

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและสมรรถนะปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร ตำรา วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) เป็นโรคที่มีลักษณะการอุดกั้นทางเดินหายใจแบบไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมหรือในเนื้อปอดทำให้หลอดลมตีบแคบลงหรือตัน การอุดกั้นที่เกิดขึ้นจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยปกติทั่วไปมักหมายรวมถึง 2 โรคคือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง

โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นคำที่นิยามทางคลินิก หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการไอและมีเสมหะเรื้อรังโดยมีอาการเป็นๆ หายๆ ปัสสาวะอย่างน้อย 3 เดือน และผู้ป่วยจะมีอาการในลักษณะนี้เป็นระยะเวลาติดต่อกันประมาณ 2 ปีหรือมากกว่านั้นโดยไม่มีสาเหตุ

โรคถุงลมโป่งพอง เป็นคำนิยามทางพยาธิสภาพ หมายถึง ภาวะการโป่งพองของถุงลมซึ่งมีการทำลายของผนังถุงลมร่วมด้วย ทำให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติ และการที่มีการขยายของถุงลมใหญ่ขึ้น จึงทำให้ไปกดหลอดลมขนาดเล็กๆ จึงทำให้เสมือนมีหลอดลมอุดกั้นขึ้น

ซึ่งทั้งสองโรคนี้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จะแยกออกจากกันได้ยากมาก ดังนั้นจึงมักเรียกโรคทั้งสองชนิดนี้ว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

สำหรับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้ ปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่บ่งชี้ว่าน่าจะเป็นสาเหตุหรือเหตุร่วมในการเกิดโรคที่สำคัญที่สุด คือ การสูบบุหรี่ ในประเทศไทยบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึงร้อยละ 85 - 90 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาพรพรณ, 2543) ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีมลภาวะทางอากาศ หรือฝุ่นละออง คาร์บอน และสารพิษต่างๆ จากโรงงานอุตสาหกรรมที่ทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจ และการอักเสบติดเชื้อของทางเดินหายใจอย่างเรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางพันธุกรรม จากการขาดสารอัลฟา 1-แอนตีทริปซิน (alpha 1-antitrypsin) หรือการขาดแอนตีโปรเตเอส อินฮิบิเตอร์ (antiprotease inhibitor) ซึ่งมีหน้าที่ป้องกันการทำลายถุงลม แต่ข้อมูลการศึกษาของโรงพยาบาลรามาธิบดีพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 10 ไม่เคยสูบบุหรี่ การแพ้สารต่างๆ ปอดเสื่อมลงตามอายุขัยเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดน้อยลงและมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงที่ปอด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552; อัมพรพรพรณ ธีรานูตร, 2542)

พยาธิสภาพและกลไกการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพยาธิสภาพของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังร่วมกับโรคถุงลมโป่งพอง โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ การสูบบุหรี่ เพราะในควันบุหรี่ประกอบด้วยสารเคมีประมาณ 1,200 ชนิด เช่น อัลดีไฮด์ (aldehydes) เมอร์คิวรีเบนซ์ไพรีน (mercury benzpyrene) ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (hydrogen cyanide) ไฮโดรเจนซัลไฟด์ (drogensulphide) และคาร์บอนมอนอกไซด์ (carbonmonoxide) โดยที่เมื่อสูดหายใจเอาสารพิษต่างๆ เป็นระยะเวลาานานๆ ควันบุหรี่และก๊าซพิษเหล่านั้นจะทำลายเซลล์ขนกวัดที่เยื่อหลอดลมให้ทำงานช้าลง ทำให้การกำจัดสารพิษและสิ่งแปลกปลอมภายในปอดไม่เป็นไปตามปกติ เกิดการระคายเคืองต่อหลอดลม กระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของหลอดลม โดยต่อมมูก (globet cell) ภายในหลอดลมจะขยายขนาดโตและเพิ่มจำนวนมากขึ้นหลังมูกมากกว่าปกติ กล้ามเนื้อหลอดลมมีขนาดใหญ่และหดตัวหนาขึ้นส่งผลให้ท่อหลอดลมตีบแคบลง และการอักเสบติดเชื้อของทางเดินหายใจอย่างเรื้อรัง ถ้ามีการติดเชื้อหรือได้รับการกระตุ้นจากสารบางอย่าง (allergen) ในทางเดินหายใจ อาจทำให้หลอดลมหดเกร็งและเกิดการตีบตันของหลอดลมเพิ่มขึ้นนำไปสู่ภาวะเหนื่อยหอบรุนแรงตามมา (acute exacerbation) (อัมพรพรพรณ ธีรานูตร, 2542) จากภาวะหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังทำให้ออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายได้น้อยและขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกไปได้น้อยด้วย ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติ ความดันในหลอดเลือดบริเวณปอดสูงขึ้น (pulmonary hypertension) ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีผลจากปอด (corpulmonale) ตามมาในที่สุด (สมาคมนุรักษ์แห่งประเทศไทย, 2548; อัมพรพรพรณ ธีรานูตร, 2542)

อาการและอาการแสดง

ระยะแรกของโรคจะเกิดพยาธิสภาพที่ทางเดินหายใจขนาดเล็กๆ ก่อน จึงทำให้ยังไม่ปรากฏอาการ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นเป็นไปอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป แต่จะมีการพัฒนาความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการไอ หลังจากนั้นจะรู้สึกเหนื่อยง่าย เมื่อออกแรง ขณะหายใจจะมีเสียงดังวี๊ด (wheezing) มีอาการหายใจลำบาก อาการเหล่านี้อาจเริ่มเพียงหอบเหนื่อยเล็กน้อย ไอในตอนเช้าหลายๆ ครั้งและเสมหะมีลักษณะเป็นมูกขาว (mucoïd) แต่ปริมาณไม่มาก รู้สึกเพลียเมื่อขึ้นบันได และเนื่องจากอาการไม่ปรากฏแน่ชัดผู้ป่วยจึงมักไม่สนใจรักษา จนกระทั่งอาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยทุกขุทรมานจากอาการหายใจลำบากและต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้นโดยเฉพาะเมื่อหายใจออก (force exhalation) จะต้องใช้กล้ามเนื้ออื่นนอกเหนือจากที่เคยใช้ช่วยในการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อที่คอ ไหล่ และหน้าท้องต้องเป่าปากเวลาหายใจออก เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้ลมหายใจออกนานขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากมากขึ้นและบ่อยครั้งแม้ในขณะที่รับประทานอาหารเช้า ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) อาการหายใจลำบากจะรบกวนผู้ป่วยจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ป่วยจะมีลักษณะการหายใจแบบเป่าปากและมักจะนั่งเอนตัวมาข้างหน้า (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542) อาการหอบเหนื่อยและอาการไอมีเสมหะอาจเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะเมื่อมีการติดเชื้อในทางเดินอากาศส่วนล่าง มีการเปลี่ยนแปลงของฤดูกาล สูดหายใจเอามลพิษปริมาณสูงพอ เรียกว่า ภาวะโรคกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation of COPD, AECOPD) (ชายชาญ โพธิ์รัตน์, 2550, หน้า 413)

อาการหลักของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุด (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542, หน้า 55-58) คือ อาการหอบเหนื่อยหายใจลำบากโดยเฉพาะเมื่อประกอบกิจกรรมต่างๆ และเมื่อโรคเพิ่มความรุนแรงขึ้นผู้ป่วยจะต้องใช้กล้ามเนื้อส่วนอื่นๆ ช่วยในการหายใจได้แก่ กล้ามเนื้อคอ ไหล่ หน้าท้อง และช่วงเวลาในการหายใจออกจะนานผิดปกติ หายใจมีเสียงวี๊ด น้ำหนักลด ทรวงอกมีลักษณะเป็นรูปถังเบียร์ หน้าอกยกในท่าหายใจเข้า หลังโกง ผู้ป่วยมักหายใจออกโดยการห่อปากแรงดันภายในทรวงอกเพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดดำที่คอโป่งขณะหายใจออกและแฟบลงขณะหายใจเข้า ในระยะท้ายของโรคจะพบอาการของระบบหายใจวาย มีอาการของก๊าซออกซิเจนในเลือดต่ำ เช่น ปวดศีรษะ ซีพเจอร์เพิ่ม ความดันโลหิตสูง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเขียวหรืออาการของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (CO₂ narcosis) เช่น มือเท้าอุ่น ฝ่ามือแดง มือสั่น ง่วงซึม ปวดศีรษะ จากหลอดเลือดในสมองขยายและอาจถึงแก่กรรมได้



โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งอาการและอาการแสดงเป็น 2 ระยะ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548, หน้า 13) คือ ระยะสงบ (stable COPD) และระยะกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation of COPD)

1. ระยะสงบ (stable COPD) คือ การที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการไอเรื้อรัง บางครั้งอาจจะถี่หรือบ่อยขึ้น มีเสมหะและมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ และจะเหนื่อยเมื่อทำงานหนักหรือเดินเร็ว ๆ อย่างต่อเนื่องเท่านั้น เป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคกำเริบอย่างเฉียบพลันที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันที่บ้านได้ แต่ถ้ามีอาการรุนแรงขึ้นผู้ป่วยอาจจะไอถี่ขึ้น และหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้นกว่าเดิม อาจจะรบกวนชีวิตประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร และรบกวนการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย

2. ระยะกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation of COPD) คือ การที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการเลวลงอย่างกะทันหัน หายใจเหนื่อยมากขึ้น ไอมากขึ้น มีเสมหะเพิ่มมากขึ้นหรือข้นขึ้นหรือมีเสมหะเปลี่ยนสี ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายมีโอกาสเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันได้ ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการกำเริบไม่รุนแรง ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันและพักผ่อนนอนหลับได้ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ถ้ามีอาการกำเริบรุนแรงจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ซ้ำลง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายในระยะแรกอาจไม่พบสิ่งผิดปกติ (วิทยา ศรีมาดา, 2547, หน้า 97-98) นอกจากบางครั้งอาจพบเพียงผู้ป่วยหายใจออกได้ช้ากว่าปกติ และอาจพบมีเสียงวี๊ดเวลาหายใจออกอย่างแรง ต่อมาเมื่อโรคเป็นมากขึ้นปอดจะขยายใหญ่ขึ้น ทำให้ทรวงอกขยายขึ้น กระบังลมเคลื่อนไหวได้น้อยลง เสียงปอดลดลง หายใจออกนาน อาจได้ยินเสียงหายใจแบบหยาบ (coarse crackles) บริเวณปอดส่วนล่าง และอาจได้ยินเสียงวี๊ดโดยเฉพาะเวลาหายใจออกอย่างแรง นอกจากนี้เสียงหัวใจเบาลง สำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะสุดท้ายผู้ป่วยมักจะอยู่ในท่าที่ ทำให้เหนื่อยน้อยลง เช่น ยกแขนไปด้านหน้าเพื่อใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ (accessory respiratory muscle) อาจมีการใช้การหายใจแบบห่อปากขณะหายใจออก อาจพบภาวะเขียวของปากและเล็บมือ อาจคลำได้ตับโตเนื่องจากถูกดันลงมาโดยปอดที่พองโตขึ้น หลอดเลือดดำที่คอโป่งพองเนื่องจากความดันในช่องทรวงอกเพิ่มขึ้นหรือหัวใจด้านขวาล้มเหลว อาจพบมือสั้นถ้ามีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์รุนแรง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะมีลักษณะทางคลินิกต่อไปนี้

1. เมื่อเคาะปอดดูแล้วจะพบว่า มีลักษณะโปร่ง
2. หลอดลมจะถูกดึงลงไปทำให้ระยะทางระหว่างกระดูกไครครอยด์ (cricoid cartilage) และปุ่มกระดูกกลางหน้าอก (suprasternal notch) สั้นลง คือ น้อยกว่า 3 นิ้วมือ (finger breadth)

3. เส้นผ่านศูนย์กลางด้านหน้าและหลังของทรวงอกกว้างเนื่องจากปริมาตรของปอดเพิ่มขึ้น

4. ขณะที่ผู้ป่วยหายใจเข้านั้นช่องระหว่างซี่โครงและช่องระหว่างกิ่งกลางไหปลาร้า (supraclavicular fossa) จะบวมลง ทั้งนี้เพราะกล้ามเนื้อหายใจหดตัวอย่างรุนแรงและมีผลทำให้ความดันในเยื่อหุ้มปอดลดลงอย่างมาก

5. เมื่อผู้ป่วยขาดออกซิเจนจนถึงระดับที่มีความเข้มข้นของฮีโมโกลบินมากกว่า 5 กรัมต่อเดซิลิตร หรือปริมาณออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) ต่ำกว่าร้อยละ 85 จะตรวจพบว่า มีปลายมือปลายเท้าเขียว

6. ผู้ป่วยอาจจะมีอาการแสดงของคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง เช่น ชีพจรเต้นเบาเร็ว มือสั่น เส้นเลือดดำที่แขนมีขนาดใหญ่ขึ้นและมีการบวมของ Optic disc (papilledema)

7. ภาวะหัวใจด้านขวาล้มเหลว (corpulmonale) เนื่องจากการที่มีความดันสูงในปอดคือมีค่าระหว่าง 25-50 มิลลิเมตรปรอท สาเหตุเนื่องมาจากการมีภาวะพร่องออกซิเจนเป็นระยะเวลานาน ทำให้หลอดเลือดแดงพัลโมนารีเกิดการบีบตัวและเกิดพยาธิสภาพขึ้นทำให้มีแรงดันสูงขึ้น จะพบว่าผู้ป่วยมีหน้าแดงบวม มีความดันจุกูลาร์ (jugular venous pressure) สูงและพบตับโต

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. การตรวจทางรังสีวิทยา (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548, หน้า 11) ภาพรังสีทรวงอกมีประโยชน์น้อยสำหรับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่มีความสำคัญในการแยกโรคอื่นในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองอาจพบลักษณะ Hyperinflation คือ กะบังลมแบนราบและหัวใจมีขนาดเล็กในผู้ป่วยที่มี corpulmonale จะพบว่าหัวใจห้องขวาและ pulmonary trunk มีขนาดโตขึ้น และ peripheral vascular marking ลดลง การตรวจ high resolution CT (HRCT) ไม่มีความจำเป็นในการวินิจฉัย COPD แต่อาจช่วยในการแยกโรคอื่น

2. การตรวจสมรรถภาพปอด Spirometry (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553, หน้า 12) มีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจหาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะเริ่มต้น ยืนยันการวินิจฉัยโรคปอด ประเมินความรุนแรงของโรคและติดตามการดำเนินของโรค และดูการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาขยายหลอดลม โดยการตรวจ spirometry นี้จะต้องตรวจเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ (stable) และไม่มีอาการกำเริบของโรคอย่างน้อย 1 เดือน การตรวจสามารถวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการ จะพบลักษณะของ airflow limitation โดยพบว่า

1. วัดปริมาตรอากาศหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV₁) มีค่าต่ำกว่าปกติ

2. อัตราส่วนของ FEV₁ / FVC x 100 มีค่าต่ำกว่าร้อยละ 70 และไม่ตอบสนองต่อ

ยาขยายหลอดลม

3. Total lung capacity (TLC) มีค่าสูงขึ้นมากกว่าปกติ
4. อัตราส่วนของ residual volume (RV) ต่อ total lung capacity (TLC) ($RV/TLC \times 100$) มีค่ามากกว่าร้อยละ 40
5. Residual volume (RV) มีค่าสูงขึ้น
6. ค่า diffusing capacity ต่อ carbon monoxide (DLCO) มีค่าลดลงใน pulmonary emphysema

ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการลดลงของค่า FEV₁ มี

1. อัตราการลดลงของค่า FEV₁ เร็วเมื่อตรวจพบโรคตั้งแต่อายุน้อย
2. คนสูบบุหรี่มากมีการลดลงของค่า FEV₁ เร็วกว่าคนสูบบุหรี่น้อยและเมื่อหยุดสูบบุหรี่อัตราการลดลงของค่า FEV₁ เป็นเหมือนคนปกติ
3. ภาวะการติดเชื้อของทางเดินหายใจทำให้ค่า FEV₁ ลดลงอย่างรวดเร็ว
4. ค่า Alpha-1-antitrypsin ยิ่งต่ำอัตราการลดลงของค่า FEV₁ ยิ่งมากขึ้น
5. ผู้ป่วยที่ตอบสนองดีต่อขยายหลอดลมมีการลดลงของค่า FEV₁ ช้าและมีการทำนายโรคดีขึ้น (Fishman, et. al., 1998 อ้างอิงใน อัมพรพรรณ ชีรานูตร, 2542, หน้า 70-71)

จากการศึกษาอัจฉรา รัชชวรรณวงศ์ (2547) ปัญหาที่เกี่ยวกับยาและผลลัพธ์ในการแก้ไข ปัญหาของผู้ป่วยนอกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลนครพิงค์ จากการทดสอบสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มที่ให้บริบาลทางเภสัชกรรมโดยการให้คำแนะนำปรึกษา ด้านการใช้ยา การประเมินผลลัพธ์การรักษาพบว่า มีผลลัพธ์เชิงคลินิกดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการ บริบาลทางเภสัชกรรม โดยประเมินจากการทดสอบสมรรถภาพทางปอดของผู้ป่วยจากค่า FEV₁ ที่เพิ่มขึ้น

3. การตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (อัมพรพรรณ ชีรานูตร, 2542, หน้า 62-63) เป็นวิธีการที่ใช้เพื่อช่วยวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะในช่วงที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) และช่วยหาระดับก๊าซออกซิเจนในเลือดแดง เพื่อเป็นข้อบ่งชี้ในการให้การรักษาด้วยออกซิเจนระยะยาว ระดับก๊าซในเลือดแดงที่ได้จะช่วยบอกถึงความผิดปกติในการแลกเปลี่ยนก๊าซเกี่ยวกับการรับออกซิเจน และการกำจัดคาร์บอนไดออกไซด์ได้ ค่าที่ได้จากการวิเคราะห์ในระยะแรกของโรคนั้นระดับก๊าซในเลือดแดงจะได้ค่าปกติ ต่อมาเมื่อสมรรถภาพของปอดเลวลงเล็กน้อยและความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 ผู้ป่วยจะเริ่มมีภาวะพร่องออกซิเจนเล็กน้อย (mild hypoxemia) ค่าแรงดันของออกซิเจนในเลือดแดง (PaO₂) จะต่ำลงเล็กน้อยประมาณ 65-75 มิลลิเมตรปรอท แต่ค่าแรงดันของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (PaCO₂) มักปกติ เมื่อการดำเนิน

ของโรคมากขึ้นความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 และระดับ 3 จะพบว่าผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนปานกลาง (moderate hypoxemia) มีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด ผู้ป่วยจะมีค่า pH อยู่ในระดับปกติ คือ 7.35 -7.45 ส่วนในผู้ป่วยที่มีภาวะ acute exacerbation จะมีภาวะพร่องออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ค่า PaCO₂ จะสูงขึ้นอยู่ระหว่าง 50 -90 มิลลิเมตรปรอท มีความเป็นกรดในเลือดมากขึ้น (acidosis) ค่า pH ในเลือดจะต่ำกว่า 7.26

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรค

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย (2548) แบ่งระดับความรุนแรงของโรคได้ดังนี้

1. ระดับที่ 1 ความรุนแรงของโรคระดับเล็กน้อย (mild) ไม่มีอาการหอบเหนื่อย การตรวจสมรรถภาพปอด พบค่าปริมาตรอากาศขณะหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที (FEV₁) มากกว่าหรือเท่ากับ 80 เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน

2. ระดับที่ 2 ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง (moderate) มีอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อยร่วมกับมีอาการกำเริบของโรคไม่รุนแรง การตรวจสมรรถภาพปอด พบค่าปริมาตรอากาศขณะหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที (FEV₁) อยู่ระหว่าง 50-79 เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน

3. ระดับที่ 3 ความรุนแรงของโรคระดับรุนแรง (severe) มีอาการหอบเหนื่อยจนรบกวนกิจวัตรประจำวันและมีอาการกำเริบของโรครุนแรงมาก การตรวจสมรรถภาพปอดพบค่าปริมาตรอากาศขณะหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที (FEV₁) อยู่ระหว่าง 30-49 เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน

4. ระดับที่ 4 ความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงมาก (very severe) มีอาการหอบเหนื่อยตลอดเวลา มีอาการกำเริบของโรครุนแรงมาก การตรวจสมรรถภาพปอด พบค่าปริมาตรอากาศขณะหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที (FEV₁) น้อยกว่า 30 เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน

นอกจากนี้สมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกายังได้จำแนกระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ (American Lung Association, 1975 cited in Dudley, Glaser, Jorgenson, and Logan, 1980) แบ่งได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. ระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบเวลาเดินขึ้นบันไดหรือทางชัน

2. ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยถึงปานกลางในการทำกิจกรรม สามารถทำงานเบา ๆ ที่ไม่ต้องออกแรงมากได้ตามปกติ แต่ไม่สามารถทำงานหนักได้ เริ่มมีอาการหายใจเหนื่อยหอบเวลาเดินขึ้นบันไดหรือทางชัน สามารถเดินบนพื้นราบได้แต่ไม่กระฉับกระเฉงเท่าคนปกติหรือคนในวัยเดียวกันได้ แต่สามารถขึ้นตึกสูง 1 ชั้นได้โดยไม่เหนื่อยหอบ

3. ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานหนักได้ แต่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องเดินช้ากว่าคนปกติในวัยเดียวกันหรือต้องหยุดเดินเนื่องจากมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น และต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึก 2 ชั้น

4. ระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้นโดยไม่สามารถทำงานได้ เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัด ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติและต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่ยังสามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

5. ระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างมาก ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ทำกิจกรรมหรือเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด จะต้องมีคนช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เดินเพียง 2-3 ก้าวหรือลุกนั่งก็เหนื่อย เดินอย่างช้า ๆ มาก ๆ ได้ แต่ก็จะมีอาการเหนื่อยหอบมาก มีอาการหายใจเหนื่อยหอบแม้ขณะแต่งตัวหรือพูด

การศึกษาครั้งนี้ยึดตามเกณฑ์ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย (2548) ในการจำแนกระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามสมรรถภาพการทำงานของปอด โดยใช้สไปโรมิเตอร์เป็นเครื่องมือในการทดสอบ และใช้ในการประเมินและติดตามโรค เพราะข้อมูลที่ได้จากการทดสอบมีความน่าเชื่อถือ สามารถบอกถึงระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างชัดเจน และทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และระดับ 2 เนื่องจากผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเอง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ มีอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อยและมี exacerbation ไม่รุนแรง ซึ่งหากได้รับการความรู้และมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สม่าเสมอ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ก็จะทำให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน และชะลอการดำเนินของโรคได้

ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ทำให้โครงสร้างและหน้าที่ในการทำงานของระบบทางเดินหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากไม่สามารถทำงานหรือประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ครอบครัว และเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้คือ

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เนื่องจากมีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (carbondioxide narcosis) การหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน สภาพของร่างกายเป็นต่างจากเมตาบอลิก (Metabolic alkalosis) ไม่สามารถปรับชดเชยภาวะความเป็นกรดของร่างกายที่เกิดจากการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ได้ มีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจบ่อย ปัญหาที่สำคัญคือ การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552, หน้า 248) ความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันลดลง จากปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดต่ำกว่าปกติเป็นผลให้เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนและอาหารไม่เพียงพอ ดังนั้นการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายลดลง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ ปัญหาด้านโภชนาการที่พบบ่อยคือ การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ส่วนมากจะมีน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละสิบของน้ำหนักตัวมาตรฐานเนื่องจากการรับประทานอาหารได้น้อยจากการหายใจลำบาก ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่องการนอนหลับไม่เพียงพอจะตื่นบ่อยๆตอนกลางคืน ประกอบกับอากาศเย็นในช่วงกลางคืนผู้ป่วยจะไอบ่อยและแบบแผนการมีเพศสัมพันธ์ผิดปกติ การมีเพศสัมพันธ์จะลดลงจากการที่ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการหายใจเหนื่อยหอบทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งอยู่ในความดูแลของบุคลากรทางสุขภาพและครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ มีผลทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ขาดความมั่นคงในจิตใจ อารมณ์ไม่มั่นคง กลัวความตาย ความสามารถในการเผชิญภาวะเครียดต่างๆ ลดลง เกิดความรู้สึกซึมเศร้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล และความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองลดลง (สิรินาถ มีเจริญ, 2541) ซึ่งภาวะทางจิตใจเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับการดำเนินของโรค การหายใจจะเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะอารมณ์ของบุคคลอารมณ์ที่รุนแรง เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล

3. ผลกระทบด้านสังคม (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542, หน้า 101) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงวิถีดำเนินชีวิตของครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่สำคัญในชีวิต เช่น บทบาทในครอบครัว บทบาทด้านอาชีพ และบทบาทในสังคมถูกจำกัดสำหรับตัวผู้ป่วยเอง ในระยะแรกผู้ป่วยอาจต้องงดกิจกรรมการสังสรรค์การไปเพื่อสงวนพลังงาน ผู้ป่วยต้องอยู่กับบ้านขาดการติดต่อจากสังคมภายนอก เช่น การพักผ่อนหย่อนใจนอกบ้าน การเดินทางท่องเที่ยว และปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย แยกตัวออกจากสังคม การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมต่ำลง

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เมื่อภาวะของโรคก้าวหน้ามากขึ้นผู้ป่วยอาจต้องหยุดงานและออกจากงานก่อนวัยอันควรทำให้ต้องสูญเสียงานอาชีพ เกิดปัญหาเศรษฐกิจต่ำลง มีผลทำให้ครอบครัวมีฐานะยากลำบาก ในประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการพักรักษาตัวที่แผนกผู้ป่วยหนัก และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจวันละประมาณ 7,000 บาท สำหรับโรงพยาบาลของรัฐ และ 10,000 บาท สำหรับโรงพยาบาลเอกชน เฉลี่ยวันพักรักษาตัว 14 วันต่อคน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543) นับเป็นการสิ้นเปลืองเศรษฐกิจของบุคคล ครอบครัวและของชาติเป็นอย่างมาก

5. ผลกระทบด้านครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากสมาชิกภายในบ้าน ทำให้ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทของสมาชิกแต่ละคนในบ้าน โดยต้องการการพึ่งพาจากคู่สมรสมากขึ้น อารมณ์พรรณ สุนทรจตุรวิทย์ (2546) ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพถึงผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคในระดับน้อย ปานกลางและมากต่อครอบครัว จำนวน 30 ราย พบว่าสัมพันธ์ภาพในบทบาทของสามี ภรรยา บิดา มารดา ญาติและเพื่อนเปลี่ยนไป บุตรของผู้ป่วยต้องทำงานแทนในทุกเรื่อง ผู้ป่วยต้องหยุดทำงานมีผลให้ครอบครัวขาดรายได้ คนในครอบครัวต้องผลัดเปลี่ยนกันหยุดงานหรือจ้างผู้อื่นมาดูแลแทน บางครอบครัวต้องลาออกจากงาน หรือไม่สามารถไปทำงานที่ทำประจำทั้งๆที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

จะเห็นได้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและครอบครัวอย่างมาก ซึ่งโรคนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงเล็กน้อยและปานกลางจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งเพื่อป้องกันภาวะหายใจเหนื่อยหอบเฉียบพลัน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และไม่ให้พยาธิสภาพของโรคทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

แนวทางการรักษาพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ดังนั้นการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงมีจุดมุ่งหมายของการรักษาเป็นเพียงเพื่อบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง ประคับประคองอาการ ยับยั้ง ชะลอพยาธิสภาพไม่ให้ดำเนินต่อไปอย่างรวดเร็ว และเพื่อคงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้ให้เต็มที่ที่สุดทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออาการกำเริบ (วัชรานุกุลสวัสดิ์, 2548) ซึ่งบทบาทในด้านต่างๆเหล่านี้ พยาบาลสามารถประเมิน แนะนำ ส่งเสริมและสนับสนุน ให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวได้ปฏิบัติอย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะยาวที่บ้านและการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสงบ (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553; ชายชาญ โพธิรัตน์, 2550; สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542) มีแนวทางในการรักษาพยาบาล ดังนี้

1. การลดปัจจัยเสี่ยง โดยการหยุดสูบบุหรี่เป็นหัวใจสำคัญของการรักษาช่วยป้องกันไม่ให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้นช่วยชะลอหรือหยุดการดำเนินของโรค ดังนั้นกระบวนการให้คำแนะนำการหยุดสูบบุหรี่จึงมีความสำคัญมาก โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด นอกจากนั้นการหลีกเลี่ยงไม่เข้าไปในสถานที่ที่มีควันไฟและมลภาวะอากาศเป็นพิษต่างๆ เช่น สถานที่ชุมนุมชนหรือผู้คนแออัด ย่านโรงงานอุตสาหกรรม โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้าต่างๆ จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงลงได้

2. การประเมินอาการและการติดตามโรค พยาบาลในฐานะที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ควรติดตามและประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในด้านการดำเนินของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน การติดตามผลของการใช้ยา ทั้งในด้านผลการรักษาและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อมีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาอย่างเหมาะสม รวมทั้งต้องประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย วิธีการใช้ยา เทคนิคการใช้อุปกรณ์พิเศษต่างๆ เช่น อุปกรณ์เกี่ยวกับยาพ่น อุปกรณ์เกี่ยวกับการให้ออกซิเจน ติดตามประวัติการมีอาการกำเริบของโรคอื่นๆ โรคแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นตามมาและอาจส่งผลกระทบต่อความเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พยาบาลควรศึกษาประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย ความผิดปกติเกี่ยวกับการหายใจหรือโรคอื่นที่เป็นร่วม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้แก่ โรคหัวใจและโรครูมาตอยด์ รวมถึงการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวช่วยในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การจัดอาหารให้ผู้ป่วย การส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย การบริหารการหายใจอย่างถูกวิธีและต่อเนื่อง การมารับการรักษาตามนัด เป็นต้น

3. การรักษาด้วยยา เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และผู้ป่วยมักจะมีการตอบสนองต่อการใช้ยาก่อนข้างต่ำ ดังนั้นยาที่ใช้ในผู้ป่วยจึงมีวัตถุประสงค์เพียงเพื่อป้องกัน บรรเทา ควบคุมอาการ ลดความถี่และความรุนแรงของการกำเริบของโรค และรักษาภาวะแทรกซ้อนโดยทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น เพิ่มความทนทานของปอดต่อการใช้กำลัง และไม่มียาชนิดใดที่แก้ไขภาวะหน้าที่การทำงานของปอดลดลงได้ในระยะยาว โดยมากแพทย์เลือกให้ยาตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

3.1 ยาขยายหลอดลม จัดเป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาและให้รับประทานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน เพื่อช่วยลดแรงต้านของทางเดินหายใจ ลดอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วย โดยมีการติดตามประเมินผลการรักษาเป็นครั้งคราวหรือเมื่อมีอาการแพ้ยาหรือเมื่อพบว่าการรักษาไม่ได้ผลตามต้องการ แพทย์อาจพิจารณาใช้ยาเพิ่มขึ้น

3.2 กลูคอร์ติโคสเตียรอยด์ (glucocorticosteroids) มักใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง โดยให้ร่วมกับยาขยายหลอดลม เพื่อช่วยให้การตอบสนองต่อยาขยายหลอดลมดียิ่งขึ้น สมรรถภาพปอดดีขึ้น ซึ่งจะเริ่มเห็นผลได้ภายใน 12 ชั่วโมง

3.3 ยาปฏิชีวนะหรือยาด้านจุลชีพ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันมักมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อแบคทีเรียในระบบทางเดินหายใจ ต้นเหตุสำคัญได้แก่ *Streptococcus pneumoniae* และ *Haemophilus influenzae* แพทย์อาจให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ

เช่น ampicillin, tetracycline, หรือ erythromycin ในขนาด 200-500 mg. วันละ 4 ครั้งทันที ยานี้ควรให้ติดต่อกันเป็นเวลา 7-14 วัน ดังนั้นพยาบาลควรเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยาปฏิชีวนะให้ครบตามที่แพทย์สั่ง ซึ่งจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น

3.4 ยาชนิดอื่นๆ เช่น วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (influenza vaccine) สามารถลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ร้อยละ 50

4. การกำจัดเสมหะ โดยการลดจำนวนเสมหะที่เพิ่มขึ้นและช่วยการขับเสมหะออกจากหลอดลม ซึ่งมีวิธีการดังนี้

4.1 หลีกเลียงจากสิ่งระคายเคืองต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่หรือการสูดควันบุหรี่ ควันไฟ และมลพิษทางอากาศ หลีกเลียงการอยู่ในที่ชุมชน ผู้คนแออัดหรือในย่านอุตสาหกรรม

4.2 ให้ความชื้นแก่เสมหะ เสมหะที่ค้างในหลอดลมอาจเหนียวทำให้ไอ ขับเสมหะออกยาก การให้ความชุ่มชื้นจะช่วยให้เสมหะเหลวไหลออกมาได้ง่ายขึ้น อาจทำได้โดยให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ประมาณ 2-3 ลิตรต่อวัน กรณีไม่มีข้อจำกัด

4.3 ยาละลายเสมหะและยาขับเสมหะที่อาจได้ผลดีในบางราย เช่น glyceryl guaiacolate, bromhexine, หรือ acetylcysteine เป็นต้น อาจพิจารณาใช้ในรายที่มีเสมหะเหนียวข้นมากๆ จะช่วยทำให้เสมหะในทางเดินหายใจลดความข้นเหนียวลง

4.4 การไอ เป็นกลไกอย่างหนึ่งของร่างกายเพื่อกำจัดเสมหะสิ่งคัดหลั่งหรือสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในทางเดินหายใจทำให้ทางเดินหายใจโล่งขึ้น การไอที่ถูกวิธีจะช่วยขับเสมหะได้ผลดี การสอนให้ผู้ป่วยไออย่างถูกวิธีจะทำให้ช่วยขับเสมหะออกได้ดี เทคนิคการไออย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถผลัดดันเสมหะที่คั่งค้างอยู่ในทางเดินหายใจอันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ทางเดินหายใจอุดตันลดน้อยลง ดังนั้นการสอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้และฝึกจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและมีครอบครัวเป็นผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย

5. การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilitation) ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอดซึ่งเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งระดับสูงสุดของการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน (home base pulmonary rehabilitation) เป็นการให้บริการที่มุ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการดำเนินการที่บ้านของผู้ป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยคงไว้

ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในระยะยาวมากกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรจิรา วิรัช (2544) และการศึกษาของ กมลวรรณ จันตระกูล (2547) ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านได้รับผลดีคือ ควบคุมอาการของโรคไม่ให้อาการรุนแรง สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น และที่สำคัญการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในการรับทราบปัญหา วางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหา ช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้มีความสม่ำเสมอ ช่วยให้เกิดความคงอยู่ของความรู้และมีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้อย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ การดูแลด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้รู้จักการดูแลตนเอง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6. การรักษาด้วยวิธีให้ออกซิเจนระยะยาว การให้ออกซิเจนระยะยาวผู้ป่วยที่มีค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดงน้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอทเมื่อหายใจในอากาศปกติ และมีระดับออกซิเจนในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 90 หรือมีภาวะเม็ดเลือดแดงในเลือดมาก หรือมีภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว จะได้รับการพิจารณาให้ได้รับออกซิเจนที่มีอัตราไหลเพียง 1-2 ลิตรต่อนาที มากกว่าวันละ 15 ชั่วโมง การรักษาด้วยการให้ออกซิเจนในระยะยาวเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอย่างต่อเนื่องจะมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น โรงพยาบาลร่งควางมีนโยบายให้ผู้ป่วยยืมถังออกซิเจนจากโรงพยาบาลไปใช้ที่บ้าน โดยมีทีมงานเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมออกติดตามเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำการใช้ออกซิเจนอย่างถูกวิธีแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง จากแนวทางการรักษาพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 3 ขึ้นไป เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากเหนื่อยหอบมากในระยะเฉียบพลันจำเป็นต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ และเมื่อมีอาการทุเลาเข้าสู่ระยะสงบจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ให้นุคนคในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดได้มีส่วนร่วมช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นขณะพักรักษาตัวที่บ้าน เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อน เกิดอาการกำเริบ ลดการเกิดการลุกลามของโรค และเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขมากขึ้น

การติดตามประเมินความสามารถในการทำงานหรือการออกกำลังกาย

การวัดระดับความสามารถของการออกกำลังกายและระดับการใช้ออกซิเจนสูงสุด ต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ที่สลับซับซ้อน ราคาสูงและผู้เชี่ยวชาญในการทำและแปลผล ในเวชปฏิบัติทั่วไปจึงต้องใช้เครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการทำงานหรือการออกกำลังกายที่เป็นมาตรฐาน

สอดคล้องกับการวัดด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สลับซับซ้อน และสามารถนำมาใช้ได้โดยสะดวก (ชายชาญ โพธิ์รัตน์, 2550, หน้า 436; American Thoracic Society, 2002) คือ Six-minute walking test (6MWT) เป็นการทดสอบที่ทำได้ง่าย ผลการทดสอบที่ทำตามวิธีมาตรฐานมีความสัมพันธ์กับความคงทนในการออกกำลังกายเป็นอย่างดี (endurance exercise capacity) (ดลวีลีลา รุ่งระยับ, 2553) สามารถประเมินทั้งทางด้านระบบไหลเวียนและหายใจ อีกทั้งยังเป็นการประเมินหน้าที่ (Functional test) แบบง่าย สะท้อนถึงกิจกรรม (ADL) ที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ โดยสามารถประเมินจากระยะทางที่ผู้ป่วยเดินได้มากที่สุดภายใน 6 นาที และยังพบว่าระยะที่ผู้ป่วยเดินได้มากที่สุดจะสัมพันธ์กับความสามารถในการใช้ออกซิเจนในร่างกายได้ (VO_2max)

อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบ คือ นาฬิกาจับเวลา สายวัดที่มีความยาวอย่างน้อย 10 เมตร กรวยขนาดเล็ก แก้วน้ำสำหรับนั่งพัก ที่สามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวก แบบบันทึก ถึงออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนแบบเคลื่อนที่ได้ Borg dyspnea scale ซึ่งใช้ประเมินความเหนื่อยของผู้ป่วย โทรศัพท์ใช้ติดต่อเมื่อฉุกเฉิน คำแนะนำที่ผู้ถูกทดสอบควรได้รับเพื่อเตรียมตัวก่อนได้รับการทดสอบ คือ สวมใส่เสื้อผ้าที่หลวมเล็กน้อย ใส่รองเท้าที่ใส่ประจำหรือถอดรองเท้า สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน หากใช้ประจำ หากได้รับยาประจำ ผู้ป่วยหรือผู้ถูกทดสอบสามารถใช้จ่ายได้ตามปกติในวันทดสอบ สามารถรับประทานอาหารอ่อนหรือปริมาณเล็กน้อยในช่วงเช้าได้ และต้องไม่ออกกำลังกายอย่างหนักมาก่อนการทดสอบอย่างน้อย 2 ชั่วโมง (ดลวีลีลา รุ่งระยับ, 2553) โดยมีวิธีการทดสอบโดยให้ผู้ป่วยนั่งพักบนเก้าอี้ใกล้จุดเริ่มต้นของการเดินเป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาที ตรวจวัดเพื่อทำการประเมินสัญญาณชีพคือ อัตราการเต้นของชีพจร (PR), อัตราการหายใจ (RR), ค่าความดันโลหิต (BP) และประเมินค่าความอิ่มตัวออกซิเจน (SpO_2) ควรบันทึกค่าเมื่อสัญญาณคงที่แล้ว ให้ผู้ถูกทดสอบยืน บอกระดับความเหนื่อย (Dyspnea) โดยใช้ Borg dyspnea scale ตั้งนาฬิกาจับเวลา หากนาฬิกาสามารถจับเวลาถอยหลังได้ ให้ตั้งไว้ที่ 6 นาที ให้ผู้ป่วยเดินบนพื้นราบเป็นเวลา 6 นาที ด้วยความเร็วที่ผู้ป่วยสามารถเดินได้ ในระหว่างการทดสอบผู้ป่วยสามารถหยุดพักได้ แต่จะไม่มี的增加เวลาและจดบันทึกจำนวนครั้งและระยะเวลาที่ผู้ป่วยพักไว้ เมื่อสิ้นสุดการทดสอบวัดสัญญาณชีพคือ อัตราการเต้นของชีพจร (PR) อัตราการหายใจ (RR), ค่าความดันโลหิต (BP) ระดับความเหนื่อย และประเมินค่าความอิ่มตัวออกซิเจน (SpO_2) ควรบันทึกค่าเมื่อสัญญาณคงที่แล้ว บันทึกจำนวนรอบที่ผู้เข้ารับการทดสอบทำได้ทั้งหมด และระยะทางที่เพิ่มเติม ชมเชยผู้เข้ารับการทดสอบ และให้พักดื่มน้ำได้ ก่อนการทดสอบ ต้องตรวจสอบว่าไม่มีข้อห้ามตรวจข้อใดข้อหนึ่งคือ โรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการไม่คงที่และกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ในขณะที่พักชีพจรมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต

systolic มากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิต diastolic มากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท (คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553 หน้า 88-90)

อาการที่ต้องหยุดทดสอบ คือ มีอาการเจ็บหน้าอกทันที (chest pain) มีอาการรู้สึกหอบเหนื่อยมาก (Intolerable dyspnea) เกิดตะคริวที่ขา (leg cramp) มีอาการเดินเซไปเซมา (staggering) มีอาการเหงื่อออกมาก (diaphoresis) มีสีหน้าซีดหรือคล้ำ (pale or ashen appearance) SpO_2 น้อยกว่าร้อยละ 90 การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นโดยให้ผู้ป่วยนอนพักศีรษะสูง ให้ออกซิเจนโดยปรับอัตราการไหลของออกซิเจนเพื่อให้ได้ระดับ SpO_2 อย่างน้อยร้อยละ 90 (คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553, หน้า 26) รายงานแพทย์เพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การติดตามประเมินสมรรถภาพปอด

สมรรถภาพการทำงานของปอด หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของปอดในการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซ การตรวจสมรรถภาพการทำงานของปอดจะช่วยบ่งบอกถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของปอด สามารถประเมินโดยการให้เครื่องมือวัดสมรรถภาพการทำงานของปอด (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542, หน้า 63-64) การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของปอดนั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจหาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะเริ่มต้น ยืนยันการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินความรุนแรงของโรคและติดตามการดำเนินของโรค และดูการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาขยายหลอดลม (นิธิพัฒน์ เจียรกุล, 2550, หน้า 106) ซึ่งเป็นการตรวจพื้นฐานที่สำคัญของการตรวจสมรรถภาพปอดเนื่องจากทำได้ง่ายและได้ข้อมูลสำคัญของการทำหน้าที่ของปอดส่วนใหญ่คือ การใช้สไปโรเมตรี (spirometry) เป็นการตรวจวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจเข้าและออกจากปอด เป็นการทดสอบสมรรถภาพการทำงานของปอดที่นิยมและใช้บ่อยที่สุด เครื่องมือที่ใช้วัดเรียกว่า สไปโรมิเตอร์ (spirometer) และกราฟที่ได้จากการวัด เรียกว่า สไปโรแกรม (spirogram) การตรวจวัดที่ได้จากการทำสไปโรเมตรีที่นำมาใช้ในการประเมินสมรรถภาพการทำงานของปอด คือ forced expiratory volume in one second (FEV_1) เป็นปริมาตรของอากาศที่ถูกขับออกในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2553)

การเตรียมผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับการตรวจ คือ ไม่ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีก่อนตรวจ ไม่ควรสวมเสื้อที่รัดทรวงอกและท้อง หลีกเลี่ยงอาหารมื้อใหญ่น้อย 2 ชั่วโมง หยุดยาขยายหลอดลมตามระยะเวลาที่กำหนด ยกเว้นกรณีแพทย์ไม่ต้องการให้งดยา โดยมีขั้นตอนการทำ spirometry ดังนี้

1. ตรวจสอบอุปกรณ์ และตรวจสอบความเที่ยงตรงก่อนทุกครั้ง
2. นั่งตัวและหน้าตรง เท้าทั้งสองข้างแตะกับพื้น
3. หีบจมูกด้วย nose clip
4. หายใจเข้าเต็มที่(จนถึง total lung capacity)
5. อม mouthpiece และปิดปากให้แน่นรอบ mouthpiece
6. หายใจออกให้เร็วและแรงเต็มที่จนหมด (จนถึง residual volume)
7. สูดหายใจเข้าเต็มที่สำหรับเครื่องที่ทำ flow volume loop ได้
8. ทำซ้ำให้ได้กราฟที่เข้าเกณฑ์อย่างน้อย 3 กราฟโดยสามารถทำซ้ำได้ไม่เกิน 8 ครั้ง



ข้อห้ามในการตรวจประเมินด้วยสไปโรมิเตอร์ คือ ใอเป็นเลือด มีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดที่ยังไม่ได้รับการรักษา มีการทำงานของระบบหลอดเลือดและหัวใจไม่คงที่ เส้นเลือดโป่งพองหลังผ่าตัดใหม่ มีการติดเชื้อทางระบบหายใจในระยะแพร่เชื้อ และไม่สามารถร่วมมือในการปฏิบัติตามคำสั่งได้

จากการศึกษาของ Maha Ghanem, et al. (2010) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อความทนทานการออกกำลังกาย คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังออกจากโรงพยาบาล โดยใช้การทดสอบ 6-MWT เป็นการทดสอบความทนทานการออกกำลังกาย หลังการทดลอง 2 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีความทนทานในการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ จตุพร จักรเงิน (2551) ซึ่งศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไปและแบบประยุกต์ต่อสมรรถภาพการทำงานของปอดและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยดำเนินการประเมินสมรรถภาพการทำงานของปอด โดยใช้สไปโรมิเตอร์และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการทดสอบความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (six minute walk test [6MWT]) หลังให้การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในสัปดาห์ที่ 1, 2, 6, 8 และ 10 พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดทั้งแบบทั่วไปและแบบประยุกต์ ส่งผลให้สมรรถภาพการทำงานของปอด และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้การประเมินประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุด โดยใช้การทดสอบความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีที่ง่ายไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยสามารถที่จะพักหรือหยุดเดินได้ในขณะทำการทดสอบ และการตรวจสมรรถภาพการทำงานของปอด ซึ่งเป็นการตรวจที่สำคัญและมีประโยชน์อย่างยิ่งในการติดตาม

ผลการรักษาโรคระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการใช้สไปโรเมตรีซึ่งข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือสูง

พฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (2553) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคโดยวัดจากปริมาตรอากาศขณะหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที (forced expiratory volume in one second [FEV₁]) ใช้เครื่องสไปโรมิเตอร์ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงโรคอยู่ในระดับที่ 1 และระดับที่ 2 ส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยหอบเล็กน้อย มีอาการกำเริบไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ คือ การป้องกันหรือชะลอการดำเนินโรค บรรเทาอาการโดยเฉพาะอาการเหนื่อยหอบ ทำให้ exercise tolerance ดีขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน ป้องกันและรักษาภาวะอาการกำเริบ ลดอัตราการเสียชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่าพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีผลต่อการควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในด้านการใช้ยาและการมาตรวจรักษา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และด้านจิตสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ด้านการใช้ยาและการมาตรวจรักษา เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ยาที่ใช้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยทำให้อาการหอบเหนื่อยทุเลาลงหรือไม่มีอาการเหนื่อยขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกายหรือทำงานได้นานมากขึ้น ป้องกันภาวะโรคกำเริบและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น แต่ไม่สามารถชะลอการเสื่อมของสมรรถภาพปอดได้ (ชายชาญโพธิ์รัตน์, 2550, หน้า 419) ซึ่งจากการศึกษาของอัจฉรา รัชชวรณวงศ์ (2547) ได้ศึกษาปัญหาที่เกี่ยวกับยาและผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยนอกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลนครพิงค์ ได้ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือ เทคนิคการใช้ยาพ่นสูดขยายหลอดลม และยาพ่นด้านการอักเสบของหลอดลมมากที่สุด ซึ่งมีสาเหตุจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา ส่งผลให้ผลลัพธ์ในการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้นในการดูแลด้านการใช้ยาให้ถูกต้อง ผู้ป่วยต้องทราบชื่อยา ปริมาณการใช้ยา วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมมีการตรวจสอบเทคนิคการสูดยาเป็นสิ่งสำคัญในการคงประสิทธิภาพของยาให้สูงสุดอย่างต่อเนื่อง สาริตและให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามให้ถูกต้องทุกขั้นตอน การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับยา เช่น ใจสั่น มือสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ

เป็นต้น และเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่องจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมารับการตรวจรักษาและรับยาตามแพทย์นัด เพื่อสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคได้และให้การช่วยเหลือได้ทันเวลา (กมลวรรณ จันตระกูล, 2547; มาลีจิตร ชัยเนตร, 2552)

2. ด้านการรับประทานอาหาร มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงมีผลทำให้ได้รับปริมาณแคลอรีไม่เพียงพอจากการรับประทานอาหาร เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมลง มีการทำงานของประสาทที่เกี่ยวข้องกับการรับรส การดมกลิ่น การมองเห็น การได้ยินและการสัมผัสลดลง นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการบดเคี้ยวอาหาร จากสาเหตุของฟันผุหรือไม่มีฟัน ทำให้บริโภคอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ลดลง มีผลทำให้ได้รับสารอาหารโปรตีน พลังงาน วิตามิน และเกลือแร่จากอาหารไม่เพียงพอ รวมทั้งในผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง ส่งผลทำให้เกิดอาการท้องผูกและรับประทานอาหารได้น้อยลง (วินัส ลิฬหกุล และคณะ, 2545, หน้า 267) การขาดสารอาหารจะมีผลต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างมาก ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เกิดการติดเชื้อได้ง่ายโดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ กล้ามเนื้อหายใจหดตัวไม่แรงและเบา เกิดภาวะปอดบวม น้ำและภาวะหายใจล้มเหลวได้ง่าย สมอส่วนควบคุมการหายใจทำงานลดลง ทำให้การหายใจช้าลง (Margaret, 2009) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ลักษณะอาหารที่ผู้ป่วยควรรับประทานควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่ายและเคี้ยวกลืนง่าย ได้แก่ เนื้อปลา ไข่ เต้าหู้ เพื่อลดอาการอัดแน่นท้อง แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานมื้อละน้อยแต่บ่อยครั้ง จำนวนมื้ออาหารอาจเป็น 5-6 มื้อต่อวัน ลดอาการเหนื่อยหอบหลังรับประทานอาหารหนักหรือย่อยยาก ไม่ควรรับประทานอาหารจนอิ่มเกินไป และควรมีเวลาพักหลังรับประทานอาหารครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงทุกมื้อ หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซในกระเพาะอาหาร เช่น พริกทอง หอมใหญ่ มะม่วงดิบ และถั่วชนิดต่างๆ เป็นต้น จะทำให้กระเพาะอาหารขยายตัว ส่งผลให้ปอดขยายตัวไม่เต็มที่ ตีมน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว และควรดื่มน้ำอุ่นจะดีกว่าน้ำเย็น เพราะน้ำอุ่นทำให้เสมหะอ่อนตัวและขับออกได้ง่ายขึ้น หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542, หน้า 220 ; Robyn Rice, 2006, p.187) การส่งเสริมภาวะโภชนาการจะทำให้การทำงานของปอดและกล้ามเนื้อดีขึ้น สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมในด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพราะภาวะโภชนาการที่ดีจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ประสิทธิภาพการทำงานของปอดดีขึ้น ยังช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้กับร่างกายด้วย

3. การบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย การบริหารการหายใจเป็นเทคนิคที่จะช่วยบรรเทาและควบคุมอาการหายใจเหนื่อยหอบ เพิ่มประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของปอดและการ

แลกเปลี่ยนก๊าซ ส่งเสริมการประสานการทำงานที่หายใจระหว่างกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อทรวงอกทำให้ปริมาตรอากาศขณะหายใจออกเพิ่มขึ้น และลดพลังงานที่ใช้ในการหายใจ (กมลวรรณ จันตระกูล, 2547) การบริหารการหายใจ ประกอบด้วย การหายใจแบบเป่าปาก การหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลมและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ประโยชน์ของการบริหารการหายใจ ช่วยทำให้สามารถทำกิจกรรมได้นานขึ้น การระบายอากาศและแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น ลดการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ เพิ่มประสิทธิภาพการไอเพื่อขับเสมหะออก จากการศึกษาของสิรินาถ มีเจริญ (2541) ที่ศึกษาการใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความสบายในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 30 ราย โดยให้ผู้ป่วยฟังเทปวิธีการผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากวันละ 2 ครั้งในช่วงเช้าและช่วงเย็น ครั้งละ 20 นาที เป็นเวลา 6 วันและได้แนะนำใช้วิธีการหายใจแบบเป่าปากได้ตลอดเวลาเมื่อเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ ผลการศึกษาพบว่า การหายใจแบบเป่าปากช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการหายใจเหนื่อยหอบและนำมาใช้กับเทคนิคการผ่อนคลายทำให้ผู้ป่วยได้รับความสบายเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายเป็นหัวใจสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพราะจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจ การเพิ่มความทนทานในการออกกำลังกายสามารถช่วยลดอาการหายใจลำบากลงได้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นจากการที่ต้องเป็นผู้อยู่กับบ้านมาเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมต่างๆได้มากขึ้นตามความเหมาะสม ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและทำอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นพยาบาลควรคอยกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนืองชี้แจงให้เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย ได้แก่ ช่วยทำให้ปอดมีการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดียิ่งขึ้น กล้ามเนื้อแข็งแรง ช่วยลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ ป้องกันข้อติดแข็ง เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีสภาพร่างกายที่ดีขึ้น เพิ่มความทนทาน เพิ่มความสดชื่นให้แก่ร่างกายและจิตใจ ลดภาวะซึมเศร้า ทำให้ผ่อนคลาย ช่วยทำให้หลับง่าย (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) โดยให้ผู้ป่วยเริ่มออกกำลังกายทีละน้อย ไม่หักโหม ค่อยๆเพิ่มความถี่และระยะเวลาให้มากขึ้น เวลาที่ใช้ออกกำลังกายแต่ละครั้งตั้งแต่ 10-15 นาทีหรือมากกว่าตามสภาพของผู้ป่วย ทำ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 6-12 สัปดาห์ขึ้นไป และควรมีช่วงพักระหว่างออกกำลังกาย ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย คือไม่ควรทำอย่างหักโหม ควรดูแลให้ผู้ป่วยทำเท่าที่ทำได้ ถ้ามีอาการหายใจลำบาก หายใจเหนื่อยหอบมากผิดปกติ เวียนศีรษะ หน้ามืด หัวใจเต้นแรงและเร็วไม่เป็นจังหวะ ควรหยุดพักและทำการบริหารการหายใจ (กมลวรรณ จันตระกูล, 2547; สุลี แซ่ชื่อ, 2546)

4. การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งระคายเคืองทางเดินหายใจ หรือสารก่อภูมิแพ้ เป็นหลักการป้องกันอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542, หน้า 178; แก้ว ถนอมเสียง, 2551, หน้า 32-35) ดังนี้

4.1 หลีกเลี่ยงภาวะมลพิษ ที่มีอยู่ทั่วไปในเมืองใหญ่ๆ เป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคปอดหลายชนิด เช่น โรคถุงลมโป่งพอง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง มะเร็งปอด อีกทั้งยังมีก๊าซที่เป็นมลพิษได้แก่ คาร์บอนมอนอกไซด์, ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ และอนุภาคอื่นๆ ก๊าซเหล่านี้มีโทษต่อเยื่อทางเดินหายใจ มักพบในบริเวณที่มีการจราจรคับคั่ง โรงงานอุตสาหกรรม และมีผู้คนอาศัยอยู่กันอย่างหนาแน่น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีอากาศบริสุทธิ์ โดยหลีกเลี่ยงภาวะมลพิษให้มากที่สุด

4.2 หลีกเลี่ยงและกำจัดสารภูมิแพ้ เป็นวิธีการรักษาโรคที่ได้ผลดี ดังนั้นผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงสารภูมิแพ้ที่อยู่ใกล้ตัว เช่น ขนแมว ขนสุนัข สารภูมิแพ้บางอย่างเป็นสิ่งเจือปนอยู่ในอากาศโดยที่เรามองไม่เห็น เช่น เกสรดอกไม้ ฝุ่น ซึ่งเป็นสิ่งที่กำจัดให้หมดไปได้ยาก อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยสามารถหามาตรการบางอย่างที่หลีกเลี่ยงได้ เช่น หลีกเลี่ยงการใช้พรมปูพื้นห้องนอนเพราะเป็นแหล่งสะสมฝุ่น หมอน ผ้าห่มหรือที่นอนไม่ควรยัดขนหรือขนสัตว์ อาจใช้เป็นฟองน้ำแทนหรือหาพลาสติกหุ้ม ควรมีการดูแลทำความสะอาด ซักฝุ่นทุกวันและตากแดดเป็นประจำ จัดสิ่งแวดล้อมในห้องนอน และไม่ควรเลี้ยงสัตว์ที่มีขน เช่น สุนัข แมว นก

4.3 การเปลี่ยนแปลงของอากาศ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะมีอาการเหนื่อย หอบเกิดขึ้นบ่อยในช่วงที่มีอากาศหนาวจัด ร้อนจัด ฝนใกล้ตก ความชื้นสูง ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของอากาศดังกล่าว ผู้ป่วยควรพักอาศัยอยู่ในบ้าน รักษาความอบอุ่นของร่างกายเสมอ

4.4 การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องมีกิจกรรมต่างๆ โดยจะต้องสวมนพลังงานและลดการใช้ออกซิเจน สิ่งที่เกี่ยวข้องการดูแลช่วยเหลือตนเองที่จำเป็นคือ การจัดสิ่งแวดล้อม จะต้องดูแลจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดปลอดโปร่ง อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีฝุ่น ควันทิ้งภายในและนอกบ้าน การปิดกวาดสถานที่อยู่อาศัยให้สะอาดปราศจากฝุ่น การถูพื้นด้วยผ้าเปียกจะช่วยกักฝุ่นไม่ให้ฟุ้งกระจาย

จากการศึกษาของ พิมลพรรณ เนียนหอม (2550) ได้ศึกษาประสบการณ์กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 10 ราย พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นไปตามความรุนแรงของอาการเหนื่อยหอบ ซึ่งปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบมี 3 ลักษณะคือ

อาการไอ สภาพแวดล้อมและการทำกิจกรรม ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าสภาพแวดล้อมและอากาศมีส่วนทำให้ต้องกลับเข้าโรงพยาบาลอีก สภาพอากาศที่ทำให้ต้องกลับเข้าโรงพยาบาลคือ ในช่วงอากาศเย็นหรือหน้าหนาว จากการมีควันไฟจากการเผาขยะหรือจากฝุ่น รวมทั้งกลิ่นกระตุ้นให้เกิดการมีอาการขึ้นมาได้ เช่น พริกจะเป็นตัวกระตุ้นทำให้มีอาการกำเริบขึ้นมา

5. การดูแลด้านจิตสังคม ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากอาการหายใจเหนื่อยหอบที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมตามปกติ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นจึงทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ส่งผลกระทบต่อด้านจิตสังคม ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการดูแลด้านจิตสังคม โดยการให้กำลังใจผู้ป่วยในการฝึกฝนทักษะในการดูแลตนเอง แบ่งปันและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย เพราะการดูแลด้านจิตสังคมเป็นการส่งเสริมกระบวนการปรับเปลี่ยนด้านจิตใจ (psychological adjustment process) ซึ่งสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านร่างกายและการชะลอความรุนแรงในระยะการดำเนินโรค พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิตสังคมจะมีภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลด้านจิตสังคม พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพภายในและนอกครอบครัว เป็นการทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุขในครอบครัว ให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวควรปฏิบัติตามนี้ (กมลวรรณ จันตระกูล, 2547; มาลีจิตร์ ชัยเนตร, 2552) ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสวดมนต์ ทำสมาธิ ดูโทรทัศน์ หรือทำกิจกรรมตามที่ผู้ป่วยถนัด เพื่อผ่อนคลายความเครียด หรือความวิตกกังวล ส่งเสริมหรือจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับครอบครัวตามความสามารถ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า พาผู้ป่วยไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจ ไปทำบุญที่วัดกับครอบครัวตามโอกาส ถ้าผู้ป่วยสามารถไปได้ พาญาติพี่น้อง หรือเพื่อนมาเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อมีโอกาส ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับบุคคลรอบข้าง และผู้ดูแลเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยยอมรับฟังคำบอกเล่าของผู้ป่วย และส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้จักปล่อยวางและมองโลกในแง่ดี

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ได้นำการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีผลต่อการควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ประกอบด้วยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในด้านการใช้ยาและการมาตรวจรักษา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และด้านจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น



แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

โรเบอร์ต้า ฮันท์ (Roberta Hunt, 2005, p. 352) ได้กล่าวถึงการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า เป็นการจัดบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้ความรู้ เสริมสร้าง สนับสนุนให้ผู้รับบริการ ครอบครัวและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายคือให้บริการแก่บุคคลและครอบครัว เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

สมาคมการแพทย์อเมริกัน (The American Medical Association, 1979 อ้างอิงใน สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง, 2549, หน้า 3) ได้กล่าวถึงการดูแลสุขภาพที่บ้านว่าเป็นการจัดบริการพยาบาลบริการทางสังคม การรักษาพยาบาล การฝึกอาชีพ การสังคมสงเคราะห์ และการดูแลบ้านเพื่อจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งรวมถึงการบริการที่เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการดูแลสุขภาพที่บ้าน การจัดบริการเป็นการนำการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ไปจัดให้บริการตามความต้องการของผู้ป่วยที่บ้าน แพทย์เป็นผู้สั่งการรักษาและบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้จัดบริการแก่ผู้ป่วยที่บ้าน โดยการประเมินสถานการณ์ครอบครัวและพัฒนาแผนการบริการที่บ้านอย่างเหมาะสม

จรรยา เสียงเสนาะ (2549) ได้กล่าวถึงการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า เป็นบริการดูแลสุขภาพเชิงรุกเพื่อให้บริการสุขภาพที่บ้านเหมาะสมแก่บุคคลทั้งในภาวะสุขภาพดี เจ็บป่วย หรือพิการอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ครอบครัวทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวและชุมชนให้เกิดการพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพ

พีระศักดิ์ เลิศตระการนทร์ (2553) ให้ความหมายการบริการสุขภาพที่บ้าน หมายถึงแบบแผนการดูแล ให้บริการที่เป็นทางการสม่ำเสมอ โดยบุคลากรทางด้านสุขภาพหลากหลายสาขาวิชาต่อผู้ป่วยโดยตรงในบ้านของผู้ป่วย

สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง (2549) ให้ความหมายการบริการสุขภาพที่บ้านเป็นบริการที่จัดให้แก่ผู้ใช้บริการ ซึ่งมีความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนร่วมกับครอบครัว ณ บ้านของผู้ใช้บริการ เป็นบริการที่ต่อเนื่องระหว่างสถาบันบริการสุขภาพและการดูแลที่บ้าน การดูแลจัดโดยทีมสุขภาพตามแผนการดูแลแบบสหวิชาการ ทั้งนี้พยาบาลจะมีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้บริการและผู้ประสานงาน เป้าหมายของการดูแลคือ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี ป้องกัน ลด และจำกัดความพิการจากปัญหาสุขภาพ พัฒนาผู้ใช้บริการและครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวภายใต้สถานการณ์สิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของผู้ใช้บริการ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าในการศึกษาคั้งนี้ การดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง บริการสุขภาพที่มีจุดเน้นที่การให้การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยที่บ้าน เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง เป็นบริการที่ครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการสนับสนุนช่วยเหลือบุคคลและครอบครัวให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้

วัตถุประสงค์ของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นบริการที่พยาบาลได้ดำเนินงานเพื่อติดตามให้บริการที่ต่อเนื่องในกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพ เพื่อศึกษาข้อมูลของบุคคล ครอบครัวและชุมชน วิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหา หรือความต้องการทางสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ สภาพแวดล้อม สภาพเศรษฐกิจ และสังคม และวางแผนแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริง ให้ความรู้และคำแนะนำในอันที่จะทำให้เกิดการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องของบุคคลและครอบครัว สร้างความมั่นใจและเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (จรรยา เสียงเสนาะ, 2549, หน้า 512-513) เพื่อให้และติดตามผลการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ (Roberta Hunt, 2005, p. 350) ให้ผู้ป่วยและบุคคลแต่ละครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ลดความรุนแรงของภาวะการเจ็บป่วยและพิการ และช่วยส่งเสริมสุขภาพให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ (ประพิณ วัฒนกิจ, 2542)

รูปแบบของการบริการสุขภาพที่บ้าน

ความต้องการบริการสุขภาพที่บ้าน สามารถจัดบริการสามารถจัดรูปแบบของบริการสุขภาพที่บ้าน ออกเป็น 2 รูปแบบ (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตริตรง, 2549, หน้า 15) ดังนี้

1. การบริการโดยใช้โรงพยาบาลเป็นหลัก (hospital-based) กิจกรรมการบริการสุขภาพที่บ้านในรูปแบบการใช้โรงพยาบาลเป็นหลัก จะให้บริการแก่ผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย และผู้ที่มารับการรักษาพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อลดปัญหาการเจ็บป่วยซ้ำ เตรียมจำหน่ายผู้ป่วยโดยจัดทำแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และให้ความรู้ในการดูแลต่อเนื่องแก่ครอบครัว ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานซึ่งอยู่ใกล้บ้าน ผู้ป่วยสามารถรับบริการได้สะดวกและได้รับการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง ติดตามผลการรักษาพยาบาลและพัฒนาความสามารถของครอบครัวในการดูแลสมาชิก และความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเอง

2. การบริการโดยใช้ชุมชนเป็นหลัก (community-based) เป็นการจัดบริการสุขภาพที่บ้านโดยชุมชนเป็นหลัก การดำเนินการในรูปแบบนี้จะดำเนินการเช่นเดียวกับการบริการพยาบาลอนามัยชุมชน พยาบาลจะทำการประเมินและกำหนดข้อวินิจฉัยร่วมกับชุมชน สามารถเข้าถึงปัญหาสุขภาพของประชากรทุกกลุ่มอายุ พยาบาลสามารถกำหนดบทบาทและหน้าที่ของตนต่อ

บุคคลและครอบครัวได้พร้อมๆกับบทบาทและหน้าที่ต่อชุมชนโดยส่วนรวม การบริการมีทั้งบริการดูแลการเจ็บป่วย บริการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพดี การให้บริการในรูปแบบดังกล่าวจะมีพื้นที่รับผิดชอบและกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนและสามารถนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ประกอบการจัดบริการให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการและชุมชนได้มากที่สุด

ขอบเขตของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ขอบเขตงานในบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (จรรยา เสียงเสนาะ, 2549, หน้า 516) พยาบาลจะต้องคำนึงถึงความครอบคลุมความต้องการของประชาชน เป้าหมายสำคัญคือ ต้องการให้ประชาชนมีความเข้าใจ สนใจเรื่องสุขภาพอนามัย ปฏิบัติตนเหมาะสมเพื่อการมีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย ไม่ละเลยการดูแลตนเองจนเกิดโรคแล้วจึงรักษา พยาบาลจึงให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านตามระบบบริการสาธารณสุขดังนี้

1. การให้การดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม
2. การให้การดูแลเพื่อการรักษาพยาบาล เป็นการดูแลผู้เจ็บป่วยเพื่อติดตามผลการรักษาของแพทย์ ให้คำแนะนำช่วยเหลือเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้การรักษาพยาบาลตามปัญหาที่พบ
3. การให้การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพ การดูแลอาจแตกต่างกันไปแล้วแต่สภาพของโรค การปฏิบัติจะคล้ายคลึงกับการดูแลเพื่อการรักษาพยาบาล เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกายอย่างถูกวิธี การสนับสนุนให้กำลังใจ สรรหาทรัพยากรชุมชนเพื่อสนับสนุนเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว

บทบาทพยาบาลในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านจะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ตลอดเวลา มีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลขณะเจ็บป่วย และส่งเสริมการมีสุขภาพดีเป็นกิจกรรมหลัก แต่พยาบาลจะต้องปรับบทบาทและหน้าที่ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของครอบครัวด้วย บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในการบริการสุขภาพ (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตริตรอง, 2549, หน้า 31-33) มีดังนี้

1. ผู้ให้บริการ (Caregiver) พยาบาลในบทบาทผู้ให้บริการทางการพยาบาลมีกิจกรรมในการให้การดูแล คือ
 - 1.1 การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับผู้ให้บริการ ครอบครัวและชุมชน
 - 1.2 การประเมินครอบครัว สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม
 - 1.3 การกำหนดความต้องการและปัญหาของผู้ให้บริการครอบครัวและชุมชน

1.4 จัดทำแผนการดูแลผู้ใช้บริการและครอบครัว และให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน

1.5 ปฏิบัติกิจกรรมการบริการตามแผนที่กำหนดไว้

1.6 ประเมินผลและปรับปรุงแผนการบริการพยาบาล

การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทผู้ใช้บริการ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ใช้บริการ เป็นกิจกรรมซึ่งพยาบาลจะต้องเป็นผู้จัดทำให้ เนื่องจากต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ซึ่งผู้ใช้บริการและครอบครัวไม่สามารถทำได้ กิจกรรมที่พยาบาลทำเอง ในบางส่วน ผู้ใช้บริการและครอบครัวทำบางส่วน กิจกรรมให้ความรู้และสนับสนุนผู้ใช้บริการ ญาติ ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถทำการพยาบาลได้เองพยาบาลคอยติดตามผล สนับสนุนให้ความช่วยเหลือให้สามารถปฏิบัติเองได้ พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้สอนควบคู่ไปกับการปฏิบัติการพยาบาล การสอนด้วยวิธีการสาธิตให้ดูเพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง ควรมีเอกสารคำแนะนำประกอบการปฏิบัติ พยาบาลต้องปรับเทคนิคการพยาบาลให้ง่าย ผู้ใช้บริการและญาติสามารถปฏิบัติได้เอง บทบาทผู้ใช้บริการจะรวมถึงกิจกรรมการส่งต่อผู้ใช้บริการไปรับบริการสถาบันอื่นที่เหมาะสม และจะต้องดูแลให้ครอบคลุมปัญหาทางสังคมด้วย

2. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) พยาบาลเริ่มต้นบริการด้วยการสร้างสัมพันธภาพเป็นขั้นตอนแรก และเมื่อให้บริการอย่างต่อเนื่องจะเกิดความไว้วางใจกัน พยาบาลจะเข้าใจแบบแผนพฤติกรรมของผู้ใช้บริการและครอบครัว เข้าใจพฤติกรรมซึ่งมีอิทธิพลต่อสุขภาพหรือการเจ็บป่วยและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ หรือการแก้ไขปัญหาสุขภาพของครอบครัวในภาวะแวดล้อมของชุมชนนั้น พยาบาลต้องทำหน้าที่ชักชวนให้ผู้ใช้บริการและครอบครัวเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ให้เป็นพฤติกรรมที่ลดปัญหาสุขภาพและส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพดี การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควรดำเนินไปเป็นขั้นตอน และส่งเสริมให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควรจัดให้ผสมผสานไปกับการดำเนินวิถีชีวิตประจำวัน โดยไม่เปลี่ยนแปลงแบบแผนพฤติกรรมอย่างกะทันหัน เป็นแบบที่ผู้ใช้บริการและครอบครัวเห็นด้วย ยอมรับและนำไปปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของครอบครัว

3. ที่ปรึกษา (consultant) พยาบาลเป็นผู้ที่เข้าใจแบบแผนพฤติกรรมและการดำเนินวิถีชีวิตเป็นที่ไว้วางใจของครอบครัว พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ ให้การปรึกษาแก่ครอบครัวได้อย่างเหมาะสม พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ใช้บริการและครอบครัวเข้าใจปัญหาสุขภาพและสถานการณ์ของครอบครัว วางแผนแก้ไขปัญหาต่างๆร่วมกับครอบครัว ช่วยให้ครอบครัวตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาเอง พยาบาลเป็นเพียงผู้เสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ความช่วยเหลือและบริการ

พยาบาลให้แก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว โดยบอกข้อมูลรายละเอียดต่างๆของการดูแลสุขภาพที่บ้านให้ผู้ใช้บริการและครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจเอง ไม่มีการควบคุม ช่วยให้ผู้ใช้บริการและครอบครัวสรุปแนวทางแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง

4. ผู้บริหาร (administrator) พยาบาลผู้ให้บริการจะต้องจัดหาวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ ที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลให้เพียงพอในการออกเยี่ยมบริการประจำวัน และจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์สำรองไว้ เพื่อให้หน่วยงานมีใช้อย่างเพียงพอและอยู่ในสภาพที่พร้อมจะใช้งานได้ทันที

5. ผู้พิทักษ์สิทธิ์ (advocacy) เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ถ้าพบผู้ใช้บริการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย พยาบาลจะต้องเข้าใจสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้ใช้บริการ พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถาบัน บุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือ และวิธีการติดต่อขอความช่วยเหลือ

6. ผู้ประสานงาน (coordinator) ในระบบบริการสุขภาพของไทยนั้น การบริการสุขภาพที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งของการบริการพยาบาลอนามัยชุมชน ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ให้บริการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลจะทำหน้าที่ผู้ประสานงานในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลจากบุคลากรซึ่งมีความชำนาญเฉพาะทางในแต่ละสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานอื่นๆซึ่งจะให้การสนับสนุนการแก้ไขปัญหาของผู้ใช้บริการและครอบครัว การดำเนินงานจะประสานกับสมาชิกทีมสุขภาพเพื่อจัดบริการที่เหมาะสม ประสานงานกับหน่วยงานบริการสุขภาพระดับต่างๆ เพื่อการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลเป็นผู้ประสานงาน แก้ไข ปรับปรุงแผนการบริการและนำไปปฏิบัติการพยาบาลให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายของผู้ใช้บริการและครอบครัวโดยมีสมาชิกทีมสุขภาพเป็นที่ปรึกษา

7. นักวิจัย (researcher) หลังจากให้บริการพยาบาลแล้ว พยาบาลจะทำการประเมินผลการบริการ จัดทำบันทึกรายงานประวัติของผู้ใช้บริการและครอบครัว ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลในการประเมินผลและวิจัยเพื่อการพัฒนาการบริการสุขภาพ พยาบาลจะเป็นผู้ทำวิจัยเองหรือเป็นผู้ร่วมทีมวิจัยก็ได้ หากไม่สามารถทำวิจัยได้เองก็ควรจัดระบบการบันทึกรายงานที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง เชื่อถือได้เพื่อประโยชน์ในการวิจัยหรือประเมินคุณภาพการบริการสุขภาพได้

จากสิ่งที่กล่าวมาข้างต้นพบว่าพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพที่บ้านนั้นมีทั้งบทบาทผู้ให้บริการซึ่งเป็นกิจกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงในด้านการประเมินปัญหา ร่วมวางแผนแก้ไขและให้การแก้ไขปัญหา มีกิจกรรมการพยาบาล การให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ติดตาม

ประเมินผลและยังทำหน้าที่ในการเป็นผู้ประสานงานกับทีมสุขภาพในการดูแลเพื่อให้เกิดความครอบคลุมและมีคุณภาพในการดูแล

ประโยชน์ของการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านมีประโยชน์ต่อภาวะจิตใจซึ่งเกี่ยวโยงหรือมีผลโดยตรงต่อการรักษาพยาบาล จะทำให้ความรู้สึกของผู้ป่วยดีขึ้น มีความสุขที่ได้อยู่บ้านตนเอง ใกล้ชิดครอบครัว ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อนตนเองมากขึ้น คนในครอบครัวไม่ต้องพะวงที่จะนำผู้ป่วยไปรักษาพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและของรัฐบาล เป็นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ (Self Care Potentials) ซึ่งจะนำไปสู่การพึ่งตนเองของประชาชนได้ (Self-Reliance) และนำไปสู่การมีสุขภาพดีด้วหน้า เป็นการกระจายบริการสาธารณสุขไปให้ถึงบ้าน จะช่วยให้เกิดความเสมอภาคแก่ประชาชนทั้งในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มยากจนที่ไม่สามารถมารับบริการที่สถานพยาบาลได้ เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมโดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส ทั้งนี้เพื่อช่วยปรับปรุงแก้ไขภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนรวมทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพผู้เจ็บป่วย (ประพิณ วัฒนกิจ, 2542)

ทักษะและเทคนิคในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ขณะที่ให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน พยาบาลสามารถใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูล เพื่อประเมินครอบครัวและวางแผนในการช่วยเหลือ วิธีที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและให้การช่วยเหลือ (อรัญญา ทรัพย์ม่วง, 2552, หน้า 197; พิระศักดิ์ เลิศตระการนนท์, 2553) ได้แก่

1. การสัมภาษณ์ มีหลักคือ ฟังด้วยความเห็นใจ ใช้คำถามเปิด อย่าแสดงความรีบร้อน อย่าขัดจังหวะ ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีโอกาสแสดงความคิดเห็น เป็นต้น
2. การสังเกต ในสิ่งที่ผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัวทำในชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว สภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกครอบครัว
3. การให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา
4. การตรวจร่างกาย
5. การรักษาหรือมีการทำหัตถการโดยต้องเตรียมอุปกรณ์ไป

กระบวนการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้าน (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง, 2549, หน้า 69) เป็นการนำบริการสุขภาพไปยังบุคคลและครอบครัวถึงที่บ้าน เครื่องมือที่สำคัญของพยาบาลที่จะนำไปสู่การเข้าถึงครอบครัวคือ การเยี่ยมบ้าน เป็นบริการเชิงรุกที่พยาบาลจะต้องสำรวจประเมินและสรุปความต้องการการดูแลสุขภาพที่แท้จริงของผู้ใช้บริการ เพื่อหาทางป้องกัน แก้ไขปัญหาสุขภาพ

ป้องกันการป่วยซ้ำด้วยโรคเดิม และแก้ไขปัญหาคืออื่น ๆ ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับปัญหาสุขภาพ บริการทั้ง ผู้ใช้บริการรายเก่าซึ่งดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลและรายใหม่ซึ่งสำรวจพบในชุมชน

การเยี่ยมบ้านประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (Roberta Hunt, 2005, pp. 361-364) คือ ขั้นตอนการเตรียม (Preparation) ขั้นตอนขณะเยี่ยม (Beginning the visit) และขั้นตอนสิ้นสุดการเยี่ยม (Termination of the visit)

1. ขั้นตอนการเตรียม (Preparation) เริ่มจากการได้รับการส่งต่อจากสถานบริการสุขภาพหรือครอบครัวอาจจะต้องการบริการการเยี่ยมบ้าน หรือพยาบาลอาจจะเริ่มการเยี่ยมบ้าน จากการค้นพบผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือและหลังจากนั้นการเยี่ยมบ้านจะขึ้นกับความต้องการ และความเห็นชอบร่วมกันระหว่างพยาบาลและครอบครัว และที่สำคัญพยาบาลต้องมีความชัดเจน ในวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านและต้องเข้าใจถึงความสำคัญของการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ครอบครัวควรได้รับการติดต่อก่อนเยี่ยมบ้าน พยาบาลอาจติดต่อครอบครัวทางโทรศัพท์ เพื่อนำตัวเองระบุเหตุผลของการติดต่อและแผนของการเยี่ยมบ้าน ควรกำหนดหรือวางแผนเยี่ยมบ้านเมื่อมีโอกาสพบปะสมาชิกครอบครัวทุกคนก่อนการเยี่ยม พยาบาลจะต้องทบทวนศึกษาข้อมูล ครอบครัว ถิ่นที่อยู่ และข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ผู้เยี่ยมเตรียมตัวให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ครอบครัวได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพเตรียมความรู้ ศึกษาหาความรู้เพื่อใช้ในการวางแผนช่วยเหลือครอบครัว เตรียมอุปกรณ์เยี่ยมบ้านเพื่อนำไปใช้ในการพยาบาล การสาธิตและการช่วยเหลือต่างๆ รวมทั้งการเตรียมเอกสารการให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ และนัดหมายผู้ป่วย และครอบครัว

2. ขั้นตอนขณะเยี่ยม (Beginning the visit) กิจกรรมการช่วยเหลือในขณะเยี่ยมบ้านอาจมีความแตกต่างกันขึ้นกับสถานการณ์ในแต่ละครอบครัว องค์ประกอบที่สำคัญในระยะนี้ คือการสร้างสัมพันธภาพและการให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาของครอบครัว ประกอบด้วย

2.1 การประเมินทางการพยาบาล เป็นการประเมินผู้ป่วยได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยของแพทย์ พยาบาลควรทราบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ประเมินสภาพร่างกาย ด้านจิตใจ สังคม อารมณ์ และปัจจัยพื้นฐานต่างๆของผู้ป่วย ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ศาสนา การประเมินครอบครัว เริ่มจากโครงสร้างภายในครอบครัว ระบบสนับสนุนทางสังคม เช่น จำนวนสมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้านผู้ซึ่งให้การช่วยเหลือผู้ป่วย บทบาทของสมาชิกแต่ละคน และค้นหาผู้ที่มีอิทธิพลสำหรับผู้ป่วยที่เอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง

2.2 การกำหนดความต้องการและการวางแผนการดูแล เป็นการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จะต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัวมาวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดวัตถุประสงค์ร่วมกัน และการวางแผนการดูแลจะต้องดำเนินการให้ความช่วยเหลือให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงร่วมกับพยาบาล

2.3 การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน เป็นการกระทำตามกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้ในแผนการรักษาพยาบาลให้บริการตรงตามความต้องการ โดยใช้ทักษะการสอน การให้คำปรึกษา และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประสานงานในการให้บริการถ้าครอบครัวที่ต้องการความช่วยเหลือมาก พยาบาลจะเป็นผู้จัดการประสานงานเกี่ยวกับการดูแลเหล่านั้น เพื่อติดต่อเรื่องความช่วยเหลือกลุ่มวิชาชีพที่มีความชำนาญให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

3. ขั้นตอนสิ้นสุดการเยี่ยม (Termination of the visit) การเยี่ยมติดตามและการประเมินผลทำให้ความรู้ คำแนะนำ เป็นการทบทวนถึงความถูกต้องในการปฏิบัติและวางแผนสำหรับการเยี่ยมบ้าน การตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลครั้งต่อไป มีการเกิดปัญหาขึ้นอีกและการสิ้นสุดของปัญหาหรือความต้องการ ถ้ายังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ต้องมีการทบทวน วิเคราะห์ข้อมูล วางแผน ให้การดูแลและประเมินผลใหม่ เมื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน พยาบาลควรทบทวนสรุปการเยี่ยมบ้านกับครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวมีโอกาสที่จะตระหนักว่าสิ่งใดเกิดขึ้น ผลการช่วยเหลือจากการให้บริการเป็นอย่างไร

แนวทางในการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวขณะเยี่ยมบ้าน วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านจะถูกกำหนดจากปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ เพื่อให้เกิดการบริการแบบองค์รวม (Holistic Care) ในการเยี่ยมบ้าน จึงใช้แนวทาง INHOMESSS (ลำเรียง แหียงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545, หน้า 52; สายพิณ หัตถิรัตน์, 2551, หน้า 115-117; Robert, et al., 2003, p.461; Unwin and Jerant, 1999) ในการประเมินดังนี้

Immobility (I) เป็นการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living) ว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้หรือต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายตนเอง การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย เป็นต้น

Nutrition (N) เป็นการประเมินภาวะด้านโภชนาการของผู้ป่วย ได้แก่ อาหารที่ผู้ป่วยชอบ วิธีเตรียมอาหาร การประเมินลักษณะอาหาร ชนิดของอาหารที่ผู้ป่วยและครอบครัวรับประทานที่เหมาะสมกับโรคหรือภาวะที่เป็นอยู่หรือไม่ ประเมินการเก็บอาหาร นิสัยการกิน เป็นต้น

Home Environment (H) เป็นการประเมินสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้านว่ามีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย ภายในบ้าน เช่น แอ๊ด โปร่งสบาย สะอาด อบอุ่น เช่น มีบริเวณ

หรือไม่ รอบบ้านเป็นอย่างไร รั้วรอบขอบชิดหรือทะลุถึงกันกับเพื่อนบ้าน เพื่อนบ้านเป็นใคร ลักษณะอย่างไร ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างไร

Other people (O) เป็นการประเมินบทบาทหน้าที่และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งเพื่อนบ้านเมื่อครอบครัวผู้ป่วยมีปัญหา เพื่อนบ้านและชุมชนที่ผู้ป่วยและครอบครัวอาศัยอยู่สามารถให้ความช่วยเหลือได้หรือไม่

Medications (M) เป็นการประเมินประวัติการใช้ยาและวิธีการใช้ยา ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอและถูกต้องหรือไม่ ภาวะที่บรรจยาเหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือเหมาะสมกับยานั้นหรือไม่ รวมถึงประวัติของการแสวงหาการรักษา การดูแลตนเองเพื่อให้รู้พฤติกรรมการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว

Examination (E) เป็นการตรวจร่างกายและการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำภารกิจประจำวันได้มากน้อยเพียงใดที่บ้าน เพื่อประเมินสภาวะผู้ป่วยตามความเป็นจริงในขณะอยู่บ้าน

Safety (S) เป็นการประเมินความปลอดภัยของบุคคลในบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติปรับสภาพภายในที่บ้านที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้

Spiritual Health (S) เป็นการประเมินความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี เพื่อค้นหาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว

Services (S) เป็นการประเมินบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจตรงกันในการวางแผนดูแลผู้ป่วย เข้าใจบริการดูแลสุขภาพที่บ้านและโรงพยาบาล พร้อมทั้งรับฟังเสียงสะท้อนถึงบริการที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ เพื่อนำมาปรับปรุงการให้บริการต่อไป และประเมินว่ามีแหล่งบริการอะไรบ้างในชุมชนที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้

จึงสรุปได้ว่าวิธีการที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้านคือการเยี่ยมบ้าน เป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งของพยาบาลชุมชนในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและประชาชนในชุมชน โดยใช้กระบวนการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลช่วยเหลือได้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ โดยการส่งเสริม สนับสนุน กระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา เสริมความรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลให้แก่ผู้ป่วย และให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

แนวทางการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากขั้นตอนตามแนวทางการดูแลสุขภาพที่บ้านแล้ว ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตามแนวทาง INHOMESSS (สำเร็จ แหยงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ, 2545,

หน้า 52; สายพิน หัตถิรัตน์, 2551, หน้า 115-117; Robert, et al., 2003, p.461; Unwin and Jerant, 1999) จึงได้ทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การพยาบาลตามแนวทาง INHOMESSS โดยมีวัตถุประสงค์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะยาวที่บ้าน (อัมพรพรรณ ธีรานุตร, 2542, หน้า 73) คือ การป้องกันการดำเนินต่อไปของโรค ลดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ รักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การเพิ่มสมรรถภาพของร่างกาย การรักษาและฟื้นฟูสภาพด้านจิตใจ มีรายละเอียดดังนี้

1. Immobility (I) กิจกรรมประจำวัน (Activity of daily living) ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีความสุขได้ เนื่องจากอาการหายใจลำบาก เหนื่อยหอบง่าย มีข้อจำกัดในการออกกำลังกายและการทำงาน ดังนั้นการเพิ่มสมรรถภาพของร่างกายช่วยทำให้ลดอาการเหนื่อยหอบสามารถทำงานหรือออกแรงได้มากขึ้น และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ การเพิ่มสมรรถภาพของร่างกายประกอบด้วย การบริหารการหายใจ (Breathing exercise) การฝึกออกกำลังกาย (Exercise reconditioning) การไอเอาเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ และการสงวนพลังงานในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ซึ่งการบริหารการหายใจเป็นเทคนิคที่จะช่วยบรรเทาและควบคุมอาการหายใจเหนื่อยหอบ เพิ่มประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของปอดและการแลกเปลี่ยนก๊าซ ส่งเสริมการประสานการทำงานที่หายใจระหว่างกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อทรวงอกทำให้ปริมาตรอากาศขณะหายใจออกเพิ่มขึ้น และลดพลังงานที่ใช้ในการหายใจ (กมลวรรณ จันตระกูล, 2547) การบริหารการหายใจประกอบด้วย การหายใจแบบเป่าปาก การหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม และการไออย่างมีประสิทธิภาพ ประโยชน์ของการบริหารการหายใจ ช่วยทำให้สามารถทำกิจกรรมได้นานขึ้น การระบายอากาศและแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น ลดการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ เพิ่มประสิทธิภาพการไอเพื่อขับเสมหะออก การออกกำลังกายเป็นหัวใจสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพราะจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจ การเพิ่มความทนทานในการออกกำลังกายสามารถช่วยลดอาการหายใจลำบากลงได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นจากการที่ต้องเป็นผู้อยู่กับบ้านมาเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้นตามความเหมาะสม ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและทำอย่างสม่ำเสมอ

ดังนั้นพยาบาลควรคอยกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ชี้แจงให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยให้ผู้ป่วยเริ่มปฏิบัติทีละน้อย ไม่หักโหม ค่อยๆ เพิ่มความถี่และระยะเวลาให้นานขึ้น เวลาที่ใช้ออกกำลังกายแต่ละครั้งตั้งแต่ 10-15 นาทีหรือ

มากกว่าตามสภาพของผู้ป่วย ทำ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 6-12 สัปดาห์ขึ้นไป และควรมีช่วงพักระหว่างออกกำลังกาย ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย คือไม่ควรทำอย่างหักโหม ควรดูแลให้ผู้ป่วยทำเท่าที่ทำได้ ถ้ามีอาการหายใจลำบาก หายใจเหนื่อยหอบมากผิดปกติ เวียนศีรษะ หน้ามืด หัวใจเต้นแรงและเร็วไม่เป็นจังหวะ ควรหยุดพักและทำการบริหารการหายใจ (กมลวรรณ จันตระกูล, 2547; สุลี แซ่ซื่อ, 2546; อัมพรพรรณ อธิวานุตร, 2542) ซึ่งมีทำดังต่อไปนี้

1.1 การบริหารการหายใจ เพิ่มประสิทธิภาพในการใช้กล้ามเนื้อกระบังลมในการหายใจ ช่วยให้ปอดแข็งแรง การแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดดีขึ้น ควรทำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น ครั้งละ 5-10 นาที สัปดาห์ละ 5-7 วัน

1.1.1 การหายใจโดยการห่อปาก ช่วยให้ปอดขยายตัว การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น ส่งผลให้อาการหอบเหนื่อยลดลง วิธีการมีดังนี้

- 1) หายใจเข้าทางจมุก ซ้ำๆ ลึกๆ โดยให้ท้องป่อง
- 2) หายใจออกทางปากด้วยการห่อปาก หรือผิวปากโดยทำให้ท้องแฟบ

1.1.2 การหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม ทำให้อาการหายใจลำบากหรือหอบเหนื่อยดีขึ้น วิธีการมีดังนี้

- 1) นอนโดยมือข้างหนึ่งของผู้ป่วยวางบนหน้าท้อง มืออีกข้างหนึ่งวางบนหน้าอก งอเข้าทั้งสองข้าง
- 2) หายใจเข้าทางจมุกซ้ำๆ ลึกๆ (นับในใจ หนึ่ง-สอง) จนกระทั่งหน้าท้องป่องออก สังเกตเห็นมือที่วางบนหน้าท้องมีการเคลื่อนไหวยกขึ้น
- 3) หายใจออกทางปาก ซ้ำๆ โดยการห่อปาก จนหน้าท้องแฟบลง สังเกตเห็นมือที่วางบนหน้าท้องเคลื่อนลง

1.2 การออกกำลังกาย เป็นหัวใจสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การออกกำลังกายควรปฏิบัติร่วมกับการบริหารการหายใจ ในขณะเดียวกันช่วยทำให้ปอดมีการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดียิ่งขึ้น กล้ามเนื้อแข็งแรงช่วยลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ ป้องกันข้อติดแข็ง เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีสภาพร่างกายที่ดีขึ้น เพิ่มความทนทาน เพิ่มความสดชื่นให้แก่ร่างกายและจิตใจ ลดภาวะซึมเศร้า ทำให้ผ่อนคลาย ช่วยทำให้หลับง่าย ข้อควรคำนึงถึงในการออกกำลังกาย ควรเริ่มออกกำลังกายทีละน้อยและเพิ่มความถี่ ระยะเวลาให้นานขึ้น ควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย ควรประมาณ 20-30 นาที ทำ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย คือช่วงก่อนรับประทานอาหาร

หรือหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง อาจเป็นเวลาเช้าหรือเย็นก็ได้ ควรมีช่วงพักระหว่างการออกกำลังกายตามความรู้สึกเหนื่อย

1.2.1 การบริหารกล้ามเนื้อทรงอก ไหล่ และแขน

1) ท่ากางแขน โดยนั่งเก้าอี้ในท่าที่สบาย เขยียดแขนทั้ง 2 ข้างตรงมาข้างหน้าเสมอไหล่ เหยียดแขนไปด้านข้าง พร้อมกับสูดหายใจเข้าทางจมูกเต็มที่ หุบแขนมาที่เดิม หายใจออกทางปากโดยการห่อปากหรือผิวปากและเขม่วท้อง พักทำการบริหารการหายใจ 2-4 ครั้ง

2) ท่าเหยียดแขน โดยนั่งบนเก้าอี้ในท่าที่ผ่อนคลาย เท้าทั้งสองวางราบกับพื้นแยกห่างกันเล็กน้อย มือทั้งสองข้างวางไว้บนเข่า สูดลมหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ ผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ทางปากโดยการห่อปากพร้อมกับบิดลำตัวไปทางด้านซ้ายมือและเหยียดแขนทั้งสองข้างขึ้นไปเหนือศีรษะช้าๆ ทำให้เสร็จพร้อมกับการผ่อนหายใจออกหมด สูดหายใจเข้าทางจมูก หมุนลำตัวกลับมาท่าเดิมวางมือทั้งสองข้างไว้บนเข่า ผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ทางปากโดยการห่อปากพร้อมกับบิดลำตัวไปทางด้านขวามือและเหยียดแขนทั้งสองข้างขึ้นไปเหนือศีรษะช้าๆ ทำให้เสร็จพร้อมกับการผ่อนหายใจออกหมด สูดหายใจเข้าทางจมูก หมุนลำตัวกลับมาท่าเดิมวางมือทั้งสองข้างไว้บนเข่า พักทำการบริหารการหายใจ 2-4 ครั้ง

3) ท่ายืนยกแขน โดยยืนกางขาเล็กน้อย ค่อยๆยกแขนไปด้านหน้าขึ้นเหนือศีรษะพร้อมกับสูดหายใจเข้าให้เต็มที่ ค่อยๆเอาแขนลงมาไว้ข้างลำตัว พร้อมกับหายใจออกทางปากโดยการห่อปาก หรือผิวปากและเขม่วท้อง พักทำการบริหารการหายใจ 2-4 ครั้ง

1.2.2 การบริหารร่างกายทั่วไป ได้แก่ การเดินตามสบาย โดยเดินสบายๆ พร้อมกับหายใจเข้าทางจมูกเต็มที่ หายใจออกทางปากโดยการห่อปากหรือผิวปากและเขม่วท้อง พักทำการบริหารการหายใจ 2-4 ครั้ง

1.3 การไอเอาเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ ควรทำหลังจากการฝึกการบริหารการหายใจ มีวิธีการคือ นั่งในท่าที่สบาย หายใจเข้า ออกปกติ 2 – 3 ครั้ง หายใจเข้าเต็มที่ กลั้นลมหายใจพร้อมกับเอามือกดบริเวณท้อง เบาๆ และเกร็งลำตัวเล็กน้อย ไอเอาเสมหะออกมาเท่าที่ทำได้ ประมาณ 2-3 ครั้ง ถ้ารู้สึกเหนื่อยให้หยุดการไอ แล้วให้ทำการบริหารการหายใจต่อจนรู้สึกดีขึ้น

1.4 การสงวนพลังงานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ควรทำการบริหารการหายใจ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลมร่วมกับการหายใจออกโดยวิธีห่อปาก ในระหว่างการทำงานที่ต้องออกแรง

1.4.1 อนามัยส่วนบุคคล

1) การหวัดม แปร่งฟัน ล้างหน้า ควรนั่งทำ ถ้าใช้ทำยืนต้องมีที่พิงแขน

อาบน้ำ

2) การอาบน้ำ ให้นั่งอาบ และใช้ฝักบัวแทนการใช้ขันตักน้ำอาบ หรือใช้อ่าง

3) ผม ควรตัดสั้น ทำให้ดูแลง่าย หลีกเลี่ยงการใช้สเปรย์

4) การสวมเสื้อผ้า ควรสวมกางเกงก่อนแล้วจึงสวมเสื้อ เสื้อที่สวมควรเป็นชนิดผ้าด้านหน้าขอบกางเกง ควรใช้ยางยืดมากกว่าตะขอ เสื้อผ้าควรมีน้ำหนักเบาสบาย

1.4.2 กิจกรรมต่างๆ

1) การเดิน หายใจเข้าทางจมูก ก้าวเดิน 2-3 ก้าวขณะหายใจออกโดยการห่อปาก หยุดเดินขณะหายใจเข้าใหม่ และก้าวเดินต่อไปในช่วงการหายใจออก ทำเช่นนี้จนกว่าจะถึงที่หมาย

2) การขึ้น-ลงบันได การขึ้นลงบันไดพร้อมกับการสูดหายใจเข้าทางจมูก จากนั้นถ้าขึ้นบันได 2-3 ชั้น ในช่วงการหายใจออกโดยการห่อปาก หยุดก้าวเมื่อหายใจเข้าทางจมูกและก้าวเดินขึ้นต่อไปในช่วงการหายใจออก จนกว่าจะถึงบันไดขั้นสุดท้าย

3) จัดของเครื่องใช้ส่วนตัวผู้ป่วยให้อยู่ใกล้มือ หยิบใช้ได้สะดวกจะช่วยสงวนพลังงานและลดการใช้ออกซิเจน

4) ห้องครัว ภาชนะที่ใช้ควรมีน้ำหนักเบา จัดสิ่งของวัตถุให้เป็นระเบียบในพื้นที่เดียวกัน หยิบจับง่าย

5) การทำความสะอาดบ้าน ควรใช้รถเข็นของคันเล็กๆ ที่มีชั้นวางของ 2-3 ชั้นใส่อุปกรณ์ในการทำความสะอาด ควรทำทีละส่วนให้เสร็จ หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวไปกลับโดยไม่จำเป็น ทำอย่างช้าๆ ไม่รีบร้อน พักทุกครั้งเมื่อรู้สึกเหนื่อย

ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรมีการบริหารการหายใจ การฝึกออกกำลังกาย การไอเอาเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ และการสงวนพลังงานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อฟื้นฟูสภาพการทำงานของปอด เพิ่มความทนทานต่อการปฏิบัติกิจกรรมให้ได้ดียิ่งขึ้น

2. Nutrition (N) ด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ลักษณะอาหารที่ผู้ป่วยควรรับประทานควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่ายและเคี้ยวกลืนง่าย ได้แก่ เนื้อปลา ไข่ เต้าหู้ เพื่อลดอาการอึดแน่นท้อง แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานมื้อละน้อยแต่บ่อยครั้ง จำนวนมื้ออาหารอาจเป็น 5-6 มื้อต่อวัน ลดอาการเหนื่อยหอบหลังรับประทานอาหารหนักหรือย่อยยาก ไม่ควรรับประทานอาหารจนอิ่มเกินไป และควรมีเวลาพักหลังรับประทานอาหารครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงทุกมื้อ หลีกเลี่ยง

อาหารที่ทำให้เกิดก๊าซในกระเพาะอาหาร เช่น ฟักทอง หอมใหญ่ มะม่วงดิบ และถั่วชนิดต่างๆ เป็นต้น จะทำให้กระเพาะอาหารขยายตัว ส่งผลให้ปอดขยายตัวไม่เต็มที่ ตีมน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว และควรดื่มน้ำอุ่นจะดีกว่าน้ำเย็น เพราะน้ำอุ่นทำให้เสมหะอ่อนตัวและขับออกได้ง่ายขึ้น หลีกเลี่ยง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ (อัมพรพรรณ ธีรานุตร, 2542, หน้า 220 ; Robyn Rice, 2006, p.187) การส่งเสริมภาวะโภชนาการจะทำให้การทำงานของปอดและกล้ามเนื้อดีขึ้นสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

พยาบาลจึงควรส่งเสริมในด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพราะภาวะโภชนาการที่ดีจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ประสิทธิภาพการทำงานของปอดดีขึ้น ยังช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้กับร่างกายด้วย

3. Home Environment (H) สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้าน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการของโรคเลวลง โดยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) หลีกเลี่ยงสิ่งที่ส่งเสริมให้มีอาการเหนื่อยหอบได้ง่าย เช่น ควันบุหรี่ ควันไฟ ฝุ่นละอองเกสรดอกไม้ อากาศร้อนหรือเย็นจัด บริเวณที่อับชื้น ขนสัตว์เลี้ยงต่างๆ ป้องกันการติดเชื้อโดยหลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ที่มีคนจำนวนมาก หลีกเลี่ยงคนเป็นโรคติดต่อ ถ้าจำเป็นจริงๆควรใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูก (แก้ว ถนอมเสียง, 2551, หน้า 32) อุณหภูมิในการนอน เช่น หมอน ผ้าห่ม ที่นอนไม่ควรทำจากนุ่นหรือไหมพรม เพราะจะเป็นที่สะสมของฝุ่นละออง ทำให้ระคายเคืองหลอดลม เกิดอาการไอ จาม อาจใช้เป็นฟองน้ำแทนหรือหาพลาสติกหุ้ม ควรมีการดูแลทำความสะอาด ขจัดฝุ่นทุกวัน และตากแดดเป็นประจำ การเปลี่ยนแปลงของอากาศมักจะมีอาการเหนื่อยหอบเกิดขึ้นบ่อยในช่วงที่มีอากาศหนาวจัด ร้อนจัด ฝนใกล้ตก ความชื้นสูง ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของอากาศ ควรพักอาศัยอยู่ในบ้าน รักษาความอบอุ่นของร่างกายเสมอ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ให้สะอาดปลอดโปร่ง อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีฝุ่น ควันทั้งภายในและนอกบ้าน การปิดกั้นสถานที่อยู่อาศัยให้สะอาดปราศจากฝุ่น การถูพื้นด้วยผ้าเปียก จะช่วยกักฝุ่นไม่ให้ฟุ้งกระจาย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการของโรคกำเริบ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา ช่วยป้องกันไม่ให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น และชะลอหรือหยุดการดำเนินของโรค

4. Other people (O) หน้าที่และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว บทบาท หน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ควรให้การดูแลช่วยเหลือโดยตรงในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น ต้องประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และเป็นบุคคลกลางในการติดต่อเจรจา

หรือติดต่อกับบุคคลหรือองค์กรสุขภาพ เพื่อการรักษาพยาบาลหรือประสานงาน ลดความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น

การสร้างสัมพันธภาพภายในและนอกครอบครัว เป็นการทำให้ครอบครัวและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุขในครอบครัว ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว (กมลวรรณ จันตระกูล, 2547) ควรปฏิบัติดังนี้

- 4.1 การพูดจาไพเราะ ถนอมน้ำใจกัน ใช้เหตุผลมากกว่าอารมณ์
- 4.2 การแสดงออกด้วยท่าทาง ที่สื่อให้อีกฝ่ายหนึ่งเข้าใจถึงความรักและความห่วงใยที่มีต่อกัน
- 4.3 การรู้จักให้อภัย ประนีประนอมกันเมื่อเกิดความขัดแย้งหรือความโกรธ
- 4.4 การให้เกียรติซึ่งกันและกัน เคารพในสิทธิและการแสดงออก รับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน
- 4.5 การให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แสดงออกถึงความรู้สึกและความต้องการอย่างเหมาะสม
- 4.6 การให้เวลาต่อกันในการพูดคุย ปรีกษาปัญหา ปรีกษาหารือและร่วมรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว
- 4.7 การมีกิจกรรมร่วมกัน ทั้งภายในครอบครัวและชุมชน
- 4.8 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร่วมสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน
- 4.9 การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในหมู่ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน

5. Medications (M) เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ยาที่ใช้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยทำให้อาการหอบเหนื่อยทุเลาลงหรือไม่มีอาการเหนื่อยขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกายหรือทำงานได้นานมากขึ้น ป้องกันภาวะโรคกำเริบ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น แต่ไม่สามารถชะลอการเสื่อมของสมรรถภาพปอดได้ (ชายชาญ โพธิ์รัตน์, 2550, หน้า 419) ดังนั้นในการดูแลด้านการใช้ยาให้ถูกต้องเพื่อให้คงประสิทธิภาพของยาให้สูงสุดอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องทราบชื่อยา ปริมาณการใช้ยา วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การใช้ยาพ่นขยายหลอดลม มีการตรวจสอบเทคนิคการสูดยาเป็นสิ่งสำคัญ สาธิตและให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามให้ถูกต้องทุกขั้นตอน การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับยา เช่น ใจสั่น มีคลื่น หน้ามืด เวียนศีรษะ เป็นต้น และเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง จำเป็นต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ



6. Examination (E) การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็นในการนำไปสู่การวินิจฉัยและวางแผนเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป นอกจากนี้ยังช่วยในการประเมินผลการตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองของผู้ป่วยอีกด้วย (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542, หน้า 122) โดยการตรวจวัดสัญญาณชีพ คือ วัดอุณหภูมิของร่างกาย (T), อัตราการเต้นของชีพจร (PR), อัตราการหายใจ (RR), ค่าความดันโลหิต (BP) และประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO_2) ตรวจร่างกายโดยการฟังเสียงปอด เพื่อประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมิน BMI เพื่อติดตามภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งมีผลกับผู้ป่วยมากเพราะการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอโดยเฉพาะโปรตีน จะทำให้กล้ามเนื้อในการหายใจอ่อนแรง ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เกิดการติดเชื้ระบบทางเดินหายใจได้ง่าย และเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงควรมารับการตรวจรักษาและรับยาตามแพทย์นัด เพื่อสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคได้และให้การช่วยเหลือได้ทันเวลา (กมลวรรณ จันตระกูล, 2547; มาลีจิตร ชัยเนตร, 2552)

7. Safety (S) ความปลอดภัยของบุคคลในบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติปรับสภาพภายในที่บ้านที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542) การปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการแนะนำในเรื่องการจัดวางของเครื่องใช้ภายในบ้านให้สะดวกในการหยิบใช้ เช่น ของใช้ส่วนตัวต่างๆ ยาที่ต้องรับประทานประจำ ยาพ้นขายยาลดคลม สมุดประจำตัวและใบนัดตรวจรักษา เพื่อเป็นการสงวนพลังงานและลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ ภายในห้องน้ำมีแสงสว่างเพียงพอ จัดให้มีราวจับสำหรับยึด พยุง และมีเก้าอี้ไว้ให้ผู้ป่วยนั่งอาบน้ำที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย ทางขึ้นบันไดบ้านมีราวจับ หากเป็นบ้าน 2 ชั้น ควรจัดห้องนอนให้ผู้ป่วยอยู่ชั้นล่าง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุและสงวนพลังงาน ลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ

8. Spiritual Health (S) ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี เพื่อค้นหาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะต้องเผชิญกับความเครียด ทั้งเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย สังคม เศรษฐกิจและการมีพยาธิสภาพของโรคที่ต้องรักษาเป็นเวลานาน สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ เพื่อให้ผ่อนคลายความเครียดและปัญหาด้านจิตใจ (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542) โดยมีวิธีการดังนี้ สวดมนต์ ทำสมาธิ ดูโทรทัศน์ หรือผ่อนคลายตามความถนัดเมื่อเกิดความเครียดหรือวิตกกังวล พักผ่อนหย่อนใจและไปเที่ยวตามโอกาส เช่น สถานที่ท่องเที่ยวตามธรรมชาติต่างๆ หรือต่างจังหวัด พูดคุยกับบุคคลรอบข้าง เพื่อนบ้านญาติพี่น้อง ปกษาหาหรือบุคคลในครอบครัวหรือญาติสนิท เมื่อเกิด

ปัญหาความเครียดหรือวิตกกังวล จัดสภาพแวดล้อมพร้อมบรรยากาศในครอบครัวที่ดี ให้ความเคารพนับถือ และยกย่องให้กำลังใจ ยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน มีความผูกพันและความรู้สึก ร่วมกัน

9. Services (S) แหล่งบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจตรงกัน ในการวางแผนดูแลผู้ป่วย เข้าใจบริการดูแลสุขภาพที่บ้านและโรงพยาบาล พร้อมทั้งรับฟังเสียงสะท้อนถึงบริการที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ เพื่อนำมาปรับปรุงการให้บริการต่อไป และแหล่งบริการในชุมชนที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ โดยแหล่งบริการสุขภาพในชุมชนที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในเขตพื้นที่อำเภอร่องวาง ได้แก่ ทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และโรงพยาบาลร่องวาง ตัวแทนเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข การให้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือได้ที่เบอร์ 1669 ตลอด 24 ชั่วโมง

จะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเป็นการส่งเสริม ฟื้นฟู และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ 1 และ 2 หากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดี ก็จะสามารถชะลอความก้าวหน้าและลดระดับความรุนแรงของโรค บทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากโรคดังกล่าว ในการดัดศักยภาพจนเกิดความสามารถให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมที่สามารถควบคุมโรคที่เหมาะสมได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยได้ ทำการศึกษาและค้นคว้าพบมีดังนี้

ชัยพงศ์ ชูยศ (2547) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ สถาบันโรคทรวงอก พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน รายได้ครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยภายในที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และความเชื่อในความสามารถตนเอง ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรที่มีอิทธิพลในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ผล 87.1 มี 4 ตัว ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

วราพร คุ่มอรุณรัตน์กุล (2547) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวกจำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สังวาลย์ ชุมภูเทพ (2550) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการกำเริบในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยด้านแบบแผนการสูบบุหรี่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88 มีระยะเวลาการสูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 15 ปี ร้อยละ 60 สูบบุหรี่จำนวน 1-5 มวนต่อวัน และร้อยละ 26 มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และร้อยละ 40 มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ปัจจัยด้านดัชนีมวลกายพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54 มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.50 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 40 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.50-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตรและร้อยละ 6 ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การออกกำลังกาย การบริหารยา และการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง การพักผ่อนและการผ่อนคลายอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการบริหารการหายใจอยู่ในระดับต่ำ

จากการศึกษาข้างต้นผู้วิจัยสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการกำเริบ ได้แก่ แบบแผนการสูบบุหรี่หรือมีบุคคลในบ้านสูบบุหรี่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ดัชนีมวลกายและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่มีผลต่อการควบคุมโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ในด้านการใช้ยาและการมาตรวจรักษา ด้านการรับประทาน อาหาร ด้านการบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และด้านจิต

สังคม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขตามสภาวะของโรคที่เป็นอยู่

ในการวิจัยที่นำแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น เท่าที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบว่ามีผู้ใดทำการศึกษาไว้ จะมีก็เพียงแต่การดูแลสุขภาพที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆดังต่อไปนี้

นภารัตน์ ธรพร (2545) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยประยุกต์ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงเป็นกระบวนการในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ การปฏิสัมพันธ์ ประเมินปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมกับผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาลร่วมกัน กำหนดกลวิธีในการแก้ไขปัญหาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดร่วมกัน ประเมินผลการปฏิบัติเปรียบเทียบกับจุดมุ่งหมายที่กำหนดร่วมกับผู้ป่วย โดยให้บริการสุขภาพที่บ้าน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ ใช้เวลาแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนค่าความดันโลหิตกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นันทพร พิชะยะ (2546) ได้ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ณ แผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน 2 ครั้ง มีกระบวนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ 5 ขั้นตอนแก่กลุ่มทดลอง ประกอบด้วย สร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ สำรวจปัญหา ทำความเข้าใจปัญหา

สาเหตุของปัญหา ความต้องการ วางแผนการแก้ปัญหาและนำไปปฏิบัติ และยุติบริการปรึกษา พบว่าเมื่อให้การดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุชาติ อุปัทธวานิชย์ (2550) ได้ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแก่งหาแมว จังหวัดจันทบุรี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยให้ทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยพยาบาลและอสม. ได้ไปติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยร่วมกับการดูแลสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล โดยที่พยาบาลและอสม. ได้ร่วมกันประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ให้การดูแลโดยระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ติดตามประเมินผล โดยการวัดความดันโลหิตและติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพ มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าความดันโลหิตกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีค่าความดันโลหิตทั้งช่วงบนและช่วงล่างต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Apinya Wongpiriyayothar (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลที่บ้านต่อการบรรเทาอาการและความผาสุกในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ตัวอย่างเป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง กลุ่มจำนวน 93 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน กลุ่มควบคุม 45 คน โดยใช้รูปแบบการจัดการอาการ ซึ่งพัฒนาโดย Dodd, et. al. และกลวิธีในการ coaching เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมในโปรแกรมการดูแลที่บ้านประกอบด้วยการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง และการเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์อย่างน้อย 2 ครั้ง เพื่อทำการสอนและฝึกทักษะกลุ่มตัวอย่างให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการติดตามอาการและจัดการอาการของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เก็บรวบรวมข้อมูลทำก่อนเริ่มโปรแกรมและหลังให้โปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการดูแลที่บ้านสามารถลดความรุนแรงของอาการและเพิ่มความผาสุกของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

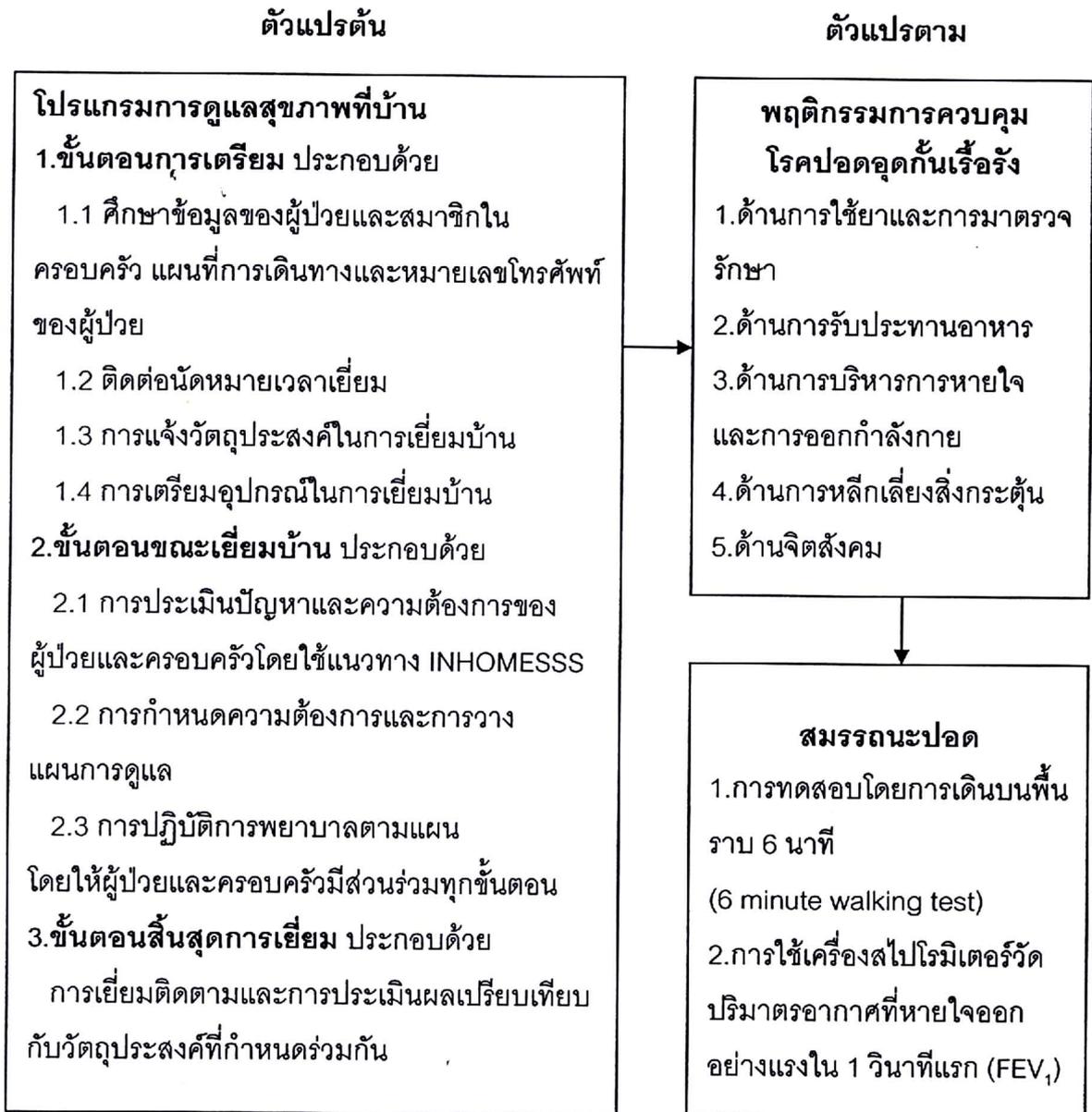
จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีหรือกรอบแนวคิดเป็นกระบวนการพยาบาลในการให้บริการสุขภาพที่บ้านและเป็นกลวิธีหนึ่งที่ใช้ในการคำแนะนำ การสอน การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การสนับสนุนการพยาบาล และการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องสอดคล้องกับการดำเนินของโรค สามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนการพยาบาล ตั้งแต่ร่วมประเมินปัญหา หากกลวิธีในการแก้ไขปัญหา การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรม การควบคุมโรคและสมรรถนะปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีกลวิธีคือ การเยี่ยมบ้าน เป็นกระบวนการให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน สามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นภายใต้สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมของครอบครัว และการดำเนินวิถีชีวิตยังคงเดิม ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เพื่อป้องกันการดำเนินต่อไปของโรค ลดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ รักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพิ่มสมรรถภาพของร่างกายและการรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรม การควบคุมโรคและสมรรถนะปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรเบอร์ต้า ฮันท์ (Roberta Hunt, 2005, pp. 361-364) และประยุกต์ใช้เครื่องมือการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวของอันวินและเจเรนท์ (Unwin and Jerant, 1999) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคจะค่อยๆ เลวลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงส่งผลให้ความสามารถในการออกกำลังกายและสมรรถภาพปอดลดลงด้วย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการให้บริการสุขภาพที่บ้านแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการเตรียม ประกอบด้วย ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว แผนที่การเดินทางและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย ติดต่อนัดหมายเวลาเยี่ยม การแจ้งวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน การเตรียมอุปกรณ์ในการเยี่ยมบ้าน 2) ขั้นตอนขณะเยี่ยม ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้แนวทาง INHOMESSS การกำหนดความต้องการและการวางแผนการดูแล การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน 3) ขั้นตอนสิ้นสุดการเยี่ยม ประกอบด้วย การเยี่ยมติดตามและการประเมินผลเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดร่วมกัน โดยให้บริการสุขภาพที่บ้าน 4 ครั้ง เพื่อติดตามปัญหาของผู้ป่วย

และครอบครัว กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อควบคุมอาการของโรคได้มี 5 ด้านประกอบด้วย ด้านการใช้ยาและการมาตรวจรักษา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และด้านจิตสังคม ทำให้ความสามารถในการออกกำลังกายและสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย