนี้ (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548) มี 2 แบบ คือ

#### 1.1 การรักษาด้วยยา

##### 1.1.1 ยาขยายหลอดลม

ยากลุ่มนี้ทำให้อาการและสมรรถภาพการทำงานของผู้ป่วยดีขึ้น ลดความถี่และความรุนแรงของการกำเริบและเพิ่มคุณภาพชีวิต การใช้ยาขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์ยาว

มีประสิทธิภาพดี และสะดวกสำหรับผู้ป่วยมากกว่ายาที่ออกฤทธิ์สั้น และทำให้สภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น ส่วนการบริหารยาขยายหลอดลมให้ใช้วิธีสูดพ่น (metered-dose หรือ dry-powder inhaler) เป็นอันดับแรก ยกเว้นในรายที่ไม่สามารถใช้รูปแบบสูดพ่นได้ถูกวิธี อาจอนุโลมให้ใช้ยาชนิดรับประทานทดแทนได้ (สมาคมออร์เวทซ์แห่งประเทศไทย, 2548)

### 1.1.2 ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์

ยาในกลุ่มนี้จะลดการอักเสบและอาการบวมของเยื่อหลอดลม ลดการหลั่งของเมือก ทำให้การอุดตันของหลอดลมลดลง (สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2546) การใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ชนิดใช้วิธีสูดพ่นอย่างต่อเนื่อง สามารถลดการกำเริบของโรคในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไปที่มีอาการกำเริบบ่อยหรือรุนแรงและช่วยให้สภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น (สมาคมออร์เวทซ์แห่งประเทศไทย, 2548) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณร้อยละ 10 ถึง 20 ได้รับผลดีจากการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ สามารถลดการกำเริบของโรค (ชัยเวช นุชประยูร, 2542)

### 1.1.3 ยาอื่นๆ ได้แก่ ยาละลายเสมหะ วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น

ยาละลายเสมหะ N-acetylcystein เป็นยา ซึ่งสามารถลดการกำเริบของโรคได้ อาจให้ในรายที่มีเสมหะเหนียวข้นมาก

สำหรับเรื่องวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่นั้น จากการศึกษาของ สว่างแสงหิรัญวัฒนา, สุรสฤษฎ์ แก้วลอ, และ ปราณิ ธวัฒน์สุภา (2546) พบว่า การติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ (influenza) เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ สมาคมออร์เวทซ์แห่งประเทศไทย (2548) ในบางกรณีอาจแนะนำให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ป้องกันปีละ 1 ครั้ง ระยะเวลาที่เหมาะสม คือ เดือนมีนาคม-เมษายนแต่อาจให้ได้ตลอดทั้งปี

## 1.2 การรักษาที่ไม่ใช่ยา ประกอบด้วย

1.2.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilitation) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน สภาพอารมณ์ และจิตใจที่ค่อนข้างซึมเศร้า การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยทุกรายที่เริ่มมีอาการ (สมาคมออร์เวทซ์แห่งประเทศไทย, 2548) ผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น (วารางคณา บุญมา, 2548) โดยวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสามารถทำได้โดย

1.2.1.1 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทาน (endurance exercise) เป็นวิธีเดียวในการเพิ่มการกระทำการออกกำลังกาย (exercise performance) ของผู้ป่วยวิธีที่นิยมได้แก่ การเดินหรือปั่นจักรยาน โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที ต่อวัน

สัปดาห์ละ 3 วัน โดยในการออกกำลังกายแต่ละครั้งมีเป้าหมายให้ชีพจรถึงร้อยละ 70 ของค่าสูงสุดของชีพจรเป้าหมายของผู้ป่วย (คิดจาก 220 - อายุจริงคิดเป็นปี) หรือจนมีอาการหอบเหนื่อย (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548)

1.2.1.2 การบริหารกล้ามเนื้อหายใจ ให้ผู้ป่วยฝึกกล้ามเนื้อหายใจ ทำโดยการฝึกให้ผู้ป่วยหายใจด้วยวิธีหายใจแบบห่อปาก (pursed-lip breathing) นานประมาณ 5 นาที ทั้งนี้อาจทำพร้อมกันไปกับการบริหารกล้ามเนื้อทั่วไป

1.2.1.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำในการประหยัดกำลังงาน รวมทั้งการสนับสนุนในด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยด้วย ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยแต่ละรายควรระวังควรปรับให้เหมาะสม กับสภาพและอาการของผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจรุนแรง โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคข้อเสื่อมร่วมด้วย และระยะเวลาขั้นต่ำสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่จะทำให้เกิดผล คือ 8 สัปดาห์และถ้าสามารถทำได้ต่อเนื่องนานกว่านั้น ก็จะเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้มากขึ้น

1.2.2 การให้การรักษาด้วยออกซิเจนระยะยาว เป้าหมายของการให้การรักษาออกซิเจนระยะยาว นั้น สามารถทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น การรักษาด้วยออกซิเจนเป็นระยะเวลา มากกว่า 15 ชั่วโมงต่อวัน และให้เพิ่มขึ้น 1 ลิตร / นาที ขณะนอนหลับ โดยประเมินจากผู้ป่วยที่มีภาวะ ได้แก่ cor pulmonale, pulmonary hypertension, erythrocytosis (Hematocrit > 55%) และประเมินผู้ป่วยในช่วงที่ไม่มีการกำเริบของโรค อย่างน้อย 4 สัปดาห์ และทำในขณะพัก ทำให้เกิดประโยชน์ต่อระบบโลหิตวิทยา ระบบการไหลเวียนโลหิต สมรรถภาพในการออกกำลังกาย สภาวะจิตใจ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) การให้ออกซิเจนมากเกินไปอาจทำให้เกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ได้ ร่างกายมีสภาพเป็นกรดจากการหายใจ (respiratory acidosis) เนื่องจากภาวะออกซิเจนมากเกินไป จะไปลดการกระตุ้นการหายใจที่เกิดจากการขาดออกซิเจน (hypoxic stimulus) ซึ่งทำให้หายใจเบาขึ้นและช้าลง การระบายอากาศน้อยลงไป (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

1.2.3 การผ่าตัดรักษา ได้แก่ การผ่าตัดส่วนที่มีถุงลมโป่งพองหรือบวมของปอด(bullectomy) การผ่าตัดลดปริมาตรปอด โดยอาศัยแนวคิดการตัดเนื้อปอดในส่วนที่ไม่ทำงานหรือส่วนที่โป่งพอง (hyperinflated lung) ออกไปจะทำให้ปอดส่วนที่เหลืออยู่ทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น และทำให้ผนังทรวงอกและกระบังลมทำงานได้ดีขึ้น (สมเจริญ แซ่เต็ง, 2545) และการผ่าตัดเปลี่ยนปอดทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

## 2. การรักษาขณะมีการกำเริบของโรค (acute exacerbation)

การวินิจฉัยการกำเริบของโรคอาศัยข้อมูลทางคลินิก คือผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อยเพิ่มขึ้นกว่าเดิม ร่วมกับมีปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นหรือมีเสมหะเปลี่ยนสี โดยต้องแยกออกจากโรค



หรือภาวะอื่นๆ เช่น หัวใจล้มเหลว และประเมินความรุนแรงเพื่อเป็นแนวทางในการให้การรักษามี 2 แบบ คือ (สมาคมออร์เวชซ์แห่งประเทศไทย, 2548)

2.1 กลุ่มที่มีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากควรรับตัวไว้ในโรงพยาบาล (สมาคมออร์เวชซ์แห่งประเทศไทย, 2548) เพื่อทำการรักษาซึ่งประกอบด้วย

2.1.1 การให้ออกซิเจนแบบควบคุม (controlled oxygen therapy) โดยปรับอัตราการไหลของออกซิเจนเพื่อให้ระดับ  $\text{SaO}_2$  หรือ  $\text{SpO}_2$  อยู่ในช่วง 90-92%

2.1.2 ยาขยายหลอดลม การใช้ยาสูตร  $\beta_2$ -agonist หรือ  $\beta_2$  agonist ร่วมกับ anticholinergic โดยใช้ MDI (metered dose inhaler) ผ่านทาง spacer 4-6 puff หรือให้ผ่านทาง nebulizer (กุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์, 2536) สำหรับการให้ aminophylline ทางหลอดเลือดดำ ผลที่ได้ไม่แน่นอน อาจพิจารณาให้ในรายที่มีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาอื่นๆ และจะต้องสามารถติดตามระดับยาในเลือดได้

2.1.3 ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ให้ในรูปแบบของยาฉีด เข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง และเมื่อดีขึ้นแล้วจึงเปลี่ยนเป็นยารับประทาน จนครบเวลารอบ 10-40 วัน

2.1.4 ยาด้านจุลชีพ โดยพิจารณาให้ทุกรายยาที่เลือกใช้ควรออกฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อได้กว้างที่ครอบคลุมเชื้อ กลุ่มสเตรปโตคอคคัส (*Streptococcus species*) ได้ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประวัติการได้รับยาด้านจุลชีพของผู้ป่วยรายนั้นในอดีต ประกอบกับข้อมูลระบาดวิทยาของพื้นที่นั้นๆ

2.2 กลุ่มที่มีความรุนแรงน้อย

กลุ่มที่มีความรุนแรงน้อย หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มีลักษณะของอาการแบบรุนแรงมากดังกล่าวข้างต้นการรักษาส่วนใหญ่สามารถทำเป็นแบบผู้ป่วยนอกได้ ยกเว้นในรายที่มีข้อบ่งชี้ในการรับไว้ในโรงพยาบาล การรักษา คือ เพิ่มขนาดและความถี่ของยาขยายหลอดลมชนิดสูดสำหรับคอร์ติโคสเตียรอยด์ พิจารณาให้เป็นรายๆ ส่วนยาด้านจุลชีพพิจารณาให้ในรายที่มีเสมหะเปลี่ยนสี หรือมีไข้ (สมาคมออร์เวชซ์แห่งประเทศไทย, 2548)

จากพยาธิสภาพของโรคจะเห็นได้ว่า เมื่อไรก็ตามที่ผู้ป่วยไม่ดูแลตนเองหรือปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคไม่ถูกต้องจะเป็นปัจจัยที่ทำให้มีภาวะแทรกซ้อน อาการของโรครุนแรงขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ระดับ 3 ขึ้นไป การดูแลตนเองของผู้ป่วยก็จะน้อยลง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนการใช้ยา การมาตรวจตามนัด เนื่องจากมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก มีขีดความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สมาชิกในครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่สำคัญมากที่ต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

## ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เนื่องจากการมีพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การไอเรื้อรัง อาการหายใจลำบาก โครงสร้างร่างกาย และการทำงานของอวัยวะในระบบทางเดินหายใจเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพได้ และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพเป็นเวลานานๆและมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือทำกิจกรรมต่างๆลดลง ทำให้ไม่สามารถทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ (activity intolerance) ไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ และเป็นเหตุผลต้องพึ่งพามุคคลอื่น (ลินจง โปธิบาล, 2539) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ด้านเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและสังคม ดังนี้

ด้านร่างกาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้ เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และพยาธิสภาพไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ (วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์ และคณะ, 2546) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง จากอาการหายใจลำบาก อาการของโรคทำให้การหายใจออกลำบาก ต้องใช้กำลังมากในการหายใจออก การขยายของตัวปอดมากขึ้น ระบบการหายใจเสื่อมสมรรถภาพ หัวใจซีกซ้ายทำงานหนักในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆในร่างกายการเกิดหัวใจซีกซ้ายโต (อนงค์ ภูใบ, 2547) อาการง่วงซึม (narcosis) จากการมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเพิ่มการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารจากความเครียด (ลินจง โปธิบาล, 2539) ภาวะทุพโภชนาการ การพักผ่อนไม่เพียงพอ ท้องผูก (อัมพรพรรณ ชีรานุตร, 2542)

ด้านเศรษฐกิจ จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้นจะต้องมีค่าใช้จ่ายต่างๆ ค่ารักษาพยาบาล แต่เนื่องจากการมีรายได้ที่ลดลง จากขาดงานหรือทำงานไม่ได้ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวในเรื่องรายได้ที่ลดลงและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความเครียดที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจและการเงิน และหากต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล และต้องพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้นเนื่องจากการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง และมีภาวะแทรกซ้อนของโรค ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศตามมาด้วย (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543)

ด้านจิตใจและสังคม อาการหายใจลำบาก ทำให้ผู้ป่วยกลัวและซึมเศร้า กระวนกระวาย ความจำเสื่อม การขาดออกซิเจนอย่างเรื้อรังทำให้สมองเสื่อมเร็ว (อัมพรพรรณ ชีรานุตร, 2542) การพร่องความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือทำกิจกรรมต่างๆลดลง ทำให้ไม่สามารถทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ ไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ และเป็นเหตุผลต้องพึ่งพามุคคลอื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยเครียด มีความกังวล มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย คือ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย ปวดหลัง นอนไม่หลับ อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว ความสามารถปรับตัวต่อความ

เจ็บป่วยลดลง (ฤทัย แสนศรี, 2549) แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป บทบาทในครอบครัว และสังคมเปลี่ยนแปลงไป การแยกตัวออกจากสังคม การลดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อทางสังคม โดยถูกแยกจากครอบครัว และต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (ธิดารัตน์ เกตุสุริยา, 2547)

## การมีส่วนร่วมของครอบครัว

### การมีส่วนร่วม

#### ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (participation) ตามความหมายพจนานุกรมภาษาอังกฤษฉบับดองแมน (Summers, 1995, อ้างใน ปรียา แก้วพิมล, 2546) หมายถึง การกระทำโดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง

การมีส่วนร่วม หมายถึง การยินยอมหรือการสนับสนุนให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนงานเพื่อที่จะทำให้การเปลี่ยนแปลง วิถีปฏิบัติต่างๆเป็นไปโดยสะดวกยิ่งขึ้น ผลผลิตเพิ่มมากขึ้น (Deines, 1981, อ้างใน สุดาพร ว่องไววิทย์, 2539)

ไพรัช เชชะรินทร์ (2527) ได้ให้ความหมายและหลักการสำคัญเรื่องนโยบายการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชน ทั้งในรูปส่วนบุคคล กลุ่มคน ชุมชน สมาคม มูลนิธิ และองค์การอาสาสมัครรูปแบบต่างๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องร่วมกัน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้

บราวน์ลี (Brownlea, 1987, อ้างใน สิริพร เกษไชย, 2547) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การเข้าไปเกี่ยวข้อง โดยได้รับอนุญาตให้มีส่วนในกระบวนการตัดสินใจ การประเมินผล หรือการเป็นบุคคลผู้ได้รับการปรึกษาหารือเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ

ปรีชญา เวสารัชช์ (2528) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่าหมายถึง กระบวนการที่บุคคลและครอบครัว มีส่วนรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัยและสวัสดิการของตนเอง ครอบครัว โดยเน้นการพัฒนาความรู้ความสามารถในการพัฒนาตนเอง ครอบครัว และชุมชน

สรุป การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมกระทำในกิจกรรมหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และทำให้วิถีปฏิบัติต่างๆเป็นไปโดยสะดวกยิ่งขึ้น โดยการค้นหาปัญหา การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา การเลือกดำเนิน



กิจกรรมการดูแลเพื่อให้เกิดประโยชน์ และในการติดตามประเมินผลกิจกรรมหรือเหตุการณ์นั้นๆ โดยมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ ทศนคติ และวัฒนธรรมของครอบครัวและชุมชน

#### ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

โคเฮน และ อัฟฮอฟท์ (Cohen & Uphoff, 1980) ได้เสนอขั้นตอนของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ (decision making) ได้แก่ การคิดค้นและวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกัน ในลักษณะของการร่วมคิด มีใจจากใครฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง และนำสิ่งที่คิดร่วมกันมากำหนดแผนการปฏิบัติร่วมกัน
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (implementation) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการสละทรัพยากร สละแรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ด้วยความเต็มใจการประสานความช่วยเหลือและมีส่วนร่วมในการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติในโครงการ หากเป็นการเข้าร่วมโดยสมัครใจจะมีการคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหลังจากการมีส่วนร่วมด้วย
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (benefits) มีทั้งผลประโยชน์ทางรูปธรรมที่ต้องการให้เกิดตามกิจกรรมที่ทำนั้นไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ด้านวัตถุ ผลประโยชน์ด้านสังคม หรือผลประโยชน์ ด้านบุคคล ความนับถือตนเอง (self esteem) และความคุ้มค่าของผลประโยชน์ (sense of efficacy)
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) เป็นการมีส่วนร่วมในการวัดผล การควบคุม ตรวจสอบและวิเคราะห์ผลของทางการดำเนินงาน ค้นหาข้อดี ข้อเสีย เพื่อหาแนวทางปรับปรุง แก้ไขให้ดีขึ้น

#### ครอบครัว

##### ความหมายของครอบครัว

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายโลหิตโดยรวมกันเป็นกลุ่มบุคคล มีความสัมพันธ์ ตามบทบาทหน้าที่ มีความผูกพันกัน และเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่ง เป็นสถาบันเบื้องต้นที่ได้มีการอบรมหล่อหลอมพฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคล เป็นแหล่งอนุรักษ์และถ่ายทอดวัฒนธรรมจากชนรุ่นหนึ่งไปยังรุ่นต่อไปด้วย เป็นแหล่งให้การช่วยเหลือ ทำให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ ได้ (วิลาวัณย์ เสนารัตน์, 2545)

ครอบครัว หมายถึง บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยไม่จำเป็นจะต้องเกี่ยวข้องผูกพันกันทางสายโลหิตหรือกฎหมาย แต่เป็นกลุ่มบุคคลที่มีหน้าที่

เกี่ยวข้องกับซึ่งกันและกัน และกลุ่มเหล่านั้นพิจารณาตนเองร่วมกันว่าเป็นครอบครัว (Whall, 1986, as cited in Friedman & Bowden, 2003)

ครอบครัวคือ หน่วยทางสังคมที่เป็นการรวมกลุ่มของมนุษย์ที่มีการเกี่ยวข้องกันทางสายโลหิตความเป็นญาติ ความผูกพันทางใจหรือทางกฎหมาย (International Classification for Nursing Practice อ้างใน วิลาวัณย์ เสนารัตน์, 2545)

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และ อรชร ณ ระนอง (2535) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่าเป็นกลุ่มสังคมแบบปฐมภูมิ เพราะความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเป็นลักษณะเฉพาะ แสดงความรู้สึกร่วมกัน อิศระการติดต่อดูแลระหว่างสมาชิกมีความลึกซึ้ง เอื้ออาทร เอาใจใส่ กล่าวโดยสรุปว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อาศัยในครัวเรือนเดียวกัน อาจเกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือไม่ก็ได้ อาจเกี่ยวข้องกันทางกฎหมาย หรือมีความสัมพันธ์กันทางสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ได้แก่ พ่อ แม่ สามี ภรรยา บุตร เครือญาติ อื่นๆ และกลุ่มเหล่านั้นยอมรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

### หน้าที่ของครอบครัว

หน้าที่ หมายถึง การทำกิจกรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งส่วนรวมมีความสำคัญต่อการอยู่รอดของระบบ ถ้าไม่มีการปฏิบัติหน้าที่ที่จำเป็นจะมีผลเสียต่อระบบโดยรวม (รุจา ภูไพบูลย์, 2534)

หน้าที่ของครอบครัว เป็นผลลัพธ์ของโครงสร้างของครอบครัว ซึ่งหมายถึง กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติตามบทบาทที่ได้รับ ครอบครัวมีหน้าที่ปฏิบัติตามบทบาทที่สังคมคาดหวัง การแสดงบทบาทของครอบครัว จะเป็นไปตามตำแหน่งหน้าที่ของแต่ละบุคคล เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร เป็นต้น ถึงแม้ว่าหน้าที่และบทบาทจะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา แต่ทุกครอบครัวมีหน้าที่ดำรงรักษาไว้ซึ่งเอกลักษณ์ของครอบครัว ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวและความคาดหวังของสังคม ดังนั้นหน้าที่หลักสำคัญของครอบครัว (Friedman, 1992) ในการดูแลครอบครัว มีดังนี้

1. หน้าที่ในการดูแลสุขภาพ (health care function) หรือจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิก โดยเฉพาะการจัดหาปัจจัยสี่ที่สำคัญในการดำรงชีวิตรวมทั้งปกป้องอันตรายให้แก่สมาชิกในครอบครัวและการให้การดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย การมีแบบแผนดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเช่นการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ การพักผ่อนที่เพียงพอ การงดสิ่งเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่ เป็นต้น การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไปและมีการตรวจเช็คอย่างสม่ำเสมอ สนใจดูแลความสะอาดและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน ฯลฯ (รุจา ภูไพบูลย์, 2534)

2. หน้าที่ด้านความรัก ความเอาใจใส่แก่ครอบครัว (affective function) เป็นการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ แสดงออกโดยการให้ความรัก ความอบอุ่น เอาใจใส่ ต่อสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพจิตที่ดี มีบุคลิกภาพที่มั่นคง การยอมรับนับถือกัน ความผูกพัน การรู้สึกที่ไม่ถูกทอดทิ้ง การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาครอบครัวหรือเมื่ออยู่ในภาวะลำบาก การรับรู้ถึงความต้องการของสมาชิกอื่น การยอมรับในความต้องการ การสนใจในทุกข์สุข ระหว่างสมาชิก ความสนิทสนมใกล้ชิดกัน ตอบสนองความต้องการทางจิตใจของสมาชิก โดยมีจุดมุ่งหมายให้สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่มีคุณภาพ มีบุคลิกภาพและการแสดงออกของ พฤติกรรมที่เหมาะสมมั่นคง (รุจา ภูไพบูลย์, 2534) ฉะนั้นจึงเป็นหน้าที่ที่สำคัญของครอบครัวที่จะ กระทำ ตลอดจนการประคับประคอง ดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ด้วย เพื่อช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

3. หน้าที่ในด้านเศรษฐกิจ (economic function) เป็นหน้าที่จำเป็นที่ทุกครอบครัวต้อง ปฏิบัติเพราะต้องมีการจัดการรายได้ เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย และหาสิ่งจำเป็นทางกายภาพให้แก่ครอบครัว รวมถึงการจัดการรายได้ที่ได้มาเพื่อค่าใช้จ่ายอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพเช่น การจัดหา เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม อาหาร ที่อยู่อาศัย รวมทั้งการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งการ ขอรับความช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์ หน่วยราชการ และองค์กรเอกชนต่างๆที่เกี่ยวข้องกับอาชีพ และรายได้ของครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์, 2534)

4. หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู (socialization and social placement function) หมายถึง กระบวนการพัฒนาแบบแผนพฤติกรรมให้เหมาะสมตามวัยที่ต่อเนื่องตลอดชีวิตของสมาชิก ตั้งแต่ เกิดจนถึงวัยชราในการปรับบรรทัดฐาน ความเชื่อ ค่านิยมของตนอย่างต่อเนื่อง เพื่อปลูกฝังส่งเสริม นิสัยที่ดีงาม พร้อมทั้งจะเป็นสมาชิกที่ดีมีคุณภาพต่อสังคม รวมทั้งช่วยเหลือให้สมาชิกสามารถอยู่ ร่วมกันได้ในสังคมและส่งเสริมสนับสนุนให้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ก่อให้เกิดความรู้สึกรักคุณค่า ในตนเอง

5. หน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ (reproductive function) ถือว่าเป็นหน้าที่ในการสร้าง หรือในการผลิตสมาชิกใหม่ให้สมาชิกในสังคมมีจำนวนเพิ่มขึ้น เป็นการสืบเผ่าพันธุ์เชื้อสายของ มนุษยชาติ เพื่อความอยู่รอดหรือดำรงอยู่ของสังคม

จากแนวคิดของฟรายด์แมนกล่าวไว้ว่า ครอบครัวมีหน้าที่หลักสำคัญ 5 ด้านได้แก่ หน้าที่ในการดูแลสุขภาพ หน้าที่ด้านความรัก ความเอาใจใส่แก่ครอบครัว หน้าที่ในด้านเศรษฐกิจ หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู และหน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ ซึ่งหน้าที่ของครอบครัวก็จะแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาภพของครอบครัว สถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัวนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่มีบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีปัญหาทางสุขภาพนั้น

ครอบครัวจึงต้องมีหน้าที่ในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาพบว่าหน้าที่หลักๆของครอบครัวมีเพียง 3 ด้านที่เกี่ยวข้องกับประชากรที่ศึกษา ได้แก่ หน้าที่ในการดูแลสุขภาพ หน้าที่ด้านความรัก ความเอาใจใส่แก่ครอบครัว และหน้าที่ในด้านเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ที่เจ็บป่วยในครอบครัวสามารถอยู่กับความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข มีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด หรือไม่มีเลย สำหรับหน้าที่หลักของครอบครัวอีก 2 ด้านซึ่งหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ได้ศึกษาได้แก่ หน้าที่ของครอบครัวในการอบรมเลี้ยงดู และหน้าที่ของครอบครัวในการผลิตสมาชิกใหม่ไม่ได้นำมาศึกษาเพราะประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ และจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของ โคเฮนและอัฟฮอฟท์นั้นเป็นการที่บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัวทั้ง ทางร่างกาย จิตใจอารมณ์ ความคิด ซึ่งมี 4 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน ตัดสินใจ การคิดค้น วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแผนการปฏิบัติร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติการดูแล การสละทรัพยากร สละแรงงาน เงิน วัสดุ อุปกรณ์ ด้วยความเต็มใจ การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลนั้นๆ ค้นหาข้อดี ข้อเสีย เพื่อหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น และการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ทางรูปธรรมที่ต้องการให้เกิดตามกิจกรรมที่ทำนั้น ทั้งด้านบุคคล ความนับถือตนเอง และความคุ้มค่าของผลประโยชน์ และเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวนี้ เป็นส่วนที่สำคัญที่จะทำให้ครอบครัวบรรลุเป้าหมายของการเป็นครอบครัวสุขภาพดี (healthy family)

### การมีส่วนร่วมของครอบครัว

ด้วยลักษณะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจเปลี่ยนวิถีทางการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาของโรคที่ค่อยๆเลวลงเรื่อยๆ (ชัยเวช นุชประยูร, 2542) ในการดูแลผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ และดูแลสมาชิกในครอบครัว (ฤทัย แสนศรี, 2549) การมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพนั้น การเปิดโอกาสให้กระทำ ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เพื่อการปฏิบัติที่ยั่งยืนในการดูแลสุขภาพ (จันทร์เพ็ญ ประโยงค์, 2550) ผู้ศึกษาได้ประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วมของครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของ โคเฮน และ อัฟฮอฟท์ ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน ตัดสินใจ การปฏิบัติการ ผลประโยชน์ และขั้นตอนการประเมินผล และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตามกรอบแนวคิด หน้าที่ของครอบครัวของ ฟรายด์แมนในการดูแลด้านสุขภาพ ด้านความรัก ความเอาใจใส่ และด้านเศรษฐกิจ ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากและจำเป็นประกอบด้วย

1. การมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ (planning and decision making) ได้แก่
  - 1.1 การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (health care function) ซึ่งประกอบด้วย



1.1.1 การวิเคราะห์โรคและรับรู้ว่ามีอาการหอบเหนื่อย หรือเมื่อมีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัจจัยชักนำที่ทำให้เกิดการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น

1.1.2 การมีส่วนร่วมวางแผนด้านการออกกำลังกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องทำให้อาการหายใจลำบากลดลง (นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์, 2537)

1.1.3 การมีส่วนร่วมวางแผนดูแลด้านการบริหารการหายใจ ประกอบด้วย การหายใจแบบเป่าปากหรือห่อปาก (pursed-lip breathing) การดูแลให้ฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม จะช่วยทำให้การหายใจมีประสิทธิภาพสูงสุด อาการหายใจลำบากลดลง (นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์, 2537; อัมพรพรรณ ชีรานุตร, 2542)

1.1.4 การมีส่วนร่วมวางแผนดูแลด้านโภชนาการ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม ถูกสุขลักษณะและเพียงพอ ก่อนซื้อหรือหุงหาอาหารให้รับประทาน ต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย (นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์, 2537)

1.1.5 การมีส่วนร่วมวางแผนดูแลและทราบปัญหาด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง ทราบชื่อยา ปริมาณการใช้ยา อาการข้างเคียง วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง คำแนะนำของแพทย์ให้ถูกต้อง และได้มีส่วนร่วมวางแผนด้านการใช้ยารักษาหอบเหนื่อยให้แก่ผู้ป่วย (นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์, 2537; ลินจง โปธิบาล, 2539)

1.1.6 การสังเกตและการค้นหาอาการที่ผิดปกติ ที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่นอาการหายใจเหนื่อยหอบ ไอบ่อยครั้ง มีสี จำนวน และลักษณะของเสมหะที่เปลี่ยนไป การมีไข้ ซึ่งเป็นอาการบ่งบอกถึงการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดและสามารถสังเกตอาการผิดปกติและตัดสินใจว่าอาการใดที่ต้องรีบนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนวันนัด (นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์, 2537)

1.1.7 การมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคการปรับแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (รุจา ภูไพบูลย์, 2534) เช่น การงดสิ่งเสพติด เหล้า บุหรี่ การดูแลความสะอาด และความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม และได้มีส่วนวางแผนในการจัดที่อยู่อาศัยหรือที่หลับนอนให้แก่ผู้ป่วย มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ปราศจากฝุ่นละออง ควัน การทำความสะอาดร่างกาย เช่น อาบน้ำ ตัดเล็บ ตัดผม ดูแลเสื้อผ้าของผู้ป่วยให้ใช้การได้และทำความสะอาดให้ เป็นต้น

1.2 การมีส่วนร่วมในด้านความรัก ความเอาใจใส่แก่ครอบครัว (affective function)

ได้แก่



1.2.1 การมีส่วนร่วมวางแผนดูแลและทราบปัญหาด้านการให้ความรักความเอาใจใส่ระหว่างคู่สมรส หรือระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพจิตดี มีบุคลิกภาพที่มั่นคง (รจนา ภูไพบูลย์, 2534)

1.2.2 การวางแผนการจัดสภาพแวดล้อมพร้อมบรรยากาศในครอบครัวให้ ความเคารพนับถือและยกย่อง การให้กำลังใจ ซึ่งได้แก่ การที่จะเสริมสร้างความผูกพันทางจิตใจ สัมพันธภาพของสมาชิกให้สมาชิกได้เรียนรู้ การยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน มีความผูกพันและความรู้สึกร่วมกัน (รจนา ภูไพบูลย์, 2534)

1.2.3 การดูแลให้ได้รับความบันเทิงและการพักผ่อน การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถลดอาการหายใจลำบาก และลดความวิตกกังวลได้ โยคะ การทำสมาธิ การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ การนวดและการใช้ปฏิกิริยาป้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback) การนอนหลับเป็นการผ่อนคลายที่ดีสำหรับผู้ป่วย (รจนา ภูไพบูลย์, 2534)

1.2.4 การสนับสนุนให้ได้พบปะกับญาติ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว

1.2.5 การทราบปัญหาการได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับข่าวสารบ้านเมือง ข่าวสารเกี่ยวกับญาติพี่น้องเพื่อนสนิท รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเรื่องโรคที่เป็นอยู่

1.2.6 การค้นหาปัญหาด้านความรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการยกย่องจากบุคคลในครอบครัว ญาติ และผู้อื่น การเข้าสังคม พร้อมทั้งสนับสนุนให้ เป็นที่ยอมรับในสังคม (รจนา ภูไพบูลย์, 2534)

1.2.7 การส่งเสริมหรือเอื้อให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการให้พ้นทุกข์ เพื่อความสุข เกิดความสงบของจิตใจ และการแสดงจุดมุ่งหมายของชีวิต หลักการของชีวิตความเป็นมนุษย์

1.3 การมีส่วนร่วมในด้านเศรษฐกิจ (economic function) ซึ่งประกอบด้วย

1.3.1 การมีส่วนร่วมการรับรู้ปัญหาความต้องการในการดูแลด้านการเงินและสิ่งของการช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่างๆ เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านการซื้ออาหารการกิน เสื้อผ้า สิ่งของ ค่าใช้จ่ายด้านพาหนะและค่าเดินทางไปต่างๆ (รจนา ภูไพบูลย์, 2534)

1.3.2 การรับรู้ปัญหา ความต้องการความช่วยเหลือด้านการบริการ ความช่วยเหลือด้านแรงงาน เช่นหีบ ยก แบก เกือบของ เป็นต้น (รจนา ภูไพบูลย์, 2534)

1.3.3 การวางแผนให้การพึ่งพาที่เหมาะสม เช่น อำนวยความสะดวกเรื่องยานพาหนะเดินทางตามความต้องการของผู้ป่วย การให้การพึ่งพาที่เหมาะสม (รจนา ภูไพบูลย์, 2534)

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (implementation) ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่เป็  
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นได้แก่

2.1 การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (health care function) ซึ่งประกอบด้วย

2.1.1 การมีส่วนร่วมในการป้องกันการดำเนินต่อไปของโรคเมื่อมีอาการหอบ  
เหนื่อย หรือเมื่อเจ็บป่วยและการได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย ปฏิบัติดูแลผู้ป่วย  
ในยามที่ท่านเจ็บไข้ได้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ

2.1.2 การมีส่วนร่วมในการจัดหาปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิตที่เหมาะสม  
เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค จัดที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้ป่วย โดยมีความปลอดภัย อากาศถ่ายเท  
ได้สะดวก ปราศจากฝุ่นละออง ควันต่างๆ มีแสงสว่างที่เหมาะสม

2.1.3 การมีส่วนร่วมในการดูแลกระตุ้นผู้ป่วยด้านการบริหารการหายใจ  
ประกอบด้วย การหายใจแบบเป่าปากหรือห่อปาก (pursed-lip breathing) การดูแลให้ฝึกการหายใจ  
โดยใช้กลัมนื้อหน้าท้องและกระบังลม และได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายและบริหารการ  
หายใจอย่างสม่ำเสมอ (นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์, 2537)

2.1.4 การมีส่วนร่วมดูแลด้านการจัดหาอาหารที่เหมาะสม ที่เพียงพอและ  
ถูกสุขลักษณะ โดยจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรคเพิ่มอาหารพวกเนื้อสัตว์ ไข่ นม ลดอาหารพวกแป้ง  
น้ำตาล ควรปรับชนิดของอาหารรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย มีไขมันน้อยแต่บ่อยครั้งประมาณ  
4-6 มื้อต่อวัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแน่นอึดอัด หลีกเลี่ยงอาหารประเภทนม ช็อกโกแลต อาหารรส  
หวาน ควรงดอาหารรสชาดเค็มจัด เผ็ดจัด หวานจัด หอมหัวใหญ่ มะม่วงดิบ ถั่วชนิดต่างๆ และ  
อาหารและเครื่องดื่มที่ทำให้เกิด ก๊าซ เช่น ถั่ว กะหล่ำปลี หัวหอม แอปเปิ้ล น้ำอัดลม เป็นต้น  
(เกศรินทร์ ศรีสง่า, 2547; อัมพรพรรณ ชีรานูตร, 2542)

2.1.5 การมีส่วนร่วมดูแลด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง ทราบชื่อยา ปริมาณการใช้ยา  
อาการข้างเคียง วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง การจัดการด้านการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วย เช่น จัดเตรียมยาในแต่ละมื  
สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับยาเช่น ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ หายใจลำบากมากขึ้น

2.1.6 การเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติ ที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่นอาการ  
หายใจเหนื่อยหอบ ไอบ่อยครั้ง สี จำนวน และลักษณะของเสมหะที่เปลี่ยนไป การมีไข้

2.1.7 การมีส่วนร่วมในปฏิบัติการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค  
การปรับแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเช่น การงดสิ่งเสพติด เหล้า บุหรี่ การดูแลความสะอาด  
และความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม

2.2 การมีส่วนร่วมในด้านความรัก ความเอาใจใส่แก่ครอบครัว (affective function)  
ได้แก่

2.2.1 การให้ความรักความเอาใจใส่ระหว่างคู่สมรส หรือระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพจิตดี มีบุคลิกภาพที่มั่นคง

2.2.2 การให้ความเคารพนับถือและยกย่อง การให้กำลังใจ ซึ่งได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมพร้อมบรรยากาศในครอบครัวที่จะเสริมสร้างความผูกพันทางจิตใจ สัมพันธภาพของสมาชิกให้สมาชิกได้เรียนรู้การยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน มีความผูกพันและความรู้สึกร่วมกัน

2.2.3 การดูแลให้ได้รับความบันเทิงและการพักผ่อน การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถลดอาการหายใจลำบาก และลดความวิตกกังวลได้ โยคะ การทำสมาธิ การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ การนวดและการใช้ปฏิกิริยาป้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback) การนอนหลับเป็นการผ่อนคลายที่ดีสำหรับผู้ป่วย

2.2.4 การสนับสนุนให้ได้พบปะกับญาติ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว

2.2.5 การทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับข่าวสารบ้านเมือง ข่าวสารเกี่ยวกับญาติพี่น้องเพื่อนสนิท รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคที่เป็นอยู่

2.2.6 การให้ความรู้สึกถึงควมมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการยกย่องจากบุคคลในครอบครัว ญาติ และผู้อื่น การเข้าสังคม พร้อมทั้งสนับสนุนให้ เป็นที่ยอมรับในสังคม

2.2.7 การส่งเสริมหรือเอื้อให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการให้พันทุกข์ เพื่อความสุข เกิดความสงบของจิตใจ และการแสดงจุดมุ่งหมายของชีวิต หลักการของชีวิตความเป็นมนุษย์

2.3 การมีส่วนร่วมในด้านเศรษฐกิจ (economic function) ซึ่งประกอบด้วย

2.3.1 การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการเงินและสิ่งของ การช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่างๆ เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านการซื้ออาหารการกิน เสื้อผ้า สิ่งของ ค่าใช้จ่ายด้านพาหนะและค่าเดินทางไปต่างๆ

2.3.2 การให้ความช่วยเหลือด้านการบริการ ความช่วยเหลือด้านแรงงาน เช่น หยิบ ยก แบก เก็บของ บุคคิน (รุจา ภูโพบูลย์, 2534)

2.3.3 การให้การพึ่งพาที่เหมาะสม เช่น อำนวยความสะดวกเรื่องยานพาหนะเดินทางตามความต้องการของผู้ป่วยและการให้การพึ่งพาที่เหมาะสม (รุจา ภูโพบูลย์, 2534)

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (benefits) มีทั้งผลประโยชน์ทางรูปธรรมที่ต้องการให้เกิดตามกิจกรรมที่ทำนั้น และผลประโยชน์ด้านบุคคล ได้แก่ ความนับถือตนเอง (self esteem) และความคุ้มค่าของผลประโยชน์ (sense of efficacy) ได้แก่

3.1 การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (health care function) ซึ่งประกอบด้วย

3.1.1 การมีส่วนร่วมในผลของการช่วยเหลือที่ถูกต้องและทันที เมื่อมีอาการ หอบเหนื่อยช่วยลดอาการกำเริบของโรคได้ โดยไม่ต้องพาไปโรงพยาบาล

3.1.2 การจัดยาให้แก่ผู้ป่วยถูกต้องช่วยลดอาการหอบเหนื่อย และลดความถี่ ของการมานอนโรงพยาบาลได้

3.1.3 การออกกำลังกายและบริหารการหายใจอย่างสม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วยมี อาการดีขึ้น

3.1.4 การช่วยจัดหาอาหารการกินที่เหมาะสมให้ เป็นผลดีแก่ผู้ป่วย

3.1.5 การจัดที่อยู่อาศัยที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ปราศจากฝุ่นละออง ควัน ต่างๆ เป็นผลดีต่อผู้ป่วยคือช่วยลดอาการเหนื่อยหอบและช่วยลดการมานอน โรงพยาบาลได้

3.2 การมีส่วนร่วมในด้านความรัก ความเอาใจใส่แก่ครอบครัว (affective function) ได้แก่

3.2.1 การให้ความรักความเอาใจใส่ระหว่างคู่สมรส หรือระหว่างสมาชิกใน ครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพจิตดี มีบุคลิกภาพที่มั่นคง

3.2.2 การให้ความเคารพนับถือและยกย่อง การให้กำลังใจ ซึ่งได้แก่ การจัด สภาพแวดล้อมพร้อมบรรยากาศในครอบครัวที่จะเสริมสร้างความผูกพันทางจิตใจ สัมพันธภาพ ของสมาชิกให้สมาชิกได้เรียนรู้การยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน มีความผูกพันและความรู้สึกร่วมกัน การได้ปฏิบัติตามคำแนะนำสั่งสอนของผู้ป่วยและให้ความสำคัญและให้เกียรติ โดยถือว่าเป็นบุคคล ที่มีคุณค่าต่อครอบครัว

3.2.3 การดูแลให้ได้รับความบันเทิงและการพักผ่อน การไปเที่ยวพักผ่อน หย่อนใจในสถานที่ต่างๆ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถลดอาการหายใจลำบาก และลดความวิตก กังวลได้ โยคะ การทำสมาธิ และได้รับบันเทิงต่างๆเช่น ดนตรี ภาพยนตร์ ฟังเพลง การนวดและการใช้ปฏิกิริยาป้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback) การนอนหลับเป็นการผ่อนคลายที่ ดีสำหรับผู้ป่วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำงานตามความสามารถและความพอใจ ทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ หรือเลี้ยงสัตว์ หรือทำสวน ตามความต้องการของผู้ป่วย

3.2.4 การสนับสนุนให้ได้พบปะกับญาติ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของ ครอบครัว เปิดโอกาสให้เข้าร่วมกิจกรรมที่บุตรหลานจัดขึ้นในบ้านเช่นงานเลี้ยงต่างๆ เปิดโอกาส ให้ได้เข้าร่วมทำกิจกรรมทางสังคมต่างๆ เช่น งานสงกรานต์ งานบุญต่างๆ ทำกิจกรรมในชมรม หรือกลุ่มต่างๆ เช่นชมรมผู้ป่วย กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.2.5 การสนับสนุนให้มีโอกาสได้รับทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับ ข่าวสารบ้านเมือง ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ข่าวสารเกี่ยวกับญาติ พี่น้อง เพื่อนสนิท รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคที่เป็นอยู่

3.2.6 การให้ความรู้สึกถึงควมมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการยกย่องจาก บุคคลในครอบครัว ญาติ และผู้อื่น การเข้าสังคม พร้อมทั้งสนับสนุนให้ เป็นที่ยอมรับในสังคม การ ยกย่องชมเชยเมื่อผู้ป่วยประสบความสำเร็จในกิจกรรมต่างๆ ให้กำลังใจ และรับฟังปัญหาในเรื่องที่ กระทำผิดพลาดเมื่อล้มเหลวของผู้ป่วย

3.2.7 การส่งเสริมหรือเอื้อให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการให้พ้นทุกข์ เพื่อ ความสุข เกิดความสงบของจิตใจและการแสดงจุดมุ่งหมายของชีวิต หลักการของชีวิตความเป็น มนุษย์ และได้สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด ทำบุญ

3.3 การมีส่วนร่วมในด้านเศรษฐกิจ (economic function) ซึ่งประกอบด้วย

3.3.1 ผลประโยชน์ในการดูแลด้านการเงินและสิ่งของการช่วยเหลือเรื่อง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่างๆ เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านการซื้ออาหารการ กิน เสื้อผ้า สิ่งของ ค่าใช้จ่ายด้านพาหนะและค่าเดินทางไปที่ต่างๆทำให้ลดความเครียดแก่ผู้ป่วยและ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกถึงควมมีคุณค่าในตนเอง

3.3.2 ผลประโยชน์ในการให้ความช่วยเหลือด้านการบริการ ความช่วยเหลือ ด้านแรงงาน เช่น หยิบ ยก แบก เก็บของ ชูดิน ทำให้ลดการกำเริบของอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยได้

3.3.3 ผลประโยชน์ของการให้การพึ่งพาที่เหมาะสม เช่น อำนวยความสะดวก เรื่องยานพาหนะเดินทางตามความต้องการของผู้ป่วยและการให้การพึ่งพาที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมี ความสะดวกขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกถึงควมมีคุณค่าในตนเอง

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่เป็นโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น ได้แก่

4.1 การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (health care function) ซึ่งประกอบด้วย

4.1.1 เมื่อเกิดอาการหอบเหนื่อย ได้มีส่วนร่วมในการประเมินผล และ ประเมินอาการภายหลังการช่วยเหลือผู้ป่วย โดย ประเมินอาการภายหลังการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ

4.1.2 การมีส่วนร่วมในการประเมินผลของการออกกำลังกายและบริหารการ หายใจอย่างสม่ำเสมอ เช่น การหายใจแบบเป่าปากหรือห่อปาก (pursed-lip breathing) การดูแลให้ ฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม การออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ



การเดิน จะช่วยให้อาการหายใจลำบากลดลง และทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น เดินได้ระยะไกลมากขึ้น

4.1.3 การมีส่วนร่วมในการประเมินอาการผิดปกติ สามารถสังเกตอาการของผู้ป่วยและนำมาตรวจก่อนวันนัด เช่นอาการหายใจเหนื่อยหอบ ไอบ่อยครั้ง มีสี จำนวน และลักษณะของเสมหะที่เปลี่ยนไป การมีไข้ ซึ่งเป็นอาการบ่งบอกถึงการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งการประเมินผลของการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง และการมาตรวจตามนัดเมื่ออาการทั่วไปเป็นปกติ เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

4.1.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินเรื่อง การจัดยาให้ผู้ป่วย การรับประทานยา การใช้ยาที่ถูกต้อง ช่วยลดอาการหอบเหนื่อย

4.2 การมีส่วนร่วมในด้านความรัก ความเอาใจใส่แก่ครอบครัว (affective function) ได้แก่

4.2.1 การให้ความรักความเอาใจใส่ระหว่างคู่สมรส หรือระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพจิตดี มีบุคลิกภาพที่มั่นคง

4.2.2 การให้ความเคารพนับถือและยกย่อง การให้กำลังใจ ซึ่งได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมพร้อมบรรยากาศในครอบครัวที่จะเสริมสร้างความผูกพันทางจิตใจ สัมพันธภาพของสมาชิกให้สมาชิกได้เรียนรู้การยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน มีความผูกพันและความรู้สึกร่วมกัน

4.2.3 การดูแลให้ได้รับความบันเทิงและการพักผ่อน การผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถลดอาการหายใจลำบาก และลดความวิตกกังวลได้ โยคะ การทำสมาธิ การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ การนวดและการใช้ปฏิกิริยาป้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback) การนอนหลับเป็นการผ่อนคลายที่ดีสำหรับผู้ป่วย

4.2.4 การสนับสนุนให้ได้พบปะกับญาติ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว

4.2.5 การทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับข่าวสารบ้านเมือง ข่าวสารเกี่ยวกับญาติพี่น้องเพื่อนสนิท รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคที่เป็นอยู่

4.2.6 การให้ความรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการยกย่องจากบุคคลในครอบครัว ญาติ และผู้อื่น การเข้าสังคม พร้อมทั้งสนับสนุนให้ เป็นที่ยอมรับในสังคม

4.2.7 การส่งเสริมหรือเอื้อให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการให้พันทุกซ์ เพื่อความสุข เกิดความสงบของจิตใจและแสดงจุดมุ่งหมายของชีวิต หลักการของชีวิตความเป็นมนุษย์

4.3 การมีส่วนร่วมในด้านเศรษฐกิจ (economic function) ซึ่งประกอบด้วย

4.3.1 การมีส่วนร่วมในการประเมินผลดีของการให้การดูแลด้านการเงินและสิ่งของ การช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่างๆ เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านการซื้ออาหารการกิน เสื้อผ้า สิ่งของ ค่าใช้จ่ายด้านพาหนะและค่าเดินทางไปที่ต่างๆ

4.3.2 การมีส่วนร่วมในการประเมินผลของการให้ความช่วยเหลือด้านการบริการ ความช่วยเหลือด้านแรงงาน เช่น หอพัก แยก เก็บของ

4.3.3 การมีส่วนร่วมประเมินผลของการให้การพึ่งพาที่เหมาะสม เช่น อำนาจความสะดวก เรื่องยานพาหนะเดินทางตามความต้องการของผู้ป่วยและการให้การพึ่งพาที่เหมาะสม

### การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน

ในปัจจุบันสถานการณ์ของโลกเปลี่ยนไป ประชาชนมีความเจ็บป่วยมากขึ้น และเนื่องจากมีผู้มาใช้บริการของทางโรงพยาบาลมากขึ้น ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลได้ถูกจำหน่ายเร็ว ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลสั้นลง ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายเมื่ออาการเจ็บป่วยพอทุเลา ฉะนั้นภาระการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจึงตกเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงควรทราบถึงวิธีดูแลผู้ป่วยเพื่อที่จะได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านที่ต้องการและครอบคลุมหน้าที่หลักสำคัญของครอบครัวที่เกี่ยวข้องจำแนกได้ 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านสุขภาพ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านสุขภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลในยามเจ็บป่วย และจากผลการศึกษาผลของการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์ (2537) พบว่า การดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด ได้แก่ การฝึกกล้ามเนื้อหายใจให้แข็งแรง ไม่อ่อนล้าง่าย มีผลต่อการระบายอากาศและแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น การบริหารการหายใจ การไอที่มีประสิทธิภาพ ช่วยบรรเทาอาการเหนื่อย หอบจากการตีบแคบของหลอดลมโดยเฉพาะขณะหายใจออก การดูแลเพื่อคงความสามารถในการประกอบกิจกรรม โดยการออกกำลังกาย การประกอบกิจวัตรประจำวันและการพักผ่อน ป้องกันการดำเนินต่อไปของโรครวมทั้งการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่เพียงพอและเหมาะสม, การดูแลด้านการใช้ยาที่ถูกต้องภายหลังได้รับยา การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายและการรู้จักที่สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น, การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัดและการมาตรวจตามนัด รวมถึง การปรับแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น ด้านการออกกำลังกาย การดูแลด้านการบริหารการหายใจและการใช้วิธีการสงวนพลังงาน

การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การปรับแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพหรือจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพ (provision of physical necessities) ทุกครอบครัวมีความต้องการสิ่งจำเป็นพื้นฐานที่ถูกสุขลักษณะ โดยเฉพาะการจัดการปัจจัยสี่ที่สำคัญในการดำรงชีวิต (Friedman, 1992) เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยา รักษาโรค รวมทั้งปกป้องอันตรายให้แก่สมาชิกในครอบครัวและการจัดหาบริการด้านสุขภาพให้การดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย ในการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้นแก่สมาชิกในครอบครัว การปฏิบัติตนเพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพเช่น การงดสิ่งเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่ เป็นต้น ความสนใจดูแลความสะอาด ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน

1.1 การช่วยเหลือเมื่อหอบเหนื่อย ป้องกันการดำเนินต่อไปของโรคหรือเมื่อเจ็บป่วย ที่อยู่อาศัย เครื่องใช้ต่างๆ รวมทั้งการช่วยเหลือในด้านต่างๆ การช่วยในกิจวัตรประจำวัน และการหลีกเลี่ยงปัจจัยชักนำ ปัจจัยส่งเสริม ที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก อาการกำเริบรุนแรงของโรคที่สำคัญคือ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การสูบบุหรี่ (เกศรินทร์ ศรีสง่า, 2547) ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก เช่น การอยู่ในที่มีฝุ่นละออง ควันบุหรี่ อากาศร้อนหรือเย็น สถานที่ที่มีการระบายอากาศไม่ดี เช่น โรงภาพยนตร์ ศูนย์การค้า รวมทั้งการรักษาสุขภาพในช่องปากและฟัน ให้สะอาดอยู่เสมอ หลังรับประทานอาหารทุกมื้อ และหลังจากฟันยาขยายหลอดลม และสังเกตอาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์ เช่น การไอบ่อย เจ็บคอ มีเสมหะจำนวนมากและมีสีเปลี่ยนไป คลื่นไส้ ใจสั่น เจ็บหน้าอก เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ (ชัยญาลักษณ์ ไชยรินทร์, 2544)

1.2 การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการออกกำลังกาย เมื่อผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคในระดับที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง (strength) ที่ความทนทาน (endurance) และมีความยืดหยุ่นที่ดี (flexibility) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สำคัญที่สุด ทำให้อาการหายใจลำบากลดลงและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น จากผลการศึกษาของ จันทรจิรา วิรัช (2544) ทำให้เพิ่มความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การนั่งยืนสลับกัน การเดินขึ้นลงบันได การบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก ไหล่ แขนขา (อัมพรพรรณ ธีรานุตร, 2542) วิธีหนึ่งที่ได้ผลดีคือ การเดินบนพื้นราบในเวลาที่กำหนด โดยวัดระยะทางที่ผู้ป่วยเดินได้ทั้งหมด เป็น การแสดงถึงความสามารถในการออกกำลังกายของผู้ป่วย และเป็นผลให้สมรรถนะปอดดีขึ้น (สุลี แซ่ชื่อ, 2546) และนอกจากนี้การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาโดยการเดินเล่น วิ่งช้าๆ ขี่จักรยาน สามารถช่วยเพิ่มความทนในการออกกำลังกาย

และทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น (Phipps & Brucia, 1999, อ้างใน ธีรรัตน์ เกตุสุริยา, 2547)

1.3 การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการบริหารการหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความยืดหยุ่นของปอดลดลง มีการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องต้องออกแรงมากในการหายใจเข้าและออก ทำให้หายใจเร็วและแรง (Tiep, 1997) ผู้ป่วยใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อที่คอ ทรวงอกและไหล่ จึงทำให้มีการหายใจสูงกว่าคนปกติถึง 10 เท่า (Phipps & Brucia, 1995, อ้างใน ชาญลักษณ์ ไชยรินทร์, 2544) วิธีการควบคุมการหายใจที่ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประกอบด้วย การหายใจแบบเป่าปากหรือห่อปาก (pursed-lip breathing) การดูแลให้ฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม จะช่วยให้การหายใจมีประสิทธิภาพสูงสุด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสบายขึ้น (Make, 1998, อ้างใน ชาญลักษณ์ ไชยรินทร์, 2544) และลดอาการหายใจลำบาก วิธีการควบคุมการหายใจที่ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ ประกอบด้วย การหายใจแบบเป่าปากหรือห่อปาก (pursed-lip breathing) จะช่วยลดการตีบแคบของทางเดินอากาศขณะหายใจออก ลดการคั่งค้างของอากาศในหลอดลม ลดอัตราการหายใจ อาการหายใจลำบากและลดความปรับเปลี่ยนแบบแผนการหายใจโดยการช่วยลดการใช้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ดังผลการศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตามเทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากวันละ 2 ครั้ง นาน 20 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 6 วันพบว่าเมื่อผลต่อความสุขสบายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น (สิรินาถ มีเจริญ, 2540) การไอที่มีประสิทธิภาพ (effective cough) เป็นการกำจัดเสมหะที่มีประสิทธิภาพ ควรหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำเย็นจัด เพราะ น้ำเย็นจัดกระตุ้นอาการไอและไอออกมาได้ยาก จึงทำให้มีเสมหะเพิ่มมากขึ้นด้วย (DeLetter, 1991, อ้างใน ชาญลักษณ์ ไชยรินทร์, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์จิรา วิรัช (2544) ซึ่งได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีการดำเนินของโรครุนแรง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน มีกลุ่มควบคุม ได้รับคำแนะนำตามปกติจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และกลุ่มทดลองได้เข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการให้ความรู้ การออกกำลังกาย การหายใจแบบเป่าปาก ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนี้สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (นาถอนงค์ สุวรรณจิตต์, 2537) และช่วยบรรเทาอาการของโรคและเพิ่มความสามารถทำหน้าที่ต่างๆในการดำเนินชีวิตประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นวิธีที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลวรรณ จันตระกุล (2547) ที่ได้ศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และครอบครัว ซึ่งผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับ



การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ดีวก่อนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลอง หลังจากที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ดีกว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุลี แซ่ซื่อ (2546) ในด้านการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ สมรรถภาพปอดดีขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สินีนาฏ ป้อมเย็น (2547) ที่ได้ศึกษาการนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงโรค ระดับ 3 และระดับ 4 พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากสามารถลดอาการหายใจลำบากและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

การแนะนำการใช้วิธีการสงวนพลังงาน โดยให้ผู้ป่วยหยุดพัก แล้วยืนพิงฝาผนังก้มหน้าไปด้าน หน้าเล็กน้อย การนั่งเก้าอี้โน้มตัวไปข้างหน้าวางข้อศอกลงบนหน้าขา การยืนพิงพนักเก้าอี้และวางศอก 2 ข้างบนพนักเก้าอี้ หรือ การ นั่งพับลงบนโต๊ะใช้หมอน 2 ใบรองศีรษะ การนอนศีรษะสูง เพื่อให้มีการหายใจสะดวกขึ้น (อัมพรพรรณ ธีรานุตร, 2542)

1.4 การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านภาวะโภชนาการที่เหมาะสม การจัดหาอาหารที่เพียงพอ ถูกสุขลักษณะ เป็นการส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรงได้รับพลังงานที่พอเหมาะกับการใช้พลังงานของร่างกาย การขาดอาหารมีผลต่อการทำงานของระบบหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อหายใจเหี่ยว (เกศรินทร์ ศรีสง่า, 2547) ฉะนั้นจึงควรปรับชนิดของอาหารรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย มีไขมันน้อยแต่บ่อยครั้งประมาณ 4-6 มื้อต่อ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแน่นอึดอัด หลีกเลี่ยงอาหารประเภทนม ช็อกโกแลต อาหารรสหวาน อาหารและเครื่องดื่มที่ทำให้เกิด ก๊าซ เช่น ถั่ว กะหล่ำปลี หัวหอม แอปเปิ้ล น้ำอัดลม เป็นต้น เพราะทำให้กระเพาะอาหารขยายตัว ดันกระบังลมให้ยกสูงขึ้น ทำให้ปอดมีการขยายตัวได้น้อยลง (เกศรินทร์ ศรีสง่า, 2547; อัมพรพรรณ ธีรานุตร, 2542)

1.5 การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง ญาติหรือผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้และควรทราบแผนการรักษาเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีการรักษาที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ดังนั้นญาติหรือผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องทราบชื่อยา ปริมาณการใช้ยา อาการข้างเคียง วิธีการใช้ยาและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ที่ถูกต้อง จะทำให้สามารถควบคุมระดับอาการรุนแรงของโรคได้ นอกจากนี้ยังต้องรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับยาเช่น ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ หายใจลำบากมากขึ้นด้วย (อำไพ หวีอภิรดีเจริญ, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกดาพร ว่องไววิทย์ (2539) ได้ศึกษาความต้องการมีส่วนร่วมและการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวาน ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 60 ราย



พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความ ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยรวมและ ต้องการให้แพทย์ พยาบาลบอกให้รู้ว่าสุขภาพตนเองเป็นอย่างไรทุกครั้งที่มาตรวจ และต้องการมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคเบาหวานของตน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ปติมา เชื้อตาลี (2548) ซึ่งได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคอ้วนเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โดยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจากคู่มือตามโปรแกรมการให้ข้อมูล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า การให้ข้อมูลที่มุ่งเน้นช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจความเจ็บป่วย อาการแสดงและการรักษา มีคาดหวังสอดคล้องกับสถานการณ์จริงของผู้ป่วยได้ อันจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อไป

1.6 การสังเกตอาการผิดปกติ ที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่นอาการหายใจเหนื่อยหอบ ไอบ่อยครั้ง มีสี จำนวน และลักษณะของเสมหะที่เปลี่ยนไป การมีไข้ ซึ่งเป็นอาการบ่งบอกถึงการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ฯลฯ และควรเน้นให้มาตรวจตามนัดเมื่ออาการทั่วไปเป็นปกติ เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. ด้านความรัก ความเอาใจใส่แก่ครอบครัว (Friedman, 1992) เป็นการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ การให้ความรักความเอาใจใส่ระหว่างคู่สมรส หรือระหว่างสมาชิกในครอบครัว การให้ความเคารพนับถือและยกย่อง การให้กำลังใจ การดูแลให้ได้รับความบันเทิงและการพักผ่อน การสนับสนุนให้ได้พบปะกับญาติ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว การทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ การให้ความรู้ถึงคุณค่าในตนเอง การส่งเสริมหรือเอื้อให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และ แสดงจุดมุ่งหมายของชีวิต หลักการของชีวิตความเป็นมนุษย์ สมาชิกครอบครัวควรให้ความรัก ความเอาใจใส่ ต่อสมาชิกในครอบครัว เป็นการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรามย์ ไร่เทียมวงศ์ (2535) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ รับรู้ว่าคุณค่าในตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง ซึ่งส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาด้วยอันได้แก่

2.1 การให้ความรักความเอาใจใส่ระหว่างคู่สมรส หรือระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพจิตดี มีบุคลิกภาพที่มั่นคง

2.2 การให้ความเคารพนับถือและยกย่อง การให้กำลังใจ ซึ่งได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมพร้อมบรรยากาศในครอบครัวที่จะเสริมสร้างความผูกพันทางจิตใจ สัมพันธภาพของสมาชิกให้สมาชิกได้เรียนรู้การยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน มีความผูกพันและความรู้สึกร่วมกัน

2.3 การดูแลให้ได้รับความบันเทิงและการพักผ่อน การผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถลดอาการหายใจลำบาก และลดความวิตกกังวลได้ และเนื่องจากแบบแผนการนอนหลับผิดปกติ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบตอนกลางคืน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตน การพักผ่อนในช่วงกลางวันมากเกินไป หรือได้รับยาบางชนิด ซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาท จะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่วงเมื่อถึงเวลานอนหลับ ในผู้ที่ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ โยคะ การทำสมาธิ การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ การนวดและ การนอนหลับเป็นการผ่อนคลายที่ดีสำหรับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและการทำงานของอวัยวะต่างๆ มีประสิทธิภาพ การพักผ่อนให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ควรนอนหลับในช่วงกลางคืนประมาณ 6-8 ชั่วโมง และควรมีเวลาพักผ่อนในช่วงกลางวัน เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ นอนพัก หรือทำงานอดิเรกอื่นๆ (ธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์, 2544)

3. ด้านเศรษฐกิจ (Friedman, 1992) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการเงินและสิ่งของ รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือด้านการบริการและการให้การพึ่งพาที่เหมาะสม

3.1 การช่วยเหลือด้านการเงินและสิ่งของ การช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่างๆ เป็นหน้าที่จำเป็นที่ของทุกครอบครัวต้องปฏิบัติเพราะต้องมีการจัดหารายได้ครอบครัวที่จะนำมาเป็นค่าใช้จ่าย เงินสะสมและเงินออม หาสิ่งจำเป็นทางกายภาพให้แก่ครอบครัว

3.2 การให้ความช่วยเหลือด้านการบริการและการให้การพึ่งพาที่เหมาะสม เช่น สนับสนุนด้านยานพาหนะรับส่งไปในสถานที่ต่างๆ การดูแลให้ได้รับสิทธิต่างๆ ทางสังคม รวมทั้งสิทธิบัตรทางการรักษาพยาบาลด้วย การให้ความสนใจและเอาใจใส่พาไปตรวจตามนัดเพื่อให้ได้รับการพบแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยโรคเดียวกัน เพื่อให้ได้รับข่าวสารที่จำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จันท์ฉาย โยธาใหญ่ (2547) เป็นการศึกษากิจกรรมการดูแลความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลและผลที่เกิดกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ พบว่าญาติผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมความต้องการการดูแลที่จำเป็นทั่วไป การดูแลเมื่อมีการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ ผลด้านบวกประกอบด้วย ความรู้สึกเป็นสุขภูมิใจได้ปฏิบัติหน้าที่ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุดีขึ้น ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน และเพื่อนบ้านเพิ่มขึ้น และยังช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้สูงอายุด้วย

### กรอบแนวคิดในการศึกษา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่เป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันที่เป็นอยู่ สามารถป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้น้อยลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรกระดับ 3 ขึ้นไป และสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ใกล้ชิดจึงมีความสำคัญอย่างมากในการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้นจึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านของอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่เป็นอย่างไร ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ได้ผนวกแนวทางการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามกรอบแนวคิดของ โคนเฮน และ อัฟฮอฟท์ (Cohen & Uphoff, 1980) ในการมีส่วนร่วมใน ขั้นตอนการวางแผน ตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล การดูแลสมาชิกครอบครัวในภาวะที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัว นั้นๆ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมตามหน้าที่หลักของครอบครัวจำแนกตามหน้าที่หลักๆที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมดูแลในด้านสุขภาพ 2) การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านความรัก ความเอาใจใส่ การให้ความเคารพนับถือและให้กำลังใจ 3) การมีส่วนร่วมดูแลในด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่างๆ การให้ความช่วยเหลือด้านการบริการต่างๆและการให้การพึ่งพาที่เหมาะสม เพื่อการพัฒนา ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านต่อไป