

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อสำคัญดังต่อไปนี้

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.1 ความหมายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.2 สถานการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการรักษาซ้ำ
 - 1.4 ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.5 พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.6 อาการแสดงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.7 ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.8 การจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายของการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
 - 2.2 แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
 - 2.3 โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
3. การมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว
 - 3.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว
 - 3.3 การพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความหมายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หมายถึง โรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ มีลักษณะการดำเนินโรคอย่างช้าๆและเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆไม่สามารถรักษาหายได้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อการอักเสบของปอดที่ผิดปกติต่อสิ่งทีระคายเคือง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นโรคที่มีการสร้างเสมหะเพิ่มมากขึ้นในหลอดลม มีอาการไอเรื้อรังแบบมีเสมหะ โดยมีอาการเป็นๆ หายๆ อย่างน้อย 3 เดือนใน 1 ปี และติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี โดยไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น และโรคถุงลมโป่งพองเป็นโรคที่มีนิยามจากความผิดปกติในการแลกเปลี่ยนก๊าซ เนื่องจากมีการขยายใหญ่อย่างถาวรของถุงลม (alveoli) และส่วนปลายสุดของหลอดลมที่มีถุงลม (respiratory bronchiole) (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017)

สถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก (Vestbo et al., 2013) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2011) รายงานผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยคาดการณ์ว่าปี ค.ศ. 2020 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด (Mathers & Loncar, 2006) ในประเทศที่พัฒนา เช่น สหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากถึง 14.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.4 (Burgers et al., 2012) และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของประชากรชาวอเมริกัน ส่วนประเทศไทยมีรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2554 (สำนักงานระบาด กระทรวงสาธารณสุข, 2556) พบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดจำนวน 94,280 ราย คิดอัตราป่วยเป็น 146.89 รายต่อแสนประชากร โดยพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยรายใหม่สูงมากในอัตรา 38.30 รายต่อแสนประชากร และรายงานสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2556 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2556) พบว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2555 มีอัตราการเสียชีวิต 7.6 รายต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นมากเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2552 ถึง 2554 โดยมีอัตรา 1.7, 1.8 และ 2.5 รายต่อแสนประชากรตามลำดับ ส่วนจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราป่วยสูงเป็นอันดับที่ 6 ของประเทศ โดยมีอัตราป่วยสูงถึง 160.1 รายต่อแสนประชากร

สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่า ในปี พ.ศ. 2556 อัตราการกลับนอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงสุดเป็นอันดับที่ 1 สูงถึงร้อยละ 37.40 รวมถึงอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงเพิ่มมากขึ้นเป็น 7.40 จากปี พ.ศ.2553 และ พ.ศ. 2554 ที่มีอัตราเพียง 1.55 และ 2.67

ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

องค์การอนามัยโลกและองค์กรโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโลก (Vogelmeier et al., 2017) ได้แบ่งความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการใช้เครื่องสไปโรเมทรีซ์ หลังสูดพ่นยาขยายหลอดลม (postbronchodilator) จำแนกค่า FEV1 ของผู้ป่วยเทียบกับค่ามาตรฐาน (FEV1 % predicted) ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

1. รุนแรงน้อย (mild COPD) มีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรังหรือเสมหะมาก ค่า FEV1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 หรือค่า FEV1 มากกว่าร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน ผู้ป่วยอาจจะไม่รู้ว่ามีความผิดปกติของสมรรถภาพปอด

2. รุนแรงปานกลาง (moderate COPD) ผู้ป่วยอาการมากขึ้น เหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังกายจนต้องมาพบแพทย์ ค่า FEV1 /FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 หรือค่า FEV1 อยู่ระหว่างร้อยละ 50-80 ของค่ามาตรฐาน

3. รุนแรงมาก (severe COPD) ผู้ป่วยอาการมากขึ้น เหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังกายมากขึ้น ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง มีอาการกำเริบบ่อย เหนื่อยหอบมากขึ้นจนรบกวนคุณภาพชีวิตประจำวัน ค่า FEV1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 หรือค่า FEV1 อยู่ระหว่างร้อยละ 30-50 ของค่ามาตรฐาน

4. รุนแรงมากที่สุด (very severe COPD) มีอาการ severe airflow limitation ค่า FEV1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 หรือค่า FEV1 น้อยกว่าร้อยละ 30 ของค่ามาตรฐาน หรือ FEV1 น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่ามาตรฐานร่วมกับมีระบบการหายใจล้มเหลวเรื้อรัง (chronic respiratory failure)

นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้ความสามารถในการทำกิจกรรม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันความสัมพันธ์ระหว่างอาการเหนื่อยหอบ ซึ่งสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (Burgers et al., 2012) เป็นเกณฑ์แบ่งได้ 5 ระดับดังนี้

1) ความรุนแรงระดับ 1 ไม่มีข้อจำกัดใดๆ สามารถทำงานได้ตามปกติ โดยไม่หอบเหนื่อย ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ไม่มีอาการหายใจลำบากเวลาขึ้นบันได

2) ความรุนแรงระดับ 2 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย คือยังสามารถทำงานได้ แต่ไม่สามารถทำงานหนักหรือยุ่งยากได้ เดินทางพื้นราบได้ แต่ไม่กระโดดกระเจิงเท่าคนปกติวัยเดียวกัน จะมีอาการหอบเหนื่อยเมื่อขึ้นตึกสูง 1 ชั้น หรือ เหนื่อยกว่า เมื่อเดินขึ้นที่สูงหรือบันได

3) ความรุนแรงระดับ 3 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่ชัดเจน ไม่สามารถทำงานหนักหรืองานที่ยุ่งยากได้ตามปกติ จะมีอาการเหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น ต้องหยุดเมื่อขึ้นตึก 2 ชั้น

4) ความรุนแรงระดับ 4 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด แต่ต้องหยุดพักเมื่อขึ้นตึกสูง 1 ชั้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

5) ความรุนแรงระดับ 5 ไม่สามารถช่วยตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างมาก มีการเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัด เมื่อเดิน 2-3 ก้าวหรือลุก นั่ง มีอาการเหนื่อยหอบมาก แม้ขณะพูดหรือแต่งตัว

สำหรับในประเทศไทยมีแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข สุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุขไทย (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2553) ได้แบ่งความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 เล็กน้อย (mild) ไม่มีอาการเหนื่อยขณะพัก ไม่มีอาการกำเริบของอาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด FEV1 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน

ระดับที่ 2 ปานกลาง (moderate) มีอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อย อาการกำเริบของอาการหายใจลำบากไม่รุนแรง สมรรถภาพปอด FEV1 เท่ากับ ร้อยละ 50-79 ของค่ามาตรฐาน

ระดับที่ 3 รุนแรง (severe) มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน มีอาการกำเริบของอาการหายใจลำบากรุนแรงมาก สมรรถภาพปอด FEV1 เท่ากับ ร้อยละ 30-49 ของค่ามาตรฐาน

ระดับที่ 4 รุนแรงมาก (very severe) มีอาการหอบเหนื่อยตลอดเวลา มีอาการกำเริบของอาการหายใจลำบากรุนแรงมากและบ่อย สมรรถภาพปอด FEV1 น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของค่ามาตรฐาน หรือ สมรรถภาพปอด FEV1 น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของค่ามาตรฐานร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรัง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การแบ่งระดับความรุนแรงของแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุขไทย (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2553) เนื่องจากสอดคล้องกับโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาและเอื้อต่อการรวบรวมข้อมูล เนื่องจากโรงพยาบาลแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและจัดเก็บในเวรระเบียนของโรงพยาบาล

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่หลอดลม เนื้อปอด หลอดเลือดของปอด (สมาคมออร์เวสซ์แห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017) มีดังนี้

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีเกิดจากการระคายเคืองอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังทั้งในหลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือดปอด (pulmonary vasculature) โดยมีเซลล์สำคัญที่เกี่ยวข้องคือ T-lymphocyte (ส่วนใหญ่เป็น CD⁺) neutrophil และ macrophage ทำให้มีการหลั่ง mediator หลายชนิดที่สำคัญ ได้แก่ leukotriene B, interleukin 8 และ tumor necrosis factor α เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกระบวนการสำคัญที่มาเกี่ยวข้องกับพยาธิกำเนิดอีก 2 ประการ คือ การเพิ่มของ oxidative stress และความไม่สมดุลระหว่าง proteinase กับ antiproteinase ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมตั้งแต่ขนาดใหญ่ลงไปจนถึงขนาดเล็ก มีเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบแทรกในเยื่อหุ้มทั่ว ไป มี goblet cell เพิ่มขึ้น และ mucous gland ขยายใหญ่ขึ้น ทำให้มีการสร้าง mucus ออกมามากและเหนียวกว่าปกติ การอักเสบและการทำลายที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผนังหลอดลม โดยเฉพาะหลอดลมส่วนปลายที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่า 2 มิลลิเมตร ทำให้มีการตีบของหลอดลม เนื้อปอดส่วน respiratory bronchiole และถุงลมที่ถูกทำลายและโป่งพอง มีลักษณะจำเพาะรวมเรียกว่า centrilobular emphysema โดยเริ่มจากปอดส่วนบนแล้วลุกลามไปส่วนอื่น ๆ ในระยะต่อมา สำหรับบริเวณหลอดเลือดปอดมีผนังหนาตัวขึ้น กล้ามเนื้อเรียบและเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบมีจำนวนเพิ่มขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาของปอดนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ทางสรีรวิทยาในผู้ที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

1. การสร้าง mucus มากกว่าปกติ ร่วมกับการทำงานผิดปกติ ของ cilia ทำให้ผู้ที่ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไอเรื้อรังมีเสมหะ ซึ่งอาจเป็นอาการนำของโรคก่อน ที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอื่น ๆ

2. การตีบของหลอดลมร่วมกับการสูญเสีย elastic recoil ของ เนื้อปอดทำให้เกิด airflow limitation และ air trapping

3. การตีบของหลอดลม การทำลายของเนื้อปอด และหลอดเลือด จะมีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้เกิดภาวะ hypoxemia และ hypercapnia ตามมา ซึ่งอาจทำให้เกิด pulmonary hypertension และ cor pulmonale ในที่สุด

จะเห็นได้ว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากการระคายเคืองอย่างต่อเนื่องซึ่งทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังบริเวณหลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือดปอด และบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีดังนี้

1. การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017) โดยเฉพาะการสูบบุหรี่โดยตรง (active smoking) (Raherison & Girodet, 2009) จากการศึกษาของ อีสเนอร์ และคณะ (Eisner et al., 2008) พบว่าจำนวนบุหรี่สัมพันธ์กับการลดลงของการทำหน้าที่ของปอด กลไกที่บุหรี่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าวันบุหรี่หรือสารพิษในบุหรี่ ทำให้เกิดการอักเสบทำลายหลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือด มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างต่างๆ ทำให้หลอดลมตีบแคบ (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017) อีกทฤษฎีเชื่อว่าในคนปกติจะมีความสมดุลระหว่าง โปรตีนเนส (proteinase) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ออกฤทธิ์ทำลายปอด และแอนตี้โปรตีนเนส (antiproteinase) เป็นเอนไซม์ที่ออกฤทธิ์ปกป้อง แต่ควันบุหรี่หรือสารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงจะทำให้ ระบบเสียสมดุล ควันบุหรี่ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดแมคโครฟาจ (macrophage) และนิวโทรฟิล (neutrophil) หลั่งสารต่างๆ ในกลุ่มโปรตีนเนส ได้แก่ อีลาสเทส (elastase) เมตริกเมตทาโรโปรตีนเนส (matrix metalloproteinase [MMP]) ทำให้มีการทำลายอีลาสติน (elastin) ซึ่งเป็นส่วนประกอบของเส้นใยยืดหยุ่น (elastic fibers) ทำให้ความยืดหยุ่นของปอดเสียไปและทำลายผนังของถุงลม (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017) จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของ FEV₁ ในกลุ่มคนที่สูบบุหรี่จะน้อยกว่า คนที่ไม่สูบบุหรี่ ค่าเฉลี่ยของ FEV₁ จะลดลงมากเมื่อปริมาณการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (Gonzalez, Suissa, & Ernst, 2011; Spielmanns et al., 2017) มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากการสูบบุหรี่ (Vogelmeier et al., 2017)

2. มลพิษทางอากาศ (air pollution) ในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่ามลพิษในอากาศ ภายในอาคาร (indoor air pollution) จากการเผาผลาญเชื้อเพลิงประเภทไม้ ซากพืช (biomass fuel) มูลสัตว์ เพื่อให้ความร้อนหรือใช้ในการประกอบอาหาร ที่มีระบบการถ่ายเทอากาศไม่ดีภายในบ้าน เป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (World Health Organization [WHO], 2011) และส่วนใหญ่พบในผู้หญิง (Vogelmeier et al., 2017) จากการศึกษาในประเทศจีนพบผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่และใช้ฟันในการประกอบอาหารสัมพันธ์กับการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในเขตชนบทพบ ร้อยละ 7.2 สูงกว่าในเขตเมืองซึ่งพบร้อยละ 2.5 (Liu et al., 2007)

ส่วนมลพิษนอกรอาคาร (outdoor air pollution) จากการสัมผัสฝุ่น สารเคมีจากการ ประกอบอาชีพและจากโรงงานอุตสาหกรรม ได้แก่ โรงงานถลุงแร่ โรงงานเหล็ก โรงงานไม้โรงงาน ทอผ้า เป็นปัจจัยรองลงมาจากการสูบบุหรี่ โดยพบได้ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ทั้งหมด กลไกการเกิดโรคจากมลพิษเนื่องมาจาก มีการเพิ่มจำนวนของเม็ดเลือดขาวในถุงลมจากการสูดดมหายใจที่มีอนุภาคหรือก๊าซพิษเป็นประจำ เมื่อถูกกระตุ้นจะสร้างและหลั่งอนุมูลอิสระมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังทำลายสารต้านอนุมูลอิสระ (anti-oxidant) เป็นสาเหตุทำให้ผนังหลอดเลือดมีขนาดเล็ก ถุงลม เกิดการอักเสบและถูกทำลายอย่างต่อเนื่องค่อยเป็นค่อยไป (Vogelmeier et al., 2017)

3. ภาวะหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ (airway hyperresponsiveness [AHR]) กลไกที่ก่อให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เมื่อไปสัมผัสกับบุหรี่ยิ่งถือเป็นสิ่งกระตุ้นภายนอกจะเกิดภาวะ AHR ทำให้เกิดการแพ้ (allergy) ทำให้เกิดการอักเสบทำลายหลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือด มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างต่างๆ ทำให้หลอดลมตีบแคบ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017) และจะมีการลดลงของค่า FEV₁ มากกว่าคนที่สูบบุหรี่ที่ไม่มีภาวะหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ (Assayag, Beaulieu, & Cormier, 2014)

4. การติดเชื้อ เชื้อไวรัสและแบคทีเรียเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Mackay & Wedzicha, 2011) ในการศึกษาผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะปานกลางและเรื้อรังที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีค่า FEV₁ เท่ากับ 40 ของค่ามาตรฐาน พบว่ามีอาการกำเริบจากเชื้อไวรัส ร้อยละ 40 และเชื้อไวรัสไรโนไวรัส (rhinovirus) เป็นเชื้อที่พบได้บ่อย ร้อยละ 58 ที่ทำให้เกิดอาการกำเริบและก่อให้เกิดโรกระบบทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ ไข้หวัด พบร้อยละ 40-60 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดอาการกำเริบได้ นอกจากนี้ยังพบเชื้อไวรัสตัวอื่นๆ ได้แก่ coronavirus, influenza, respiratory syncytial virus, parainfluenza และ adenovirus (Mackay & Wedzicha, 2011)

5. อาชีพ ผู้ที่มีอาชีพที่ต้องสัมผัสฝุ่นและก๊าซเป็นระยะเวลานาน อาจเนื่องมาจาก การทำงานทำให้ค่า FEV₁ ลดลง ร้อยละ 10-20 มีอาการหรือมีความบกพร่องของปอด และผู้สัมผัส ควันไฟหรือแคะเมียม แม้จะสัมผัสเพียงเล็กน้อยแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคถุงลมโป่งพองได้ (Macnee, 2008) ในการศึกษาประชาชนที่ไม่สูบบุหรี่ที่ทำงานสัมผัสกับไอรระเหย ก๊าซ ฝุ่น และควัน พบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 48 (Wurtz, Schlunssen, Mallng, Hansen, & Omland, 2015)

6. อายุ พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีโอกาสเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้น เนื่องจากการทำงานของระบบหายใจลดลง ปอดเสียความยืดหยุ่น ผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี เป็นกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด ร้อยละ 25 (Miravittles, 2009)

7. เพศ เพศชายมีโอกาสเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากมีประวัติ สูบบุหรี่มากกว่า แต่ปัจจุบันในประเทศที่พัฒนาแล้ว ผู้หญิงสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น ทำให้อัตราการป่วยและอัตราการตายมีแนวโน้มสูงขึ้น และในประเทศที่กำลังพัฒนาพบในผู้หญิงที่ใช้เชื้อเพลิงประเภทไม้ ชากพืช มูลสัตว์เพื่อให้ความร้อนหรือใช้ในการประกอบอาหาร (Fletcher et al., 2010; WHO, 2015)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.2008 พบว่าโรคหอบหืดเรื้อรังพบในผู้ชาย 3.1 ล้านราย ในผู้หญิง 6.7 ล้านราย (Burgers et al., 2012)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น มีปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้เพื่อลดโอกาสในการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ แต่ในทางกันตรงข้ามหากบุคคลไม่ป้องกันตนเองเพื่อที่จะปัจจัยเสี่ยงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในที่สุดก็จะกลายเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในที่สุด แสดงอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้นและความรุนแรงมากขึ้น

อาการแสดงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ปรากฏอาการในระยะแรก จนมีการดำเนินของโรคเป็นระยะเวลาหลายปีจึงเริ่มแสดงอาการ อาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลที่พบบ่อยมากที่สุดคือ อาการหายใจเหนื่อยหอบ (dyspnea) (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017) เหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังกาย (dyspnea on exertion) แม้ว่าจะออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย อาการเหนื่อยเป็นลักษณะค่อยเป็นค่อยไปและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (progressive dyspnea) (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017) อาการนำที่พบบ่อยรองลงมา คือ ไอมีเสมหะเรื้อรัง อาจแสดงตั้งแต่วัยแรกเมื่อมีพฤติกรรมสูบบุหรี่หรือเกิดก่อนหลอดลมอุดกั้น (airflow limitation) เป็นเวลานาน อาการไอมีเสมหะมักเป็นตอนเช้าหลังตื่นนอนและเมื่อทำกิจวัตรประจำวัน เสมหะเหนียวใส ผู้ป่วยบางรายอาจมีไอเรื้อรังชนิดไม่มีเสมหะก็ได้ (MacNee, 2008; Krachman, Minai, & Scharf, 2008) อาการไอนี้แสดงว่าเกิดการระคายเคืองจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมส่วนต้นที่เกิดจากอนุภาคหรือก๊าซพิษ (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017) อาการไอแบบมีเสมหะเรื้อรังสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการกำเริบและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Burgel et al., 2009) อุบัติการณ์ของอาการไอเรื้อรังหรือไอมีเสมหะในผู้หญิง พบร้อยละ 15-45 ในผู้ชาย พบร้อยละ 6-12 (Viegi et al., 2007)

การกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน (acute exacerbation) อาการมีเป็นครั้งคราวระหว่างการทำดำเนินโรค ลักษณะบ่งชี้ว่ามีอาการของโรค คือ มีอาการเหนื่อยหอบ โดยเฉพาะเวลาทำกิจกรรมที่ใช้แขนอาการจะเด่นชัดขึ้น มีอาการไอและหรือมีเสมหะมากขึ้นในตอนเช้า และเป็นแบบเฉียบพลัน ฟังเสียงหายใจได้ยินเสียงวี๊ด (wheezing) เมื่อการดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้นจะมีอาการเหนื่อยแม้ขณะพัก ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้และมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด หลับไม่เพียงพอ ปวดมึนศีรษะ หงุดหงิด กระสับกระส่าย เชื้ออิมูม ขาบวม หน้าบวม มีอาการเขียวและภาวะหัวใจช็อกวาล้มเหลว ในระยะสุดท้ายอาจมีภาวะหายใจล้มเหลวได้ (Vogelmeier et al., 2017) โรคที่กระตุ้นให้อาการกำเริบ ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว ปอดแฟบ น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดและภาวะ

หัวใจเต้นผิดปกติ (Vogelmeier et al., 2017) จากผลการสำรวจข้อมูลจากสมาชิกชมรมโรคถุงลมโป่งพองภาคเหนือจำนวน 195 ราย พบว่า ร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยระยะรุนแรงถึงรุนแรงมาก มีภาวะโรคกำเริบใน 1 ปี สูงถึง ร้อยละ 50 และกำเริบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 30 และจากการสำรวจที่โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ในช่วง 1 ปี มีผู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนอนโรงพยาบาล 290 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 50 เกิดจากภาวะโรคกำเริบเฉียบพลัน (ชายชาญ โปธิรัตน์, 2550)

อาการและอาการแสดงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดังที่กล่าวมาข้างต้น ยังส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจในระดับบุคคล ครอบครัวและประเทศ

ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดและพยาวิสภาพไม่สามารถคืนสู่ปกติได้ โดยมีการดำเนินโรคค่อยไปค่อยไป อาการหายใจลำบากและหอบเหนื่อยอย่างเรื้อรัง (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017)) ส่งผลกระทบต่อร่างกายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการหายใจลำบาก อาการของโรคทำให้การหายใจออกลำบากต้องใช้กำลังมากในการหายใจออก การขยายของตัวปอดมากขึ้น ระบบหายใจเสื่อมสมรรถภาพลง หัวใจซีกซ้ายโต เนื่องจากทำหน้าที่หนักในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ เกิดอาการง่วงซึม (narco-sis) จากภาวะคาร์บอน ไดออกไซด์คั่งในเลือด สมองเกิดการขาดออกซิเจนอย่างเรื้อรัง (Vogelmeier et al., 2017) และการที่มีคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสน หากเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนาน ๆ จะส่งผลทำให้หัวใจห้องขวาล้มเหลวได้ (Rabe et al., 2007; Vogelmeier et al., 2017) ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง (Roche, 2009; Vorrink, Kort, Troosters, & Lammers, 2011) นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากเกิดแผลในกระเพาะอาหาร อันเป็นผลจากเพิ่มการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารจากความเครียด (Brzozowski et al., 2017) การพักผ่อนไม่เพียงพอ ขณะนอนหลับมีการหายใจร่วมกับการระบายอากาศช้าลง ทำให้ระดับออกซิเจนในเลือดลดลง คาร์บอน ไดออกไซด์ในเลือดสูงขึ้น ร่วมกับการใช้ยาและมีโรคเรื้อรังอื่นๆ ดันบ่อยตอนกลางคืนประกอบกับกลางคืนอากาศเย็น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอบ่อยขึ้น (MacNee, 2008; Krachman, Minai, & Scharf, 2008) หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ (MacNee, 2008) ทำให้ผู้ป่วยมักตื่นตอนกลางคืน ทำให้การนอนหลับไม่มีคุณภาพ (Krachman et al., 2008) ภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักตัวลดลง (Scichilone et al., 2008; Vogelmeier et al., 2017) จากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงจากอาการหายใจลำบาก (Scichilone et al., 2008)

หายใจลำบาก ทรวงอกขยายตัวและอาจซีดเนื่องจากการขาดออกซิเจนเรื้อรัง (central cyanosis) หรือ
อวัยวะส่วนปลายบวม (peripheral edema) และจะแสดงอาการชัดเจนเมื่อมีการกำเริบของโรคจากการ
ติดเชื้อมีระดับออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ (Vogelmeier et al., 2017) แบบแผนการมีเพศสัมพันธ์
ผิดปกติ โดยมีเพศสัมพันธ์ลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากจนไม่สามารถปฏิบัติได้
(Vogelmeier et al., 2017)

ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อด้านจิตใจ เนื่องจากสมรรถภาพร่างกายของผู้ที่เป็นโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรม
ต่างๆ ได้จนต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และ
ความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองลดลง (พรรณนิภา สืบสุข, 2554; Baliatsas et al., 2017; Bonsaksen,
Fagermoen, & Lerdal, 2015) ซึ่งภาวะทางจิตใจที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความกระตือรือร้นใน
การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค (Benzo, Abascal-Bolado, & Dulohery, 2016; Bonsaksen,
Fagermoen, & Lerdal, 2015) และความวิตกกังวลยังทำให้การเผาผลาญในร่างกายเพิ่มขึ้น ยิ่งส่งผลให้
ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากมากยิ่งขึ้น (Bonsaksen, Fagermoen, & Lerdal,
2015)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในด้านสังคม เมื่อผู้ป่วย
ไม่สามารถใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติ พบว่าผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและการมีส่วนร่วมทำ
กิจกรรมในสังคมลดลง (Bonsaksen, Haukeland-Parker, Lerdal, & Fagermoen, 2014) และบทบาทใน
ครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป เกิดการแยกตัวจากสังคม ลดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้เคียง
(Bonsaksen, Haukeland-Parker, Lerdal, & Fagermoen, 2014) จากการศึกษาที่ปรึกษาในโรงพยาบาล
และต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ในโรงพยาบาล (Garrido et al., 2017; Isaksen et al.,
2015) และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจาก
สมาชิกครอบครัว ทำให้สมาชิกแต่ละคนต้องปรับเปลี่ยนบทบาทของตน (Caress, Luker, &
Chalmers, 2010; Wang, Sung, Yang, Chiang, & Perng, 2012) การศึกษาของ Kuprys-Lipinska และ
Kuna ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อครอบครัวจำนวน 2,967 ราย โดยการใช้
แบบสอบถาม พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อครอบครัว ร้อยละ 79.3 ส่งผลกระทบต่อทั้งสัมพันธภาพใน
บทบาทของสามี ภรรยา บิดา มารดาและญาติ ผู้ป่วยต้องหยุดทำงานมีผลให้ครอบครัวขาดรายได้ คน
ในครอบครัวต้องผลัดเปลี่ยนกันหยุดงาน (Kuprys-Lipinska & Kuna, 2014) หรือจ้างผู้อื่นมาดูแลแทน
บางครอบครัวต้องลาออกจากงานหรือไม่สามารถไปทำงานที่ทำประจำต่างๆ ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ
(Kuprys-Lipinska & Kuna, 2014; Upton et al., 2010)

เมื่อระดับความรุนแรงของโรคเลวลง ผู้ป่วยอาจต้องหยุดงานและออกจากงานก่อนวัย ทำให้สูญเสียอาชีพ ส่งผลต่อรายได้ทำให้ครอบครัวมีฐานะยากลำบากยิ่งขึ้น (พรรณนิภา สืบสุข, 2554) ค่าใช้จ่ายในการรักษามีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค จากการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2554) พบค่าใช้จ่ายจากการรักษาถึง 12,735 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของรายได้ประชาชาติ และการศึกษาต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ต้นทุนในการรักษามีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคเช่นกัน โดยค่าเฉลี่ยต้นทุนการรักษาของผู้ป่วยนอกที่มีระดับความรุนแรงน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรงมาก เป็น 850 บาท 1,100 บาทและ 1,041.50 บาทต่อคนต่อครั้งตามลำดับ และต้นทุนค่ารักษาผู้ป่วยใน เท่ากับ 2,200 บาท 2,100 บาทและ 4,298.57 บาทต่อคนต่อครั้งตามลำดับ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจเป็นอย่างมากตามที่กล่าวไว้ข้างต้น ดังนั้นการจัดการ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพนั้นจะสามารถลดระดับความรุนแรงของผลกระทบลดลงได้

การจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จุดมุ่งหมายของการจัดการ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือการป้องกันการกำเริบของโรค การคงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้หรือให้เสื่อมลงช้าที่สุดและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบรุนแรงของโรค ชะลอระดับความรุนแรงของโรค (Vogelmeier et al., 2017) และสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย ได้แบ่งการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็น 2 ช่วง คือ

1) การรักษาในระยะสงบ

แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสงบ คือ การหยุดสูบบุหรี่ และการรักษาด้วยยาในกลุ่มต่างๆดังนี้ (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2553) มี 2 แบบ คือ

1.1) การรักษาด้วยยา

1.1.1) ยาขยายหลอดลม ยากลุ่มนี้ทำให้อาการและสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยดีขึ้น ลดความถี่และความรุนแรงของการกำเริบและเพิ่มคุณภาพชีวิต การใช้ยาขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์ยาวมีประสิทธิภาพดี และสะดวกสำหรับผู้ป่วยมากกว่ายาที่ออกฤทธิ์สั้น และทำให้สภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น ส่วนการบริหารยาขยายหลอดลมให้ใช้วิธีสูดพ่น (metered-dose หรือ drypowder inhaler) เป็นอันดับแรก ยกเว้นในรายที่ไม่สามารถใช้อารูปแบบสูดพ่นได้ถูกวิธี อาจอนุโลมให้ใช้ยาชนิดรับประทานทดแทนได้ (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2553)

1.1.2) ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ยาในกลุ่มนี้จะลดการอักเสบและอาการบวมของเยื่อหุ้มหลอดลม ลดการหลั่งของมูก ทำให้การอุดตันของหลอดลมลดลง (Vogelmeier et al., 2017) การใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ชนิดใช้วิธีสูดพ่นอย่างต่อเนื่อง สามารถลดการกำเริบของโรคในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไปที่มีอาการกำเริบบ่อยหรือรุนแรงและช่วยให้สภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2553) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณร้อยละ 10 ถึง 20 ได้รับผลดีจากการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ สามารถลดการกำเริบของโรค (Vogelmeier et al., 2017)

1.1.3) ยาอื่นๆ ได้แก่ ยาละลายเสมหะ วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น ยาละลายเสมหะ N-acetylcystein เป็นยาลดการกำเริบของโรคได้ อาจทำให้ในรายที่มีเสมหะเหนียวข้นมากสำหรับเรื่องวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่นั้น การติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ (influenza) เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย (2553) ในบางกรณีอาจแนะนำให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ป้องกันปีละ 1 ครั้ง ระยะเวลาที่เหมาะสมคือ เดือนมีนาคม-เมษายนแต่อาจให้ได้ตลอดทั้งปี

1.2) การรักษาที่ไม่ใช่ยา ประกอบด้วย

1.2.1) การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilitation) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิตและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาพอารมณ์และจิตใจที่ค่อนข้างซึมเศร้า การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยทุกรายที่เริ่มมีอาการ (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2553) ผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น (วารสารคณา บุญญา, 2548) โดยวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสามารถทำได้โดย

1.2.1.1) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทาน (endurance exercise) เป็นวิธีเดียวในการเพิ่มการกระทำการออกกำลังกาย (exercise performance) ของผู้ป่วยวิธีที่นิยม ได้แก่ การเดินหรือปั่นจักรยาน โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที ต่อวัน สัปดาห์ละ 3 วัน โดยในการออกกำลังกายแต่ละครั้งมีเป้าหมายให้ชีพจรถึงร้อยละ 70 ของค่าสูงสุดของชีพจรเป้าหมายของผู้ป่วย (คิดจาก 220 - อายุจริงคิดเป็นปี) หรือจนมีอาการหอบเหนื่อย (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2553)

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 6-12 สัปดาห์ (สมาคมออร์เวจซ์แห่งประเทศไทย, 2553) และถ้าสามารถทำได้ต่อเนื่องนานกว่านั้น ก็จะเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้มากขึ้น

1.2.2) การให้การรักษาด้วยออกซิเจนระยะยาว เป้าหมายของการให้การรักษาออกซิเจนระยะยาว นั้น สามารถทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น การรักษาด้วยออกซิเจนเป็นระยะเวลามากกว่า 15 ชั่วโมงต่อวัน และให้เพิ่มขึ้น 1 ลิตร / นาที ขณะนอนหลับ โดยประเมินจากผู้ป่วยที่มีภาวะ ได้แก่ cor pulmonale, pulmonary hypertension, erythrocytosis (Hematocrit > 55%) และประเมินผู้ป่วยในช่วงที่ไม่มีการกำเริบของโรคอย่างน้อย 4 สัปดาห์ และทำในขณะพัก ทำให้เกิดประโยชน์ต่อระบบโลหิตวิทยา ระบบการไหลเวียนโลหิต สมรรถภาพในการออกกำลังกาย สภาวะจิตใจ (สมาคมออร์เวจซ์แห่งประเทศไทย, 2553) การให้ออกซิเจนมากเกินไปอาจทำให้เกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ได้ ร่างกายมีสภาพเป็นกรดจากการหายใจ (respiratory acidosis) เนื่องจากภาวะออกซิเจนมากเกินไป จะไปลดการกระตุ้นการหายใจที่เกิดจากการขาดออกซิเจน (hypoxic stimulus) ซึ่งทำให้หายใจเบตื้นและช้าลง การระบายอากาศน้อยลงไป (สมาคมออร์เวจซ์แห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017)

1.2.3) การผ่าตัดรักษา ได้แก่ การผ่าตัดส่วนที่มีถุงลมโป่งพองหรือบวมของปอด (bullectomy) การผ่าตัดลดปริมาตรปอด โดยอาศัยแนวคิดการตัดเนื้อปอดในส่วนที่ไม่ทำงานหรือส่วนที่โป่งพอง (hyperinflated lung) ออกไปจะทำให้ปอดส่วนที่เหลืออยู่ทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น และทำให้ผนังทรวงอกและกระบังลมทำงานได้ดีขึ้น (Vogelmeier et al., 2017) และการผ่าตัดเปลี่ยนปอดทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

2) การรักษาขณะมีการกำเริบของโรค (acute exacerbation) การวินิจฉัยการกำเริบของโรคอาศัยข้อมูลทางคลินิก คือผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อยเพิ่มขึ้นกว่าเดิม ร่วมกับมีปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นหรือมีเสมหะเปลี่ยนสี โดยต้องแยกออกจากโรคหรือ ภาวะอื่นๆ เช่น หัวใจล้มเหลว และประเมินความรุนแรงเพื่อเป็นแนวทางในการให้การรักษามี 2 แบบ คือ (สมาคมออร์เวจซ์แห่งประเทศไทย, 2553)

2.1 กลุ่มที่มีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากควรรับตัวไว้ในโรงพยาบาล(สมาคมออร์เวจซ์แห่งประเทศไทย, 2553) เพื่อทำการรักษาซึ่งประกอบด้วย

2.1.1 การให้ออกซิเจนแบบควบคุม (controlled oxygen therapy) โดยปรับอัตราการไหลของออกซิเจนเพื่อให้ระดับ SaO₂ หรือ SpO₂ อยู่ในช่วง 90-92%

2.1.2 ยาขยายหลอดลม การใช้ยาสูด β_2 - agonist หรือ β_2 agonist ร่วมกับ anticholinergic โดยใช้ MDI (metered dose inhaler) ผ่านทาง spacer 4-6 puff หรือให้ผ่านทาง nebulizer (Vogelmeier et al., 2017) สำหรับการให้ aminophylline ทางหลอดเลือดดำ ซึ่งผลที่ได้อาจไม่แน่นอน อาจพิจารณาให้ในรายที่มีอาการรุนแรงมากและไม่ตอบสนองต่อการรักษาอื่นๆ และจะต้องสามารถติดตามระดับยาในเลือดได้

2.1.3 ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ให้ในรูปแบบของยาฉีด เข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง และเมื่อดีขึ้นแล้วจึงเปลี่ยนเป็นยารับประทานจนครบเวลารอบ 10-40 วัน

2.1.4 ยาต้านจุลชีพ โดยพิจารณาให้ทุกราย ยาที่เลือกใช้ควรออกฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อได้กว้างที่ครอบคลุมเชื้อ กลุ่มสเตรปโตคอคคัส (Streptococcus species) ได้ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประวัติการได้รับยาต้านจุลชีพของผู้ป่วยรายนั้นในอดีต ประกอบกับข้อมูลระบาดวิทยาของพื้นที่นั้นๆ

2.2 กลุ่มที่มีความรุนแรงน้อย

กลุ่มที่มีความรุนแรงน้อย หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มีลักษณะของอาการแบบรุนแรงมากดังกล่าวข้างต้น การรักษาส่วนใหญ่สามารถทำเป็นแบบผู้ป่วยนอกได้ ยกเว้นในรายที่มีข้อบ่งชี้ในการรับไว้ในโรงพยาบาล การรักษา คือ เพิ่มขนาดและความถี่ของยาขยายหลอดลมชนิดสูดสำหรับคอร์ติโคสเตียรอยด์ พิจารณาให้เป็นรายๆ ส่วนยาต้านจุลชีพพิจารณาให้ในรายที่มีเสมหะเปลี่ยนสี หรือมีไข้ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) จากพยาธิสภาพของโรคจะเห็นได้ว่าเมื่อไรก็ตามที่ผู้ป่วยไม่ดูแลตนเองหรือปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคไม่ถูกต้องจะเป็นปัจจัยที่ทำให้มีภาวะแทรกซ้อน อาการของโรครุนแรงขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ระดับ 3 ขึ้นไป การดูแลตนเองของผู้ป่วยก็จะน้อยลง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนการใช้ยา การมาตรวจตามนัด เนื่องจากมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก มีขีดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม

แนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรุนแรงระดับ 3 เกิดอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน มีอาการกำเริบของอาการหายใจลำบาก รุนแรงมาก สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้บ้าง แต่ยังคงการบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ใกล้ชิดมากที่สุดช่วยเหลือในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ขณะอยู่บ้าน เพื่อช่วยลดอาการกำเริบ อาการเหนื่อย และช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ได้อย่างปกติสุข

การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

แฮริสและกลูเติน (Haris & Gluten, 1967 cited in Pender, 1996) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเป็นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นการแสดงถึงศักยภาพของมนุษย์

พาแลง (Palang, 1991) กล่าวว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมซึ่งบุคคลปฏิบัติด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

มัลลิกา มัติโก (2534) กล่าวว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ คุณสมบัติส่วนบุคคลต่าง ๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม และองค์ความรู้อื่นๆ นอกจากนี้ยังรวมทั้งบุคลิกภาพ ความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และรูปแบบพฤติกรรมที่เด่นชัด การปฏิบัติกิจกรรมและนิสัย ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันสุขภาพ

ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นกระทำ ในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ

มัลลิกา มัติโก (2540) ได้จำแนกขอบเขตการดูแลสุขภาพตนเอง ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (self-care in health) และการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย (self-care illness) ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันโรค ไม่ให้โรคเกิดขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม เป็นต้น

3. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากยิ่งขึ้น เป็นต้น

ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและบทบาทของการเจ็บป่วยที่ถูกต้องและเหมาะสมกับ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อการป้องกันไม่ให้มีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นและเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและปอดเป็นการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ อันจะนำไปสู่การมีศักยภาพสูงสุดตามสภาพของบุคคล

สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย (2553) การปฏิบัติพฤติกรรมเป็นการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไป ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการบริโภค พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการใช้ยา และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก 2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการผ่อนคลาย และ 3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย มีรายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไป เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการบริโภค พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการใช้ยา และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก

1.1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไปด้านการโภชนาการ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องการดูแลรักษาภาวะโภชนาการที่เหมาะสม สำหรับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หากผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโภชนาการที่ดีจะช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบาก โดยจะทำให้กระบังลมและกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจมีความแข็งแรงมากขึ้น เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอด ร่างกายที่แข็งแรงจะทำให้ไม่ติดเชื้อได้ง่ายและมีภูมิต้านทานโรคมากขึ้น หากผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับพลังงานมากเกินไปร่างกายจะมีการเผาผลาญเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์มาก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก ในทางตรงกันข้ามหากได้รับพลังงานน้อยกว่าความต้องการของร่างกายจะทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะผอมแห้ง น้ำหนักลด มวลกล้ามเนื้อลดลง ทำให้การความทนทานในการทำกิจกรรมลดลง เกิดการกำเริบอาการหายใจลำบาก ได้ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2553; Vogelmeier et al., 2017) และยังส่งผลต่อระบบคุ้มกัน โดยกระบวนการเก็บกินเชื้อโรค (Phagocytosis) ถูกกด มีภูมิต้านทานต่ำ ติดเชื้อได้ง่าย (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2553; Vogelmeier et al., 2017) อาหารที่เหมาะสมกับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับมีดังนี้

1.1.1) อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง ควรได้รับสารอาหารที่ให้พลังงานพวกโปรตีนและไขมันมากกว่าคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากอาหารพวกคาร์โบไฮเดรตจะทำให้เกิดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดมากขึ้น ส่งผลให้เกิดผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการเหนื่อยง่ายขึ้น ดังนั้น ควรเน้นการได้รับโปรตีนจากพืช สำหรับอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ควรเลือกรับประทานเนื้อปลา เนื่องจากย่อยง่ายและมีกรดไขมันไม่อิ่มตัว การได้รับไขมันจากพืชจะเป็นการป้องกันการได้รับไขมัน

อึดตัวมากขึ้นไปและควบคุมไม่ให้มีโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเกินไป (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2553)

1.1.2) ควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารสูงจำพวกผัก ผลไม้ ใยอาหารจะช่วยลดระดับ โคเลสเตอรอลและน้ำตาล ป้องกันการเพิ่มระดับไขมันในเลือดและในร่างกาย ช่วยกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ทำให้การขับถ่ายสะดวกขึ้น ซึ่งการรับประทานผัก ผลไม้ และอาหารที่หลากหลาย จะทำให้มีความสมดุลของวิตามินและแร่ธาตุในร่างกาย (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2553)

1.1.3) ควรรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย แต่ละมือน้อยควรรับประทานอาหารปริมาณน้อย ๆ แต่เพิ่มจำนวนมื้ออาหารเป็นวันละ 5-6 มื้อ เนื่องจากจะทำให้กระเพาะอาหารขยายตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ปอดขยายตัวได้ไม่ดี และปริมาณอาหารที่มากทำให้ย่อยยาก ผู้ที่เป็นปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องใช้พลังงานและออกซิเจนในการเผาผลาญอาหารสูงขึ้น (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2553; DeBellis & Fetterman, 2012)

1.1.4) ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่เพิ่มก๊าซในกระเพาะอาหาร เช่น ข้าวโพด แดงโม แอปเปิ้ล ถั่วหรืออาหารที่มีส่วนประกอบของถั่ว กะหล่ำดอก กะหล่ำปลี ผักคะน้า ผักกาดขาว หัวผักกาด หัวหอม บร็อคโคลี่ พริกไทย หน่อไม้ฝรั่ง น้ำอัดลม เป็นต้น เนื่องจากจะทำให้กระเพาะอาหารขยายตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ปอดขยายตัวได้ไม่ดี (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2553)

1.1.5) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีสารต่อต้านปฏิกิริยาออกซิเดชัน เช่น น้ำมันถั่วเหลือง อาหารทะเลจำพวกปลา ผักใบสีเขียวเข้มและผลไม้ที่มีสีเหลือง เนื่องจากปฏิกิริยาออกซิเดชันก่อให้เกิดอนุมูลอิสระที่จะสามารถก่อให้เกิดปฏิกิริยาถูกโซ่ที่สามารถทำลายเซลล์ได้ ซึ่งเซลล์ปอดก็สามารถถูกทำลายจากปฏิกิริยาออกซิเดชันได้ จึงส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนลดลง (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2553; DeBellis & Fetterman, 2012)

1.1.6) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ เนื่องจากคาเฟอีนมีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด อาจทำให้อัตราการเต้นของหัวใจไม่คงที่ จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและกระเพาะอาหารหลังกรดมากขึ้น จะส่งผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกระเพาะอาหารได้ส่วนเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะมีผลต่อการทำงานของปอดและหัวใจ ทำให้หายใจช้าลงและการไหลเวียนของเลือดจากปอดไปสู่อวัยวะส่วนปลายของร่างกายลดลง (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2553; DeBellis & Fetterman, 2012)

1.1.7) ควบคุมอาหารประเภทเกลือ การรับประทานเกลือในปริมาณสูงทำให้ร่างกายคูดน้ำกลับในปริมาณสูง เกิดการคั่งของน้ำในปอดมากขึ้น ทำให้การหายใจยากขึ้น ไม่ควรรับประทานโซเดียมเกิน 300 มก.ต่อมื้อ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2553)

1.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไปด้านการใช้ยา โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาาน ซึ่งต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรทราบชื่อยา ปริมาณ การใช้ยา การออกฤทธิ์ อาการข้างเคียง วิธีการใช้ยาที่ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มักจะได้รับยาขยายหลอดลม (ยาพ่น) และยาขับเสมหะเพื่อแก้ไขภาวะหดร่งของหลอดลมในการรับประทานยาควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ให้ถูกต้องตรงตามจำนวน ขนาดและเวลาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สามารถควบคุมระดับอาการรุนแรงของโรคได้ และไม่ควรรับประทานยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์แนะนำเพิ่มขนาดของยาเองหรือหยุดยาเอง เพราะการรับประทานยาอื่นอาจเกิดอันตรายจากปฏิกิริยาระหว่างยาที่ได้รับหรืออาจเกิดการเสริมฤทธิ์การทำงานของยาและไปขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ผู้ป่วยได้รับ นอกจากนั้นผู้ป่วยควรสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับยา เช่น ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ หายใจลำบากมากขึ้น เป็นต้น หากพบอาการผิดปกติควรวินิจฉัยแก้ไขที่ถูกต้องโดยการหยุดรับประทานยาและรีบไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาให้ทันเวลาที่ (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017)

1.3 การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั่วไปด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก เพื่อป้องกันอาการหายใจลำบากที่รุนแรง ซึ่งเป็นอาการกำเริบรุนแรงของโรคที่สำคัญคือ การสูบบุหรี่ เนื่องจากควันบุหรี่ประกอบด้วยสารเคมีประมาณ 1,200 ชนิด เป็นตัวการที่ส่งเสริมให้มีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553) โดยควรปฏิบัติตัวดังนี้ หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงของโรคเช่น หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ควรดื่มน้ำธรรมดาหรือน้ำอุ่นอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำเย็น เนื่องจากน้ำเย็นจะทำให้หลอดลมหดร่งจะกระตุ้นให้ออเสมหะจับตัวกันเป็นก้อน ขับออกได้ยาก และมีปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้น (Vogelmeier et al., 2017) หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด สถานที่ที่มีมลพิษทางอากาศ เช่น โรงงานอุตสาหกรรม สถานที่ที่มีการระบายอากาศไม่ดี ทำให้ได้รับก๊าซออกซิเจนไม่เพียงพอ (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017) และบริเวณที่มีการจราจรหนาแน่น มีสภาวะอากาศที่ร้อนจัดหรือเย็นจัด เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความจุปอดและการระบายอากาศลดลงจะทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017) ดังนั้นควรอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ปราศจากฝุ่นควันต่าง ๆ หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับบุคคลที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเช่น เป็นไข้หวัด วัณโรค เป็นต้น ซึ่งจะทำให้เกิดโอกาสการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้มากขึ้น (Vogelmeier et al., 2017)

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการผ่อนคลาย เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลกระทบต่อร่างกายที่สำคัญ คือ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากที่รุนแรง ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในขณะพักหรือเมื่อปฏิบัติกิจกรรม และยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และความวิตกกังวลนั้นยังเป็นปัจจัยที่เหนี่ยวนำให้เกิดอาการหายใจลำบากได้ ซึ่งสามารถทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากอยู่ก่อนแล้วมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นได้ (รัตนา ใจสมคม, 2554; Fearn et al., 2017; Vogelmeier et al., 2017) รวมทั้งจากการที่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพของร่างกายไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน และทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มศักยภาพ ในบางครั้งต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ก่อให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจกับผู้ป่วยทำให้เกิดความวิตกกังวล หวาดกลัว เครียด ซึมเศร้า สับสน ท้อแท้ สิ้นหวัง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (พรณิภา สืบสุข, 2554; Benzo, Abascal-Bolado, & Dulohery, 2016; Bonsaksen, Fagermoen, & Lerdal, 2015) ดังนั้นการที่จะช่วยลดผลกระทบดังกล่าวนี้ ควรให้คำแนะนำกับผู้ป่วยในการทำให้มีการผ่อนคลายด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะสามารถช่วยบรรเทาอาการรุนแรงของโรคได้ (Benzo, Abascal-Bolado, & Dulohery, 2016; Vogelmeier et al., 2017)

การจัดการความเครียด เป็นวิธีการช่วยเหลือที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ และจิตใจ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวันที่เหมาะสม เช่น การแนะนำอาชีพ การแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงความเหนื่อย การสร้างเครือข่ายหรือรวมกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคคล้ายคลึงกันให้มีกิจกรรมที่ร่วมกัน หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์กัน ตลอดจนการมีที่ปรึกษาช่วยผู้ป่วยมีปัญหา สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนมีผลสำคัญต่อสุขภาพทางกายและใจโดยองค์รวม อันจะทำให้ผู้ป่วยต่อสู้กับโรคและมีชีวิตในสังคมได้ดีขึ้น (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017) มีดังนี้

2.1 การอยู่ในสถานการณ์ตึงเครียดให้น้อยลง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องมีการบริหารเวลาที่จะดูแลสุขภาพของตนเองและสามารถเผชิญปัญหา ปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตหรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด บอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไขได้ มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหาต่าง ๆ เพื่อที่จะให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น โดยการรู้จักเลือกวิถีลดความตึงเครียด เช่น ทำงานอดิเรก เป็นต้น (Benzo, Abascal-Bolado, & Dulohery, 2016; Vogelmeier et al., 2017)

2.2 การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรมีการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ในตนเอง สร้างความเชื่อมั่นในการประเมินสถานการณ์และยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ไม่หมกมุ่นอยู่กับปัญหาที่ไม่สามารถจะแก้ไขได้ มองโลกในแง่ดีจะทำให้สามารถแก้ปัญหาให้สำเร็จได้ (Benzo, Abascal-Bolado, & Dulohery, 2016; Vogelmeier et al., 2017)

2.3 การปฏิบัติเพื่อลดความเครียด โดยการเรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลาย และนำมาปฏิบัติ เพื่อพัฒนาตนเองเช่น การสวดมนต์ นั่งสมาธิ การบริหารการหายใจ การทำงานอดิเรกตลอดจนการพูด ระบายความรู้สึกกับบุคคลที่ตนเองไว้วางใจ ทำจิตใจให้สงบ สบาย ไม่โมโหและหงุดหงิดง่าย เป็นต้น (พรธนิภา สืบสุข, 2554) ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถเลือกวิธีในการจัดการเพื่อลด ความเครียด ซึ่งขึ้นอยู่กับความชอบและสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล หากผู้ป่วยเลือกปฏิบัติแล้ว สามารถลดความเครียดได้ย่อมเกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพของบุคคล (Benzo, Abascal-Bolado, & Duloherly, 2016; Vogelmeier et al., 2017)

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย เป็นการปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและปอด ทำให้มีภาวะสุขภาพร่างกาย แข็งแรงและ ทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานของระบบไหลเวียนในร่างกาย รวมทั้งทำให้ ประสิทธิภาพ การทำงานของปอดดีขึ้น ประกอบด้วย การออกกำลังกาย เป็นวิธีการออกกำลังกายของ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เพิ่มความแข็งแรงและฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ได้แก่ การบริหารการหายใจ และการออกกำลังกาย (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2553) ซึ่งผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรมี การออกกำลังกายดังนี้

3.1 การบริหารการหายใจ จะทำให้ปริมาณของอากาศในปอดเพิ่มขึ้น มีความสมดุลของ การระบายอากาศ และทำให้มีการไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้น ออกซิเจนมีความอิ่มตัวมากขึ้นส่งผลให้การ นำออกซิเจนไปใช้ดีขึ้น การบริหารการหายใจที่ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประกอบด้วย

3.1.1 การหายใจแบบเป่าปาก โดยการสูดลมหายใจเข้าทางจมูกให้ลึก ๆ ซ้ำ ๆ และ หายใจออกทางปากให้ทำปากห่อ เพื่อให้การหายใจออกนานเป็นสองเท่าของการหายใจเข้าจะทำให้ เกิดแรงต้านขณะหายใจออก ทำให้แรงดันในหลอดลมมากขึ้น หลอดลมแฟบซ้กว่าปกติความจุของ อากาศในถุงลมเพิ่มขึ้น มีการแลกเปลี่ยนก๊าซมากขึ้น ทำให้ลดอาการหายใจลำบาก โดยฝึกให้ผู้ป่วย หายใจแบบเป่าปาก นานประมาณ 5 นาที และควรปฏิบัติพร้อมกันกับการออกกำลังกาย (สมาคมออร์ เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2553)

3.1.2 การหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม โดยการสูดลมหายใจเข้า ทางจมูกให้ลึก ๆ ซ้ำ ๆ ขณะหายใจเข้าให้หน้าท้องโป่งออก และขณะหายใจออกหน้าท้องจะแฟบ โดย หายใจออกช้า ๆ ทางปากและทำปากห่อ การหายใจโดยวิธีนี้จะทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมดีขึ้น และอาการหายใจลำบากลดลง ผู้ป่วยควรฝึกปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 15 นาทีในเวลาเช้า - เย็น (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2553)

3.2 การออกกำลังกาย มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความทนทานของกล้ามเนื้อ (endurance exercise) (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2553) โดยผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นจะ มีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง ผู้ที่เป็น โรคนี้สามารถออกกำลังกายได้ตามความเหมาะสมและ

ตามความสามารถของตนเอง ถึงแม้ว่าจะยังไม่พบการออกกำลังกายที่เฉพาะตามระดับความรุนแรงของโรคก็ตาม ควรเริ่มจากการออกกำลังกายเบา ๆ ก่อนแล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น โดยเพิ่มความสามารถในการออกกำลังกายถึงระดับสูงสุด การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นส่วนสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด จะเป็นการเพิ่มมวลของกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้ออื่น ๆ และกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจมีความแข็งแรงและมีความทนทานยิ่งขึ้น ส่งผลให้ลดการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจและลดอาการหายใจลำบาก ออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องเน้นการฝึกฝนทั้งด้าน strength training ควบคู่ไปกับ endurance training และทำการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่นานพอ ผลลัพธ์จากการฝึกฝนออกกำลังกายนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการออกกำลังกายได้หนักขึ้นและทนทานขึ้น (increase maximum work rate and exercise endurance time) ความสามารถในการหายใจเข้า (inspiratory capacity) เพิ่มขึ้น อัตราการหายใจและระดับความเหนื่อย (dyspnea scale) ขณะออกกำลังกายลดลง ส่งผลให้อัตราการหายใจและคุณภาพชีวิตโดยรวม (health-related quality of life) ดีขึ้น (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017)

3.2.1 การออกกำลังกายแบบ endurance exercise training โดยวิธีการขี่จักรยานอยู่กับที่ (stationary cycling) หรือการเดิน-วิ่ง (treadmill or shuttle walking)

3.2.2 การออกกำลังกายต่อเนื่อง อย่างน้อย 4-12 สัปดาห์ขึ้นไป โดยออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที และกำหนดความหนักของการออกกำลังกาย (intensity) แต่ละครึ่งว่าจะต้องได้ 60-75% ของ maximum oxygen consumption หรือจนผู้ป่วยมีอัตราการเต้นหัวใจ 60-75% ของ maximum heart rate

นอกจากนี้การออกกำลังกายจะช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสุขภาพดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่อย่างไรก็ตามควรมีเวลาพักหลังออกกำลังกายทุกครั้ง หากรู้สึกเหนื่อยมากกว่าปกติ ต้องหยุดออกกำลังกายทันที ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรออกกำลังกายบริเวณขาโดยการเดินหรือขี่จักรยาน เพื่อช่วยเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ จะทำให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดำเนินการแก้ไขจากงานวิจัยต่างๆ เช่น และแนวทางการจัดการอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปัจจุบันไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (Bourbeau et al., 2013; Ries et al., 2007) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ Bourbeau (2013) พบว่า 6 ใน 10 โปรแกรมไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากโปรแกรมดังกล่าวมุ่งฝึกทักษะและให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการและป้องกันอาการหายใจลำบากเพียงอาการเดียว ในขณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันหลายอาการ (Vogelmeier et al., 2017) การศึกษาของการศึกษาของจูฟาร์ตัน สุริยาทัย ภาพร มหายศนันท์ และหทัยรัตน์ เวชมนัส (2550) ศึกษาแนวการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่ผสมผสาน ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้ กิจกรรมการออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพพบว่าสามารถลดอาการหายใจลำบากและการกลับไปรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลได้ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ Spruit และคณะ (Spruit, Pitta, McAuley, ZuWallack, & Nici, 2015) ศึกษาเกี่ยวกับ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีกิจกรรมให้ความรู้ การออกกำลังกาย การบริหารทรวงอก ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมสามารถลดอาการหายใจลำบากและการกลับไปรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลได้อย่างมีความแตกต่างทางสถิติเช่นกัน จะเห็นได้ว่าสิ่งสำคัญที่สุดของการส่งเสริมให้ผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพสามารถดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ สามารถควบคุมการกำเริบของโรคได้ คือการที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องสามารถให้การดูแล ผู้ป่วยที่ดี นั่นคือต้องมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมต่อโรคและการดำเนินของโรคนั้นเอง

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ คือ รูปแบบกิจกรรมสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย 1) พฤติกรรมดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการบริโภค พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการใช้ยา และพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก 2) พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการผ่อนคลาย และ 3) พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย เพื่อการป้องกันไม่ให้เกิดระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นและเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและปอดเป็นการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ อันจะนำไปสู่การมีศักยภาพสูงสุดตามสภาพของบุคคล

รูปแบบของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาล (hospital-base) ในชุมชน (community-base) หรือที่บ้าน (home-base) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและความคล่องตัว อย่างไรก็ตาม โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับมากที่สุด คือ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ใช้ในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (สมาคมอูโรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2553)

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพประกอบด้วย การให้ความรู้สำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย โภชนาการและการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมาคมอูโรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2553) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การให้ความรู้สำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกี่ยวกับโรค โดยเน้นในเรื่องความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ สาเหตุของการเกิดโรค อาการของโรค การเลิกบุหรี่ แผนการรักษาของแพทย์ ยาที่ใช้รักษาทั้งยาชนิดรับประทาน และชนิดพ่น ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ตลอดจนการควบคุมภาวะอารมณ์และจิตใจ เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้าใจและยอมรับกับโรคที่เป็น พร้อมทั้งจะปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017)

2. การบริหารการหายใจ เป็นสิ่งที่มีผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรจะต้องปฏิบัติอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งประกอบด้วย การหายใจแบบเป่าปาก การไออย่างมีประสิทธิภาพและการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม ซึ่งประโยชน์จากการบริหารการหายใจจะทำให้ปฏิบัติกรรมต่าง ๆ ได้นานขึ้น การระบายอากาศดีขึ้นและลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017)

3. การออกกำลังกาย เป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่สามารถเปลี่ยน จากการทบทวนการวิจัยส่วนใหญ่มีรูปแบบของการที่ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นการออกกำลังกายเป็นหลัก โดยมีการออกกำลังกายกล้ามเนื้อร่างกายส่วนบนและกล้ามเนื้อร่างกายส่วนล่างร่วมด้วย การออกกำลังกายจะช่วย ให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ช่วยให้อาการหายใจเหนื่อยหอบลดลง เพิ่มความสามารถในการ ทำกิจวัตรประจำวันและเพิ่มคุณภาพชีวิต (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017)

การศึกษาจากโรงพยาบาลรามารบิดี (สุมาลี เกียรติบุญศรี, 2550) พบว่า การฝึกฝนออก กำลังกายโดยประยุกต์ใช้ท่ารำมวยจีน Tai Chi Qigong ควบคู่กับการควบคุมการหายใจแบบ pursed-lip ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ > 5 ครั้ง เป็นเวลานาน 6 สัปดาห์ขึ้นไป จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น (increase maximum exercise capacities and functional exercise capacities) ความสามารถในการหายใจเข้า (inspiratory capacity) ขณะออกกำลังกายเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหายใจแข็งแรงขึ้น คุณภาพชีวิต (health-related quality of life) ดีขึ้น และความเหนื่อยลดลง ทั้งนี้ระดับผลที่ดีขึ้นอยู่ในเกณฑ์ที่เทียบเคียงได้ และไม่น้อยกว่าการฝึกฝนโดยวิธี cycling หรือ walking แต่มีข้อดีตรงที่ปฏิบัติได้พร้อมกันเป็นกลุ่ม และฝึกฝนเองที่ชุมชนหรือที่บ้านได้

การศึกษาจาก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยใช้โปรแกรม Suandok Exercise Training (SET) ก็พบว่าได้ผลดีทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทำให้ อาการหอบเหนื่อยลดลง กล้ามเนื้อแขน-ขาแข็งแรงขึ้น ความคงทนในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ทำกิจกรรมประจำได้มากขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น และ โรคกำเริบได้ยาก อุปกรณ์ที่ใช้ในการฝึก ใช้เป็นจักรยานมือ (arm ergometer) จักรยานเท้า (leg ergometer) เคนบนสายพาน (treadmill) หรืออาจประยุกต์ใช้อุปกรณ์ที่สามารถหาได้

ง่ายและราคาถูก เช่น dumbbell ถุงทราย และยางยืด (theraband) ซึ่งสามารถให้ผู้ป่วยนำไปฝึกต่อเนื่องที่บ้านหลังสิ้นสุดโปรแกรมได้ (สมาคมออร์โธพีดิกส์แห่งประเทศไทย, 2553)

รูปแบบการออกกำลังกายสำหรับของผู้ป่วยโรคปวดคอเรื้อรัง (โรงพยาบาลสารภี, 2554) ระยะเวลาที่ก่อให้เกิดผล 12 สัปดาห์ขึ้นไป

1. การออกกำลังกายทั่วไป เพื่อเพิ่มความทนทาน ได้แก่ การเดินหรือขี่จักรยาน อย่างน้อย 20 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3 วัน

2. การบริหารกายหายใจและการบริหารกล้ามเนื้อทั่วไป โดยทำครั้งละ 20 - 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง

ท่าที่ 1 ท่าฝึกหายใจ นั่งบนเก้าอี้โดยพิงพนักเก้าอี้ปล่อยตัวตามสบาย วางมือสองข้างไว้ที่หน้าท้อง หายใจเข้าทางจมูกลึกๆช้าๆ ให้ท้องป่อง หายใจออกทางปากพร้อมทั้งทำปากจู๋และแหม่วท้อง ทำวันละ 3 ครั้ง เข้า เข็น ครั้งละ 5 - 10 นาที

ท่าที่ 2 ท่ากางแขน นั่งบนเก้าอี้โดยพิงพนักเก้าอี้ปล่อยตัวตามสบาย แล้วค่อยๆ กางแขนไปด้านข้างพร้อมกับสูดหายใจเข้าทางจมูกเต็มที่ หุบแขนกลับมาที่เดิมพร้อมกับค่อยๆ หายใจออกทางปาก ทำปากจู๋แหม่วท้อง

ท่าที่ 3 ท่ากระดกข้อเท้า นั่งบนเก้าอี้โดยพิงพนักเก้าอี้ปล่อยตัวตามสบาย เขยิบขาตรง กระดกข้อเท้าสลับซ้าย-ขวา

ท่าที่ 4 เหยียดแขน ยืนกางขาเล็กน้อยค่อยๆ ยกแขน ไปด้านหน้าขึ้นเหนือศีรษะ พร้อมสูดหายใจเข้าทางจมูกให้เต็มที่ แล้วค่อยๆเอาแขนลงมาไว้ข้างตัวพร้อมกับการหายใจออกทางปาก ทำปากจู๋แหม่วท้อง

ท่าที่ 5 ท่าบิดขี้เกียจ ยืนกางขาเล็กน้อย ยืนมือจับพนักพิง ไขว้ให้แน่น ตัวตรงหายใจเข้าบิดตัวเหยียดแขนไปทางขวา หายใจออกทางปาก ทำปากจู๋แหม่วท้อง เหยียดแขนกลับมาที่เดิม ทำสลับกันซ้าย-ขวา

ท่าที่ 6 ท่าเดินตามสบาย ให้เดินตามสบายๆ พร้อมหายใจเข้าเต็มที่แล้วค่อยๆ หายใจออกทางปากทำปากจู๋แหม่วท้อง

ท่าที่ 7 ท่าพัก ยืนเหยียดแขนสลับซ้าย-ขวา พร้อมกับฝึกหายใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาของจูลีไรต์ตัน เวียนวัน (2555) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปวดคอเรื้อรัง โดยประกอบด้วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ ออกกำลังกายกล้ามเนื้อส่วนล่าง และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก พบว่า หลังเข้าร่วมคะแนนอาการหายใจลำบากลดลง และการศึกษาของเนเวสและคณะ (Neves et al., 2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการฝึกออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ช่วยใช้

การหายใจเข้าและออก และการออกกำลังกายกล้ามเนื้อส่วนล่าง ต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นเวลาอย่างน้อย 12 สัปดาห์พบว่า สามารถลดอาการหายใจลำบากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับผู้ที่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับ 3 เป็นผู้ที่มิชอบจำกัดในการออกกำลังกายมาก และอาจไม่สามารถฝึกฝนร่างกายตาม โปรแกรมต่าง ๆ ได้ ก็อาจได้ประโยชน์จากการออกกำลังกายง่าย ๆ เช่น การกางแขน เหวี่ยงแขนขึ้นลง การกระดกขา และการบิดตัว ฯลฯ กิจกรรมง่าย ๆ เหล่านี้หากทำพร้อมการฝึกฝนการหายใจแบบ pursed-lip อย่างสม่ำเสมอจนเคยชินก็อาจช่วยบรรเทาความเหนื่อยใน ชีวิตประจำวันลงได้ (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2553) ดังนั้นการศึกษารังนี้จึงเลือกใช้การ ออกกำลังกายสำหรับของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ โรงพยาบาลโดยปฏิบัติต่อเนื่องอย่างน้อย 12 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุสามารถปฏิบัติได้ง่าย ระดับ ความแรงของการออกกำลังกายมีความเหมาะสมกับช่วงวัยรวมถึงสามารถหาอุปกรณ์ได้ที่บ้าน

4. การพักผ่อน การผ่อนคลาย และการสงวนพลังงาน เป็นการลดการใช้ออกซิเจน รวมทั้ง เป็นการวางแผนในการจัดกิจกรรมที่ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปฏิบัติได้ ไม่ก่อให้เกิดความ ไม่สุขสบายต่าง ๆ สามารถลดอาการหายใจเหนื่อยหอบและเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ ผู้ที่เป็น โรคปอดอุด กั้นเรื้อรังได้ (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2553 ; Vogelmeier et al., 2017)

5. โภชนาการ ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะมีปัญหาจากการขาดสารอาหาร มี น้ำหนักตัวต่ำกว่าร้อยละ 90 ของมาตรฐาน การดูแลด้านภาวะโภชนาการจึงมีความสำคัญในการที่จะ ให้ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถรับสารอาหารได้เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพต่อความ ต้องการของร่างกาย และรู้จักเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น ซึ่งอาหารที่เหมาะสม ควรเป็นอาหารที่ใช้ออกซิเจนเผาผลาญน้อยและมีคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดจากการเผาผลาญน้อย ที่สุดเช่นกัน (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2553 ; Vogelmeier et al., 2017)

6. การประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง (outcome assessment) จำเป็นอย่างยิ่ง และต้องทำเปรียบเทียบผู้ป่วยเมื่อก่อนเข้าโปรแกรม และ 6-12 สัปดาห์หลังเข้าโปรแกรม เพราะไม่เพียงแต่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีที่ เกิดขึ้นหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ยังเป็นการประเมินศักยภาพ และประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ ใช้ในสถาบันนั้น ๆ หลังจากนั้นควรทำการประเมินอย่างน้อยทุก 1 ปี ทั้งนี้เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย ติดตามโปรแกรมต่อไปให้นานที่สุด และสถาบันได้ทำการทบทวนปรับเปลี่ยนโปรแกรมของตนเอง ให้เหมาะสมยิ่ง ๆ ขึ้น เช่น อัตราการกำเริบของโรค อัตราการนอนโรงพยาบาล หรือค่าใช้จ่ายในการ รักษาโรคล้วนช่วยเสริมให้เห็นประโยชน์ของการการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็น โรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้น (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2553)

การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ มีประโยชน์และมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ต้องปฏิบัติในกิจกรรมอย่างหนึ่งอย่างใดเพียงอย่างเดียวมีประสิทธิภาพน้อยกว่าการจัดทำเป็น โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพซึ่งประกอบไปด้วย กิจกรรมหลากหลายมาบูรณาการร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรวิภา ยาสมุทร (2553) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเพื่อให้ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ในผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ 30 ราย กลุ่มควบคุม 34 ราย เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลของการวิจัยพบว่า อาการหายใจลำบากในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติการลดลงและมีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) และมีอัตราในการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง ยังพบการศึกษาของ Spruit และคณะ (Spruit, Pitta, McAuley, ZuWallack, & Nici, 2015) ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เน้น ให้ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยมีกิจกรรมให้ความรู้ การออกกำลังกาย และการบริหารทรวงอก ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ลดอาการหายใจลำบาก และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างมีความแตกต่างทางสถิติ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีประสิทธิภาพและได้ผลดี จะต้องอาศัยกิจกรรมที่หลากหลายร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรเน้นเรื่องของการออกกำลังกายทั้งร่างกาย ส่วนบนและร่างกายส่วนล่างด้วย มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องระยะเวลาขึ้นต่ำสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่จะทำให้เกิดผลคือ 12 สัปดาห์เป็นต้นไป (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553) จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นครอบคลุมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยจะต้องคำนึงถึงบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และรักษาโรคเบื้องต้นในการดูแลประชาชน

การศึกษานี้รูปแบบของการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีดังนี้

1.1 การให้ความรู้สำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กิจกรรมการให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ได้แก่ 1) พฤติกรรมดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการบริโภค พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการใช้ยา และพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก 2) พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการผ่อนคลาย และ 3) พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย กิจกรรมการฝึกทักษะในการใช้ยาชนิดสูด (Inhalers) การฝึกทักษะการบริหารการหายใจ กิจกรรมการฝึกทักษะออกกำลังกาย

2. การบริหารการหายใจ โดยวิธีการหายใจแบบเป่าปาก การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม
3. การบริการหายใจและออกกำลังกาย โดยวิธีการรูปแบบการออกกำลังกายสำหรับของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาล
4. การผ่อนคลาย
5. โภชนาการ
6. การประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (outcome assessment)

สำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรุนแรงระดับ 3 มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นจนรบกวนชีวิตประจำวัน มีอาการกำเริบของอาการหายใจลำบากรุนแรงมาก จึงทำให้มีข้อจำกัดในปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในด้านต่างๆ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2553) ทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง (GOLD, 2017) ส่งผลให้จำเป็นต้องมีบุคคลอื่นเข้ามาส่งเสริมเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสม

การมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การมีส่วนร่วมเป็นคำที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการมีส่วนร่วมของบุคคล กลุ่มคนหรือองค์กรต่างๆ ได้มีผู้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมแตกต่างกันดังต่อไปนี้

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2543) ได้ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมเป็นการระดมความร่วมมือของบุคคลเข้ามาร่วมในแผนงาน โครงการ กิจกรรมตามที่หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนด และการให้อำนาจบุคคล ชุมชนในการตัดสินใจโดยให้บุคคลมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมและวิธีดำเนินการ ตั้งแต่เริ่มต้นกำหนดปัญหา ค้นหาสาเหตุ ร่วมวางแผน ร่วมกำหนดอนาคตที่ต้องการจะเป็นจนถึงร่วมลงทุน ร่วมปฏิบัติ ร่วมตรวจสอบและติดตาม ประเมินผล รวมทั้งร่วมรับผลประโยชน์ ผลกระทบที่เกิดขึ้น การเปิดโอกาสให้บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องหรืออย่างน้อยที่สุด การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คือหัวใจสำคัญของการมีส่วนร่วม

เจลิม เก็ค โมลิ (2543) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วม คือ กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนา ร่วมคิดร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง ร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ ความรู้ความชำนาญ และสนับสนุนติดตามผลการปฏิบัติขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

สุมาลี ไชยแสนทา (2546) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการตั้งแต่ต้น โดยการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในเรื่องที่จะพัฒนาพร้อมทั้งเข้าร่วมปฏิบัติในกิจกรรมของโครงการ พัฒนาและมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลรวมทั้งร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนา นั้นๆ ด้วย

ฮอลโลเวย์ (Holloway, 1993, อ้างใน เสาวลักษณ์ สุขใจ, 2542) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง การที่บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตลอดจนเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ

จากข้อความข้างต้น ความหมายของการมีส่วนร่วม สามารถสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม คือ กระบวนการที่บุคคลหรือกลุ่มคนเข้ามาร่วมกันพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ร่วมกันค้นหาปัญหา การตัดสินใจ ร่วมวางแผน ดำเนินการและประเมินผล เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ

ครอบครัว หมายถึง ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมครัวเรือน ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2525 ตามทัศนะทางสังคมวิทยา ครอบครัวมักจะหมายถึง ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือการแต่งงาน คือ ครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก สำหรับทัศนะทางมานุษยวิทยา ครอบครัวมักจะใช้โดยความหมายควบคู่ไปกับเครือญาติ โดยสื่อให้เห็นว่าครอบครัวอยู่ในบริบทของกลุ่มคนที่กว้างกว่าครอบครัวเดี่ยว โดยที่ครอบครัวมักจะมีพ่อแม่ลูกและญาติคนอื่นๆ อาศัยอยู่ด้วย (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542)

ครอบครัว เป็นที่รวมของบุคคลที่อาศัยในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด การแต่งงานหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม ในกรณีที่สมาชิกไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน หรือแยกกันอยู่ ยังยึดถือว่าตนมีบ้านที่ถือเป็นครอบครัวอยู่ร่วมกันฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทเฉพาะของตน เช่น เป็นสามี เป็นภรรยา พ่อ แม่ ลูก ฯลฯ และครอบครัวมักมี ประเพณีวัฒนธรรมร่วมกันที่อาจต่างจากกลุ่มอื่น (Duvall & Miller, 1985)

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายโลหิต โดยรวมกันเป็นกลุ่ม บุคคลมีความสัมพันธ์ ตามบทบาทหน้าที่ มีความผูกพันกัน และเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญ ยิ่ง เป็นสถาบันเบื้องต้นที่ได้มีการอบรมหล่อหลอมพฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคล เป็นแหล่งอนุรักษ์ และถ่ายทอดวัฒนธรรมจากชนรุ่นหนึ่งไปยังรุ่นต่อไปด้วย เป็นแหล่งให้การช่วยเหลือ ทำให้สามารถฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ ได้ (วิลาวัณย์ เสนารัตน์, 2545)

ครอบครัว หมายความว่ารวมถึงกลุ่มบุคคลที่อยู่ร่วมกัน มีความผูกพันใกล้ชิด มีวัตถุประสงค์ และ เป้าหมายของครอบครัวร่วมกัน ซึ่งการอยู่ร่วมกันอาจเป็นการอยู่ร่วมกันในหมู่ผู้ร่วมสายโลหิต เช่น พ่อแม่ พี่น้อง หรือญาติสายตรง และผู้ที่ไม่ได้ร่วมสายโลหิตแต่มีความผูกพันใกล้ชิดกัน เช่น เป็นสามี-ภรรยา ก็ได้เช่นกัน โดยบุคคลมีกิจกรรมต่าง ๆ กัน และมีความรับผิดชอบหน้าที่และแบ่งหน้าที่ร่วมกัน ในระหว่างสมาชิกครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

กล่าวโดยสรุปว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อาศัยในครัวเรือนเดียวกัน อาจเกี่ยวพันกัน ทางสายเลือดหรือไม่ก็ได้ อาจเกี่ยวพันกันทางกฎหมายหรือมีความสัมพันธ์กันทางสังคมมีความผูกพัน ซึ่งกันและกัน ได้แก่ พ่อแม่ สามี ภรรยา บุตร เครือญาติ อื่นๆ และกลุ่มเหล่านั้นยอมรับว่าตนเป็นส่วน หนึ่งของครอบครัว

ดังนั้น การมีส่วนร่วมของครอบครัว จึงหมายถึง การที่กลุ่มบุคคลที่อาศัยในครัวเรือนเดียวกัน ซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัว เข้ามาร่วมกันพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ร่วมกันค้นหา ปัญหา การตัดสินใจ ร่วมวางแผน ดำเนินการและประเมินผล เพื่อให้เกิดความรู้สึกร่วมมีส่วนร่วมและ รับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ

แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว

แนวคิดการมีส่วนร่วม (participation) เป็นแนวคิดที่เริ่มจากระบบการเมืองการปกครอง เพื่อให้ ประชาชน รัฐบาลหรือผู้นำประเทศ มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหรือแบ่งปันผลประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งมีการนำเสนอไว้ดังนี้

แอนดรูว์ และ สตีเฟล (Andrew & Stiefel, 1980) ได้กล่าวถึงลักษณะของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ประการ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
2. การมีส่วนร่วมในขั้นปฏิบัติการ
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) ได้แบ่งรูปแบบของการมีส่วนร่วมของ ประชาชนไว้ 4 รูปแบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ (decision making) ได้แก่ การคิดค้นและ วิเคราะห์ ปัญหาาร่วมกัน ในลักษณะของการร่วมคิด มิใช่จากใครฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง และนำสิ่งที่คิดร่วมกันมา

กำหนดแผนการปฏิบัติร่วมกัน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจลงมือปฏิบัติ

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (implementation) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการ สละทรัพยากร สละแรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ด้วยความเต็มใจการประสานความช่วยเหลือและมีส่วนร่วมในการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติในโครงการ หากเป็นการเข้าร่วมโดยสมัครใจจะมีการคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหลังจากการมีส่วนร่วมด้วย

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (benefits) มีทั้งผลประโยชน์ทางรูปธรรมที่ต้องการ ให้เกิดตามกิจกรรมที่ทำนั้น ไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ด้านวัตถุ ผลประโยชน์ด้านบุคคล และผลประโยชน์ด้านสังคม

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) เป็นการมีส่วนร่วมในการวัดผล การควบคุม ตรวจสอบและวิเคราะห์ผลของทางการดำเนินงานของกิจกรรมทั้งหมด

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2528) ได้นำเสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนดังนี้

1. การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และพิจารณาแนวทางแก้ไข
2. การตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไข และวางแผนหรือโครงการแก้ไขปัญหา
3. การปฏิบัติแก้ไขปัญหตามแผนและโครงการที่วางไว้
4. การรับประโยชน์จากโครงการ
5. การประเมินผลโครงการ

ข้างต้นทำให้เห็นว่า แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) เป็นกระบวนการส่วนร่วมที่ครอบคลุม และจากการศึกษาของนายเอกชัย กันธะวงศ์ (2557) นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนที่โคเฮนและอัฟฮอฟฟ์มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียนเพื่อพัฒนาการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และศึกษาผลของการป้องกันต่อความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบด้วย 1) กลุ่มพัฒนาการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 18 คน และ 2) กลุ่มผู้เข้าร่วมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 66 คน ผลการพัฒนาการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ได้แผนการจัดกิจกรรมประกอบด้วย 1) การให้ความรู้แก่นักเรียนโดยวิธี walk rally 2) การตั้งกลุ่มแกนนำนักเรียนอาสาป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การให้ความรู้ผ่านเสียงตามสายในโรงเรียน 4) การเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5) การรณรงค์รอบรู้โรงเรียนปลอดเหล้า และ 6) การจัดงานวันมหกรรมปลอดเหล้า ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กิจกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียนที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะการปฏิเสธ และความตั้งใจในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้ จากการศึกษาดังกล่าวทำให้เห็นว่าได้ผลลัพธ์ที่ดี ผู้วิจัยจึงเลือกแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน มาประยุกต์เพื่อการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว สำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมลดสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์ (2536) ได้กล่าวถึงความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อสมาชิก "ไว้ว่าเป็นความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก ซึ่งปรากฏในทุกลักษณะของครอบครัวอย่างน้อยที่สุดเมื่อเด็กอยู่ในวัยทารก ความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างสามีกับภรรยา ถ้าความสัมพันธ์นี้ดี ครอบครัวก็จะมั่นคงและสร้างสรรค์ สมาชิกในครอบครัวก็จะพัฒนาไปสู่ความสำเร็จในชีวิตและความสำคัญในหน้าที่ของครอบครัวที่มีต่อบุคคลจะปรากฏในทุกวัฒนธรรม คือ ให้บทเรียนในการต่อชีวิต บทบาททางเพศทั้งชายและหญิง ค่านิยม ทักษะคิดในการประกอบอาชีพและสุนทรียภาพแห่งชีวิต

องค์ประกอบในการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่สำคัญของการพยาบาล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Shelton & Stepanek, 1995) คือ

1. บุคคลแต่ละบุคคลเป็นสมาชิกของครอบครัวโดยถาวร แต่ผู้ใช้บริการหรือระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ หรือภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล
2. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลไม่ว่าจะเป็นการดูแลที่โรงพยาบาล บ้านและชุมชน
3. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่สมบูรณ์ และไม่ลำเอียงระหว่างครอบครัวและวิชาชีพในการให้การสนับสนุนบุคคลตลอดเวลา
4. ยอมรับ ตระหนัก ให้เกียรติ และเคารพในความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศักยภาพ และความเป็นบุคคล ทั้งภายในและระหว่างครอบครัวทุกๆ ครอบครัว ได้แก่ ความแตกต่างในเชื้อชาติ ศาสนา สังคม เศรษฐกิจและแหล่งที่อยู่อาศัย
5. สร้างความมั่นใจว่าระบบบริการและการสนับสนุนทางสังคม มีความยืดหยุ่นสามารถเข้าไปใช้บริการได้
6. ให้การพยาบาลเป็นปัจเจกบุคคล
7. มีความยืดหยุ่นสำหรับความต้องการของครอบครัว

การมีส่วนร่วมของครอบครัวจากการทบทวนเอกสารงานวิจัย การศึกษาของ พิภูล เจริญสุข (2549) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ พบว่า ครอบครัวได้สะท้อนให้เห็นถึงแรงจูงใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ได้แก่ ความรักความผูกพัน เป็นหน้าที่รับผิดชอบ และเป็นการตอบแทนบุญคุณ การศึกษาของพัชรินทร์ มาลีหาล (2551) ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามปัจจัยถึงเร็วและการเสริมสร้างทักษะการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตก่อนล่าง พบว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามปัจจัยถึงเร็วและการเสริมสร้างทักษะการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยอัมพาตก่อนล่างมีปรับตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ ยอดเรือน (2549) ศึกษาการมีส่วนร่วมของญาติในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ภายหลังจากทดลองที่มีส่วนร่วมของญาติระดับน้ำตาลเฉลี่ยของกลุ่มทดลองดีกว่าระดับน้ำตาลของกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่าการพยาบาลสามารถประสบความสำเร็จด้วยดีเมื่อพยาบาลให้การพยาบาล โดยเน้นให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลควรปฏิบัติตามวิธีการส่งเสริมการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว การดูแลของครอบครัวด้วยใจรักและด้วยความผูกพันจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวประกอบด้วยทั้งหมด 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกัน วินิจฉัยปัญหา ร่วมกันระดมสมองในการวางแผน ร่วมกันกำหนดรูปแบบกิจกรรม
- 2) ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อปฏิบัติตามโปรแกรมที่วางแผนไว้
- 3) ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ เป็นความพึงพอใจต่อผลประโยชน์ที่ครอบครัวได้รับ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 3.1) ด้านวัตถุคือ สิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมจากการดำเนินการ 3.2) ด้านสังคมคือ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากการดำเนินการ และ 3.3) ด้านบุคคล เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการพัฒนา

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 4) ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินการ

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะช่วยเหลือในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยครอบครัวจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ได้แก่ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

การพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

การพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นขั้นตอนที่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและสมาชิกครอบครัวร่วมกันประเมินสถานการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีต่อตนเองและครอบครัว การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การมีส่วนร่วมขั้นตอนนี้ทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและสมาชิกครอบครัวแสดงความคิดเห็นได้อย่างมีอิสระ เกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยนได้ผลกระทบที่เป็นจริงที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว จากการมีส่วนร่วมประเมินสถานการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มรับรู้ถึงผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยอมรับว่าผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาของตนเองและครอบครัว ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเต็มใจในการเข้ามามีส่วนร่วมที่ดำเนินการแก้ไขปัญหา และการค้นหาสาเหตุของปัญหาถือเป็นประเด็นที่มีความสำคัญมาก เพราะได้นำมาเป็นประเด็นหลักในการอภิปรายเพื่อวางแผนหาวิธีแก้ไข โดยการระดมผู้เข้าร่วมทั้งสองกลุ่มร่วมกันระดมสมองเพื่อกำหนดรูปแบบโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การกำหนดกิจกรรมและวางแผนดำเนินการนี้ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและสมาชิกครอบครัวได้คำนึงความเป็นไปได้ว่าต้องเองและครอบครัวสามารถปฏิบัติได้จริงหรือไม่ ทำให้โปรแกรมมีความเหมาะสมตามบริบทของแต่ละครอบครัว เพิ่มโอกาสประสบความสำเร็จในการดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เป็นการนำโปรแกรมไปใช้ โดยสมาชิกครอบครัวและผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้มีการมอบหมายหน้าที่ในอย่างชัดเจน กำหนดวันเวลาในการดำเนินกิจกรรม ทำให้เกิดรูปแบบในการทำงานแบบ “ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมแรงร่วมใจ”

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและสมาชิกครอบครัวได้ร่วมกันวิเคราะห์ถึงประโยชน์ที่จะได้แก่ 1) ทรัพย์สินหรือวัสดุที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน 2) สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปจากการดำเนินการ และ 3) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้เข้าร่วม โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ผลจากการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการประชุมร่วมกันเพื่อประเมินผลสำเร็จในการดำเนินการ และหาแนวทางสำหรับการดำเนินการต่อไปให้มีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าแต่ละขั้นตอนในการดำเนินงานนั้น มีการดำเนินการร่วมกันระหว่างผู้ที่มีเป็นโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังและสมาชิกครอบครัว ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของผู้ที่เข้าร่วมดำเนินการและ เกิดการทำงานแบบบูรณาการ ซึ่งถือเป็นหัวใจของการทำงานในชุมชน ที่จะนำไปสู่ การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยชุมชนเพื่อชุมชนอย่างแท้จริง (วิณา เทียงธรรม วิณา เทียงธรรม, สุณีย์ ละกาปัน และอาภาพร เฝ้าวัฒนา, 2554)

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1980) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในวางแผนการตัดสินใจ (participation in decision making) เป็นระยะที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมกันระหว่างผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและสมาชิกครอบครัว จากนั้นผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวร่วมกันระดมสมองในการกำหนดรูปแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยคำนึงถึงการที่ครอบครัว จะเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างไร ในการดำเนิน ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (participation in implementation) โดยผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น โดยความสมัครใจ เพื่อทดสอบผลของโปรแกรม ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (participation in benefit) ซึ่งเป็นผลประโยชน์ในระยะสั้นที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างหลังจากการดำเนินการ โดยเป็น ความพึงพอใจต่อผลประโยชน์ที่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและสมาชิกครอบครัวได้รับ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 3.1) ด้านวัตถุคือ สิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมจากการดำเนินการ ซึ่งหมายถึง โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3.2) ด้านสังคมคือ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากการดำเนินการ ซึ่งหมายถึง ความรัก ความเอาใจใส่ สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวกับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 3.3) ด้านบุคคล คือ สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งได้แก่ ความรู้ ทักษะและภาวะสุขภาพของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม และขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวร่วมกันประเมินผลของรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น โดยการประเมินระดับ อาการหายใจลำบาก ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และประเมินผลของโปรแกรม ต่อจากนั้นผู้วิจัย

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลให้แก่ผู้ที่เป็นโรค ครอบครัว เพื่อร่วมกันเสนอข้อดีและข้อเสีย สิ่ง
ที่ควรปรับปรุงของโปรแกรม และหาแนวทางสำหรับการแก้ไขการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพ
ต่อไป



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved