

ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน
หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

นางสาวเพ็ญศิริ สิริกุล

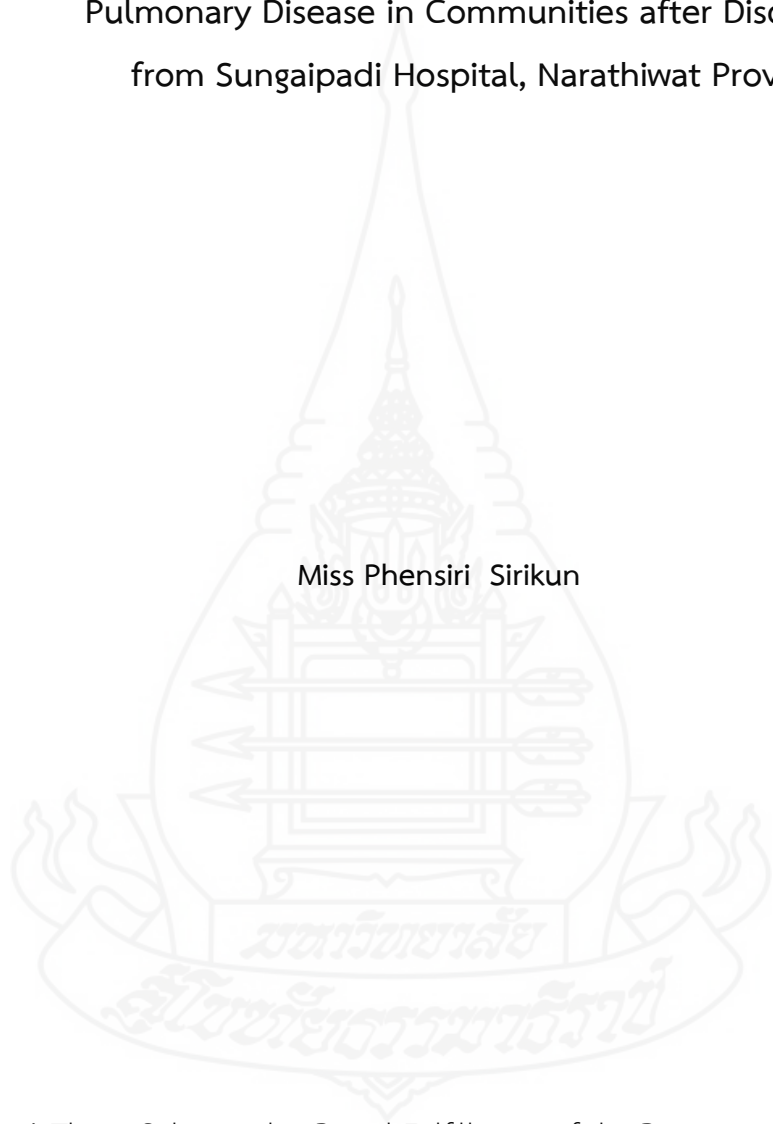


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยนครราชสีมา

พ.ศ. 2557

The Effects of a Caring Model for Patients with Chronic Obstructive
Pulmonary Disease in Communities after Discharged
from Sungaipadi Hospital, Narathiwat Province

Miss Phensiri Sirikun



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2014

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนหลังจำหน่ายจาก
โรงพยาบาลสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ชื่อและนามสกุล นางสาวเพ็ญศิริ สิริกุล

แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รสสุคนธ์ แสงมณี

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2558

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

พัชรพร เกิดมงคล

ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พชรพร เกิดมงคล)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)



กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รสสุคนธ์ แสงมณี)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(ศาสตราจารย์ ดร. สิริวรรณ ศรีพหล)



ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่ายจาก
โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ผู้วิจัย นางสาวเพ็ญศิริ สิริกุล **รหัสนักศึกษา** 2555100409 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
(2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รสสุคนธ์ แสงมณี **ปีการศึกษา** 2557

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ต่ออัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน และอัตราการเข้ารักษาซ้ำก่อน 28 วัน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอสุโขทัย หมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 50 คน และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในและจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 41 คน เป็นกลุ่มทดลอง 17 คน ที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน และกลุ่มควบคุม 24 คนที่ได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่าย และสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Z- test

ผลการวิจัยพบว่า

- 1) อัตราการได้รับการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองที่ สูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)
- 2) อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และ
- 3) อัตราการเข้ารักษาซ้ำก่อน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองต่ำกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

คำสำคัญ การเยี่ยมบ้าน การกำเริบของโรคเฉียบพลัน การเข้ารักษาซ้ำก่อน 28 วัน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Thesis title: The Effects of a Caring Model for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Communities after Discharged from Sungaipadi Hospital, Narathiwat Province.

Researcher: Miss Phensiri Sirikun; **ID:** 2555100409;

Degree: Master of Nursing Science (Nursing Administration);

Thesis advisors: (1) Dr.Somjai Puttapitukpol, Associate Professor; (2) Dr. Rossukon Sangmanee, Assistant Professor; **Academic year:** 2014

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were: to examine the effects of a caring model for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in communities after discharged from Sungaipadi Hospital, Narathiwat Province on home health care rate, acute exacerbations rate, and readmission rate.

The sample consisted of fifty Village Health Volunteers of Sungai padi district, Narathiwat Province and forty-one chronic obstructive pulmonary disease patients who were discharged from Sungaipadi Hospital. The 24 patients were assigned into two groups: the control group (24) and the experimental group (17). The research instruments, developed by the researcher, were a guideline of home health care for COPD patients, and this guideline was used by health volunteers, a knowledge test about caring for patients with COPD, and a personal health record for each COPD patient. Content validity of the instruments was examined by five experts. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, and Z- test.

The results showed as follows.

- 1) The home health care rate of COPD patients in the experimental group was significantly higher than those in the control group.
- 2) There was no significantly different in the acute exacerbations rate of the patients in both experimental group and control group.
- 3) The readmission rate of the patients in the experimental group was significantly lower than those in the control group.

Keywords: Home health care, Acute exacerbations, Readmission, Chronic obstructive pulmonary disease

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ ความกรุณา แนะนำ และให้คำปรึกษาอย่างดียิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รสสุคนธ์ แสงมณี อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์ ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัชรภาพร เกิดมงคล กรรมการสอบปกป้องวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้ แนวคิด วิธีการ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และขอขอบคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบชี้แนะ ตลอดจนให้คำปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วง

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัยที่อนุญาตให้ทำการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทีมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลสุโขทัยและเครือข่ายทุกท่านที่สนับสนุนให้การดำเนินการศึกษานี้ลุล่วงด้วยดี

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนักศึกษาและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา

เพ็ญศิริ สิริกุล

ตุลาคม 2558

สารบัญ

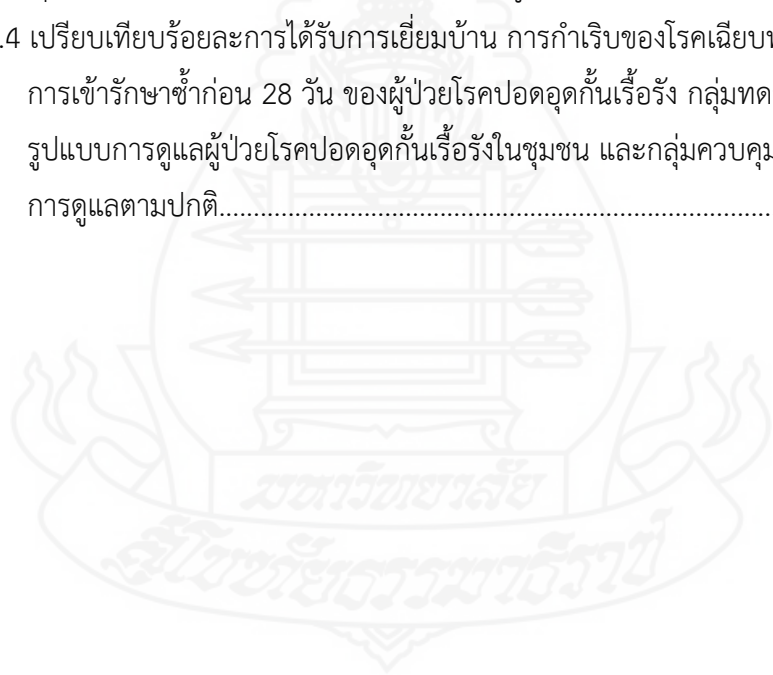
	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	7
ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	7
แนวคิดที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย.....	18
บริบทพื้นที่อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา.....	30
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.).....	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	55
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	57
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	59

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	60
ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน (Acute Exacerbation) อัตราการเข้ารับรักษาซ้ำก่อน 28 วัน (Re-admit) และ อัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	63
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	64
สรุปการวิจัย.....	64
อภิปรายผล.....	66
ข้อเสนอแนะ.....	68
บรรณานุกรม.....	69
ภาคผนวก.....	74
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	75
ข คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.).....	77
ค สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุโขทัย.....	110
ง แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง...122	
ประวัติผู้วิจัย.....	126

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 จำนวนประชากรและหลังคาเรือน อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา จำแนกรายตำบล.....	34
ตารางที่ 2.2 จำนวนบุคลากรสาธารณสุข อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตาม ตำแหน่ง.....	34
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	57
ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามระดับ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	59
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล สุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	60
ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบร้อยละการได้รับการเยี่ยมบ้าน การกำเริบของโรคเฉียบพลัน และ การเข้ารับรักษาซ้ำก่อน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลองที่ได้รับ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ การดูแลตามปกติ.....	63



ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions Framework).....	18
ภาพที่ 2.2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง.....	22
ภาพที่ 2.3 แผนที่อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา.....	32



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกลุ่มอาการของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพองที่มีการอุดกั้นการไหลของอากาศร่วมกับมีการอักเสบของทางเดินหายใจ ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากมีภาวะหายใจล้มเหลวและทำให้เสียชีวิตได้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประชาชนทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกได้รายงานอุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่ามีจำนวนผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกจนถึงปี พ.ศ. 2550 มีจำนวน 210 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 (World Health Organization [WHO], 2010) ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวนถึง 24 ล้านคน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของประชากรชาวอเมริกัน (American Lung Association [ALA], 2010) สำหรับประชากรที่ป่วยในประเทศไทยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น จำนวน 200,946 218,280 และ 234,033 ราย คิดเป็นอัตรา 347.95 376.35 และ 400.10 รายต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2552-2554 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552-2554) และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับที่ 5 ของประเทศ จากสถิติดังกล่าว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถือเป็นปัญหาที่สำคัญโรคหนึ่งที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่และได้รับผลกระทบจากโรคดังกล่าวนี้

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้มีการตีบแคบของทางเดินหายใจและมีการสูญเสียความยืดหยุ่นของปอด มีอากาศค้างในถุงลมเล็ก จึงเกิดแรงต้านในทางเดินหายใจมากขึ้น ผู้ป่วยต้องใช้แรงมากในการหายใจ และต้องใช้กล้ามเนื้ออื่นเพื่อช่วยในการหายใจ ได้แก่ กล้ามเนื้อที่คอ ไหล่ และหน้าท้อง ส่งผลให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจอ่อนแรง ผู้ป่วยจึงหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวร่างกายหรือทำกิจกรรมและออกกำลังกายที่เหมาะสม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยจึงลดลง เมื่อการดำเนินของโรคเป็นมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมได้เช่นคนปกติ เมื่อสมรรถภาพปอดลดลงมากๆ ก็จะมีอาการรุนแรงขึ้นเหนื่อยง่ายขึ้นแม้เพียงทำกิจวัตรประจำวัน และมีอาการโรคกำเริบบ่อยๆ ทำให้ต้องมารักษาที่แผนกฉุกเฉิน และนอนรักษาในโรงพยาบาลในที่สุด อาจจะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพราะไม่สามารถหายใจ

เองได้เพียงพอ เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เป้าหมายหลักของการรักษา เพื่อคงสภาพร่างกายให้ดีที่สุด และลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน แต่พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคที่สำคัญคือ การสูบบุหรี่ และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ คือ มลพิษทางอากาศการสูดควันบุหรี่จากคนใกล้เคียง ภาวะพร่องสาร อัลฟา 1-แอนตี้ทริปซิน ภาวะหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าปกติ และมีประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเมื่อวัยเด็ก ซึ่งจะเพิ่มโอกาสการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ALA, 2010; Barnett, 2006; GOLD, 2009; VA/DoD, 2007 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ สุริยาทัย และคณะ, 2556) การรักษาจึงต้องทำหลายด้านพร้อมกัน การฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจเป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การช่วยเหลือการหายใจ การใช้ยา การแนะนำเรื่องโภชนาการ การฝึกการหายใจเพื่อบรรเทาอาการหอบเหนื่อย การฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ และการออกกำลังกายแบบแอโรบิก หากทำตามเป้าหมายดังกล่าว ยังผลให้ผู้ป่วยมีอาการบรรเทาหรือหายจากอาการ ลดความถี่ความรุนแรงของภาวะโรคกำเริบลง

อำเภอสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย เป็นพื้นที่หนึ่งที่ประสบปัญหาความไม่สงบที่เกิดขึ้นในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา สร้างความหวาดกลัวแก่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เป็นอย่างมาก เหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้น ได้แก่ การลอบทำร้าย วางระเบิด วางเพลิง ระเบิดปะทุระเบิด จากสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต และการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่จะต้องออกปฏิบัติงานในชุมชน ซึ่งไม่สามารถเลือกหรือรู้ได้ว่าพื้นที่ใดปลอดภัย เพราะมักมีเหตุวางระเบิด หรือลอบยิงในชุมชนบ่อยครั้ง และโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต้องดูแลประชาชนในชุมชนตั้งแต่เกิดจนถึงตาย ซึ่งนั่นก็หมายถึงการดูแลประชาชนในทุกหลังคาเรือนทุกคน นอกจากนี้สถานการณ์ความไม่สงบดังกล่าว ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น งานเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อลดการกำเริบของโรคและการกลับมารับการรักษาซ้ำ (Re-admission) ก็ยิ่งทำให้คุณภาพและความครอบคลุมของอัตราการเยี่ยมบ้านต่ำ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อัตราการกำเริบเฉียบพลัน และอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน สูงขึ้น จากข้อมูลของโรงพยาบาลสุโขทัย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2556 พบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวน 176, 262, และ 255 รายต่อปี อัตราการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 11.11, 64.0, และ 50.40 อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 2.21 4.02 และ 11.00 อัตราการกำเริบเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 26.60 19.13 และ 27.28 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์หรือเป้าหมายการดำเนินงานของทีมพัฒนาคุณภาพด้านคลินิกบริการ (PCT) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทีมพัฒนาคุณภาพด้านคลินิกบริการของโรงพยาบาล เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันคิดวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

เรื่องจริงให้ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาเป็นแนวคิดในการวางแผนการบริการ ซึ่งขอบเขตบริการ ของทีม ได้แก่ พัฒนาคุณภาพด้านคลินิกบริการแบบบูรณาการ เพื่อให้การดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตและการดำรงอยู่ในสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างปกติสุข สามารถทำงานหรือกิจกรรมได้อย่างคนปกติมากที่สุด การดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า มุ่งการตรวจรักษาและพยายามให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ขาดการแนะนำการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย การดูแลยังจำกัดเฉพาะในโรงพยาบาล ไม่ครอบคลุมสู่บ้านและชุมชน ขาดการส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ก่อนที่อาการจะรุนแรงขึ้น ความจำกัดของบุคลากรในการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน จากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้การดูแลไม่ทั่วถึง ด้านผู้ป่วย เมื่อกลับไปบ้านผู้ป่วยใช้ยาพ่นไม่ถูก การฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจไม่ต่อเนื่อง กลัวการออกกำลังกาย มีความเชื่อที่ผิด เช่น ยังคงสูบบุหรี่ เพราะเชื่อว่าบุหรี่ที่มวนด้วยใบจากไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และไม่สามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ต่างเป็นตัวเสริมให้มีอาการหอบกำเริบขึ้น มีการกลับเข้ารับรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลบ่อย

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพที่บ้านหรือการเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำหรือเพื่อการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่มีคุณภาพ เป็นสิ่งที่มีสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งโรคต่างๆ เหล่านี้เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดจะต้องติดตัวผู้ป่วยไปตลอดชีวิต แต่หากได้รับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องก็จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนหรือความรุนแรงของโรค รวมถึงการกำเริบของโรค ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะรู้สึกอุ่นใจที่มีการไปดูแลที่บ้าน ญาติพี่น้องก็จะเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาทำให้ฟื้น หายเร็ว การรักษาได้ผลดีผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (มาลีจิตร ชัยเนตร, 2552) ฉะนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการสร้างเครือข่ายในชุมชน ซึ่งบุคคลที่จะสามารถช่วยปฏิบัติงานดังกล่าวได้ดี นั่นก็คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานสาธารณสุขในทุกหมู่บ้าน ซึ่งการเยี่ยมบ้านก็เป็นอีกบทบาทหนึ่งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เรียกย่อ ๆ ว่า อสม. นั้น เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมหมู่บ้านในชนบทและชุมชนเมืองกว่า 8 แสนคน แม้ว่าพลังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อาจจะดูเล็กน้อยตั้งแต่เกิดกวัดเม็ดทรายเมื่อยามกระจายอยู่ตามหมู่บ้านและชุมชนต่าง ๆ แต่เมื่อมีการรวมตัวเป็นกลุ่มก้อนเป็นชมรมฯ พลังเหล่านี้ก็มีความมั่นคงตั้งภูผา พร้อมทั้งจะต่อสู้และก้าวนำไปสู่การพัฒนาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2552: 53-54)

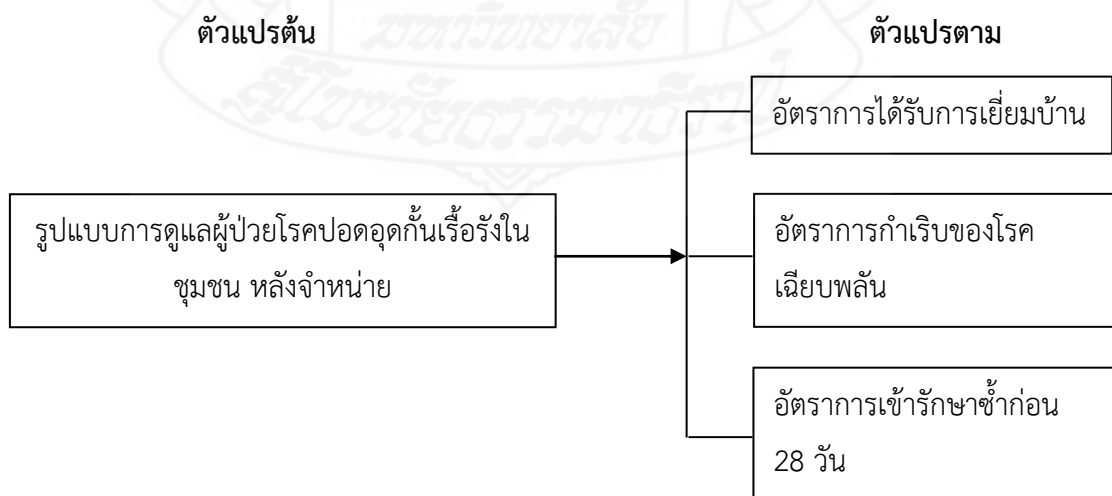
จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ดังกล่าว จึงเล็งเห็นความสำคัญของการสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่องและได้มาตรฐาน

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ต่ออัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน และอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำก่อน 28 วัน

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องของสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานของการวิจัย

4.1 อัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย กลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน สูงกว่ากลุ่มที่ใช้การดูแลตามปกติ

4.2 อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน และอัตราการเข้ารักษาซ้ำก่อน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

5. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่าย จากการมารับบริการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ.2558 กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในช่วงเวลาเดียวกันใน ปี พ.ศ.2557

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

6.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หมายถึง กิจกรรมที่จัดทำขึ้นเพื่อสร้างให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ โดยใช้คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสำหรับ อสม.

6.3 ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หมายถึง ผลการประเมินการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) อัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน 2) อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน และ 3) อัตราการเข้ารักษาซ้ำก่อน 28 วัน

6.4 อัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน คุณด้วย 100 หารด้วย จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย

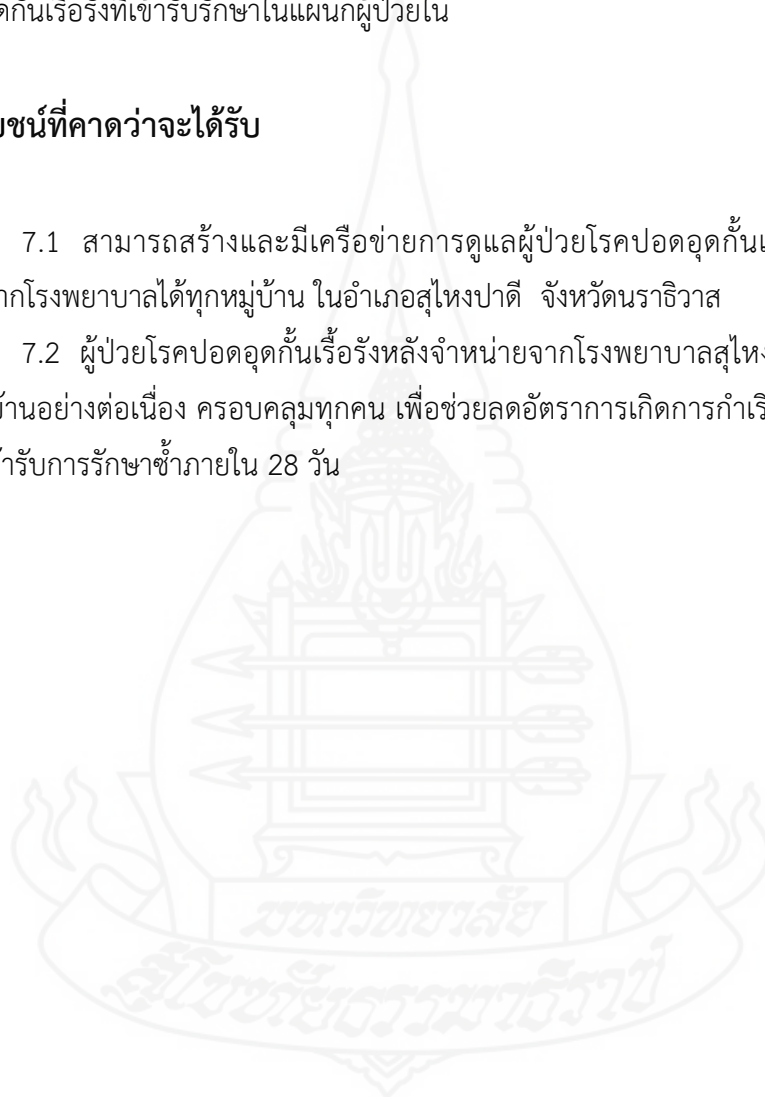
6.5 อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัยที่การกำเริบของโรคเฉียบพลัน คูณด้วย 100 หารด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับรักษาทั้งหมด

6.6 อัตราการเข้ารับรักษาซ้ำก่อน 28 วัน หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัยที่เข้ารับรักษาซ้ำก่อน 28 วัน คูณด้วย 100 หารด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยใน

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 สามารถสร้างและมีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ทุกหมู่บ้าน ในอำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

7.2 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย ได้รับการดูแลติดตามที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกคน เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดการกำเริบของโรคเฉียบพลัน และการเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้มีการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย
 - 2.1 กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง
 - 2.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. บริบทพื้นที่อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพในปอด และมีการจำกัดของการไหลเวียนของอากาศ ซึ่งมีลักษณะของการอุดกั้นของทางเดินหายใจที่เป็นมากขึ้น และไม่กลับสู่สภาพปกติ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (GOLD, 2007 อ้างถึงใน อรรพรรณ ใจแก้ว, 2551: 10)

1.1 ความหมาย

มีผู้ให้ความหมายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย (2548: 7) ได้ให้ความหมายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่า หมายถึง กลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมหรือในเนื้อปอดทำให้หลอดลมตีบแคบลงหรือตัน การอุดกั้นที่เกิดขึ้นจะเป็นอย่างเรื้อรังและไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ โรคในกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งโรคทั้งสองนี้มีลักษณะทางคลินิกคล้ายคลึงกัน โดยปกติจะพบว่าทั้งสองโรคนี้จะเกิดร่วมกันเสมอ และแยกออกจากกันได้ยาก

ชัยพงศ์ ชูยศ (2547: 10) กล่าวว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง กลุ่มของโรคปอด ซึ่งมีความผิดปกติที่สำคัญคือ มีการอุดกั้นของหลอดลมเนื่องจากโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมปอดโป่งพองทำให้ผู้ป่วยขับลมออกจากปอดได้น้อยกว่าปกติหรือไม่สามารถขับลมออกจากปอดจากความจุของปอดทั้งหมดภายในเวลาที่กำหนดซึ่งจะทราบได้จากการทดสอบสมรรถภาพของปอดโดยเมื่อวัดค่า FEV1 (FEV1: Forced Expiratory Volume ในเวลา 1 วินาที) แล้วมีค่าน้อยกว่า 70% ของค่ามาตรฐานและสัดส่วนของ FEV1/FVC มีค่าน้อยกว่า 0.7 โดยทั่วไปโรคนี้จะมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ โดยอาจมีภาวะหลอดลมไวต่อการตอบสนองและอาจมีภาวะของหลอดลมอุดกั้นซึ่งดีขึ้นได้บางส่วน

1.2 สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง

แม้ไม่ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างชัดเจน แต่พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ก่อให้เกิดโรค ดังนี้ (ชัยพงศ์ ชูยศ, 2547: 11-12)

1.2.1 การสูบบุหรี่ (Cigarette Smoking) สาเหตุที่สำคัญที่สุดของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือการสูบบุหรี่ เนื่องจากควันบุหรี่ประกอบด้วย สารเคมีมากมายนับพันชนิดที่มีผลต่อเซลล์ของระบบทางเดินหายใจ เช่น Aldehydes, Benzopy, Rene, Hydrogen Cyanides, Hydrogen Sulfide, Carbon, Monoxide และอื่นๆ จากรายงานของ Surgeon General ใน ปี ค.ศ. 1964 ที่พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างชัดเจน และการศึกษาต่อๆ มา ก็พบว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประมาณ ร้อยละ 80-90

1.2.2 การได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น (Passive Smoking) ควันบุหรี่ในอากาศเป็นมลพิษโดยเฉพาะภายในอาคาร (Indoor Air Pollution) เนื่องจากควันบุหรือนั้นมีทั้ง Mainstream Smoke (MS) คือ ควันที่พ่นออกมาจากปากของผู้ที่สูบบุหรี่และ Side Stream Smoke (SS) คือ ควันที่ออกมาจากบุหรี่ยก้านเผาไหม้โดยตรงโดยเฉพาะ ร้อยละ 80 จะเป็น SS ซึ่งมีปริมาณของ Tar, Nicotine, Carcinogen และ Carbon Monoxide สูงกว่า MS มีการศึกษา พบว่า ภรรยาของผู้ที่สูบบุหรี่ จะมีสมรรถภาพปอดโดยเฉพาะ FEF ร้อยละ 25-75 ต่ำกว่าภรรยาของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยงในการทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.2.3 มลพิษในอากาศ (Ambient Air Pollution) มีการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการมากขึ้นในช่วงที่อากาศมีมลพิษเพิ่มขึ้น แต่สำหรับคนปกติทั่วไปที่ได้รับมลพิษในอากาศอยู่ทุกวันนั้นจะเกิดเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือไม่ยังชัดเจน

นอกจากในบางเมืองที่มลพิษสูงมากจากการเผาถ่านหินในปริมาณมากๆ จะทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังเพิ่มขึ้น

สำหรับมลพิษของอากาศภายในอาคาร เช่น Nitrogen Dioxide ยังไม่มีหลักฐานว่าทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่สำหรับบ้านเรือนที่ใช้เตาถ่านหิน ฝืนไม้ ในห้องอับทึบจะทำให้เป็นโรคหลอดลมอักเสบเพิ่มขึ้น

1.2.4 การประกอบอาชีพบางชนิด (Occupational Exposure) อาจได้รับสัมผัสสารบางชนิดที่มีผลต่อปอด เช่น การทำเหมืองแร่ถ่านหิน โรงงานอุตสาหกรรม โรงงานทอผ้า ปูนซีเมนต์ เมล็ดพืช ช่างเชื่อมโลหะ และก๊าซ Sulfur Dioxide เป็นต้น จะทำให้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ โดยเฉพาะจะเสริมฤทธิ์ของการสูบบุหรี่ให้มากขึ้นด้วย

1.2.5 ปัจจัยของแต่ละบุคคล (Host Factors)

1) *กรรมพันธุ์* เช่น คนที่มีภาวะ Alpha1 Antitrypsin Deficiency จะเป็นโรคถุงลมปอดโป่งพองได้เร็วกว่าปกติ ใน ปี ค.ศ. 1963 Laurell และ Erikson พบว่า ผู้ที่ขาดโปรตีน Antitrypsin หรือ Antiprotease Inhibitor จะเป็นโรคนี้เนื่องจากโปรตีนนี้จะยับยั้งการทำงานของ เอนไซม์ Lastase ที่หลั่งออกมาจากนิวโตรฟิลที่จะมาทำลาย Elastin Fiber ของเนื้อปอดซึ่งคนที่เป็น Homozygous Deficiency ของโปรตีนนี้จะเป็โรคถุงลมปอดโป่งพองไม่ใช่หลอดลมอักเสบเรื้อรัง นอกจากนี้ความไม่สมดุลระหว่าง Protease และ Antiprotease ก็ทำให้เกิดโรคถุงลมปอดโป่งพอง เช่น การสูบบุหรี่จะทำให้นิวโตรฟิลเข้ามาในปอดมากขึ้นและหลั่ง Elastase มากขึ้นขณะเดียวกันก็ยับยั้ง Antiprotease Inhibitor ด้วยในประเทศอเมริกาพบผู้ที่เป็น Homozygous Deficiency ประมาณ 1:4000 สำหรับในประเทศไทยยังพบน้อย นอกจากนั้นผู้ที่ขาดโปรตีนนี้และสูบบุหรี่ด้วยจะเกิด Panlobular Emphysema อย่างรุนแรงก่อนอายุ 35 ปี สำหรับ Heterozygosity ของผู้ที่ขาดโปรตีนนี้อาจพบประมาณ ร้อยละ 3 ของประชากรในประเทศอเมริกาแต่การเป็นกลไกสำหรับเกิดโรคยังไม่ชัดเจน

2) *โอกาสของบุคคลในการเกิดโรค (Host Susceptibility)* ไม่เท่ากัน เนื่องจาก พบว่าเพียง ร้อยละ 10-15 ของผู้ที่สูบบุหรี่เท่านั้นที่จะกลายเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งยังไม่ทราบว่ทำไมคนพวกนี้จึงมีโอกาสเกิดโรคน้อย คนกลุ่มนี้มีภาวะ Bronchial Hyper Responsiveness (BHR) จึงทำให้มีการเสื่อมลดของสมรรถภาพปอดในอัตราที่เร็วกว่าคนอื่นๆ ซึ่งจากการศึกษาต่อๆ มา ก็พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีภาวะ BHR จริง

1.3 พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากพยาธิสภาพของผนังหลอดลมใหญ่จะมีต่อมมูก (Mucous Gland) จำนวนมากขึ้นและขนาดใหญ่ขึ้น รวมทั้งมี Goblet Cell เพิ่มมากขึ้น และมีกล้ามเนื้อเรียบในผนังหลอดลมขนาดใหญ่ขึ้นสำหรับในหลอดลมขนาดเล็กกว่า 2 มิลลิเมตร (Small Airway) จนถึง Respiratory Bronchioles จะมี Mononuclear Cells มาแทรกแซงอยู่มากมายมีจำนวน Goblet Cell เพิ่มมากขึ้นและกล้ามเนื้อเรียบมีขนาดใหญ่มีการตั้งรับจากการเป็นพังผืด

จากการศึกษาของ สมเกียรติ วงษ์ทิม และชัยเวช นุชประยูร (2542) พบว่า ในผู้ป่วยที่เป็น Chronic Bronchitis นั้นจะมีการหนาตัวของต่อมหลังเมือกและต่อมนี้จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น บริเวณทางเดินหายใจรวมทั้งแพร่กระจายไปยังส่วนของ Terminal Bronchioles นอกจากนี้อัตราส่วนระหว่างความหนาของ Glandular Layer ต่อความหนาของ Bronchial Wall (Reid Index) จะมากกว่า 40: 100 (สำหรับในคนปกติอัตราส่วนดังกล่าวจะน้อยกว่า 40: 100) ต่อมหลังเมือกในผู้ป่วยรายนี้จะสร้างน้ำเมือกออกมาและมีลักษณะเหนียวกว่าปกติ ทั้งนี้เพราะมีการเปลี่ยนแปลงใน Glycoprotein Molecules สำหรับผู้ป่วยบางรายอาจจะพบ Atelectasis เป็นหย่อมๆและอาจมี Bronchiectasis ร่วมด้วย ลักษณะของ Chronic Bronchitis มี 2 อย่าง คือ Mucus Hypersecretion กับ Airflow Obstruction ซึ่งมีกำเนิดพยาธิสภาพที่ไม่เกี่ยวข้องกัน แต่ก็มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่เป็นสำคัญ สำหรับ Mucus Hypersecretion มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่หลอดลมใหญ่พบมี Hyperplasia ของ Sub mucosal Glands ทำให้เกิดอาการไอมีเสมหะส่วน Airway Obstruction มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในหลอดลมเล็ก (Small Airway) ทำให้เกิดอาการเหนื่อยดังนั้นก็อาจแบ่ง Chronic Bronchitis ออกเป็นชนิด Simple Chronic Bronchitis (Hypersecretory) กับ Chronic Obstructive Bronchitis ซึ่งชนิดหลังนั้นเกิดร่วมกับ Centrilobular Emphysema ภาวะ Emphysema มี 3 ชนิด ดังนี้

1.3.1 Centriacinar หรือ Centrilobular Emphysema มีการโป่งพองของถุงลมที่ตำแหน่ง Respiratory Bronchiole มักเกิดบริเวณส่วนบนของปอดและเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ มี Focal Emphysema ซึ่งเป็นชนิดหนึ่งของ Centrilobular Emphysema เกิดใน Coal-worker Pneumoconiosis

1.3.2 Panacinar Emphysema มีการโป่งพองของถุงลมทั้งหมดที่ตำแหน่ง Alveolar Duct และ Alveolar Sac มักเกิดขึ้นบริเวณส่วนล่างของปอดและร่วมกับ Alpha 1 - Antitripsin Deficiency ไม่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

1.3.3 Distal Acinar (Para-Acinar) Emphysema มักเกิดขึ้นที่ Secondary Interlobar Septa ใกล้ๆ กับเยื่อหุ้มปอดอาจเห็นเป็น Apical Bullae ซึ่งทำให้เกิด Spontaneous Pneumothorax หรือมีขนาดใหญ่เรียก Giant Bullae กัดต่อเนื้อปอดส่วนมาก Emphysema ชนิดนี้มักไม่มีการอุดกั้นของหลอดลม

1.4 อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดอย่างค่อยเป็นค่อยไป และแยกตาม 2 กลุ่มอาการ คือ อาการของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง (GOLD, 2007) ดังนี้

1.4.1 อาการของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการไอมีเสมหะเรื้อรัง เสมหะมีลักษณะเป็นมูกขาว (Mucoid) ปริมาณมากขึ้น เสมหะจะเปลี่ยนสีเป็นสีเขียวขุ่นหรือสีเหลือง เมื่อมีการติดเชื้อร่วมด้วย อาการไอเป็นๆ หายๆ อย่างน้อย 3 เดือน ภายใน 1 ปี ติดต่อกัน เป็นเวลา 2

ปี จะไอบามากในตอนเช้าหรือเมื่อมีอากาศเย็น จะเกิดอาการเหนื่อยหอบเมื่อปฏิบัติกิจกรรม ผิวหนังมีสีเขียวคล้ำ จากการขาดออกซิเจนและจำนวนเม็ดเลือดแดงในร่างกายที่มีมากกว่าปกติ ผู้ป่วยออกแรงได้น้อยลง เนื่องจากไอบ่อยครั้งและมีอาการเหนื่อยมากขึ้น หายใจมีเสียงหวีด (Wheeze) ซึ่งทำให้อาการของโรคเลวลง หรือเรียกว่า เกิดอาการหายใจกำเริบเฉียบพลัน

1.4.2 อาการของโรคถุงลมโป่งพอง จะมีอาการเหนื่อยง่ายและหายใจลำบาก โดยเฉพาะเมื่อปฏิบัติกิจกรรม ความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง ต้องใช้กล้ามเนื้อทรวงอกช่วยในการหายใจ หน้าแดง เบื่ออาหารและน้ำหนักลด

ในระยะสุดท้ายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความสามารถของปอดในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับก๊าซในเลือดคือมีออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) และคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือดมากขึ้น (Hypercapnia) จนเกิดภาวะกรดจากการหายใจ (Respiratory Acidosis) เมื่อออกซิเจนในเลือดต่ำหลอดเลือดแดงฝอยที่ปอดจะมีการหดตัว ทำให้ความดันในหลอดเลือดที่ปอดสูงขึ้น เมื่อความดันในหลอดเลือดที่ปอดสูงเป็นระยะเวลานาน หัวใจห้องล่างขวา ต้องทำงานมากขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวาวัดขึ้นจนเกิดหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว (Corpulmonale) ผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซึพจรเร็ว ความดันโลหิตล้มเหลวและจะเกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวได้ (Respiratory Failure)

นอกจากนี้ อาการและอาการแสดงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยังแบ่งตามระยะของโรคได้เป็น 2 ระยะคือ ระยะอาการสงบหรืออาการคงที่และระยะอาการกำเริบเฉียบพลัน (GOLD, 2007) ดังนี้

ระยะอาการสงบหรืออาการคงที่ เป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการไอมีเสมหะในตอนเช้า เหนื่อยหอบเพียงเล็กน้อย

ระยะอาการกำเริบเฉียบพลัน เป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการคงที่และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่มีปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้มีอาการหายใจลำบาก เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ หรือเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบเพิ่มขึ้น ไอมีเสมหะปริมาณเพิ่มขึ้นและเสมหะจะเปลี่ยนสีเป็นสีเขียวข้นหรือสีเหลือง ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น จนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

1.5 การวินิจฉัยโรค

ในการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ ได้มีการกำหนด ดังนี้

1.5.1 Forced Expiratory Volume in 1 second (FEV1) หมายถึง ปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก

1.5.2 Forced Vital Capacity (FVC) หมายถึง ปริมาตรของอากาศที่หายใจออกที่เป่าออกมาโดยเร็วและนานภายหลังหายใจเข้าเต็มที่

1.5.3 PaO₂ หมายถึง ค่าความดันก๊าซออกซิเจนในเลือดแดง

1.5.4 PaCO₂ หมายถึง ค่าความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง

1.6 ระดับความรุนแรงของโรค

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรุนแรงของโรค ดังนี้ สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย (2548) มีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรค เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกมากกว่าร้อยละ 80 ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่มีการกำเริบของโรค

ระดับที่ 2 ปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกระหว่างร้อยละ 50-79 ของค่ามาตรฐาน มีอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อย มีการกำเริบของโรคไม่รุนแรง

ระดับที่ 3 ปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกระหว่างร้อยละ 30-49 ของค่ามาตรฐาน มีอาการหอบเหนื่อยจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน มีการกำเริบของโรครุนแรงมาก

ระดับที่ 4 ปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกน้อยกว่าร้อยละ 30 ของค่ามาตรฐาน มีอาการหอบเหนื่อยตลอดเวลา มีการกำเริบของโรครุนแรงมากและบ่อย

สมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (ALA, 2003) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็น 5 ระดับ ตามความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้ ดังนี้

ระดับที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ โดยไม่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม เริ่มมีอาการหายใจลำบากขณะทำงานหนัก แต่ไม่มีอาการหายใจลำบากเวลาเดินขึ้นบันไดหรือทางชัน

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเล็กน้อย สามารถเดินบนพื้นราบ แต่ไม่กระฉับกระเฉงเท่าคนปกติ แต่ไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันไดได้เท่ากับคนในวัยเดียวกัน สามารถขึ้นตึกสูง 1 ชั้นได้โดยไม่เหนื่อยหอบ

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานหนักได้ มีอาการหายใจเหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น และต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึก 2 ชั้น ไม่สามารถเดินบนพื้นราบได้เท่ากับคนในวัยเดียวกัน

ระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัด ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมาก เดินได้เพียง 2-3 ก้าว หรือลุกนั่งก็รู้สึกเหนื่อย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีอาการหายใจเหนื่อยหอบเมื่อพูดหรือแต่งตัว

1.7 ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การเจ็บป่วยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้ (Bellamy & Booker, 2000) โดยจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1.7.1 ผลกระทบด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมรวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีแบบแผนในการนอนหลับเปลี่ยนไป ซึ่งเป็นผลจากการได้รับยาที่ใช้รักษาออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาท เช่น ยาธีโอฟิลลีน (Theophylline) ยากลุ่มแคทีโคลามีน (Catecholamine) นอกจากนี้การเกิดอาการเหนื่อยหอบขณะนอนหลับจะทำให้ผู้ป่วยมีการพักผ่อนไม่เพียงพอ และจากการที่มีอาการหายใจลำบาก ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย เกิดภาวะทุพโภชนาการ สมองเกิดการขาดออกซิเจนอย่างเรื้อรัง และการที่มีคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสน หากเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนาน ๆ จะส่งผลทำให้หัวใจห้องขวาล้มเหลวได้ (GOLD, 2007)

1.7.2 ผลกระทบด้านจิตใจ จากภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล รู้สึกกลัว หดหวังจากการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ซึ่งความวิตกกังวลจะทำให้การเผาผลาญในร่างกายเพิ่มขึ้น ยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากยิ่งขึ้น และจากการที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ทำให้ภาพลักษณ์เกิดการสูญเสีย รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง (Jadwiga & Wedzicha, 2002; O'Neill, 2002)

1.7.3 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ สำหรับด้านสังคมพบว่าผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง และการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในสังคมลดลงด้วย (อัมพรพรรณ ธีรานุตร, 2542; O'Donnell et al., 2004; Williams et al., 2007) ส่วนด้านเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยและประเทศชาติต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้น สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ.2550 รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 42.6 พันล้านดอลลาร์ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพโดยตรง 26.7 พันล้านดอลลาร์ ค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย 8 พันล้านดอลลาร์ และค่าใช้จ่ายเมื่อเสียชีวิต 7.9 พันล้านดอลลาร์ ส่วนในยุโรปพบว่ารัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึง 2.9 พันล้านยูโรต่อปี (ALA, 2007)

1.8 การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก ป้องกัน และรักษาอาการกำเริบของโรครวมถึงภาวะแทรกซ้อน คงสมรรถภาพการทำงานของปอด เพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2548; GOLD, 2007) แนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะกำเริบเฉียบพลันและระยะสงบ (GOLD, 2007) ดังนี้

1.8.1 ระยะกำเริบเฉียบพลัน หมายถึง การรักษาในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมากกว่าเดิม ร่วมกับมีปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นหรือมีการเปลี่ยนสีของเสมหะและได้รับการดูแลรักษาตามปกติไม่ดีขึ้น การรักษาในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมระดับความรุนแรงของโรค มีแนวทางการรักษาดังนี้

1) **เพิ่มปริมาณออกซิเจนแก่ร่างกายโดยให้ออกซิเจน** เพื่อให้ออกซิเจนในเลือดพอเพียงคือ หายใจในอากาศปกติมีความดันก๊าซออกซิเจนในเลือดแดงมากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท หรือความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) มากกว่าเท่ากับร้อยละ 90 โดยในระยะแรกที่มีอาการรุนแรง อาจให้ออกซิเจนที่มีปริมาณความเข้มข้นร้อยละ 30-35 และหากเกิดภาวะหายใจล้มเหลว อาจต้องมีการใส่ท่อทางเดินหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

2) **การรักษาด้วยยา** แบ่งเป็น

(1) **ยาขยายหลอดลม (Bronchodilators)** มักให้ยากลุ่มกระตุ้นตัวรับประสาทเบต้าทูซิมพาเรติก (beta 2-agonist) ที่ออกฤทธิ์สั้นแบบพ่นสูด ระยะที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันจะให้ตั้งแต่ระยะแรกของการรักษา เพื่อช่วยลดแรงต้านของทางเดินหายใจแก้ภาวะหดเกร็งของหลอดลม เช่น เวนโทลิน (Ventolin) ซัลบูตามอล (Salbutamol) เทอร์บิวทาลิน (Terbutalin)

(2) **ยากลุ่มโคคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Glucocorticosteroids)** ได้แก่ ยาไฮโดรคอร์ติโซน (Hydrocortisone) ขนาด 100-200 มิลลิกรัม หรือ เดกซามาทาโซน (Dexamethasone) ขนาด 5-10 มิลลิกรัม โดยให้ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง เมื่ออาการดีขึ้นจึงเปลี่ยนเป็นชนิดยารับประทาน คือ เพรดนิโซโลน (Prednisolone) ขนาดที่ใช้คือ 30-40 มิลลิกรัมต่อวันโดยให้ยาเป็นระยะเวลา 7-10 วัน ยาจะออกฤทธิ์ช่วยลดและต้านการอักเสบของหลอดลม ลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำในระยะเริ่มแรก โดยให้ร่วมกับยาขยายหลอดลมจะช่วยให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น จะเริ่มเห็นผลภายใน 12 ชั่วโมง

(3) **ยาปฏิชีวนะ** จะพิจารณาให้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ ดังนี้คือ 1) มีอาการทั้ง 3 อย่างนี้ร่วมกัน ได้แก่ มีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น ปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นและเสมหะเป็นหนองเพิ่มขึ้น 2) มีอาการ 2 ใน 3 อาการ หรือถ้ามีเสมหะเป็นหนองร่วมกับอีก 1 อาการ และ 3) ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ

3) การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง (Ventilatory Support) โดยการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบแรงดันบวก (Non-Invasive Positive Pressure Ventilation [NIPPV]) ในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรง ซึ่งค่าความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงมากกว่า 45 มิลลิเมตรปรอท และความเป็นกรดต่าง (pH) น้อยกว่า 7.35 การใช้เครื่องช่วยหายใจแบบแรงดันบวก จะทำให้ความเป็นกรดต่างเพิ่มขึ้น และลดระดับของความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง จะช่วยลดความรุนแรงของการหายใจลำบากภายใน 4 ชั่วโมง ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย และลดอัตราการตายภายหลังการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบแรงดันบวกหากอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น แพทย์จะพิจารณาใส่ท่อช่วยทางเดินหายใจ

1.8.2 ระยะสงบหรือคงที่ หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบของโรคอย่างเฉียบพลัน การรักษาจะขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค ตามอาการและการตอบสนองต่อการรักษา แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะสงบประกอบด้วยการรักษาด้วยยา และการรักษาที่ไม่ใช่ยา ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ (GOLD, 2007)

1) การรักษาด้วยยา (Pharmacologic Treatment) มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและควบคุมอาการของโรค ลดความถี่และความรุนแรงของการหายใจลำบาก เพิ่มสถานะทางสุขภาพและเพิ่มความทนในการปฏิบัติกิจกรรม ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะสงบ มีดังนี้

(1) ยาขยายหลอดลม มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการหดรัดเกร็งของหลอดลม บรรเทาอาการที่แย่ง หรือเป็นยาพื้นฐานในการบรรเทาอาการของโรค ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่

ก. ยากลุ่มกระตุ้นตัวรับประสาทเบต้าทูชิมพาเรติก เช่น เวนโทลิน ซัลบูตามอล เทอร์บิวทาลิน ออกฤทธิ์ขยายหลอดลมโดยกระตุ้นเบต้าทูโกนิสต์อะดรีเนอร์จิกรีเซปเตอร์ (Beta 2-Agonist Adrenergic Receptors) ยากลุ่มกระตุ้นตัวรับประสาทเบต้าทูชิมพาเรติกชนิดออกฤทธิ์สั้น (Short-acting Beta 2-agonist) เช่น ฟิโนเทอรอล (Fenoterol) ซัลบูตามอล จะออกฤทธิ์ภายใน 4-6 ชั่วโมง และยากลุ่มกระตุ้นตัวรับประสาทเบต้าทูชิมพาเรติกชนิดออกฤทธิ์ยาว (Long-acting beta 2-agonist) เช่น ฟอโมเทอรอล (Formoterol) ซัลมีเทอรอล (Salmeterol) จะออกฤทธิ์นาน 12 ชั่วโมงหรือมากกว่า สำหรับยาชนิดรับประทานในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ได้ช้ากว่ายาชนิดพ่นสูด และมีฤทธิ์ข้างเคียงมากกว่ายาชนิดพ่นสูด ฤทธิ์ข้างเคียงเช่น อาการใจสั่น มือสั่น

ข. ยากลุ่มขัดขวางสารอเซติลโคลีนแอนตี้โคลิเนอร์จิก ออกฤทธิ์โดยไปลดช่วยคลิค กัวโนซีน โมโนฟอสเฟต (Cyclic Guanosine Monophosphate [cGMP]) ทำให้ปอดมีประสิทธิภาพการทำงานได้ดีกว่ายากลุ่มกระตุ้นตัวรับประสาทเบต้าทูชิมพาเรติก ยาพ่นสูด กลุ่มขัดขวางสารอเซติลโคลีนแอนตี้โคลิเนอร์จิกชนิดออกฤทธิ์สั้น (Short-Acting Inhaled Anticholinergics) เช่น อโทรปีน (Atropine) ไอปราโทรเปียม (Ipratropium) จะออกฤทธิ์ได้ดีกว่าและยาวนานกว่ายา

กลุ่มกระตุ้นตัวรับประสาทเบต้าทูซิมพาเรติกชนิดออกฤทธิ์สั้น คือออกฤทธิ์ได้สูงสุดถึง 8 ชั่วโมงหลังได้รับยา สำหรับยาพ่นสูดกลุ่มขัดขวางสารอเซติลโคลีนแอนตี้โคลิเนอร์จิกชนิดออกฤทธิ์ยาว (Longacting Inhaled Anticholinergics) เช่น ไทโอโทรเปียม (Tiotropium) จะมีการออกฤทธิ์ได้ยาวนานมากกว่า 24 ชั่วโมงและมีฤทธิ์ข้างเคียง เช่น มีอาการใจสั่นน้อยกว่ายากระตุ้นตัวรับประสาทเบต้าทูซิมพาเรติก ฤทธิ์ข้างเคียงหลัก ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง มีรายงานว่าการใช้สารละลายพ่นสูดแบบน้ำผ่านหน้ากาก สำหรับพ่นยาทำให้เกิดต่อหิน ซึ่งอาจมีผลโดยตรงต่อตาได้

ค. ยากลุ่มแมทิลแซนทีน (Methylxanthines) เช่น ทีโอฟิลลีน จะออกฤทธิ์ขยายหลอดลมและกระตุ้นศูนย์ควบคุมการหายใจ จะทำให้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจมีแรงเพิ่มขึ้น แต่มีโอกาสเกิดพิษได้ง่ายเนื่องจาก มีค่าความปลอดภัยของยาน้อยหรือมีดัชนีในการรักษาแคบ (Narrow Therapeutic Index Drugs) มีฤทธิ์ข้างเคียงจากยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มีอาการร้อนในอก นอนไม่หลับ

การใช้ยาหลายกลุ่มร่วมกัน (Combination Bronchodilator Therapy) เป็นยาที่มีส่วนผสมของยาขยายหลอดลมที่มีกลไกการออกฤทธิ์ต่างกัน และมีระยะเวลาในการออกฤทธิ์มากขึ้น มีผลข้างเคียงน้อย เช่น การรวมของยากระตุ้นตัวรับประสาทเบต้าทูซิมพาเรติกชนิดออกฤทธิ์สั้น กับยากลุ่มขัดขวางสารอเซติลโคลีนแอนตี้โคลิเนอร์จิกในรูปยาพ่นสูดได้แก่ ฟิโนเทอร์อลกับไอปราโทรเปียมซัลบูตามอลกับไอปราโทรเปียม และการรวมกันของยากระตุ้นตัวรับประสาทเบต้าทูซิมพาเรติก ชนิดออกฤทธิ์ยาวกับยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ในรูปยาพ่นสูดได้แก่ ฟลูโมเทอร์อลกับบูติโซไนด์ (Budesonide) ซัลมิเทอร์อลกับฟลูติคาโซน (Fluticasone)

(2) ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ แบ่งเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) ยารับประทานที่ใช้ระยะสั้น ควรให้ประมาณ 2 สัปดาห์ 2) ยารับประทานที่ใช้ระยะยาวมีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง การทำหน้าที่ของร่างกายลดลงและมีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว และ 3) ยาพ่นสูดควรใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก น้อยกว่าร้อยละ 50 หรือมีการดำเนินของโรคที่มากขึ้นและมีการกำเริบของโรคซ้ำ ๆ จะช่วยลดการกำเริบของโรค และทำให้ผู้ป่วยมีสภาวะสุขภาพดีขึ้น การใช้ยาพ่นสูดร่วมกับยากระตุ้นตัวรับประสาทเบต้าทูซิมพาเรติกชนิดออกฤทธิ์ยาวจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้เพียงอย่างเดียว สำหรับการรักษาระยะสั้นโดยใช้ยาพ่นสูดร่วมกับยากระตุ้นตัวรับประสาทเบต้าทูซิมพาเรติกชนิดออกฤทธิ์ยาว จะสามารถควบคุมอาการของโรคและประสิทธิภาพการทำงานของปอดได้ดีกว่ายาที่รวมระหว่างยากลุ่มขัดขวางสารอเซติลโคลีนแอนตี้โคลิเนอร์จิกกับยากระตุ้นตัวรับประสาทเบต้าทูซิมพาเรติกชนิดออกฤทธิ์สั้น

(3) ยาชนิดอื่น ๆ เช่น ยาละลายเสมหะ ให้ในรายที่มีเสมหะเหนียว ออกฤทธิ์ทำให้ทางเดินหายใจชุ่มชื้น เสมหะถูกขับออกมาได้ง่ายได้แก่ ยาแอมโมเนียมคาร์บอเนต

(Ammonium Carbonate) และโปแทสเซียมไอโอไดด์ (Potassium Iodide) และยาที่ออกฤทธิ์ทำลายเส้นใยโปรตีนของมิวโคโปรตีน (Mucoproteins) ทำให้เสมหะอ่อนตัว สามารถขับเสมหะออกได้ง่าย

2) การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacologic Treatment) ได้แก่

(1) การฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด (Pulmonary Rehabilitation)

มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการหายใจลำบาก เพิ่มความสามารถในกิจวัตรประจำวัน และเพิ่มคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย การบริหารร่างกายแบ่งเป็น 2 แบบ ดังนี้ 1) การบริหารกล้ามเนื้อร่างกาย จะช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของทรวงอก และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพปอดและหัวใจ ได้แก่การยืดกล้ามเนื้อไหล่และแขน การเดิน ปั่นจักรยาน 2) การบริหารกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการหายใจ (Ventilatory Muscle Training) เป็นการบริหารที่ทำให้ทรวงอกมีความความยืดหยุ่น และมีการเคลื่อนไหวมากขึ้นส่งผลให้ปอดมีการขยายตัวมากขึ้น ได้แก่ การยืดทรวงอกและการบริหารการหายใจ โดยการหายใจแบบเป่าปาก (Purse-Lip Breathing Exercise) และการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม (Diaphragmatic Breathing Exercise) ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด ได้แก่ 1) เพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย 2) ลดอาการหายใจลำบาก 3) เพิ่มคุณภาพชีวิต 4) ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 5) ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค 6) กล้ามเนื้อแขนมีความแข็งแรงยิ่งขึ้น 7) มีการใช้ชีวิตประจำวันที่ดีขึ้น 8) มีชีวิตยืนยาวขึ้น 9) กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจมีความแข็งแรงมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีการปฏิบัติร่วมกับการบริหารร่างกาย และ 10) ช่วยให้อารมณ์ทางจิตใจดีขึ้น

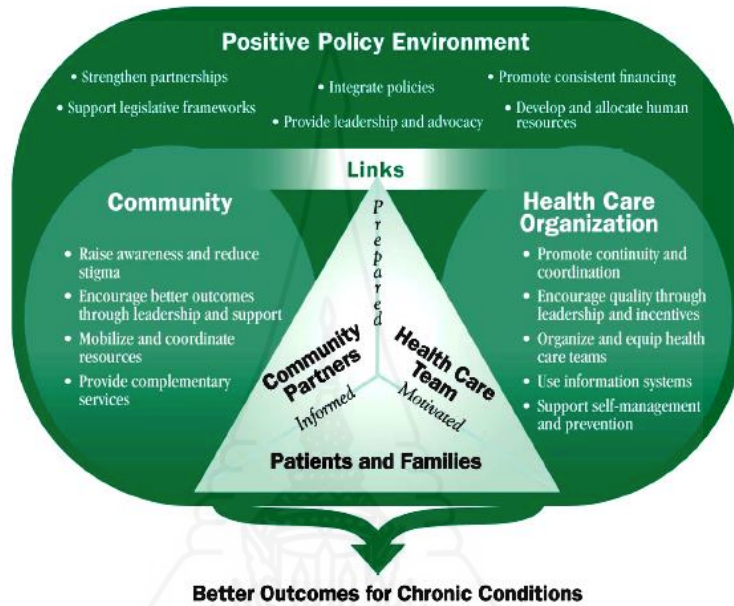
(2) การให้ออกซิเจนระยะยาว (Long Term Oxygen Therapy) มี

เป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความดันก๊าซออกซิเจนในเลือดแดงให้ได้อย่างน้อย 60 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่พัก และความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดอย่างน้อยร้อยละ 90 การให้ออกซิเจน จะให้เมื่อ 1) การให้ออกซิเจนระยะยาว 2) ระหว่างการออกกำลังกาย และ 3) เมื่อมีอาการเหนื่อยหอบเฉียบพลัน สำหรับเป้าหมายในการให้ออกซิเจนระยะแรกคือ จะให้ในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ 5 ตามความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกาอยู่ในระดับที่ 5 หรือเมื่อหายใจในอากาศปกติมีความดันก๊าซออกซิเจนในเลือดแดงต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าร้อยละ 90 สำหรับผู้ป่วยที่มีทางเดินหายใจล้มเหลวเรื้อรัง และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนต่อเนื่องมากกว่าวันละ 15 ชั่วโมงจะมีอายุยืนยาวและมีอัตราการรอดชีวิตสูง

2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

2.1 กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

เป็นกรอบแนวคิดสำหรับระบบดูแลสุขภาพ (WHO, 2002)



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions Framework) (WHO, 2002)

2.1.1 ความหมายของนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง หมายถึง การผสมผสานส่วนประกอบพื้นฐานของระบบการดูแลสุขภาพ (Building Blocks) จากระดับจุลภาค (Micro Level) ระดับกลาง (Meso Level) และระดับใหญ่ (Macro Level) โดยการปรับปรุงวิธีการต่างๆ ที่เกี่ยวกับภาวะเรื้อรัง โดยเน้นการป้องกันและการดูแลสุขภาพซึ่งผลลัพธ์ที่สำคัญของแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง คือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวโดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เป็นผู้สร้างสุขภาพของตนเองและได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานแบบก้าวกระโดดมีการวางแผนการดูแลที่จำเป็นโดยผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการเตรียมทักษะการดูแลตนเองสำหรับการจัดการปัญหาสุขภาพที่บ้านได้รับการสนับสนุนภายในชุมชนและการสนับสนุนจากนโยบายระดับสูง เพื่อจัดการหรือป้องกันภาวะเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย

1) การตัดสินใจบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence Based Decision Making) การตัดสินใจในการกำหนดนโยบายการวางแผนการให้บริการการดูแลและการบริหาร

จัดการทางคลินิกในสภาวะเรื้อรังต้องตัดสินใจอยู่บนข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับภาวะเรื้อรังรวมทั้งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผลของการให้การดูแลรักษาเพื่อลดภาระที่เกี่ยวข้องต้องมีการคาดการณ์ความต้องการทรัพยากรและทักษะการดูแลสุขภาพไว้ล่วงหน้ามีการรวบรวมทักษะการดูแลสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับกระบวนการทางคลินิกของการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วย

2) มุ่งเน้นที่ประชาชน (Population Focus) มีการจัดลำดับความสำคัญด้านสุขภาพของภาวะเรื้อรังของประชาชนในเรื่องการจัดการทรัพยากรการปรับปรุงคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของประชาชนการมีความรู้และความเข้าใจที่ดีของประชาชนเป็นสิ่งจำเป็นของการรักษาพยาบาลซึ่งจะช่วยลดค่ารักษาพยาบาลและการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็น

3) เน้นที่การป้องกัน (Prevention Focus) การดูแลสุขภาพทุกๆเรื่องควรสนับสนุนในเรื่องการป้องกันซึ่งเป็นหน้าที่ของหน่วยงานบริการสุขภาพชุมชนและรัฐบาลเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลและทักษะอย่างเป็นระบบจะช่วยลดความเสี่ยงด้านสุขภาพเช่นการลดการใช้สิ่งของการหยุดสูบบุหรี่การปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศอย่างปลอดภัยการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพและการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายซึ่งการลดพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้เป็นการลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในระยะยาว

4) เน้นที่คุณภาพ (Quality Focus) มีการประกันคุณภาพในการดูแลสุขภาพโดยจะเน้นตั้งแต่การเริ่มการประกันคุณภาพที่ดีกว่าตั้งแต่ระดับนโยบายหน่วยบริการ/ชุมชนและระดับผู้ป่วยโดยมีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมเกิดประโยชน์เพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผลและให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดกับผู้ป่วย

5) การผสมผสาน/การบูรณาการ (Integration) เป็นการบูรณาการการดูแลทุกระดับทั้งระดับเล็กระดับกลางระดับใหญ่โดยต้องมีการเปลี่ยนกระบวนการดูแลเป็นแบบผสมผสานประสานความร่วมมือและมีความต่อเนื่องแบบก้าวกระโดดและนอกจากจากนี้มีการจัดตั้งกลุ่มการดูแลสุขภาพโดยรวมระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิการดูแลแบบเฉพาะ (ถ้าเข้าถึง) การดูแลผู้ป่วยในเข้าด้วยกันและการดูแลควรจะผสมผสานภาวะเรื้อรังทุกกลุ่มโรค

6) ความยืดหยุ่น/การปรับตัว (Flexibility/Adaptability) ระบบการดูแลสุขภาพต้องมีการเตรียมเพื่อปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์เหตุการณ์ที่ไม่รู้ล่วงหน้าการเปลี่ยนแปลงของโรคและภาวะวิกฤติต่างๆ เช่นการเปลี่ยนผ่านทางการเมืองหรือการไม่คาดการณ์ล่วงหน้าในเศรษฐกิจที่ต่ำลงจำเป็นต้องมีการวางแผนการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมการเฝ้าระวังการติดตามและการประเมินผลเป็นกุญแจสำคัญของระบบที่จะสามารถปรับสู่การเปลี่ยนแปลงการปรับตัวเป็น “ระบบแห่งการเรียนรู้” ซึ่งทำให้รู้ล่วงหน้าสำหรับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านการดูแลสุขภาพ

2.1.2 องค์ประกอบของแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ ระดับเล็ก (Micro level) ระดับกลาง (Meso-level) และระดับใหญ่ (Macro-level) มีรายละเอียด ดังนี้

1) *ระดับเล็ก (Micro-level)* ในระดับนี้กำหนดให้มีการจัดตั้งการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ส่วนเป็นหุ้นส่วนกันคือผู้ป่วยและครอบครัวหุ้นส่วนชุมชนและทีมดูแลสุขภาพซึ่งแต่ละส่วนจะทำหน้าที่ให้ดีที่สุดเมื่อสมาชิกทุกกลุ่มได้รับข้อมูล (Informed) การเตรียมความพร้อม (Prepared) และการสร้างแรงจูงใจ (Motivated) เพื่อการจัดการกับภาวะเรื้อรังต่างๆ มีการติดต่อสื่อสารประสานความร่วมมือกันทั้ง 3 ส่วนโดยทุกส่วนได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานบริการสุขภาพที่ใหญ่กว่าชุมชนที่กว้างกว่าและได้รับการสนับสนุนจากนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกับผู้ป่วยเรื้อรัง

2) *ระดับกลาง (Meso-level)* ระดับนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ หน่วยงานบริการสุขภาพและชุมชน มีรายละเอียด ดังนี้

(1) *หน่วยงานบริการสุขภาพ (Health Care Organization)* เป็นส่วนที่สนับสนุนให้ทีมดูแลสุขภาพสามารถทำหน้าที่ได้ดีที่สุดเมื่อเชื่อมโยงกับหุ้นส่วนชุมชนผู้ป่วยและครอบครัวจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้ป่วย

(2) *ชุมชน (Community)* เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการดูแลสุขภาพซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ก. *การสร้างตระหนักรู้และลดความรู้สึกเป็นปมด้อยหรือตราบาของผู้ป่วยเรื้อรัง (Rise Awareness and Reduced Stigma)* ผู้นำชุมชนต้องมีการเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับภาวะเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเรื้อรังรวมถึงการดำเนินการทางด้านการเมืองที่มีการสนับสนุนในการดูแลภาวะเรื้อรัง

ข. *การส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีผ่านการสนับสนุนจากผู้นำ (Encourage Better Outcomes through Leadership and Support)* ผู้นำระดับท้องถิ่นและหน่วยงานนานาชาติ เช่น NGOs และการสนับสนุนจากกลุ่มสตรีเป็นจุดที่จะเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับภาวะเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องให้มีการดูแลภาวะเรื้อรังให้ดีขึ้นโดยมีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลภาวะเรื้อรัง

ค. *การระดมและประสานแหล่งทรัพยากรในชุมชน (Mobilize and Coordinate Resources)* ผู้นำชุมชนระดับท้องถิ่นและหน่วยงานนานาชาติคือ NGOs กลุ่มสนับสนุนชุมชนและกลุ่มสตรีเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการระดมเงินทุนเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมการคัดกรองการป้องกันและการฝึกฝนผู้ทำงานดูแลสุขภาพในชุมชนเพื่อจัดการภาวะเรื้อรัง

ง. การเตรียมให้บริการที่ส่งเสริมสนับสนุนการดูแล (Provide Complementary Services) ท้องถิ่นและ NGOs นานาชาติมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมในการป้องกันและการบริหารจัดการการดูแลภาวะเรื้อรังในชุมชนโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องรวมถึงการฝึกฝนทักษะการให้บริการพื้นฐานสำหรับภาวะเรื้อรังหน่วยงานบริการสุขภาพและชุมชนต้องมีการทำงานเชื่อมโยงกันเพื่อลดความต้องการการติดตามรักษาและการดูแลที่ไม่จำเป็นในระดับตติยภูมิ

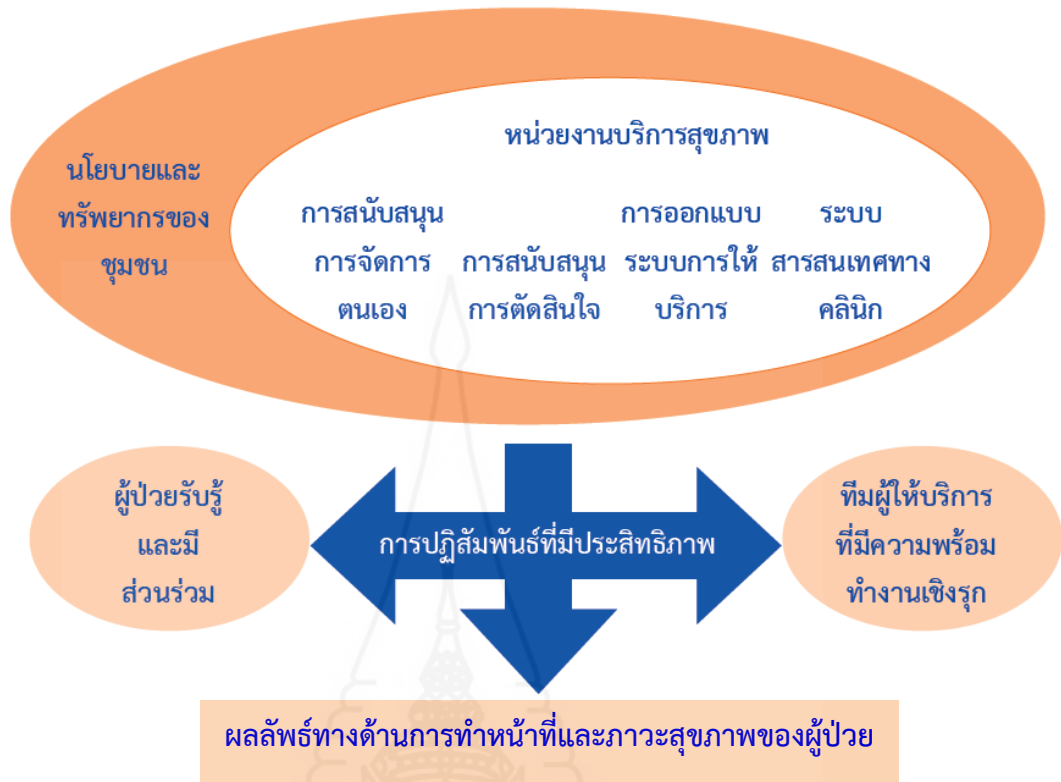
3) ระดับใหญ่ (Macro-level) เป็นระดับนโยบายนโยบายด้านบวกเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากสำหรับหน่วยงานโดยเฉพาะการดูแลภาวะเรื้อรังให้ได้ดีที่สุด

2.1.3 รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ระบบบริการสุขภาพต้องแบกรับภาระผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในแง่ของเวลา การบริการ และค่าใช้จ่ายที่มีจำกัดอยู่แล้ว ดังนั้นจึงต้องจัดระบบที่มีการจัดการให้ได้คุณภาพและมีประสิทธิภาพในระยะยาว คือผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่และทางด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดี และคุ้มค่าใช้จ่ายตลอดวิถีทางของความเจ็บป่วย

การพัฒนาแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเริ่มเป็นรูปธรรมในประเทศสหรัฐอเมริกาในทศวรรษ 1990 โดย นายแพทย์เอ็ดเวิร์ด แวกเนอร์ เป็นแกนนำกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ซึ่งสร้างขึ้นโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ต้นแบบการดูแลแสดงประเด็นการเปลี่ยนแปลงด้านระบบและแบบแผนการปฏิบัติที่สำคัญที่หน่วยงานที่ประสบความสำเร็จในการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนำมาใช้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น การเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และนำผลการประเมินมาปรับปรุงรูปแบบ รวมทั้งการพิจารณาบททวนจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจนได้รูปแบบใหม่ และนำแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปสำรวจเปรียบเทียบกับโครงการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้งหมด 72 โครงการ และได้สังเคราะห์รูปแบบใหม่ที่เชื่อว่าจะช่วยให้การจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีคุณภาพสูง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ออกแบบใหม่นี้ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบที่จำเป็น ได้แก่ 1) แหล่งประโยชน์ของชุมชนและนโยบาย 2) หน่วยงานบริการสุขภาพ 3) การสนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง 4) การออกแบบระบบบริการ 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) ระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (Wager et. al., 2001) รูปแบบการดูแลที่เป็นองค์ประกอบทั้งหมดเหล่านี้จะช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยซึ่งมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลสุขภาพตนเองกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ/พยาบาล ผู้ซึ่งใช้การสนับสนุนทั้งในการให้แหล่งประโยชน์และความชำนาญของตนเอง รายละเอียดแสดงในภาพ



ภาพที่ 2.2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
ที่มา: Wager et. al. (2001)

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนี้ จะต้องมีโครงสร้างของการดูแล สุขภาพที่เหมาะสมเพื่อเชื่อมโยงนโยบายและแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อให้บริการที่ยืดผู้ป่วยและ ครอบครัวเป็นศูนย์กลางและรูปแบบของการทำงานร่วมกันทั้งเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว จากกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังและรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วย เรื้อรัง ในงานวิจัยนี้ได้นำเอาองค์ประกอบระดับกลาง (Meso-level) ซึ่งเป็นระดับขององค์กรสุขภาพ และชุมชน โดยองค์กรสุขภาพจัดให้มีการบริการที่มีคุณภาพ มีการดูแลอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงกับ ชุมชนโดยชุมชนจะต้องสร้างความตระหนักในปัญหาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งนโยบายการเมือง ท้องถิ่นที่เอื้อต่อเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่มีการระดมและประสานแหล่ง ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น การสนับสนุนให้จัดการ ตนเอง/ทักษะส่วนบุคคล การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การออกกำลังกาย และการดูแลต่อเนื่อง จะส่งผล ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ดีขึ้น

2.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.2.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนถือว่าเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาชุมชนตั้งแต่ระดับท้องถิ่นจนถึงระดับประเทศและมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และการมีส่วนร่วมมีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

เพ็ญศรี เปลียนขำ (2542) การมีส่วนร่วมของชุมชนหมายถึง กระบวนการที่ประชาชนในชุมชนนั้นเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาในชุมชนของตนเป็นอย่างดีสามารถกำหนดปัญหา สาธารณสุขวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชนรวมทั้งการแยกแยะปัญหาที่แก้ไขได้เองจะบริหารจัดการที่ส่วนที่อยู่นอกเหนือความสามารถก็ต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้แก้ไข

ปาริชาติ วลัยเสถียร, สหัทยา วิเศษ, จันทนา เบญจทรัพย์ และชลกาญจน์ ฮาชันนารี (2543) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ 2 ลักษณะ คือ 1) การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการพัฒนาโดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมค้นหาปัญหาการวางแผนการตัดสินใจการระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่นการบริหารจัดการการติดตามประเมินผลรวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการและ 2) การมีส่วนร่วมในนัยการเมืองเป็นการส่งเสริมสิทธิและพลังอำนาจของประชาชนโดยประชาชนเพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มและเป็นการเปลี่ยนกลไกการพัฒนาโดยรัฐมาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนมีบทบาทหลักโดยการกระจายอำนาจการบริหารการปกครองจากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาค

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978 อ้างถึงใน ทรงสุดา ไตรปรกรณ์กุล, 2545: 10) การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่บุคคลรอบคร้วมีความรับผิดชอบร่วมกันในดูแลสุขภาพของตนเองและสวัสดิการในชุมชนของเขาเป็นการพัฒนาความสามารถของประชาชนในการพัฒนาชุมชนเพื่อการจัดการในสถานการณ์ชีวิตที่ดีขึ้นและส่งเสริมการแก้ปัญหาของชุมชนด้วยตนเองแทนการเป็นผู้รับผลจากการพัฒนาประชาชนสามารถกำหนดความต้องการความจำเป็นด้วยตนเองและสามารถปรับเปลี่ยนการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์

เดช กาญจนางกูร (2547: 4) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า เป็นการแบ่งงานกันทำตามบทบาทและหน้าที่ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งจะต้องมีการบูรณาการในด้านความรู้ ความคิด และความเข้าใจให้ถูกต้องตรงกัน เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมปฏิบัติงานหรือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ของโครงการให้ประสานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและเป็นจังหวะเดียวกัน จึงจะทำให้การปฏิบัติร่วมกันสัมฤทธิ์ผลอย่างมีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดตามที่มีส่วนร่วมทุกคนปรารถนา

Goodman (อ้างถึงใน พงษ์ธร ธัญญสิริ, 2543: 37) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง

1. กระบวนการซึ่งมวลชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในขั้นตอนต่างๆ ของกิจกรรมของส่วนรวม

2. มวลชนที่เข้าร่วมได้ใช้ความพยายามส่วนตัว เช่น ความคิด ความรู้ ความสามารถ แรงงาน ตลอดจนทรัพยากรของตนต่อกิจกรรมนั้นๆ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การเกี่ยวข้องของกิจกรรมต่างๆ ของมวลชน ในกิจกรรมต่างๆ จะมี 2 ด้าน คือ

2.1 ด้านความคิดหรือกำหนดนโยบาย ซึ่งแบ่งได้อีก 3 ระดับ คือ

- มวลชนเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลข่าวสาร ข้อคิดเห็น (Information Input)

- มวลชนมีส่วนแบ่งในอำนาจตัดสินใจ (Share Decision Making)

- มวลชนเป็นผู้กำหนดนโยบาย (Policy Formulation)

2.2 ด้านทำหรือด้านดำเนินการตามนโยบาย ซึ่งแบ่งได้อีก 3 ระดับ คือ

- ร่วมกำหนดเป้าหมายแผนงาน (Participation on Formulating Objective and Plan)

- ร่วมดำเนินการในกระบวนการจัดการ (Participating on Management Resourecs)

- ร่วมหนุนช่วยทรัพยากรการบริหาร (Supporting on Management Resources)

เวอร์ธีม (Werthiem, 1981 อ้างถึงใน วิไลวรรณ เทียมประชา, 2547) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระดับต่างๆ ทางด้านการบริหารและทางการเมืองเพื่อกำหนดความต้องการของชุมชนของตนเอง

จากความหมายของการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้นสรุปความหมายของการมีส่วนร่วมว่าเป็นความร่วมมือของชุมชนด้วยความสมัครใจซึ่งประชาชนในชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนโดยประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาชุมชนทุกขั้นตอนตั้งแต่เริ่มค้นหาปัญหาการวางแผนการตัดสินใจมีการระดมและประสานแหล่งทรัพยากรในชุมชนมาบริหารจัดการมีการติดตามประเมินผลและร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน

2.2.2 รูปแบบของการมีส่วนร่วม

วรรณิ จันทร์สว่าง (2546) ได้สรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและความต้องการเป็นขั้นตอนที่ประชาชนร่วมกันค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และกำหนดความต้องการของชุมชนรวมทั้งจัดความสำคัญของความต้องการ

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนเป็นขั้นตอนที่ประชาชนร่วมกันคิดและตัดสินใจวางแผนการแก้ปัญหาโดยกำหนดวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหา กำหนดกิจกรรมหรือโครงการกำหนดทรัพยากรที่ต้องใช้ทั้งด้านกำลังคนเงินและวัสดุอุปกรณ์

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเป็นขั้นตอนที่ประชาชนร่วมกันดำเนินงานในโครงการหรือกิจกรรมที่กำหนดไว้โดยร่วมเป็นผู้ปฏิบัติงานผู้ประสานงานผู้บริหารงานรวมทั้งให้การสนับสนุนด้านเงินทุนและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผลเป็นขั้นตอนที่ประชาชนร่วมกันติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโดยการตรวจสอบความก้าวหน้าปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานและพิจารณาผลงานที่เกิดขึ้นทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 5 การมีส่วนร่วมในการรับและใช้ผลประโยชน์เป็นขั้นตอนที่ประชาชนได้รับและนำเอาผลการดำเนินงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและชุมชนรวมทั้งร่วมบำรุงรักษาผลประโยชน์ที่ได้รับ

สุภาภรณ์ นิยมสรวย (2551) ได้เสนอหลักการทำงานแบบมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

1. ให้ชุมชนมีส่วนร่วมคิดวางแผนและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาโดยบุคคลากรภายนอกหรือนักพัฒนาควรเป็นเพียงผู้แนะนำส่งเสริม
2. การให้ชุมชนมีบทบาทหลักในการแก้ไขปัญหาในชุมชนโดยการหาวิธีการปรับบทบาทการแก้ไขปัญหาจากภาครัฐมาเป็นภาคองค์กรชุมชนให้มีบทบาทหลักในการแก้ไขปัญหาเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน
3. การให้ชุมชนมีกระบวนการกลุ่มองค์กรชุมชนและผู้นำชุมชนแกนนำชุมชนตลอดจนเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในชุมชน
4. การที่เชื่อมั่นว่าการแก้ไขปัญหาอย่างมีส่วนร่วมต้องมาจากจิตสำนึกของประชาชนที่มีความต้องการแก้ไขปัญหาในชุมชน
5. การผนึกกำลังหรือมีความร่วมมือทำงานร่วมกับบุคคลอื่นในการแก้ไขปัญหา
6. ในการแก้ไขปัญหาควรบูรณาการแผนงาน/ โครงการและงบประมาณจากทุกภาคส่วน

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวคิดที่สำคัญเพราะถ้าสามารถทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างแท้จริงหมายความว่า การได้เข้ามาแก้ไข ปัญหาของชุมชนเพราะปัญหาของชุมชนมีลักษณะเป็นองค์รวมเมื่อชุมชนเกิดความมุ่งมั่นขึ้นแล้ว โอกาสที่ชุมชนจะประสานกับหน่วยงานอื่นย่อมมีความเป็นไปได้สูง

2.2.3 แนวทางการจัดการการมีส่วนร่วมของประชาชน

สมลักษณ์ ไชยเสรีรัฐ (2549: 142-149) ได้แบ่งแนวทางการจัดการการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 3 ด้านหลัก คือ ด้านประชาชน (Public) ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) และด้านภาครัฐ โดยการมีส่วนร่วม (Participation) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ประชาชนที่เป็นบุคคล หรือคณะบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินการพัฒนา ช่วยเหลือ สนับสนุนทำ ประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ หรือกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผล ประโยชน์ และร่วมประเมินผล เพื่อให้เกิดการยอมรับ และก่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดกันทุกฝ่าย ดังนี้

1) การรับรู้ (Perception)

ต้องสร้างสำนึกให้ทั้งภาครัฐและประชาชน มีความตระหนัก การรับรู้ การยอมรับในสิทธิหน้าที่และส่วนร่วมของทุกกลุ่มทุกฝ่าย โดยภาครัฐนั้น เจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้อง สร้างสำนึกใหม่ว่ากิจการที่ตนรับผิดชอบไม่ใช่ “รัฐกิจ” หรือ “กิจการของรัฐ” ที่ตนเท่านั้น มีสิทธิ ตัดสินใจ แต่เป็นสาธารณกิจที่สาธารณชนชอบที่จะมีส่วนร่วมในการคิด ร่วมกระทำหรือตรวจสอบ หากเจ้าหน้าที่ของรัฐไม่ปรับทัศนคติให้ได้เช่นนี้ ก็จะต้องเผชิญกับสถานะที่อาจเกิดข้อขัดแย้งกับ ประชาชนกลุ่มที่ต้องการมีส่วนร่วมได้ ส่วนภาคประชาชน การตระหนัก การรับรู้และยอมรับในสิทธิ และหน้าที่ตลอดจนการมีส่วนร่วมนั้น ต้องเข้าใจว่าตนและผู้อื่น ต่างก็มีสิทธิหน้าที่และส่วนร่วมเสมอ กันตามหลักการเท่าเทียมกัน ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายต้องยอมรับการ “รวมขอม” และ “ประสาน ประโยชน์” มิฉะนั้นความแตกต่างในผลประโยชน์และจุดยืน จะนำไปสู่ความขัดแย้งและความรุนแรง ในที่สุด

2) ทัศนคติ (Attitude)

ต้องสร้างความเข้าใจและปรับทัศนคติของบุคลากรภาครัฐและภาค ประชาชนทั้งสองฝ่าย ให้มีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน กล่าวคือ ภาครัฐจะต้องเห็นการ มีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องที่ต้องส่งเสริมเพื่อประโยชน์หลายประการ อาทิ เพื่อการได้ข้อมูล ข้อเท็จจริงและความคิดที่หลากหลาย รวมทั้งบุคลากรภาครัฐผู้รับผิดชอบด้านการมีส่วนร่วม จะต้อง มีทัศนคติที่ดีต่อประชาชนและต่อกระบวนการมีส่วนร่วม มีการปรับปรุงบทบาทและค่านิยม ตลอดจน ต้องมีความอดทนในการทำงานกับประชาชน เพราะการมีส่วนร่วมต้องใช้ระยะเวลายาวนาน ต้องทำ อย่างต่อเนื่อง และมีความจริงใจต่อประชาชน ในขณะที่เดียวกันภาคประชาชนเองก็ควรมีท่าทีที่เข้าใจ

ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน และจะต้องมีทัศนคติที่ดีต่อกระบวนการมีส่วนร่วมและต่อเจ้าหน้าที่เช่นเดียวกัน ก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างประชาชนและเจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันมากขึ้น ส่งผลให้กิจกรรมการมีส่วนร่วมบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น หากทั้งสองฝ่ายต่างมีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมและต่อกันแล้ว ความร่วมมือ “ประชารัฐ” ก็จะพัฒนาได้ดียิ่งขึ้น

3) การเป็นตัวแทน (Representation)

การสรรหาและคัดเลือกตัวแทน จะต้องคำนึงถึงประชาชนทุกกลุ่ม ทุกฝ่าย เพื่อให้ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ที่หลากหลายทุกกลุ่มนั้นมีตัวแทนเข้าไปร่วมด้วย จะได้ประสานผลประโยชน์กันจนลงตัวและเกิดความเป็นธรรมขึ้นรวมทั้งควรคำนึงถึงคุณสมบัติของตัวแทนที่ต้องการด้วย โดยพิจารณาจากคุณสมบัติในด้านต่าง ๆ เช่น ทักษะและความสามารถที่เกื้อหนุนกัน ความสอดคล้องของเทคโนโลยี วัตถุประสงค์ ค่านิยม และวัฒนธรรมองค์กร การตอบสนองซึ่งกันและกัน ความรับผิดชอบ ความมั่นคงด้านการเงิน ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่น เป็นต้น นอกจากนี้ กลุ่มที่เป็นตัวแทนจะต้องมีความน่าเชื่อถือจากกลุ่มทั้งหลายหรือผู้มีส่วนได้เสีย และมีปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ต้องตระหนักถึง คือสมาชิกที่เป็นตัวแทนต้องมีความรู้สึกที่จะต้องอาศัยซึ่งกันและกัน

4) ความเชื่อมั่นและไว้วางใจ (Trust)

การมีส่วนร่วมนั้น ต้องสร้างให้สมาชิกมีความเข้าใจและมีความจริงใจในการเข้าร่วม สิ่งที่จะได้ตามมาคือความเชื่อมั่นและไว้วางใจ (Trust) ในองค์กร โดยการสร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจกันนั้น ต้องแสดงให้เห็นอย่างชัดเจน กำหนดให้เป็นรูปธรรมและเป็นวัฒนธรรมขององค์กร ซึ่งการสร้างการเชื่อถือ ศรัทธา ความไว้วางใจกันและกัน เป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้กระบวนการมีส่วนร่วมประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว การสร้างความเชื่อถือไว้วางใจอาจทำได้คือการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง และนำเสนอข้อมูลข้อเท็จจริงอย่างตรงไปตรงมาครบถ้วน รวมทั้งต้องมีการติดต่อระหว่างสมาชิกอย่างสม่ำเสมอบ่อยครั้ง และทำอย่างตั้งใจทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการภายในองค์กรซึ่งเป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดความสำเร็จในการสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเชื่อมั่นและความไว้วางใจการร่วมมือซึ่งกันและกัน

5) การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร (Information-sharing)

สร้างกลไกเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ทำให้ข้อมูลข่าวสาร ทั้งด้านที่เป็นข้อเท็จจริงและด้านที่เป็นความคิด ความรู้สึก ความคาดหวัง ได้ถูกแสดงออกอย่างหลากหลายกลุ่มลึกและสมบูรณ์ครบถ้วนมากขึ้น ซึ่งจะทำให้การวินิจฉัยปัญหาและการเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาหลากหลาย และตรงกับความต้องการมากขึ้น ผลที่ตามมาคือทำให้การตัดสินใจในการกำหนดนโยบาย และการวางแผนดำเนินไปได้อย่างรอบรู้

รอบคอบและรอบด้านยิ่งขึ้น โดยการที่ประชาชนจะมีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นที่จะต้องมีความรู้ และมีข้อมูลข่าวสารเพียงพอ ในนโยบายที่ตนต้องการมีส่วนร่วม ข้อมูลข่าวสารเหล่านี้ส่วนใหญ่แล้วมักจะเป็นของหน่วยงานที่เป็นผู้ริเริ่มนโยบาย บางส่วนเกิดจากการศึกษาของนักวิชาการ และองค์กรพัฒนาเอกชน ดังนั้นประชาชนที่สนใจการมีส่วนร่วมกับนโยบายใดอาจไปขอความร่วมมือ และข้อมูลจากบุคคลและองค์กรเหล่านั้น

6) ฉันทามติ (Consensus)

การมีส่วนร่วมเป็นการสร้างฉันทามติ โดยการให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้าร่วม ในการหาวิธีแก้ไขปัญหายุ่งยากซับซ้อนร่วมกัน หาทางออกสำหรับการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในทางสันติ เป็นที่ยอมรับหรือเป็นฉันทามติของประชาสังคม ซึ่งทุกคนยินยอมเห็นพ้องต้องกันในทุกๆ ขั้นตอนของกระบวนการมีส่วนร่วม โดยเสาหลักของการมีส่วนร่วมที่ดีก็คือการที่ประชาชนสามารถที่จะร่วมมือกัน ลดความขัดแย้ง สร้างข้อตกลงที่มั่นคงยืนยาว การยอมรับระหว่างกลุ่ม และหาข้อสรุปร่วมกันได้ทุกฝ่าย แม้ว่าอาจจะมีความเห็นที่แตกต่างกันก็ตาม ก็ต้องสามารถที่จะปรับความเห็นที่ต่างกัน โดยการเจรจาข้อยุติที่ทุกฝ่ายยอมรับกันได้โดยสันติวิธี เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปที่เห็นพ้องหรือฉันทามติร่วมกันได้ทุกฝ่าย

7) การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction)

องค์กรการมีส่วนร่วมต้องสร้างให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน องค์กร คือจะต้องจัด กิจกรรมที่ทำให้มีการพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความคิดเห็นของกันและกันเป็นการสื่อสารแบบ 2 ทาง (Two Ways Communication) ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน ซึ่งจะนำไปสู่การลดอคติที่มีต่อกันและเกิดความเข้าใจที่ดีขึ้นระหว่างผู้ที่เข้าร่วม สิ่งเหล่านี้ นับว่าเป็นกลไกที่จะช่วยป้องกันความขัดแย้ง ที่อาจจะเกิดขึ้นหรือกรณีที่มีความขัดแย้งเกิดขึ้นแล้ว ก็จะเป็นกลไก ที่ช่วยบรรเทาความขัดแย้งให้ลดระดับความรุนแรงลงได้ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ในกระบวนการการมีส่วนร่วมของประชาชนก็ เพื่อที่จะให้เกิดการตัดสินใจที่ดีขึ้นและรับการสนับสนุนจากสาธารณชน ซึ่งเป้าหมายของกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนก็คือ การให้ข้อมูลต่อสาธารณชน และให้สาธารณชนแสดงความคิดเห็นต่อโครงการที่นำเสนอหรือนโยบายรัฐ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเพื่อหาทางออกที่ดีที่สุด ตลอดจนสร้างความสัมพันธ์ที่ดีสำหรับทุก ๆ คน

8) ความประสงค์หรือความมุ่งหมาย (Purpose)

ต้องกำหนดความประสงค์หรือความมุ่งหมายในการมีส่วนร่วมไว้อย่างชัดเจนว่าเป็นไปเพื่ออะไร ผู้เข้าร่วมจะได้ตัดสินใจถูกว่า ควรเข้าร่วมหรือไม่ การมีความมุ่งหมายที่ต้องการบรรลุชัดเจน จะนำทางให้สมาชิกผู้เข้าร่วมได้เข้าใจตรงกันและเดินไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นความเป็นเอกภาพทางความคิดเห็น เอกภาพในการดำเนินกิจกรรม และความเข้มแข็งขององค์กร นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมต้องมีกิจกรรมเป้าหมาย ในการให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมต้อง

ระบุลักษณะของกิจกรรมว่า มีรูปแบบและลักษณะอย่างไร เพื่อที่ประชาชนจะได้ตัดสินใจว่า ควรเข้าร่วมหรือไม่ รวมทั้งขั้นตอนของกิจกรรมจะต้องระบุไว้ในกิจกรรมแต่ละอย่างมีกี่ขั้นตอน และประชาชนสามารถเข้าร่วมในขั้นตอนใดบ้าง

9) การประเมินผล (Appraisal)

ต้องมีระบบการประเมินผล เนื่องจากการประเมินผลเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการมีส่วนร่วม และถือเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งของผู้บริหารในการบริหารทรัพยากรบุคคลให้เกิดประโยชน์สูงสุด องค์กรใดที่มีการประเมินผลการปฏิบัติงานที่เป็นธรรม โปร่งใส และซื่อสัตย์คนมีส่วนได้มากที่สุด ถือว่าองค์กรนั้นใช้เครื่องมือนี้ได้อย่างได้ผลและเกิดประโยชน์ ในทำนองเดียวกันการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กร ย่อมส่งผลถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กรได้เช่นเดียวกัน ซึ่งผลของกระบวนการประเมินผลก็จะกลายเป็นปัจจัยนำเข้าไปในกระบวนการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผน เพื่อนำปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติมาปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาผลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการประเมินผลงาน (Performance Appraisal) จึงต้องเริ่มตั้งแต่การเข้าร่วมควบคุมร่วมติดตาม ร่วมประเมินผล ร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่จัดทำไว้ทั้งโดยเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

10) ความโปร่งใส (Transparency)

ปรับปรุงกลไกการทำงานขององค์กรการมีส่วนร่วมให้มีความโปร่งใส เนื่องจากการมีส่วนร่วมนั้น เป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนมีโอกาสตรวจสอบการใช้ดุลยพินิจสำหรับการตัดสินใจของรัฐบาลและหน่วยงานของรัฐ ซึ่งจะก่อให้เกิดความโปร่งใสในการดำเนินการลดการทุจริตและข้อผิดพลาดของนโยบาย แผน โครงการลงได้ โดยการสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกันของคนในองค์กร ซึ่งความโปร่งใสเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ประกอบด้วย ความไว้วางใจ การเปิดเผยข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล และกระบวนการตรวจสอบ

11) ความเป็นอิสระ (Independence)

องค์กรการมีส่วนร่วมจะต้องมีความเป็นประชาธิปไตย โดยการให้เกียรติยอมรับความคิดเห็นของกันและกัน สมาชิกทุกคนในองค์กรมีอิสระทางความคิด การที่สมาชิกมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นและตัดสินใจ จะเป็นปัจจัยให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งหลักการและเงื่อนไขสำคัญของการมีส่วนร่วมประการหนึ่งคือ ความเป็นอิสระ หรือความสมัครใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วม การบังคับไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบของการคุกคาม การระดม และการว่าจ้าง ไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วม

12) ก้าวไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่อง (Onward-doing)

องค์กรการมีส่วนร่วม ต้องเปิดโอกาสประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เนื่องจากการมีส่วนร่วมของประชาชน ทำให้เกิดประสบการณ์ การเรียนรู้ใหม่ ความคิดใหม่ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนที่ก้าวไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่อง ภาครัฐจะต้องเตรียมประชาชนให้มีความพร้อมและเห็นประโยชน์ของการมีส่วนร่วมด้วยการให้ความรู้ และการสร้างความเข้าใจในบทบาทของการมีส่วนร่วมภาคประชาชน รวมทั้งมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง โดยความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกจะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญที่จะทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นไปอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างต่อเนื่อง จะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะบ่งบอกถึงความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วม รวมทั้งจะทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่า การเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปในทิศทางที่พึงปรารถนา ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อชุมชนและสังคม

13) เครือข่าย (Network)

ส่งเสริมให้มีการผนึกกำลังร่วมกันของทั้งภาครัฐ และภาคประชาชนในลักษณะเครือข่ายคือ การที่จะต้องมาทำความเข้าใจกัน มาผนึกกำลังกันเป็นหนึ่งเดียวที่สำคัญต้องเป็นไปเพื่อสร้างผลประโยชน์ในเชิงการทำงานร่วมในรูปกิจกรรม โครงการ แผนงานที่จะต้องอาศัยความร่วมมือกัน ต้องผนึกกำลังขอความร่วมมือ หรืออาศัยการทำกิจกรรมร่วมมือกันหลายองค์กร ซึ่งเครือข่ายความร่วมมือจะต้องเกิดขึ้นจากวิถีคิดของสมาชิก ผู้บริหาร และบุคคลในชุมชนเป็นหลัก โดยเครือข่ายความร่วมมือนั้น จำเป็นต้องให้มีตัวแทนของประชาชนมาพบปะพูดคุยเพื่อก่อตัวและกล่าวถึงวัตถุประสงค์ร่วมกัน ดังนั้น เครือข่ายการมีส่วนร่วมจึงเป็นกระบวนการเชื่อมโยงสมาชิกในกลุ่มหรือเชื่อมโยงองค์กรการมีส่วนร่วมกับสมาชิก ประชาชน และกลุ่ม/องค์กรต่าง ๆ ในชุมชนเข้าด้วยกันโดยมีรูปแบบความสัมพันธ์การมีส่วนร่วมในแนวราบขององค์กรการมีส่วนร่วมและชุมชน รวมทั้งเป็นกระบวนการส่งเสริมสนับสนุนประชาชนให้สามารถพัฒนาชุมชนของตนเอง โดยอาศัยเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการทำงานของคนในชุมชน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาของคนและปัญหาส่วนรวมในชุมชน ซึ่งการดำเนินงานของเครือข่ายจะนำไปสู่การพัฒนาการมีส่วนร่วมที่ยั่งยืนได้ในที่สุด

3. บริบทพื้นที่อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

3.1 ประวัติและความเป็นมา

สุโขทัยมาจากคำในภาษามลายูว่า "สุโขทัย" ซึ่งแปลว่าคลองหรือแม่น้ำ และ "ปาดิ" ซึ่งแปลว่า "ข้าวเปลือก" ซึ่งความหมายรวมกันก็คือ "คลองข้าวเปลือก" ทั้งนี้เพราะแต่ดั้งเดิมบริเวณที่ราบลุ่มสองฝั่งคลองที่ไหลผ่านพื้นที่อำเภอนี้เป็นแหล่งเพาะปลูกข้าวที่สำคัญ ชาวบ้านจะนำ

ข้าวเปลือกล่องเรือไปตามลำคลองเพื่อขายให้กับท้องถิ่นอื่น ๆ จึงเรียกคลองนี้ว่า สุโขงปาดิ เมื่อตั้งอำเภอขึ้นมาจึงมีชื่อตามคลองสายนี้

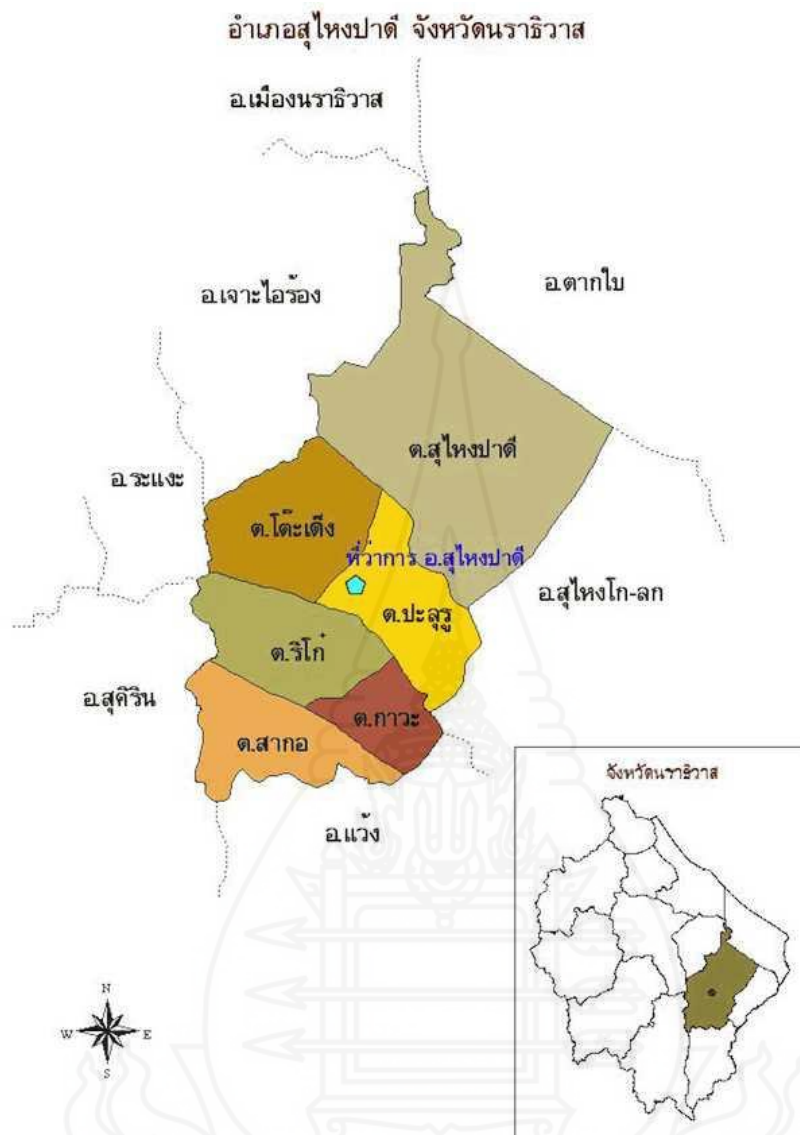
อำเภอสุโขงปาดิจัดตั้งเป็นอำเภอเมื่อ พ.ศ. 2440 ที่ว่าการอำเภออยู่ที่หมู่ 4 ตำบลสุโขงปาดิ ขึ้นกับเมืองระแงะ และได้ขึ้นกับจังหวัดนราธิวาส ในปี พ.ศ. 2462 ทางราชการได้ย้ายที่ว่าการอำเภอมาตั้งที่บ้านโคกตา หมู่ที่ 1 ตำบลปะลัฎฐ์ ซึ่งห่างจากที่ว่าการอำเภอเดิม 7 กิโลเมตร เพราะเป็นพื้นที่ที่มีความเจริญมีรถไฟผ่านและเป็นศูนย์กลางของพื้นที่อำเภอ โดยใช้ชื่ออำเภอสุโขงปาดิ ดั้งเดิม

แต่เดิมสุโขงปาดิมีอาณาเขตที่กว้างขวางมีพื้นที่ติดต่อกับรัฐกลันตัน ประเทศมาเลเซีย ต่อมาได้มีการแยกตำบลสุโขงโก-ลก ตำบลลูโยะ ตำบลปาเสมัส และตำบลมูโนะไปรวมกันเพื่อจัดตั้งเป็นอำเภอ สุโขงโก-ลก จึงทำให้อำเภอสุโขงปาดิมีพื้นที่เล็กลงและไม่ติดกับประเทศมาเลเซียอีก

3.2 ที่ตั้งและอาณาเขต

อำเภอสุโขงปาดิ มีเนื้อที่ 239,147 ไร่ ห่างจากศาลากลางจังหวัดประมาณ 50 กิโลเมตร อำเภอสุโขงปาดิตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ของจังหวัด มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียงดังต่อไปนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภอเจาะไอร้องและอำเภอตากใบ
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	อำเภอสุโขงโก-ลก
ทิศใต้	ติดต่อกับ	อำเภอแว้ง
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	อำเภอสือคริน อำเภอระแงะ และอำเภอเจาะไอร้อง



ภาพที่ 2.3 แผนที่อำเภอสุหงป่าต๋ จังหวัดนาริवास

3.3 ภูมิประเทศ

พื้นที่ส่วนใหญ่ของอำเภอสุหงป่าต๋เป็นที่ราบเหมาะสำหรับการเพาะปลูก สภาพพื้นที่ทางทิศใต้และทิศตะวันตกเป็นที่ราบสูง มีทิวเขาสลับซับซ้อนเรียกว่าทิวเขาสันกาลาคีรี ปกคลุมไปด้วยป่าไม้และสวนยางพารา อุดมด้วยไม้มีค่า เช่น ไม้ตะเคียนทอง ไม้ตะเคียนชันตาแมว ไม้สยา หวาย ตะกร้าทอง เป็นต้น พื้นที่ส่วนใหญ่ทางทิศตะวันออกและทิศเหนือเป็นที่ราบลุ่มและป่าพรุเหมาะสำหรับการเพาะปลูกและการทำนา

3.4 ภูมิอากาศ

ภูมิอากาศของอำเภอสุโขทัย มีอากาศชุ่มชื้น ฝนตกชุกตลอดทั้งปีเพราะมีเทือกเขากั้นอยู่ทางทิศใต้และทิศตะวันตก อากาศร้อนอบอ้าวเพียงระยะสั้น ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม ฤดูการมี 2 ฤดู คือ ฤดูฝนเริ่มจากเดือนกรกฎาคมถึงเดือนมกราคมมีระยะเวลาถึง 7 เดือน และฤดูร้อนเริ่มตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมิถุนายนอากาศจะร้อนอบอ้าว เพียง 1-2 เดือน นอกนั้นอากาศจะอบอุ่นสบาย

3.5 การปกครองส่วนภูมิภาค

การปกครองของอำเภอสุโขทัยมี 6 ตำบล 50 หมู่บ้าน ได้แก่

ตำบลปะลฐู	มี 8 หมู่บ้าน
ตำบลสุโขทัย	มี 12 หมู่บ้าน
ตำบลโตะเต็ง	มี 5 หมู่บ้าน
ตำบลสากอ	มี 12 หมู่บ้าน
ตำบลริโก	มี 7 หมู่บ้าน
ตำบลภาวะ	มี 6 หมู่บ้าน

3.6 สังคมและวัฒนธรรม

ศาสนา ส่วนใหญ่เป็นชาวไทยมุสลิม และมีชาวไทยพุทธเป็นส่วนน้อย อาชีพ ส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม รับจ้าง และรับราชการ

3.7 สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่

พื้นที่อำเภอสุโขทัยประกอบด้วยสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 8 แห่ง ได้แก่

โรงพยาบาลสุโขทัย	รับผิดชอบพื้นที่ตำบลปะลฐู
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสุโขทัย	รับผิดชอบพื้นที่ตำบลสุโขทัย (หมู่ที่ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 12)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านใหม่	รับผิดชอบพื้นที่ตำบลสุโขทัย (หมู่ที่ 3, 4, 5, 10, 11)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโตะเต็ง	รับผิดชอบพื้นที่ตำบลโตะเต็ง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลริโก	รับผิดชอบพื้นที่ตำบลริโก
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภาวะ	รับผิดชอบพื้นที่ตำบลภาวะ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสากอ	รับผิดชอบพื้นที่ตำบลสากอ (หมู่ที่ 4, 5, 7, 9, 10, 12)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านกล้วย	รับผิดชอบพื้นที่ตำบลสากอ (หมู่ที่ 1, 2, 3, 6, 8, 11)

3.8 ประชากรและหลังคาเรือน

ตารางที่ 2.1 จำนวนประชากรและหลังคาเรือน อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา จำแนกรายตำบล

ตำบล	จำนวนประชากร			จำนวน หลังคาเรือน
	ชาย	หญิง	รวม	
ปะลูลู	8,276	8,256	16,532	2,816
สุโขทัย	4,332	3,840	8,172	1,996
โตะเต็ง	3,900	3,856	7,756	1,624
ริโก้	3,847	3,815	7,662	1,239
กาวะ	2,974	2,921	5,895	920
สากอ	4,782	4,765	9,547	1,138
รวม	28,111	27,453	55,564	9,733

3.9 จำนวนบุคลากรสาธารณสุข

ตารางที่ 2.2 จำนวนบุคลากรสาธารณสุข อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามตำแหน่ง

ตำแหน่ง/วิชาชีพ	จำนวนบุคลากรปฏิบัติงาน			หมายเหตุ
	โรงพยาบาล	เครือข่าย	รวม	
แพทย์	7		7	
ทันตแพทย์	2		2	
เภสัชกร	6		6	
พยาบาลวิชาชีพ	94	26	120	
นักวิชาการสาธารณสุข	4	10	14	
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	1	18	19	
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	3	3	6	
เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์	3		3	
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	5		5	
นักเทคนิคการแพทย์	3		3	
แพทย์แผนไทย	3	1	4	

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

ตำแหน่ง/วิชาชีพ	จำนวนบุคลากรปฏิบัติงาน			หมายเหตุ
	โรงพยาบาล	เครือข่าย	รวม	
นักกายภาพบำบัด	3		3	
นักจิตวิทยา	1		1	
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	77	482	559	

4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

4.1 ความเป็นมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ในอดีตประชาชนได้มีการดูแลตนเองด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพมานานแล้ว จะเห็นได้จากในสมัย ก่อนจะมี “หมอโบราณ” หรือ “หมอกกลางบ้าน” คอยให้การดูแลเมื่อมีผู้เจ็บป่วยด้วยการใช้ยาสมุนไพรรักษา รวมทั้งการมี “หมอดำแย” คอยให้การช่วยเหลือทำคลอดแก่หญิงที่ตั้งครรภ์ จนกระทั่งได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันโดยในขั้นแรกได้นำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน โดยจัดตั้งเป็น “คณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” มีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน ต่อมามีการชักชวนให้ประชาชนเข้าเป็น “อาสาสมัครมาลาเรีย” เพื่อช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการพ่นยาเคมีกำจัดยุงกันปล่องป้องกันโรคมมาลาเรีย นอกจากนี้ยังได้มีการทดลองหารูปแบบต่าง ๆ ในหลายพื้นที่ แต่ที่ชัดเจนและมีความ สำคัญก็คือ “โครงการสารภี” ซึ่งดำเนินการที่จังหวัดเชียงใหม่ที่ได้นำเอาประชาชนเข้ามาฝึกอบรมความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย และเป็นแม่แบบนำไปทดลองในจังหวัดต่างๆ จนกระทั่งกลายเป็นรูปแบบที่เรียกว่า “ผสส./อสม.”

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนมาเป็นเวลานาน ดังจะเห็นได้จากการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน อันที่จะทำให้ประชาชนทุกคน ทุกครอบครัวและทุกชุมชนมีสุขภาพดี โดยใช้กลยุทธ์ของการสาธารณสุขมูลฐานมาตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 ซึ่งการดำเนินงานตามกลยุทธ์ดังกล่าว จะให้ความสำคัญกับการพัฒนา “คน” เป็นหลัก โดยถือว่า “คน” เป็นทั้งเป้าหมายและอุปกรณ์ ในการพัฒนาที่สำคัญที่สุด และในการพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขนั้น นอกจากจะให้ความสำคัญกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว ยังเห็นถึงความสำคัญของกำลังคนที่เป็นประชาชนทั่วไปในชุมชน ว่าเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมี

สุขภาพดีได้ตามเป้าหมายที่กำหนด จึงได้มีการพัฒนา “อาสาสมัครสาธารณสุข” ขึ้นมาและปรับเปลี่ยนบทบาทให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของปัญหาและสถานการณ์อย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด โดยมีลำดับการพัฒนาดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการ สาธารณสุขมูลฐาน, 2542: 5-6)

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขได้อบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในหมู่บ้านต่าง ๆ ในชนบท เพื่อให้อาสาสมัครเหล่านี้มีความรู้ด้านสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่ไปสู่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง พร้อมทั้งมีการจัดทำแบบเรียนด้วยตนเองสำหรับอาสาสมัคร ใช้ศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติมจำนวนกว่า 50 เรื่อง โดยกำหนดให้ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) 1 คน รับผิดชอบดูแล 8-15 หลังคาเรือน และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1 คนต่อหมู่บ้าน

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 ได้จัดการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างต่อเนื่องจนครอบคลุมครบ 100 % และมีการขยายการดำเนินงานเข้าไปในบางส่วนของเขตเมืองโดยเฉพาะในชุมชนแออัด นอกจากนี้ยังจัดให้มีการอบรมฟื้นฟูแก่อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้ผู้ที่อบรมไปแล้วมีความรู้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับปัญหาท้องถิ่น

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 เป็นระยะที่ให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพมากขึ้น ได้มีการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพิ่มเติมในส่วนที่พื้นสภาพ และพื้นที่ที่ขยาย รวมทั้งอบรมฟื้นฟูแก่อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้ผู้ที่อบรมไปแล้วมีความรู้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการอบรมผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา แพทย์ประจำตำบล เพื่อให้เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน อีกด้วย

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้มีการพัฒนาโครงสร้างการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานใหม่ โดยเฉพาะในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นได้มีการกำหนดแนวทางพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น อบรมยกฐานะผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั่วประเทศจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อให้เป็นสถานที่ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนเป็น ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขหมู่บ้าน

หลักเกณฑ์และคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำหรับผู้ที่จะมาเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นควรมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นบุคคลที่เพื่อนบ้านในละแวกคุ้มให้การยอมรับและนับถือ
2. สมัยครใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ

3. มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน อยู่ประจำหมู่บ้านในช่วง 1-2 ปี
4. เป็นผู้ที่อ่านออกเขียนได้
5. เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาชุมชน
6. ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล หรือพระภิกษุ

ขั้นตอนและวิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การคัดเลือกผู้ที่จะมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น กำหนดให้ชุมชนมีส่วนร่วมคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติที่จะอาสาเข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีขั้นตอนและวิธีการคัดเลือก ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลจัดประชุมผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเดิม และประชาชนทั้งหมดในหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงถึงรายละเอียด บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. มอบหมายให้ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันเป็นผู้สรรหา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ารับการอบรม โดยคัดเลือกจากแต่ละคุ้ม ในอัตรา 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือนในกรณีคุ้มนั้น ๆ มีผู้สมัครใจเกินกว่า 1 คนให้ประชุมหัวหน้าครอบครัวหรือตัวแทน แล้วลงมติด้วยเสียงข้างมากตัดสิน

หลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการคัดเลือกจะได้เข้ารับการอบรม ตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาท เนื้อหาหลักสูตรแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. กลุ่มความรู้พื้นฐานบังคับ ประกอบด้วยวิชาพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข อันได้แก่ บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข สิทธิของอาสาสมัครสาธารณสุข การทำงานเป็นกลุ่ม การค้นหาปัญหา และการแก้ไขสาธารณสุข สุขวิทยาส่วนบุคคล การตรวจวินิจฉัยโรค การปฐมพยาบาล ตลอดจนการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การใช้ยา การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสาธารณสุข การฝึกปฏิบัติใช้เครื่องมือที่จำเป็นในการให้บริการใน ศสมช. เป็นต้น ในขณะนี้จะมีระยะเวลาการอบรม 3 วัน

2. กลุ่มความรู้เฉพาะ ประกอบด้วยความรู้ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของแต่ละพื้นที่ หรือท้องถิ่นของตนเอง มีการปรับปรุงเนื้อหาและหลักสูตรตามความเหมาะสม และให้มีการอบรมอย่างต่อเนื่องทุกเดือนตามหลักสูตรบังคับ กำหนดอบรมเดือนละ 1 วัน

ดังนั้นหลักสูตรการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงรวมเป็นทั้งหมด 12 วัน หลังจากนั้นก็จะได้รับการบันทึกลงทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับใบ

ประกาศนียบัตรและมีบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้แล้วก็จะมีการอบรม พี่นพและอบรมเฉพาะกิจในงานใหม่ ๆ ที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขอยู่เรื่อย ๆ

วาระการดำรงตำแหน่ง อาสาสมัครสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนไว้แล้ว จะมีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระก็จะมีการพิจารณาต่อบัตร โดยพิจารณาจากผลงานและการเข้าร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน มีประชาชนและองค์กรในหมู่บ้านเป็นผู้พิจารณา สำหรับกรณีที่พักพิงสภาพ เนื่องจาก การเสียชีวิต ลาออก ย้ายที่อยู่ หรือประชาชนลงมติให้พ้นสภาพ ก็จะมีการคัดเลือกและสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่ เพื่ออบรมเข้ามาทดแทนคนเดิม สวัสดิการและขวัญกำลังใจ เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้เสียสละอย่างมากจึงได้จัดสวัสดิการบางส่วนให้เพื่อเป็นการจูงใจ สร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน เช่น ให้ได้รับสิทธิรักษาพยาบาลฟรี ทั้งครอบครัว ให้มีค่าตอบแทนในระหว่างการอบรมต่อเนื่อง จัดให้มีการศึกษาดูงานนอกสถานที่ มอบเข็มเชิดชูเกียรติแก่ผู้ปฏิบัติงานมานานครบ 10 ปี ตลอดจนประกาศเกียรติคุณกรณีที่ทำงานดีเด่น ส่งเสริมให้มีเครื่องแบบ จัดตั้งชมรมและมีกองทุนฌาปนกิจเพื่อช่วยสงเคราะห์แก่ครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เสียชีวิต เป็นต้น

ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ซึ่งเป็นแผนที่ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนามากขึ้น รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาชุมชนแบบบูรณาการ กระทรวงสาธารณสุข ก็ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ ด้วยการขยายบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาด้านอื่น ๆ ของชุมชนมากขึ้น โดยนอกจากจะทำหน้าที่ด้านสาธารณสุขแล้ว ยังร่วมมือประสานงานกับผู้นำอื่น ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน มีความเข้มแข็ง สามารถพัฒนาตนเองให้มีความเจริญก้าวหน้าได้อย่างยั่งยืน

สำหรับช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ซึ่งเป็นแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 เช่นกัน เมื่อมีการบัญญัติการกระจายอำนาจจากการบริหารราชการส่วนกลางไปสู่การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น รวมทั้งมีการปรับวิถีคิดและเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานในการสร้างสุขภาพเชิงรุกมากขึ้น โดยได้กำหนดวิสัยทัศน์ว่าคนในสังคม ไทยทุกคน จะมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค รวมทั้ง อยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีความเพียงพอทางสุขภาพ มีศักยภาพ มีการเรียนรู้และมีส่วนร่วม ในการจัดการสุขภาพ โดยสามารถใช้ประโยชน์ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทยได้อย่างรู้เท่าทัน อยู่ที่การเน้นพึ่งตนเองในชุมชน พลิกฟื้นภูมิปัญญาและพัฒนาศักยภาพคน ตลอดจนการปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณที่สนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จากเจ้าหน้าที่รัฐเป็นผู้ตัดสินใจใช้เงินในการพัฒนาสุขภาพมาเป็นเงินอุดหนุนการพัฒนาสาธารณสุขของชุมชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนมีอำนาจการตัดสินใจ โดยใช้เงิน เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการงานพัฒนา

สุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่มิติใหม่ในการดูแลสุขภาพของคนไทยที่เรียกว่า “ระบบสุขภาพภาคประชาชน” ในอนาคต

4.2 ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นมิใช่ให้ความหมายไว้ต่างๆ กัน ดังนี้
 สาทิมน์ ศิริสมบุญเวช (2542: 11) ได้กล่าวไว้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้ถูกคัดเลือกโดยประชาชน เพื่อเข้ามาดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนทุกคน ในทุกครอบครัว ภายในคุ้มหรือละแวกบ้านต่อ 8-15 หลังคาเรือน โดยมีหน้าที่รับผิดชอบเป็นอสม. และปฏิบัติงานใน ศสมช.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (2545: 1) ได้กล่าวไว้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัย การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ

จूरรัตน์ ลิ้มปวิทยากุล (2545: 5) กล่าวว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นตัวแทนในการให้บริการสุขภาพอนามัย โดยผ่านการอบรมความรู้ด้านสาธารณสุข ขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

อมรศรี ยอดคำ (2546: 14) กล่าวว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลในหมู่บ้านที่ได้รับเลือกจากครอบครัว 8-10 หลังคาเรือน ให้เป็นตัวแทนเข้ารับการอบรมด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพให้กับบุคคลในครัวเรือนที่ตนเองรับผิดชอบ

จากที่กล่าวแล้วข้างต้นสรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลในชุมชนที่ถูกคัดเลือกให้เป็นตัวแทนของคนในละแวกบ้าน ให้เข้ารับการอบรมเรื่อง การดูแลสุขภาพอนามัย ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในชุมชนของตน เพื่อให้ประชาชนในความรับผิดชอบทุกคนสามารถพึ่งตนเองได้

4.3 ประเภทและจำนวน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญ ในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การ

เฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชนโดยเฉลี่ย ดังนี้

พื้นที่ชนบท:	อสม. 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคาเรือน
พื้นที่เขตเมือง:	เขตชุมชนแออัด อสม. 1 คน ต่อ 20 - 30 หลังคาเรือน
	เขตชุมชนชานเมือง อสม. 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคาเรือน

ดังนั้น ในหมู่บ้าน/ชุมชนหนึ่ง ๆ อาจมีจำนวน อสม. ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น ๆ

4.4 คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้กำหนดไว้ ดังนี้

- 4.4.1 เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวกหรือคุ้มยอมรับและเชื่อถือ
- 4.4.2 สมัยใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
- 4.4.3 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 4.4.4 อ่านออกเขียนได้
- 4.4.5 เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน
- 4.4.6 ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ

การกำหนดคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขนั้น ในบางท้องที่อาจจะกำหนดเพิ่มเติมตามความเหมาะสม เช่น การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขของจังหวัดอำนาจเจริญ ในปี 2541 ได้กำหนดเพิ่มเติมว่าจะเป็นผู้ชายหรือหญิงที่ต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นต้น

4.5 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2542: 8-10)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน เป็นตัวกลางการเปลี่ยนแปลง (change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี

หน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีดังนี้

4.5.1 เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน nderหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือ โรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวการเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างเร่งด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องระบาดหรือ โรคติดต่อต่างรับข่าวสารแล้ว จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน

4.5.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพ **ประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ** ได้แก่ การใช้บริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษานามัยของ ร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและการ สุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็ก และการ วางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพปากและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคที่ไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

4.5.3 เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วย และการ ดูแลติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขได้ ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระจกหัก ข้อเคลื่น ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4.5.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) โดยมี กิจกรรมที่ควรดำเนินการได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้ และกิจกรรมตาม ปัญหาของชุมชน ให้บริการที่จำเป็น ใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

4.5.5 เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหา โภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้า ระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด และให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และตรวจสุขภาพ ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตาม กำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

4.5.6 เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการวางแผน แก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดย ใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

4.5.7 เป็นแกนนำ ในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

4.5.8 คุณเลขาธิการด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

4.6 วาระและการฟื้นฟูสภาพการเป็น อสม.

สถานการณ์ของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตรและสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

4.6.1 วาระ กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเอง เพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นกันเองกับ อสม. ที่มีอยู่ รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

4.6.2 การฟื้นฟูสภาพ

- 1) ฟื้นฟูสภาพตามวาระ
- 2) ตาย
- 3) ลาออก
- 4) ย้ายที่อยู่
- 5) ประชาชนลงมติ โดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้าน

หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหายอันจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุไรวรรณ จาริก (2551: บทคัดย่อ) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชนโคราชเมโมเรียล จังหวัดนครราชสีมา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชนโคราชเมโมเรียล จังหวัดนครราชสีมา วิจัยดำเนินการวิจัยมี

4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ชั้นวางแผน โดยการศึกษาบริบท วิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดรูปแบบ 2) ชั้นทดลองปฏิบัติและสังเกต โดยการนำรูปแบบใหม่ไปทดลองใช้และสังเกตติดตามผล 3) ชั้นสะท้อนการปฏิบัติ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองปฏิบัติมาปรับวิธีการดูแลและปรับรูปแบบ และ 4) ชั้นปรับปรุงแผนและประเมินผล โดยการสรุปประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้ทั้งขณะดำเนินการและหลังดำเนินการพัฒนา สรุปรูปแบบและองค์ความรู้ ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2549 ถึงเดือนพฤษภาคม 2551 ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชนโคราชเมโมเรียล แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1.1 ขั้นเตรียมความพร้อม ได้แก่ ทีมเยี่ยมบ้านประเมินการวางแผนจำหน่าย ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ลงทะเบียนผู้ป่วยและร่วมกันวางแผนการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ

1.2 ขั้นเยี่ยมบ้าน (ภายใน 4 สัปดาห์ หลังจำหน่าย) ได้แก่ เจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินภาวะสุขภาพผู้พิการที่บ้าน ประเมินความสามารถของผู้ดูแล ประเมินความสามารถของผู้ดูแล ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการ เจ้าหน้าที่สอนและให้คำปรึกษา แนะนำ ให้กำลังใจ ผู้พิการและผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง

1.3 ขั้นติดตามประเมินผล (4-16 สัปดาห์หลังจำหน่าย) ได้แก่ การติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง โดยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้พิการและความสามารถของผู้ดูแลซ้ำ ประเมินสภาพปัญหา สอนและให้คำแนะนำปรึกษา ให้กำลังใจและสนับสนุนปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลสุขภาพที่บ้าน

1.4 ขั้นดูแลตนเอง (หลัง 16 สัปดาห์) ได้แก่ การประชุมแลกเปลี่ยนและวางแผนส่งต่อข้อมูลแก่ครอบครัวและชุมชน มีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ทางโทรศัพท์เพื่อปรึกษาปัญหาทีมสุขภาพ สรุปบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและจัดเก็บในฐานข้อมูลของศูนย์สุขภาพชุมชน

2. ผลการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปใช้ พบว่า

2.1 คะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้พิการหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 คะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติการดูแลผู้พิการ หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นทุกคน

ชนิตา สุ่มมาตย์ (2551: บทคัดย่อ) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอีสาน เป็นการวิจัยพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กระบวนการ วิจัยเชิงคุณภาพมีความมุ่งหมายในการวิจัยเพื่อ 1) ศึกษาประวัติความเป็นมาของการจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาคอีสาน 2) ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาในการจัดการการ

ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรภาครัฐและชุมชนในภาคอีสาน 3) เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอีสานพื้นที่ทำการวิจัยคือจังหวัดในภาคอีสาน 7 จังหวัด คือจังหวัดร้อยเอ็ด มหาสารคาม นครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ สกลนคร และขอนแก่น ด้วยวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงประกอบด้วยกลุ่มผู้รู้หรือผู้ให้ข้อมูลหลักกลุ่มผู้ปฏิบัติและกลุ่มทั่วไป รวมทั้งสิ้นจำนวน 133 คนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้างการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มและการประชุมเชิงปฏิบัติการนำข้อมูลที่ได้มาจำแนกออกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นที่ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลตามความมุ่งหมายของการวิจัยที่ตั้งไว้โดยวิธีพรรณนาวิเคราะห์ผลการวิจัย พบว่า

ความเป็นมาของการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอีสานเนื่องจากในอดีตสังคมไทยภาคอีสานเป็นสังคมที่มีวัฒนธรรมการดูแลซึ่งกันแบบเครือญาติเป็นครอบครัวใหญ่ ขยายมีปู่ย่าตายายรู้จักกันเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กันเป็นอย่างดีเมื่อเจ็บป่วยไปมาหาสู่กันถามทุกข์สุขกัน ผู้สูงอายุมีหลายบทบาทหน้าที่และได้รับการยอมรับจากสังคมมีชีวิตความเป็นอยู่แบบเรียบง่าย เศรษฐกิจพอเพียงทำให้สังคมสงบสุขลูกหลานเชื่อฟังพ่อแม่ปู่ย่าตายาย ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากลูกหลานและเป็นที่ยอมรับของสังคมให้การเคารพยกย่อง สภาพปัจจุบันและปัญหาการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาครัฐและองค์กรชุมชนในภาคอีสานปัจจุบันสังคมเปลี่ยนไปมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยสังคมการเมืองเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมีความเจริญทางคมนาคมทางการศึกษา คนในชุมชนนิยมส่งลูกหลานไปเรียนต่างประเทศจากสาเหตุดังกล่าวจึงส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ ชุมชนรับเอาวัฒนธรรมต่างถิ่นเข้ามามากซึ่งความเป็นอยู่ในชุมชนจึงเปลี่ยนไป การใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คนในชุมชนออกไปทำงานหรือย้ายถิ่นฐานไปอยู่ที่อื่นทิ้งให้พ่อแม่อยู่เฝ้าบ้านบางครั้งรวมทั้งลูกเล็กๆให้พ่อแม่ดูแล สภาพสังคมเปลี่ยนไปต่างคนต่างอยู่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวเฝ้าบ้านหรือเลี้ยงหลานการไปมาหาสู่กันลดลงทำให้ผู้สูงอายุในปัจจุบันรู้สึกท้อแท้เหงา เพราะความคาดหวังของผู้สูงอายุต้องการที่จะได้รับการดูแลจากลูกหลานเมื่อแก่เฒ่า ภาครัฐและองค์กรชุมชนดูแลให้การช่วยเหลือด้านนโยบายโดยจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพจัดสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อรับดูแลผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งจัดศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน สนับสนุนการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ แต่การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอีสานยังไม่สามารถดูแลได้ครอบคลุมทั่วถึงและรูปแบบการดูแลยังไม่ชัดเจน

สภาพปัจจุบันการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นปัญหาอยู่มากพบว่าผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง การพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอีสานดำเนินการโดยการพัฒนา ศักยภาพของคนในชุมชนโดยเฉพาะผู้นำชุมชนต้องเป็นผู้นำที่มีความเข้มแข็งมุ่งมั่นจริงจังยุติธรรมมีความรู้ความสามารถในการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งการร่วมมือของคนในชุมชนการพัฒนาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชนการตั้งศูนย์สุขใจเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

รวมทั้งการบูรณาการประสานเชื่อมโยงความร่วมมือกับภาครัฐ-ครอบครัวและผู้สูงอายุเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

โดยสรุปการพัฒนา รูปแบบการจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์การชุมชนในภาคอีสานมีลำดับการดูแลจากครอบครัวเป็นอย่างดีโดยยึดวัฒนธรรมเกื้อกูลผู้สูงอายุเคารพเชื่อฟังและศรัทธาให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้สูงอายุมีความอบอุ่นใจมีความสุขปัจจุบันสังคมเปลี่ยนวัฒนธรรมเปลี่ยนผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่โดยเดียวเป็นส่วนมากเนื่องจากลูกหลานต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงชีพขณะเดียวกันวัฒนธรรมจากต่างถิ่นเข้ามาทำให้ความเชื่อศรัทธาต่อผู้สูงอายุลดลง การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์การชุมชนสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาคอีสานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

อันวาร์ เบ็ญอิสมาแอ (2554: บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : กรณีศึกษา โรงพยาบาลทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของโรงพยาบาลทุ่งยางแดง จำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปกติที่เคยปฏิบัติของโรงพยาบาล เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแบบจำลอง PRECEDE Framework เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน และสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กัน ผลการวิจัย พบว่า

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทางสถิติ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ทั้งนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต้องใช้ระยะเวลาานพอสมควร ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไปอีกระยะหนึ่งและทำการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

จีราภรณ์ พรหมอินทร์ (2551: บทคัดย่อ) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและความพึงพอใจในการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและความพึงพอใจในการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่าง เดือนตุลาคม 2550 ถึง เดือนมีนาคม 2551 เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะคล้ายคลึงกันในระดับความรุนแรงของโรค คะแนนอาการหายใจลำบาก ชนิดของยาขยายหลอดลม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่พัฒนาขึ้นโดย สินีนาฏ ป้อมเย็น (2547) ประกอบด้วยแผนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและคู่มือการจัดการกับอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและแบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล 3) แบบบันทึกจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล 4) แบบสอบถามความพึงพอใจในการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติทดสอบแมนวิทเนียนัยและสถิติทดสอบค่าทีชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ผลการศึกษา พบว่า

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการดูแลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากสามารถลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและเพิ่มความพึงพอใจในการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะควรนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

รัตนา พรหมบุตร (2550: บทคัดย่อ) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษา ณ คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 40 คน เลือกเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค และประเภทของยาที่รักษา กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองที่สร้างจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Bourbeeu และคณะ (2003) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด โดยการวัดอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที่ ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีอาการกำเริบเฉียบพลันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก (สมรรถภาพปอด) เพิ่มขึ้น ($\bar{X}=373.50$, $SD=39.11$)

2. อาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก (สมรรถภาพปอด) เพิ่มขึ้น ($\bar{X}_{\text{กลุ่มทดลอง}}=373.50$, $SD=39.11$ $\bar{X}_{\text{กลุ่มควบคุม}}=231.00$, $SD=33.86$)

มณฑกานต์ เวชชาภินันท์ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกโรคปอดแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ.2554 จำนวน 250 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค ความทนต่อการออกกำลังกาย (6MWT) อาการหายใจลำบาก (VAS-D) และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (SGRQ) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's correlation ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มตัวอย่าง เฉลี่ย 66.73 ปี ($SD = 9.05$) ระดับความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง (46.4%) ถึงรุนแรง (21.2%) มีอาการหายใจลำบากมากหลังการเดิน 6 นาที เฉลี่ย 73.28 คะแนน ($SD = 12.33$) คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อยมาก ($M=57.71$, $SD=15.84$) ด้านการทำกิจกรรมเป็นปัญหามากที่สุด ($M=63.59$, $SD=20.89$) ด้านการแสดงอาการของโรค ($M=57.20$, $SD=12.89$) และ

ด้านผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วย ($M=54.52$, $SD=17.59$) ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาเจ็บป่วย ในระดับต่ำ ($r=.336$ และ $.175$) และปัจจัยภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค อาการหายใจลำบาก และความทนต่อการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ($r=.538$, $.506$ และ $-.532$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ยังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความทนต่อการออกกำลังกาย ระดับความรุนแรงและอาการหายใจลำบาก ($r = -.636$, $.474$ และ $.452$) และระยะเวลาเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรง อาการหายใจลำบาก และความทนต่อการออกกำลังกาย ($r=.325$, $.281$ และ $-.248$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามลำดับ

กัตัญญ โม่มาลี (2555: บทคัดย่อ) ศึกษาโปรแกรมการสอนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในคลินิกเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสีชมพู มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างโปรแกรมการสอนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในคลินิกเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสีชมพู กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสีชมพู จำนวน 15 ราย ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม - เดือนพฤศจิกายน 2554 กรอบมโนคติที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบประเมินทักษะในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการสอน โดยได้นำแบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไปหาค่าความเที่ยง ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.97 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการสอน ประกอบด้วย แผนการสอน คู่มือการปฏิบัติตัวและการฝึกออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สื่อวิดิทัศน์ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติทดสอบ t-test

การดำเนินการศึกษาเพื่อสร้างโปรแกรมการสอนมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมการ ศึกษาปัญหาความต้องการการสอนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทบทวนวรรณกรรม นำเสนอปัญหาต่อทีมที่เกี่ยวข้อง เพื่อระดมสมองร่างรูปแบบการสอน

ขั้นที่ 2 การดำเนินการ นำโปรแกรมการสอนที่สร้างขึ้น เข้าร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เพื่อให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 15 ราย

ขั้นที่ 3 การประเมินผล ซึ่งประเมินจากประสิทธิภาพปอด ประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และประเมินทักษะในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการสอน

ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพปอด หลังได้รับโปรแกรมการสอน มีค่ามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอน แต่พบว่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการสอน มีค่ามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1

3. ผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการสอน มีทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอน

4. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการสอน พบว่า อยู่ในระดับมาก จากการศึกษาในครั้งนี้ ได้โปรแกรมการสอนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สร้างขึ้นอย่างมีระบบที่ชัดเจนและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นิตยา ถนอมศักดิ์ศรี (2555: บทคัดย่อ) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลแบบชุมชนมีส่วนร่วมในพระภิกษุโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง: กรณีศึกษา วัดมะเกลือ จังหวัดนครปฐม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพและบำบัดความเจ็บป่วยของพระภิกษุที่ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง 2) สถานการณ์และสภาพปัญหาการจัดการบริการเชิงรับและเชิงรุกของบุคลากรสุขภาพ 3) ระบบสุขภาพชุมชนและระบบทุนทางสังคม ที่สามารถนำมาใช้ในระบบการจัดการการดูแลพระภิกษุป่วยด้วยโรคนี้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic care model : Wagner, et al., 2001) เป็นกรอบการศึกษา ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทำการศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม 2554 - พฤษภาคม 2555 เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยเครื่องมือที่ประกอบด้วยแบบคัดกรองภาวะสุขภาพ เครื่องวัดสมรรถภาพปอด ชุดคำถามปลายเปิดในการสนทนากลุ่มและแบบบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพ วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ระยะที่ 1) การทำประชาคมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ระยะที่ 2) การเสนอรูปแบบการแก้ปัญหาต่อประชาคม ระยะที่ 3) การทดลองรูปแบบโดยการจัดโครงการวัดต้นแบบ “ปลอดบุหรี่” ณ วัดมะเกลือ อำเภอพุทธมณฑล และระยะที่ 4) การทำประชาคมเพื่อร่วมกันประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

ผลการวิจัย พบว่า 1) พระภิกษุในวัดนี้สูบบุหรี่ร้อยละ 72.26 ผลการตรวจสมรรถภาพปอดพบ ค่า Peak Flow < 80 % ร้อยละ 94.45 ผลการตรวจเอกซเรย์ปอดพบพระภิกษุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 11.11 2) จากการทำประชาคม สรุปว่า พระภิกษุป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหาการสูบบุหรี่และสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้ อีกทั้งพระภิกษุที่ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ชุมชนต้องการสร้างระบบการดูแลสุขภาพเพื่อลดปัญหาดังกล่าว 3) ตัวแทนชุมชนร่วมกันกำหนดรูปแบบการจัดการการดูแลโดยเริ่มจากการจัดโครงการคัดกรองสมรรถภาพปอด การถ่ายทอดจากผู้รู้และมีประสบการณ์ตรง การนำส่งพระภิกษุป่วยให้ได้รับการรักษาจากแพทย์ การติดตามเยี่ยมที่วัดเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และ 4) การทำประชาคมเพื่อประเมินผล สรุปว่า รูปแบบที่ควรพัฒนาต่อไป ประกอบด้วย การพัฒนาองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย การเชื่อมต่อกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการสร้างแผนที่ผู้ป่วยไว้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและที่หน่วยกู้ชีพอำเภอ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลต่อเนื่องและช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน

เรวดี เพชรศิราสน์ (2011: บทคัดย่อ) ผลของโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุกแบบพหุองค์ประกอบโดยประยุกต์ใช้โมเดลการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อการควบคุมความดันโลหิตและความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุกในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อการควบคุมความดันโลหิตและความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพ โปรแกรมการพยาบาลแบบเชิงรุกแบบพหุองค์ประกอบเป็นเวลา 3 เดือน การพัฒนาโปรแกรมภายใต้กรอบแนวคิดของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Wagner (1998) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 100 ราย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 2 แห่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับการพยาบาลเชิงรุกแบบพหุองค์ประกอบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการการพยาบาล มีการตรวจสอบความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคมีค่าเท่ากับ .87 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Repeated measure ANOVA and Chi-square test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุก ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกภายหลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน ต่ำกว่า และมีความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สัดส่วนของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์สูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ ($p = .005$) กลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับ

การดูแลตามปกติ ($p < .001$) ดังนั้นควรโปรแกรมการพยาบาลเชิงรุกแบบพหุองค์ประกอบไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเพื่อเพิ่มการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพหรือโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยแล้วทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมดีขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่ทั้งนี้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลอีกด้วย เช่น อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย แต่ทั้งนี้รูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน รวมถึงการคำนึงถึงบริบทและวิถีชุมชน



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ต่ออัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน (Acute Exacerbation) และอัตราการเข้ารักษาซ้ำก่อน 28 วัน (Re-admission) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 559 คน

1.1.2 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 256 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1.2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบกำหนดโควต้าหมู่บ้านละ 1 คน อำเภอสุโขทัย มีทั้งหมด 50 หมู่บ้าน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 2) อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ
- 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการดูแลติดตามผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลัง

จำหน่าย

1.2.2 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในและจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 41 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย

ในเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 24 คน และกลุ่มทดลอง ซึ่ง
 จำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัยในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 17 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี ดังนี้

1. คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นเอกสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และญาติในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการใช้ในการติดตามเยี่ยมบ้าน

2. แบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่าย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแบบเลือกตอบถูก-ผิด จำนวน 20 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

และมีเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสามระดับ ตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975 อ้างถึงใน เจษฎา สุรารธรรม, 2550: 71) ดังนี้

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับมาก

คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับน้อย

3. สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุโขทัย สำหรับบันทึกการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแก่ผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ แบบประเมินทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย

อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน และ พยาบาลเฉพาะทางอายุรศาสตร์ 2 ท่าน (รายละเอียดแสดงในภาคผนวก) ผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข

2. หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำคู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 3 คน แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งหนึ่ง รวมถึงได้นำข้อเสนอแนะจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในส่วนของ การเพิ่มวิธีการจัดการความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยคู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างเดี่ยวมาเพิ่มฐานการเรียนรู้จากการฝึกทักษะ ได้แก่ การใช้ยาพ่น การออกกกำลังกาย และการฝึกการหายใจ และการใช้ออกซิเจนกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งเป็นแบบเลือกตอบถูก-ผิด จำนวน 26 ข้อ ไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าคุณภาพเครื่องมือได้ ดังนี้

- ค่าความยากง่าย ได้เท่ากับ 0.2-1.0
- ค่าอำนาจจำแนก ได้เท่ากับ -0.2-0.6
- ค่า KR20 ได้เท่ากับ 0.56

ผู้วิจัยจึงตัดข้อที่มีค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกไม่เป็นไปตามเกณฑ์ออก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 9, 11, 12, 16, 25 จึงเหลือ 20 ข้อ ได้ค่าคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

- ค่าความยากง่าย ได้เท่ากับ 0.2-0.8
- ค่าอำนาจจำแนก ได้เท่ากับ 0.2-0.6
- ค่า KR20 ได้เท่ากับ 0.66

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมการวิจัยทุกขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาล-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย
2. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกขั้นตอน ผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล จะเกิดขึ้นต่อเมื่อ ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ความยินยอมเท่านั้น
3. การนำเสนอข้อมูลจะไม่มีกระบวนการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล การเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่เกิดผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกราย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ทำหนังสือจาก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย และสาธารณสุขอำเภอสุโขทัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแจ้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูล

3.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย

3.3 ผู้วิจัยพบปะกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย นัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรม และขอความร่วมมือในการวิจัย

3.4 ดำเนินการกิจกรรมการวิจัยตามขั้นตอนที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.4.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลอัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน และอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำก่อน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่ายในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2557 จำนวน 24 คนไว้เป็นข้อมูลของกลุ่มควบคุม

3.4.2 ดำเนินการสร้างเครือข่ายในชุมชนเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยการสร้างความรู้และทักษะให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยใช้คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกับการจัดฐานการฝึกปฏิบัติในเรื่องการออกกำลังกาย การใช้ยาพ่น และการใช้ออกซิเจน หลังจากนั้นร่วมกันหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่ายให้ได้ประสิทธิภาพมากที่สุด เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการสร้างความรู้และทักษะแล้ว ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำแบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่าย แล้วผู้วิจัยทำการรวบรวมแบบทดสอบเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล และในส่วน of สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุโขทัย จะแจกแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อใช้สำหรับบันทึกการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแก่ผู้ป่วย

3.4.3 ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลอัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน และอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำก่อน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่ายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม 2558

จำนวน 17 คน โดยรวบรวมจากสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุโขทัย
ไว้เป็นข้อมูลกลุ่มทดลอง

3.5 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทาง
สถิติ

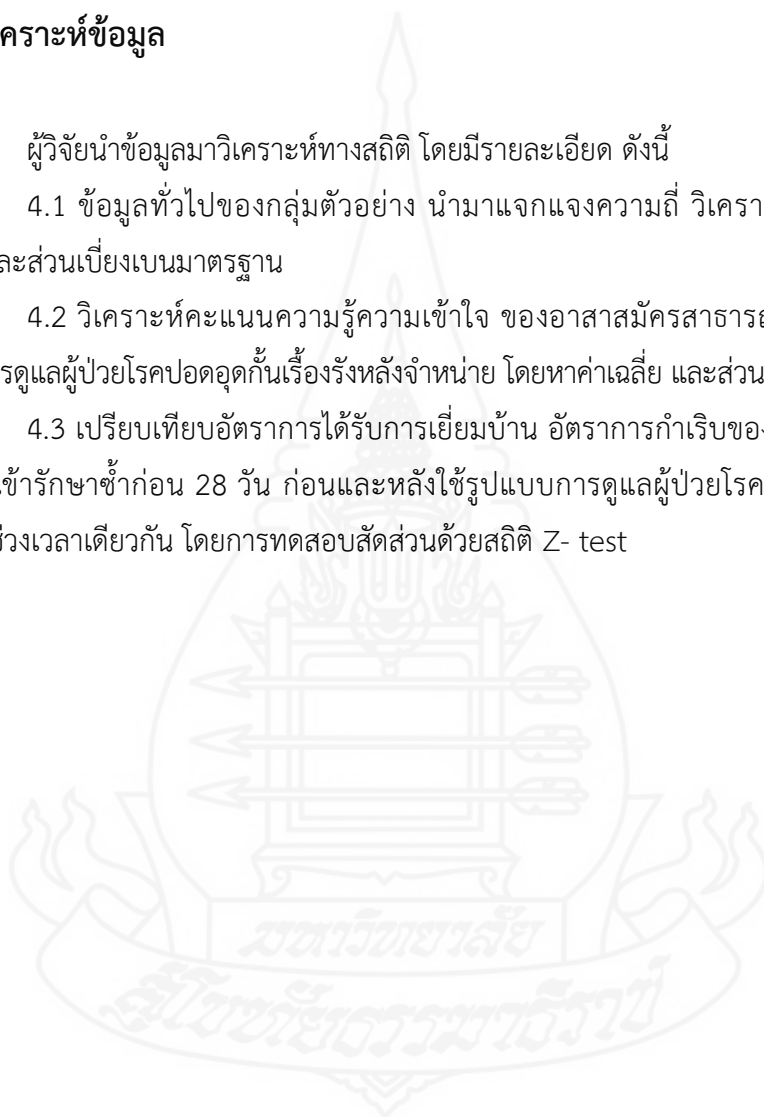
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่ วิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 วิเคราะห์คะแนนความรู้ความเข้าใจ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่าย โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.3 เปรียบเทียบอัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน และ
อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำก่อน 28 วัน ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน
ชุมชน ในช่วงเวลาเดียวกัน โดยการทดสอบสัดส่วนด้วยสถิติ Z- test



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลัง
จำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ อัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน อัตราการกำเริบ
ของโรคเฉียบพลัน (Acute Exacerbation) และอัตราการเข้ารักษาซ้ำก่อน 28 วัน (Re-admit) ของ
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสุโขทัย
จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 50)	ร้อยละ	
อายุ			
22-34 ปี	10	20.00	
35-47 ปี	25	50.00	
48-60 ปี	15	30.00	
รวม	50	100.00	
อายุเฉลี่ย = 41.72	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.19	อายุสูงสุด = 60	อายุน้อยสุด = 22

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 50)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	12.00
หญิง	44	88.00
รวม	50	100.00
ศาสนา		
พุทธ	10	20.00
อิสลาม	40	80.00
รวม	50	100.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	7	14.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	16.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	31	62.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า/ปวส.	4	8.00
รวม	50	100.00
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)		
น้อยกว่า 5 ปี	18	36.00
5-10 ปี	6	12.00
11-15 ปี	14	28.00
16-20 ปี	4	8.00
มากกว่า 20 ปี	8	16.00
รวม	50	100.00
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	9	18.00
รับจ้าง	22	44.00
ค้าขาย	4	8.00
แม่บ้าน/งานบ้าน	15	30.00
รวม	50	100.00

จากตารางที่ 4.1 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีอายุ 35-47 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา มีอายุ 48-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.00 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.00 และเป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 12.00 นับถือศาสนาอิสลามเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็น ร้อยละ 80.00 และนับถือศาสนาพุทธเพียงร้อยละ 20.00 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 62.00 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 16.00 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.00 รองลงมา เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.00 และในส่วนของอาชีพ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 44.00 รองลงมาเป็นอาชีพแม่บ้าน/งานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 30.00

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ร้อยละของข้อคำถามที่ตอบถูก	จำนวน	ร้อยละ	
น้อยกว่าร้อยละ 60	3	6.00	
ร้อยละ 60-80	17	34.00	
มากกว่าร้อยละ 80	30	60.00	
รวม	50	100.00	
Mean = 16.68	SD. = 2.428	Max = 20	Min = 10

จากตารางที่ 4.2 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกินกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 60)สามารถตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 รองลงมา (ร้อยละ 34) สามารถตอบแบบสอบถามได้ถูกต้องระหว่างร้อยละ 60-80 มีเพียงร้อยละ 6 เท่านั้นที่ตอบแบบสอบถามได้ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 60

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
สุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 17)		กลุ่มควบคุม (n = 24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	12	70.59	12	50.00
หญิง	5	29.41	12	50.00
รวม	17	100.00	24	100.00
อายุ				
54-64 ปี	4	23.53	7	29.17
65-74 ปี	7	41.18	7	29.17
75-85 ปี	6	35.29	10	41.67
รวม	17	100.00	24	100.00
	$\bar{X} = 69.94$ SD = 8.38		$\bar{X} = 71.13$ SD = 8.15	
สถานภาพสมรส				
โสด	2	11.76	1	4.17
คู่	12	70.59	15	62.50
หม้าย	3	17.65	8	33.33
รวม	17	100.00	24	100.00
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ	9	52.94	11	45.83
ประถมศึกษา	7	41.18	13	54.17
มัธยมศึกษา	1	5.88	0	0.00
รวม	17	100.00	24	100.00

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 17)		กลุ่มควบคุม (n = 24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	12	70.59	19	79.17
เกษตรกรกรรม	3	17.65	1	4.17
รับจ้าง	2	11.76	4	16.67
รวม	17	100.00	24	100.00
ศาสนา				
พุทธ	4	23.53	4	16.67
อิสลาม	13	76.47	20	83.33
รวม	17	100.00	24	100.00
ประวัติการสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	4	23.53	10	41.67
สูบ	5	29.41	5	20.83
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	8	47.06	9	37.50
รวม	17	100.00	24	100.00
ประวัติการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว				
ไม่มี	4	23.53	8	33.33
มี	13	76.47	16	66.67
รวม	17	100.00	24	100.00
ระยะเวลาการเจ็บป่วย				
น้อยกว่า 1 ปี	5	29.41	1	4.17
1-5 ปี	6	35.29	10	41.67
มากกว่า 5 ปี	6	35.29	13	54.17
รวม	17	100.00	24	100.00

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.59 และเพศหญิง ร้อยละ 29.41 มีอายุระหว่าง 65-74 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.18 รองลงมา

มีอายุ 75-85 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.29 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็น ร้อยละ 70.59 รองลงมา สถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 17.65 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ คิดเป็นร้อยละ 52.94 รองลงมาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41.18 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 70.59 รองลงมามีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 17.65 นับถือศาสนา อิสลาม คิดเป็นร้อยละ 76.47 และศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 23.53 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ มีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว คิดเป็นร้อยละ 47.06 รองลงมา มีประวัติสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 29.41 มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 76.47 และ ไม่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ คิดเป็น ร้อยละ 23.53 และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-5 ปี และมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.29 เท่ากัน รองลงมามีระยะเวลาการเจ็บป่วย น้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.41

ในส่วนของกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเพศชาย ร้อยละ 50.00 และเพศ หญิง ร้อยละ 50.00 ที่มีอายุ 75-84 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.67 รองลงมา มีอายุ 75-84 ปี และ อายุ 65-74 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.17 เท่ากันส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็น ร้อยละ 62.50 รองลงมา สถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.17 รองลงมาไม่ได้รับการศึกษาในระบบ คิดเป็นร้อยละ 45.83 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 79.17 รองลงมามีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 16.67 นับถือศาสนา อิสลาม คิดเป็นร้อยละ 83.33 และศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 16.67 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ มีประวัติไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 41.67 รองลงมา มีประวัติเคยสูบแต่เลิกแล้ว คิดเป็นร้อยละ 37.50 มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ ไม่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ คิดเป็น ร้อยละ 33.33 และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย มากกว่า 5 ปี คิดเป็น ร้อยละ 54.17 รองลงมามีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.67

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ อัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน (Acute Exacerbation) และอัตราการเข้ารักษาซ้ำก่อน 28 วัน (Re-admit) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบร้อยละการได้รับการเยี่ยมบ้าน การกำเริบของโรคเฉียบพลัน และการเข้ารักษาซ้ำก่อน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Z
	n	P	n	P	
อัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน	17	95.24	24	35.03	-11.44***
อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน	17	0.90	24	3.38	1.01
อัตราการเข้ารักษาซ้ำก่อน 28 วัน	17	3.33	24	24.78	4.73***

จากตารางที่ 4.4 พบว่า อัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอัตราการเข้ารักษาซ้ำก่อน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ซึ่งสามารถสรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ได้ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่าย จากโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ต่ออัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน (Acute Exacerbation) และอัตราการเข้ารักษาซ้ำก่อน 28 วัน (Re-admission)

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ที่เข้ารับการรักษาระยะผู้ป่วยในและจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึง เดือนสิงหาคม 2557 และเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม 2558

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดังนี้

- 1) คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 2) แบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่าย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 3) สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุโขทัย สำหรับบันทึกการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแก่ผู้ป่วย

1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลสุโขทัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน และอัตราการเข้ารักษาซ้ำก่อน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่ายในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2557 จำนวน 24 คนไว้เป็นข้อมูลกลุ่มควบคุม และในส่วนของกลุ่มทดลองผู้วิจัยได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้ ประกอบด้วย การสร้างความรู้และทักษะให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับการจัดฐานการฝึกปฏิบัติในเรื่องการออกกำลังกาย การใช้ยาพ่น และการใช้ออกซิเจน เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการสร้างความรู้และทักษะแล้ว ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่าย แล้วรวบรวมแบบทดสอบเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล และในส่วนของสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุโขทัย จะแจกแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อใช้สำหรับบันทึกการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแก่ผู้ป่วย และผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลอัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน และอัตราการเข้ารักษาซ้ำก่อน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่ายในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2558 จำนวน 17 คน

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

เปรียบเทียบอัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน และอัตราการเข้ารักษาซ้ำก่อน 28 วัน ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ในเวลาเดียวกัน โดยการทดสอบสัดส่วนด้วยสถิติ Z- test

1.3 ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกินกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 60) สามารถตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 รองลงมา (ร้อยละ 34) สามารถตอบแบบสอบถามได้ถูกต้องระหว่างร้อยละ 60-80 มีเพียงร้อยละ 6 เท่านั้นที่ตอบแบบสอบถามได้ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 60
2. อัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($Z = 11.44, p = 0.000$)
3. อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = 1.01, p = 0.31$)

4. อัตราการเข้ารับรักษาซ้ำก่อน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($Z = 4.73, p = 0.000$)

2. อภิปรายผล

การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งสามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 อัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย กลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน สูงกว่ากลุ่มที่ใช้การดูแลตามปกติ

ผลการวิจัย เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนมาเป็นเครือข่ายในการดูแลโดยใช้คู่มือที่เราสร้างขึ้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านได้ครอบคลุมมากขึ้น ทั้งนี้เพราะเดิมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดูแลเองทั้งหมด ซึ่งบางครั้งด้วยภาระงานและสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จึงทำให้ความครอบคลุมในการดูแลไม่ทั่วถึงเท่าที่ควร แต่เมื่อมาใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ซึ่งเครือข่ายจะมีครอบคลุมทั้ง 50 หมู่บ้านของอำเภอสุโขทัย จึงทำให้มีความสะดวกและรวดเร็วทันเวลา ทำให้ความครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ บังอร เจริญผล (2542) ศึกษาการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดย อสม. พบว่า อสม. ค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 41.9 ส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 92.9 และการเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำผู้ป่วย ร้อยละ 88.1 ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการได้รับการอบรมความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อการค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน การศึกษาของภูติท เตชาติวัฒน์ และ นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์ (2557) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน พบว่า ระดับความรู้และระดับการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านของ อสม. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอบรม ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สมมติฐานที่ 2 อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน และอัตราการเข้ารับรักษาซ้ำก่อน 28 วัน (Re-admit) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำก่อน 28 วัน (Re-admit) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยใช้คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเครื่องมือสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การกินและพ่นยา การออกกำลังกาย การรับประทานยา รวมถึงการปฏิบัติตนในทุกๆ ด้านได้ดีและถูกต้อง จึงทำให้ลดอาการที่รุนแรงที่จะต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยซ้ำบ่อยๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรี จินตามัย (2552: 66) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองและการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองโดยการเยี่ยมบ้าน มีการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานยา การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการดูแลสุขภาพทั่วไป ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ จีราภรณ์ พรหมอินทร์ (2551: บทคัดย่อ) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและความพึงพอใจในการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลผาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในส่วนของอัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน พบว่า อัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน(กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ(กลุ่มควบคุม) ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้จากการศึกษาของ มณฑกานต์ เวชชาภินันท์ (2553: 48) กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ($r = 0.336$) และระยะเวลาเจ็บป่วย ($r = 0.175$) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะเริ่มต้นหรือระยะเสี่ยงมักจะไม่แสดงอาการ การทำหน้าที่ของปอดยังคงปกติ (GOLD, 2009; Pauwels, 2003) กลุ่มตัวอย่างจะมารับการรักษาเมื่อเริ่มมีอาการรุนแรงมากขึ้น ทั้งๆ ที่การดำเนินของโรคเกิดขึ้นมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ (Halvani, Pourfarokn, & Nasiriani, 2006) สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 76.47) และมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-5 ปี และมากกว่า 5 ปี เท่ากัน คือ ร้อยละ 35.29 ซึ่งจะมีการกำเริบของโรคได้ง่ายตามกระบวนการดำเนินของโรค จึงทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน มีการกำเริบของโรคเฉียบพลันไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และอีกประเด็นก็คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ถึงร้อยละ 76.47 ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรคได้เช่นกัน

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถเพิ่มความครอบคลุมในการติดตามดูแลให้คำแนะนำที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งสามารถนำมาใช้สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ

3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการติดตามผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ในระยะยาว โดยติดตาม อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำก่อน 28 วัน และอัตราการกำเริบเฉียบพลัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 1 ปี

3.2.2 ควรศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยวัดผลลัพธ์เป็น อัตราการตาย ค่าใช้จ่ายในการรักษา จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และ ประเมินความพึงพอใจของทีมผู้ดูแลต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย

3.2.3 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ ถึงการรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณภาพชีวิต และวิธีการจัดการในการปรับตัวให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการเข้ารับการรักษาซ้ำก่อน 28 วัน





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กัตัญญ โหม้มาลี. (2555). *โปรแกรมการสอนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในคลินิกเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสีชมพู* (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิราภรณ์ พรหมอินทร์. (2551). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและความพึงพอใจในการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่* (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชนิตา สุ่มมาตย์. (2551). *การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอีสาน* (ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- ชัยพงศ์ ชูยศ. (2547). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ สถาบันโรคทรวงอก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- เดช กาญจนางกูร. (2547). *การวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจ*. เชียงใหม่: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทรงสุดา ไตรปรภณกุล. (2545). *กระบวนการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาลุขภาพ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- บ้งอร เจริญผล. (2542). *การเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย* (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ปาริชาติ วลัยเสถียร, สหัทธยา วิเศษ, จันทนา เบญจทรัพย์ และชลกาญจน์ ฮาชันนารี. (2543). *กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา*. กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข.
- พงษ์ธร ธัญญสิริ. (2543). *แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการยุติธรรม*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม.

- เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ. (2542). *การสาธารณสุขมูลฐาน*. ราชบุรี: ธรรมรักษ์การพิมพ์.
- มณฑกานต์ เวชชาภินันท์. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.
- มณฑา ทองคำลิ่ง. (2553). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้สมมติต่ออาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- รัตนา พรหมบุตร. (2550). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วรรณิ์ จันสว่าง. (2546). *สุขภาพชุมชน: แนวคิดและกระบวนการดำเนินงาน*. สงขลา: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- วิไลวรรณ เทียมประชา. (2547). *การพัฒนาแบบปฐมภูมิเชิงรุกแก่ผู้ป่วยเบาหวานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านหว้า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สมเกียรติ วงษ์ทิม และชัยเวช นุชประยูร. (2542). *โรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. ใน สมเกียรติ วงษ์ทิม และวิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *ตำราโรคปอด 1 โรคปอดจากสิ่งแวดล้อม* (หน้า 149-172). กรุงเทพฯ: ยูนิตี้ พับลิเคชั่น.
- สมลักษณ์ ไชยเสริฐ. (2549). *การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในคณะกรรมการตรวจสอบติดตามการบริหารงานตำรวจนครบาล*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย. (2548). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2548)*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- สุนทรี่ จินดามัย. (2552). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองและการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิด 2 ไม่พึ่งอินซูลิน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา.
- สุภาภรณ์ นิยมสรวย. (2551). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- อรรรรณ ใจแก้ว. (2551). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อันวาร์ เบ็ญอิสมาแอ. (2554). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษา โรงพยาบาลทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, ยะลา.
- อัมพรพรรณ ชีรานูตร. (2542). *โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. ขอนแก่น: ศิริภักทอพอเซ็ท.
- อุไรวรรณ จาริก. (2551). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองของศูนย์สุขภาพชุมชนโคราชเมโมเรียล จังหวัดนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา.
- American Lung Association. (2003). *Chronic obstructive pulmonary disease: COPD fact sheet*. Retrieved from <http://www.lungusa.org>
- Bellamy, D. & Booker, R. (2000). *Chronic obstructive pulmonary disease in primary care*. London: Class Publishing.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2007). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Retrieved from http://www.goldcopd.com/Gold_guideline/facts.html.
- Jadwiga, A., & Wedzicha. (2002). *Exacerbation: Etiology and pathophysiologic mechanisms*. *Chest*, 121(5), 136s-141s.
- O'Neill, E. (2002). *Illness representations and coping of women with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study*. *Heart Lung*, 31, 295-302.
- O'Donnell, D. E., Aaron, S., Bourbeau, J., Hernandez, P., Marciniuk, D., Balter, M., . . . Weiss, K. (2004). *State of the art compendium: Canadian Thoracic Society recommendations for the management of chronic obstructive pulmonary disease*. *Canadian Respiratory Journal*, 11(Suppl B), 7b-59b.
- Williams, V., Bruton, A., Ellis-Hill, C., & McPherson, K. (2007). *What really matters to patients living with chronic obstructive pulmonary disease? An exploratory study*. *Chronic Respiratory Disease*, 4(2), 77-85.

World Health Organization. (2010). *Towards a common language for functioning, disability and health*. Retrieved from <http://www.who.int/classification/icf>



ภาคผนวก



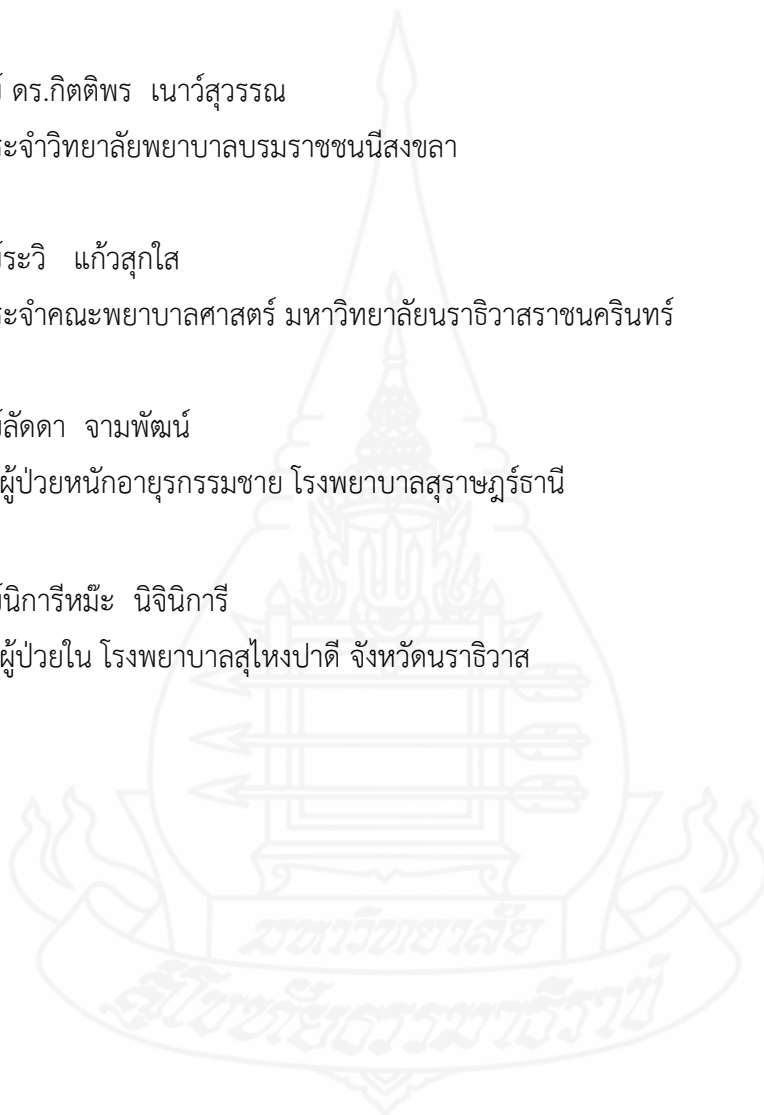
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ



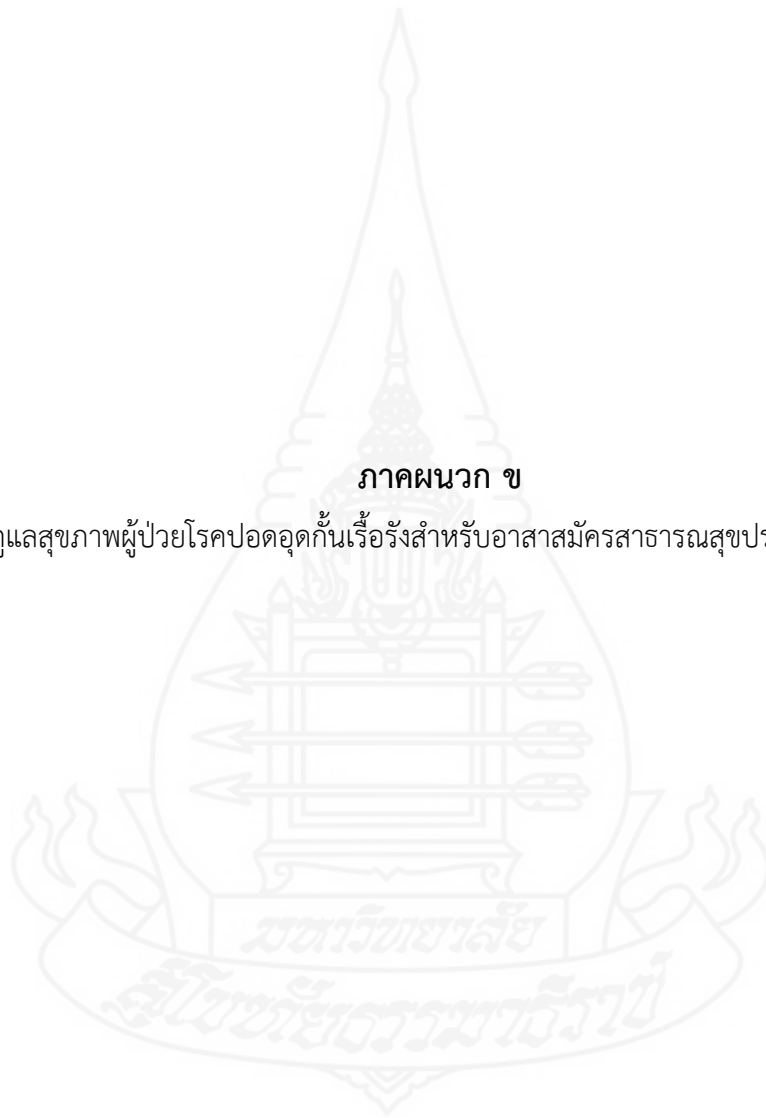
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณภา ไชยประสิทธิ์
อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
2. อาจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา
3. อาจารย์ระวี แก้วสุกใส
อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
4. อาจารย์ลัดดา จามพัฒน์
หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
5. อาจารย์นิการิหะ นิจินิการี
หัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุไหงปาตี จังหวัดนราธิวาส



ภาคผนวก ข

คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)



คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสำหรับ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)



โรงพยาบาลสุโขทัย
อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

การเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านหรือการดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การให้บริการดูแลสุขภาพบุคคลและครอบครัวที่บ้าน โดยทีมสุขภาพหรือบุคลากรสาธารณสุข



วัตถุประสงค์ของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

1. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว สิ่งแวดล้อม และวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ รวมถึงปัจจัยเกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน
2. เพื่อให้คำแนะนำ ฝึกทักษะ และปรับพฤติกรรมในระยะฟื้นฟูสภาพ ให้เหมาะสมตามความสามารถดูแลตนเองที่บ้าน ได้ถูกต้อง
3. เพื่อให้บริการพยาบาลในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถทำได้
4. เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อนของภาวะการเจ็บป่วย และพิการ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี
5. เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลตนเอง และสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ชนิดของการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านจะมีด้วยกันหลายกรณี เช่น

1. การเยี่ยมบ้านกรณีเจ็บป่วย

การเจ็บป่วยสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทได้แก่

- 1.1 **กรณีฉุกเฉิน** การเยี่ยมบ้านเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วยในครอบครัว เช่น หอบคสติ, หอบมาก เป็นต้น ก่อนที่จะส่งต่อไปโรงพยาบาลเมื่อจำเป็น



1.2 โรคฉับพลัน เช่น โรคหัวใจ, ท้องร่วง เป็นต้น การเยี่ยมบ้านจะ
ช่วยประเมินและในการช่วยเหลือเบื้องต้น

1.3 โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต โรคปอด
อุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น การเยี่ยมบ้านทำเพื่อประเมินและวางแผนในการช่วยเหลือให้กับ
ผู้ป่วย,ญาติ หรือหน่วยงานใดในการช่วยเหลือผู้ป่วย

2. การเยี่ยมบ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล

ประเภทของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลจากการนอน
โรงพยาบาลหรือมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่

2.1 นอนโรงพยาบาลโดยโรค, อุบัติเหตุ หรือการผ่าตัด

2.2 ครอบครัวและบุตรที่เกิดใหม่

2.3 ไม่มาตามนัด ผู้ป่วยที่ขาดนัดหรือไม่มาตามนัด

บุคลากรในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลจากการนอน
โรงพยาบาลหรือมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่

- บุคลากรสาธารณสุขภายในโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล
เภสัชกร นักกายภาพบำบัด

- บุคลากรสาธารณสุขภายนอกโรงพยาบาล ได้แก่ อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

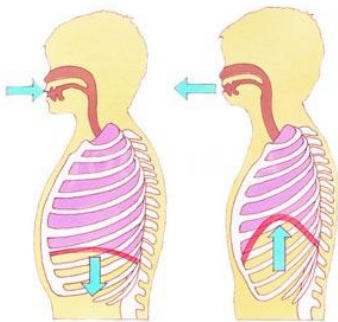
ระยะเวลาและความถี่ในการเยี่ยมผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นหนึ่งในโรคเรื้อรัง ที่จะต้องมีการติดตามเยี่ยมบ้าน
หลังจากออกจากโรงพยาบาลจากการนอนโรงพยาบาล โดยบุคลากรทางสาธารณสุข
ภายในโรงพยาบาลหรือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้
ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอาการกำเริบของ
โรค โดยกำหนดระยะเวลาความถี่ และกิจกรรมในการเยี่ยม ดังนี้



เยี่ยม ครั้งที่	ระยะเวลา การให้บริการ	กิจกรรมที่ให้
1	ภายใน 1-2 สัปดาห์ หลังจำหน่ายจาก โรงพยาบาล	<p>1. ประเมินสภาพผู้ป่วย ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ✗ การช่วยเหลือตนเองได้มากน้อยเพียงใด มีอุปกรณ์ช่วยเหลือหรือไม่ ญาติต้องช่วยอะไรบ้าง ✗ สภาพบ้านเอื้อต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหรือไม่ เช่น ความโปร่ง สิ่งกระตุ้นรอบบ้านหรือในบ้านมีหรือไม่ ความสะอาด ✗ การใช้ยาถูกต้องหรือไม่ ผลข้างเคียงของยา ปริมาณเพียงพอถึงวันนัดหรือไม่ ✗ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ✗ ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย <p>2. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ เรื่องอาหารกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล (ปรุงอาหาร) ✗ เรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์และการใช้ยาพ่นที่ถูกต้อง ✗ เรื่องการออกกำลังกายกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ✗ เรื่องการใช้และดูแลออกซิเจน
2	1 เดือน หลังจาก การเยี่ยมครั้งที่ 1	<p>ประเมินผลการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านของผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ ความถูกต้องในการดูแลสุขภาพ ✗ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกำเริบของโรค

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ทำให้การไหลเวียนของอากาศไม่สะดวก การเกิดโรคจะเป็นไปอย่างช้าๆ เมื่อเป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถป้องกันและควบคุมไม่ให้อาการของโรคกำเริบรุนแรงได้



อาการและอาการแสดงของโรคเป็นอย่างไร

อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สามารถจะพบได้บ่อยจะมี ดังนี้

1. ไอมีเสมหะเรื้อรัง ไอเป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย 3 เดือน
2. ไอมากในตอนเช้าหรือเมื่อมีอากาศเย็น
3. หายใจมีเสียง เมื่อใช้หูฟังไปฟังจะได้ยินเสียงดัง "หวีด"
4. มีอาการเหนื่อยง่าย โดยเฉพาะเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ เช่น กวาดบ้าน เดินขึ้น

บันได

5. ถ้าโรคมีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยอาจเสียชีวิต จากภาวะการหายใจล้มเหลว และภาวะหัวใจวายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากอะไร

สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง



1. การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดในการส่งเสริมให้เกิดโรค เนื่องจากในควันบุหรี่ประกอบด้วยสารเคมี ซึ่งทำให้เกิดการระคายเคืองต่อหลอดลม



2. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ขบวนการอักเสบจากการติดเชื้อสามารถทำลายโครงสร้างภายในปอดได้ ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ

3. มลพิษทางอากาศและการแพ้สารระคายเคืองต่างๆ เช่น ควันรถและควันพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม ฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ สถานที่อับชื้น เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอักเสบที่บริเวณหลอดลมใหญ่ ส่งผลทำให้เกิดการทำลายทางเดินหายใจและถุงลม เกิดเป็นพังผืดที่ปอด ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง



4. การเสื่อมลงตามอายุของการทำงานของปอด และการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยง ทำให้การทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ

5. ปัจจัยด้านองค์ประกอบทางพันธุกรรม เช่น การขาดเอนไซม์อัลฟาวันแอนตี้ทริปซิน



การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การรักษา มีเป้าหมายเพื่อคงสภาพการเจ็บป่วยให้สามารถดำรงชีวิตตามปกติมากที่สุด ป้องกันอาการกำเริบของโรค รวมถึงภาวะแทรกซ้อน การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมี 2 ระยะ

1. ระยะกำเริบเฉียบพลัน หมายถึง ระยะที่มีอาการเหนื่อยหอบมาก
2. ระยะสงบหรือคงที่ หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือมีอาการเหนื่อยเล็กน้อย สามารถดูแลที่บ้านได้

ซึ่งในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะต้องดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสงบหรือคงที่ โดยมีวิธีการการรักษา 2 วิธี ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะต้องดูแลติดตามและกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง เช่น ยาชวยหลอดลม ยาละลายเสมหะ

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด การให้ออกซิเจนระยะยาว



คำแนะนำในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพ

*****ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบแบบเฉียบพลัน ดังนี้*****



- ✘ หลีกเลียง ลด เลิกการสูบบุหรี่
- ✘ หลีกเลียงการสัมผัสฝุ่นละออง เกสรดอกไม้
- ✘ หลีกเลียงการอยู่ในสถานที่อับชื้น อากาศร้อนมากหรือเย็นมาก
- ✘ หลีกเลียงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ



เช่น เจ็บคอ ไข้หวัด ไซนัสอักเสบ เป็นต้น

✘ หลีกเลียงการอยู่ในบริเวณที่มีอากาศเป็นพิษ เช่น บริเวณใกล้โรงงานอุตสาหกรรมหรือเส้นทางที่มีการจราจรติดขัด เป็นต้น

✘ หลีกเลียงการอยู่ในที่แออัดและมีการระบายอากาศที่ไม่ดี เช่น โรงภาพยนตร์ ศูนย์การค้า เป็นต้น

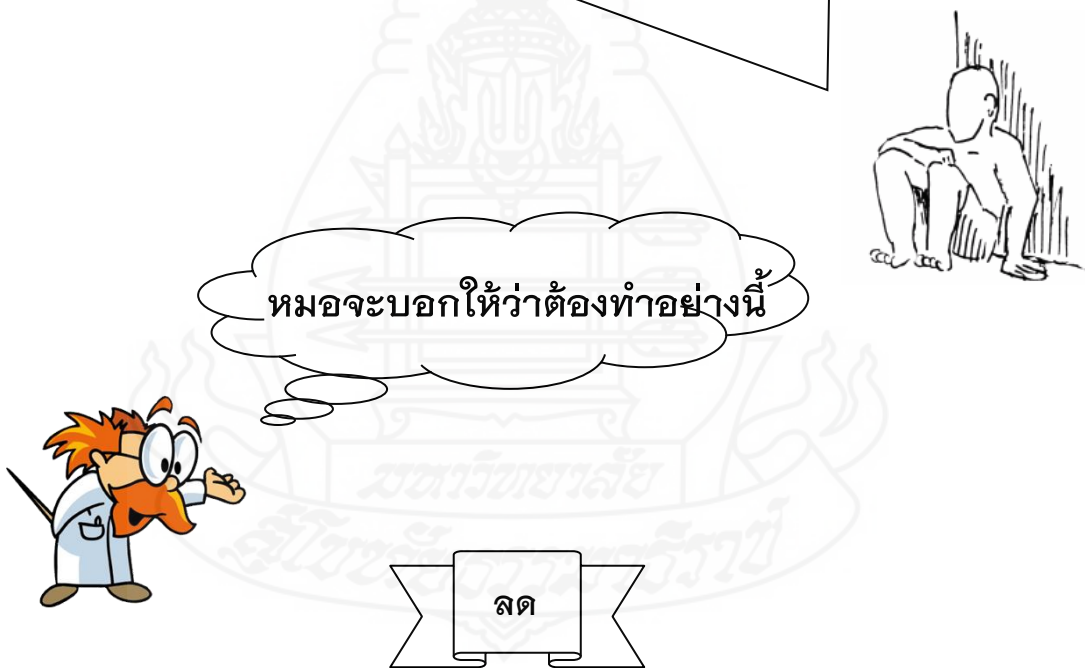
✘ รักษาความสะอาดสุขภาพปากและฟัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อในช่องปาก ซึ่งจะนำไปสู่การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย



อาหารกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาหาร เป็นแหล่งของพลังงานและสารอาหารที่จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรค ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักรับประทานอาหารได้น้อย ท้องอืด ไม่อยากอาหาร อ่อนเพลีย มีความเครียด และสู่วงัย สำหรับการปฏิบัติตัวเรื่องอาหารหากไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย เรื่องอาหารแทบไม่มีข้อจำกัดเพียงเลือกอาหารที่มีประโยชน์

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรเลือกรับประทานอาหารอย่างไร

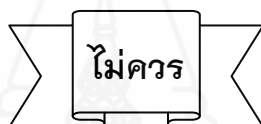


✕ ลดการรับประทานขนมหวาน อาหารที่มีแป้งมาก เพราะมีผลทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบได้ หากรับประทานมาก เนื่องจากปอดจะต้องขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งเป็นของเสียจากการรับประทานอาหารประเภทนี้ออก

✘ ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ จะเพิ่มแรงดันโลหิตเป็นอันตรายต่อหลอดเลือดและทำลายสุขภาพ



✘ ลดการดื่มกาแฟ ชา โกโก้ การดื่มกาแฟทำให้นอนไม่หลับ ในผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงหรือลดปริมาณหลังบ่าย

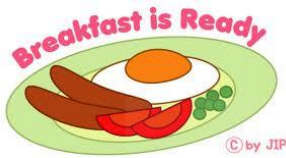


✘ ไม่ควรดื่มน้ำอัดลม โซดา ไม่ได้ช่วยให้หายท้องอืดหรือเรอ ก๊าซที่อัดลงเครื่องดื่มเหล่านี้ ทำให้ปอดต้องทำงานหนักขึ้นและมีกรดทำให้กระดูกบาง และอาหารบางชนิดเมื่อกินแล้วจะทำให้แน่น อืดอืด เช่น กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์มากเกินไป ถั่ว ผักบางชนิด เช่น หอมใหญ่ หัวไชเท้า กะหล่ำปลี ผลไม้ เช่น กัลยหอม



✘ เมื่อมีอาการบวม แน่น เหนื่อยหอบ หรือความดันโลหิตสูง ไม่ควรกินอาหารรสเค็มและเลียงผงชูรส

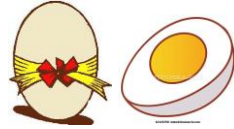
ควรเลี่ยง

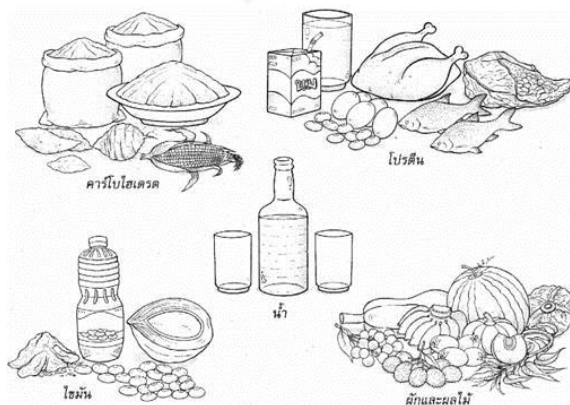


✗ อาหารปิ้งทอดจนกรอบ เกรียม จะย่อยยาก และเพิ่มความเสี่ยงต่อความผิดปกติของเนื้อเยื่อร่างกาย เช่น ปาห์องโก๋ ไข่ดาวกรอบ เนื้อสัตว์หรืออาหารไหม้ อาหารใส่ผงชูรส ผงปรุงต่างๆ หิ้งคหรือลดการกิน

เลือก



- ข้าวแป้ง เลือกกินข้าวได้ทุกชนิด เส้นก๋วยเตี๋ยว เผือก มัน ข้าวโพด
- เนื้อสัตว์ กินปลาเป็นประจำ เพราะย่อยง่าย เนื้อสัตว์ทุกชนิดที่ปรุงสุกมีอละ 2-4 ช้อน
- ไขมัน กินไข่ 3-5 ฟอง ต่อสัปดาห์ (ไข่ขาวสุก) 
- ผักและผลไม้ กินผักดิบหรือผักสุกให้มากขึ้นได้ทุกชนิด
- น้ำ ควรดื่มน้ำอุ่นเพื่อบรรเทาอาการระคายคอ ละลายเสมหะ ดื่มน้ำให้มาก วันละประมาณ 10 แก้ว ควรจิบน้ำบ่อยๆ ไม่ควรบิบน้ำมะนาวลงคอ โดยตรงควรดื่มเป็นน้ำสมุนไพร เช่น น้ำมะนาว น้ำขิง น้ำตะไคร้



เสริม

✗ เลือกดื่มนมจืดได้ทุกชนิด วันละ 1-2 กล่อง ถ้ามีปัญหาไขมันในเลือดสูงเลือกดื่มนมพร่องมันเนย ถ้าต้องการเพิ่มน้ำหนักตัวเลือกนมได้ทุกชนิด แต่ไม่ควรเป็นนมรสผลไม้ กาแฟ ช็อกโกแลต เพราะปริมาณน้ำนมจะน้อยและมีน้ำตาลมาก

✗ สำหรับผู้ที่ดื่มนมวัวแล้วท้องเสีย ให้ดื่มน้ำเต้าหู้หรือนมถั่วเหลืองแทน

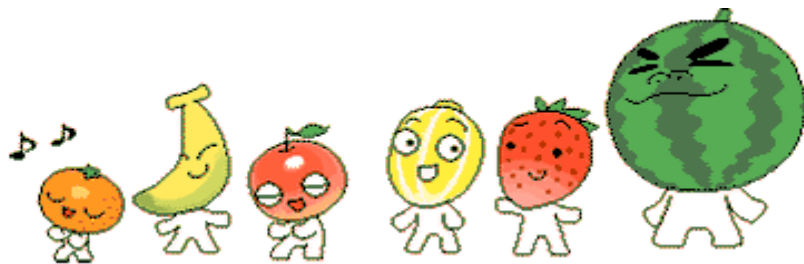
✗ ไม่ควรซื้อวิตามิน อาหารเสริมที่โฆษณาหรือตามคำบอกเล่ามารับประทาน ควรปรึกษาแพทย์ก่อน นอกจากนี้ไม่คุ้มเงินยังเกิดโทษได้



สร้างนิสัย

✗ เคี้ยวอาหารให้ละเอียด รับประทานช้าๆ เพื่อไม่ให้สำลัก เลือกอาหารที่อ่อนนุ่มย่อยง่าย

✗ เพิ่มมื้ออาหาร รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งขึ้นในผู้ที่น้ำหนักน้อย ส่วนผู้ที่น้ำหนักมากให้ลดอาหารไขมัน แป้ง น้ำตาลลง ปรับได้ตามภารกิจประจำวันของแต่ละคนแต่ไม่ควรอดอาหาร



การออกกำลังกายพอดี กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลงเนื่องจากภาวะหอบเหนื่อยง่าย ความทนทานในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ดังนั้น พฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและค่อยเป็นค่อยไปตามภาวะของผู้ป่วยร่วมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการผ่อนคลายจะทำให้สมรรถภาพของผู้ป่วยดีขึ้นและเหนื่อยง่ายขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขมากขึ้น

วิธีการบริหารการหายใจ



การฝึกการหายใจ

การฝึกการหายใจโดยใช้กลัมนั้นกะบังลม ดังนี้

จัดท่าให้อยู่ในท่าผ่อนคลายวางมือข้างหนึ่งบริเวณทรวงอกใต้กระดูกไหปลาร้าและวางมืออีกข้างหนึ่งที่บริเวณท้องเหนือสะดือ สูดหายใจเข้าลึกๆทางจมูกให้ได้มากที่สุดให้ท้องป่องดันมือที่วางบริเวณท้องให้สูงขึ้นและค้างไว้ประมาณ 2-4 วินาที แล้วจึงหายใจออกทางปากช้าๆ พร้อมกับแขม่วท้องให้แฟบลง ทำครั้งละ ประมาณ 5-10 นาที แล้วหยุดพัก เพื่อป้องกันการหายใจเร็ว ปฏิบัติวันละประมาณ 2-3 ครั้ง ดังภาพประกอบ



ภาพประกอบ การฝึกควบคุมการหายใจแบบเป่าปากและการหายใจโดยใช้
กล้ามเนื้อกะบังลม

การฝึกการไอ

การฝึกการไออย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ดังนี้

จัดทำให้อยู่ในท่าผ่อนคลาย ถ้าสามารถนั่งได้ให้นั่งโน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อย
จากนั้นหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกที่สุด กลั้นลมหายใจไว้ประมาณ 1 วินาที แล้วอ้าปาก
ไอออกมาทันที โดยเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อขู่เชิงกรานไว้ พร้อมกับโน้ม
ตัวมาข้างหน้า ไอออกมาแรงๆ เต็มที่ 1-2 ครั้ง ต่อการหายใจออก 1 ครั้ง ดัง
ภาพประกอบ



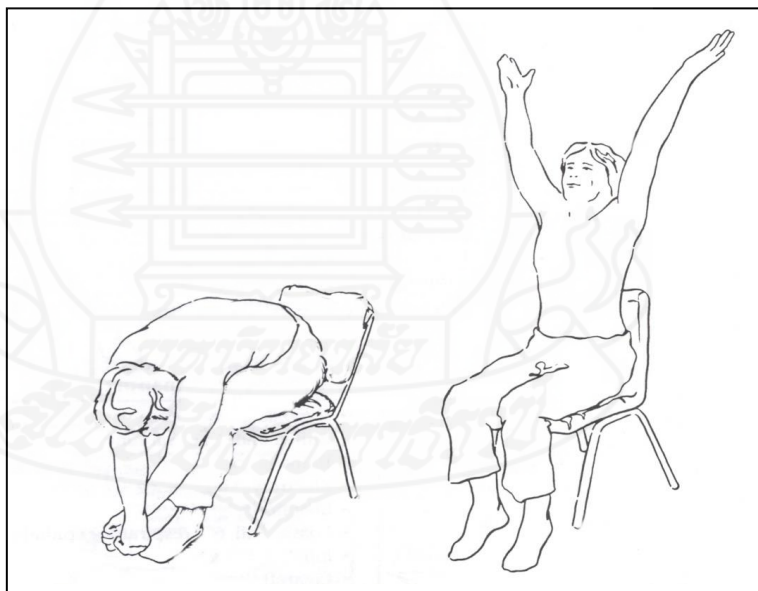
ภาพประกอบ การฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

การออกกำลังกาย เป็นสิ่งสำคัญที่สุดต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและปอด ทำให้ลดอาการหายใจลำบาก การออกกำลังกายมี 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะการอบอุ่นร่างกาย โดยการยืดกล้ามเนื้อเฉพาะกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น ลำตัว แขน และทรวงอก เพื่อให้กล้ามเนื้อยืดหยุ่นดี และมีการขยายตัวของทรวงอก ระยะนี้ควรใช้เวลาทำ 5-10 นาที โดยการทำท่า ดังนี้

1.1 ท่ายืดผนังทรวงอกด้านหน้าและหลัง โดยยกแขนขึ้นแยกกัน เป็นรูปตัว V เหนือศีรษะพร้อมกับหายใจเข้าและนั่งโน้มตัวมาด้านหน้าในขณะที่หายใจออก ดังภาพประกอบ

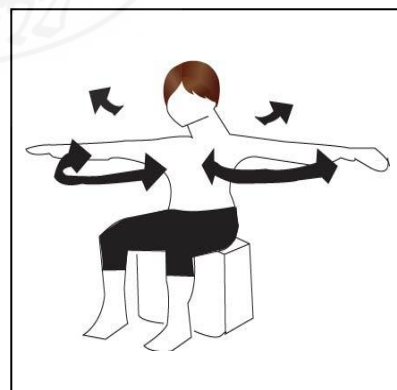
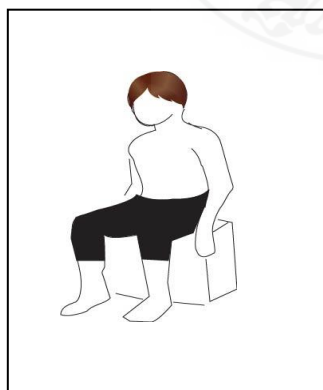


1.2 ท่ายืดทรงอกด้านข้าง โดยในช่วงหายใจเข้าให้เอียงตัวมาด้านขวา พร้อมกับยกแขนซ้ายขึ้น เอียงตัวกลับมาตั้งตรงในช่วงหายใจออก ทำสลับกันทั้งสองข้าง ดังภาพประกอบ

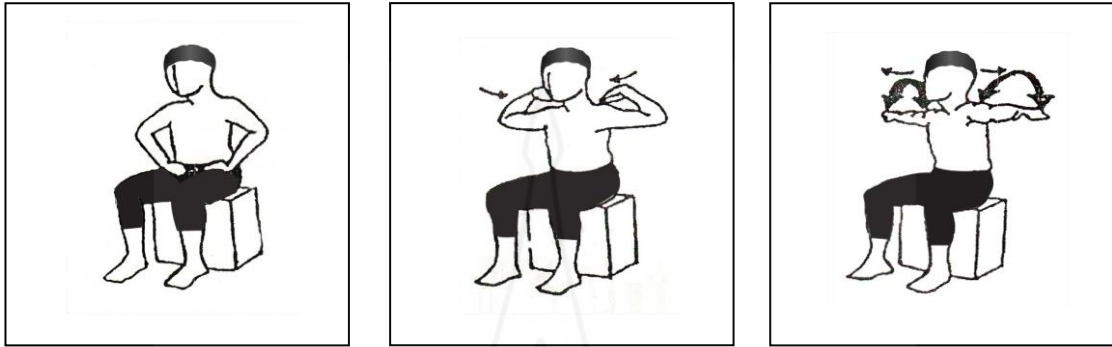


2. ระยะเวลาออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกายที่หนักขึ้น ใช้เวลาอย่างน้อย 20 นาที โดยการปฏิบัติในแต่ละท่า อย่างน้อย 5-10 ครั้ง ประกอบด้วย ท่าต่างๆ ดังนี้

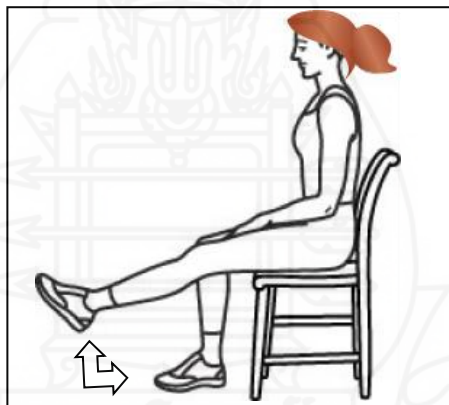
2.1 ทำนั่งกางแขน นั่งบนเก้าอี้ในท่าผ่อนคลาย จากนั้นยกแขนทั้งสองข้างขึ้นมาบริเวณหน้าอกพร้อมกับสูดลมหายใจให้เต็มที่ กางแขนออก จากนั้นหายใจออกแบบเป่าปากพร้อมกับเอ้าแขนมาชิดอก ทำซ้ำอีกเช่นเดิม ดังภาพประกอบ



2.2 ท่าบริหารไหล่ ยกแขนทั้งสองข้างมาแตะที่หัวไหล่พร้อมกับสูดลมหายใจเข้าให้เต็มที่ จากนั้นหายใจออกแบบเป่าปากพร้อมกับกางแขนออก ทำซ้ำอีกเช่นเดิม ดังภาพประกอบ



2.3 ท่าเหยียดเข่า-งอเข่า นั่งบนเก้าอี้ในท่าผ่อนคลาย จากนั้นเหยียดขาขึ้นพร้อมกับสูดลมหายใจเข้าช้าๆ ให้เต็มที่ จากนั้นหายใจออกแบบเป่าปากช้าๆ พร้อมกับงอเข่าลง (ทำที่ละข้างหรือสลับก็ได้) ทำซ้ำอีกเช่นเดิม ดังภาพประกอบ

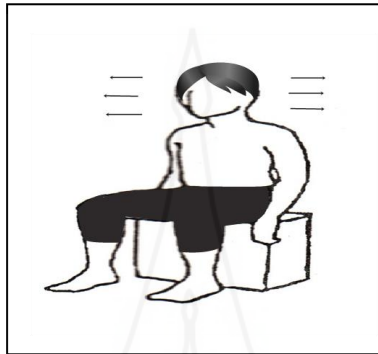


2.4 ท่าย่อ-ยืด มือข้างหนึ่งจับที่พนักเก้าอี้ มืออีกข้างจับที่เอว ย่อเข่าช้าๆ พร้อมกับหายใจออกแบบเป่าปาก เหยียดเข่าขึ้นให้ตัวตั้งตรงพร้อมกับสูดลมหายใจเข้าเต็มที่ ทำซ้ำอีกเช่นเดิม ดังภาพประกอบ



3. ระยะผ่อนคลาย เป็นการยืดกล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย การทำในขณะนี้ควรใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที โดยการทำท่า ดังนี้

3.1 ทำนั่งปล่อยแขน โดยการนั่งปล่อยแขนตามสบายพร้อมกับหายใจ ออกแบบเป่าปาก ดังภาพประกอบ



3.2 ทำนั่งยกแขน โดยสูดลมหายใจเข้าช้าๆ พร้อมกับยกแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ ลดมือลงพร้อมกับหายใจออกแบบเป่าปาก ทำซ้ำอีกเช่นเดิม ดังภาพประกอบ



การออกกำลังกายในแต่ละท่าควรปฏิบัติอย่างช้าๆ และไม่หักโหมจนเกินไป ในการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 30 นาที สำหรับผู้ไม่เคยออกกำลังกายหรือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบเหนื่อยง่ายในวันแรกอาจเริ่ม 15 นาที ก่อน แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มจนได้อย่างน้อย 30 นาที หรืออาจจะออกกำลังกายเป็นช่วงๆ สลับกับการหยุดพักแล้วทำต่อจนครบ 30 นาที การออกกำลังกาย ควรทำอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ และควรมีการหยุดพักไม่ควรทำติดกันทุกวัน เช่น ใน 1 สัปดาห์อาจออกกำลังกายทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ หยุดพักวันอังคาร และวันพฤหัสบดี เพื่อให้ร่างกายไม่อ่อนล้าจนเกินไป แต่ถ้าหากพบอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย

เช่น การหายใจลำบาก เหนื่อยหอบมาก เวียนศีรษะ หน้ามืด หัวใจเต้นแรงและเร็ว
รู้สึกอ่อนล้า ควรหยุดออกกำลังกายแล้วพักในที่ผ่อนคลาย

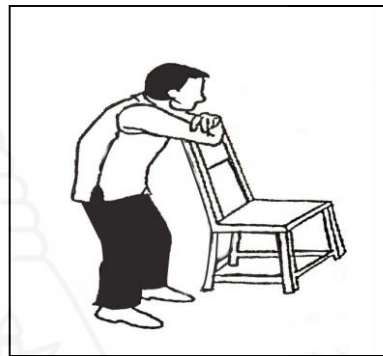


วิธีการผ่อนคลาย

เมื่อมีอาการหายใจเหนื่อย เมื่อออกกำลังกายหรือขณะทำกิจกรรมประจำวัน
ควรหยุดพักในที่ต่างๆ ที่ช่วยให้บรรเทาหรือผ่อนคลาย วิธีการง่ายๆ ทำได้ ดังนี้



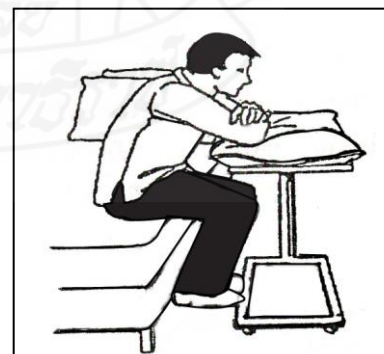
ยื่นพิงฝาผนังพร้อมกับโน้มตัว
มาด้านหน้าเล็กน้อย



ยื่นพิงโต๊ะหรือพนักเก้าอี้พร้อมกับ
โน้มตัวมาด้านหน้า แขนสองข้าง
วางที่โต๊ะหรือเก้าอี้



นั่งเก้าอี้พร้อมกับโน้มตัวมา
ด้านหน้าเล็กน้อย



นั่งพับลงบนหมอนที่วางบนโต๊ะ

การรักษาด้วยยากับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การเลือกใช้ยาของแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการตอบสนองต่อการรับ ยาแต่ละชนิด แพทย์จะติดตามผลและประเมินการรักษาว่าได้ผลหรือไม่และพิจารณา เพิ่มหรือลดยาตามอาการของผู้ป่วย



ยาที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีด้วยกันหลายชนิด แต่พอจะจัดเป็น ประเภทตามสรรพคุณของยาอย่างง่ายๆ ได้ดังนี้

1. ยาขยายหลอดลม

ใช้เพื่อควบคุมอาการและลดอาการเหนื่อย มีทั้งรูปแบบสูดพ่นทางปากและ รูปแบบเม็ดสำหรับรับประทาน ส่วนใหญ่นิยมใช้ยาแบบสูดพ่นทางปาก เพื่อลด ผลข้างเคียงจากยา โดยผลข้างเคียงที่พบได้ เช่น ใจสั่น มือสั่น เป็นตะคริว ซึ่งอาจพบ อาการเหล่านี้ได้ในผู้ป่วยบางราย ซึ่งหากเกิดอาการเช่นนี้ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ

2. ยาละลายเสมหะ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักจะมีเสมหะเหนียวทำให้มีการอุดกั้นทางเดิน หายใจมากขึ้น นอกจากนี้ การที่มีเสมหะเหนียวในหลอดลมจะทำให้มีเชื้อโรคอาศัยอยู่ เป็นประจำและทำให้เกิดการติดเชื้อเป็นครั้งคราวได้บ่อย ๆ ซึ่งการติดเชื้อแต่ละครั้งก็ จะทำให้สมรรถภาพปอดเสื่อมลงไปมากขึ้นไปอีก ดังนั้น การกำจัดเสมหะจึงเป็นสิ่ง สำคัญยาที่ใช้กันมาก ยาในกลุ่มนี้จะช่วยในการแยกสลายของ mucoproteins และช่วย ลดความหนืดของเสมหะ นอกจากนี้ยังพบว่ายาบางตัวในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) ซึ่งสามารถลดการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

3. ยาปฏิชีวนะ

การใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีเสมหะเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติและเปลี่ยนสีซึ่งแสดงว่ามีการติดเชื้อ และการติดเชื้อมักจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยหอบมากขึ้นและอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลได้ การใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อพบว่าไม่มีประโยชน์จึงไม่ควรใช้ เราจะใช้เมื่อมีการติดเชื้อแล้วเท่านั้น



ข้อควรปฏิบัติในการใช้ยา



เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีและหลีกเลี่ยงการเกิดผลข้างเคียงจากยา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ควรแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติตัว ดังนี้

1. ผู้ป่วยควรใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง (วิธีการกินที่ระบุไว้ที่ซองยา) ไม่ควรเพิ่มหรือลดขนาดยาหรือหยุดยาเอง ไม่ควรซื้อยารับประทานเองหรือหากจำเป็นต้องตรวจรักษาจากโรงพยาบาลอื่นหรือตามคลินิก ควรนำยาที่ได้รับติดตัวไปด้วย เพื่อป้องกันการได้รับยาซ้ำซ้อน
2. หากเกิดอาการผิดปกติหลังการใช้ยาควรรีบแจ้งแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ทันที เพื่อปรับเปลี่ยนยา



เทคนิคและวิธีการพ่นยา

เนื่องจากยาที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการใช้ยาสูดพ่นทางปากเป็นหลักในการรักษาเพราะว่าได้ผลดีกว่า อาการข้างเคียงน้อยกว่ายาชนิดรับประทาน แต่ในทางปฏิบัติก็จะพบปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ยาไม่เข้าไปถึงหลอดลมทำให้การรักษาไม่ได้ผล ดังนั้นจะต้องสอนผู้ป่วยให้ใช้ได้ถูกต้องด้วย ซึ่งยาสูดพ่นทางปากมีหลายรูปแบบ แต่รูปแบบที่ใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลสุโขทัยจะมี ดังนี้

1. เครื่องพ่นสูดยาแบบ metered-dose inhaler (MDI)
2. เครื่องพ่นสูดยาแบบ Accuhaler
3. เครื่องพ่นสูดยาแบบ Handihaler

1. เครื่องพ่นสูดยาแบบ metered-dose inhaler (MDI)

ตัวยาถูกบรรจุในหลอดยา เมื่อกดเครื่องพ่นยา ตัวยาจะถูกขับออกมาจากหลอดยาด้วยความเร็วสูงในปริมาณที่กำหนด

วิธีการใช้

1. เปิดฝาครอบยาออก
2. เขย่าเครื่องพ่น 4-5 ครั้ง
3. วิธีการสูดยาจากเครื่อง MDI สามารถทำได้ 2 วิธี

วิธีที่ 1 วาง

เครื่อง MDI ไว้ในช่องปากและหุบ

ปากให้สนิท



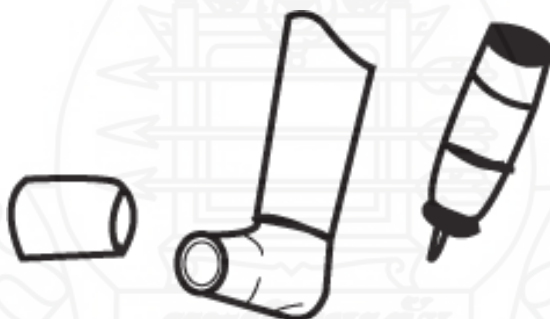
วิธีที่ 2 วางเครื่อง MDI ไว้ห่างริมฝีปาก 4 เซนติเมตร และอ้าปากเล็กน้อย



4. ให้ผู้ป่วยหายใจออกปกติจนสุด เริ่มกดเครื่อง MDI ในช่วงเริ่มหายใจเข้า 1-2 วินาทีแรกแล้วสูดหายใจเอายาเข้าไปในปอดช้าๆ ลึกๆ โดยใช้เวลาหายใจเข้าประมาณ 3-5 วินาที
5. เมื่อหายใจเข้าเต็มที่แล้วให้เอาเครื่อง MDI ออกจากปาก หุบปากแล้วกลืนหายใจประมาณ 10 วินาที
6. เมื่อครบเวลาที่กลืนหายใจ ให้ผู้ป่วยหายใจออกช้าๆ ควรใช้ยาซ้ำห่างจากการสูดยาครั้งแรกประมาณ 1-2 นาที

วิธีการทำความสะอาด

1. ดึงหลอดยาออกจากกระบอกพลาสติกและปิดฝาครอบปากกระบอกพ่นยาออก



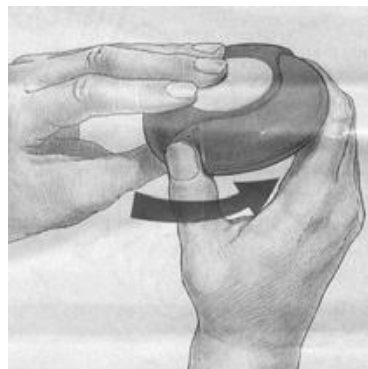
2. ล้างกระบอกพลาสติกและฝาครอบปากกระบอกพ่นยาด้วยน้ำอุ่นให้สะอาด
3. เช็ดให้แห้งทั้งภายในและภายนอก
4. บรรจุหลอดยาและฝาครอบปากกระบอกพ่นไว้ตามเดิม

2. เครื่องพ่นสูดยาแบบ Accuhaler

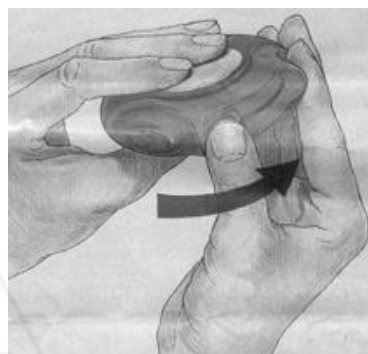
Accuhaler เป็นอุปกรณ์พ่นยาแบบบรรจุยาได้ 60 ครั้ง

วิธีการใช้

1. การเปิด : เปิดเครื่อง Accuhaler โดยใช้มือข้างหนึ่งจับที่ตัวเครื่องด้านนอกไว้แล้วใช้นิ้วหัวแม่มือของอีกมือหนึ่งวางลงที่ร่อง ดันนิ้วหัวแม่มือในทิศทางออกจากตัวไปจนสุด



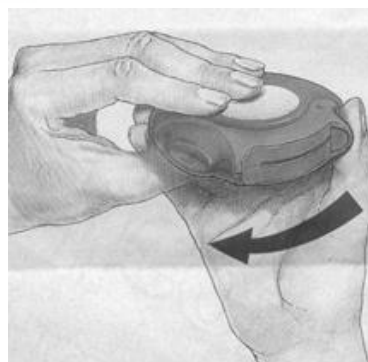
2. การเลื่อน : ถือเครื่องไว้โดยให้ด้านปากกระบอกหันเข้าหาตัว ดันแกนเลื่อนออกไปจนสุดจนได้ยินเสียง “คลิก” ขณะนี้เครื่อง Accuhaler ก็พร้อมที่จะใช้งานแล้ว



3. การสูด : ถือเครื่อง Accuhaler ให้ห่างจากปากไว้ก่อนแล้วหายใจออกให้สุด แล้วให้ส่วนปากกระบอกทาบกับริมฝีปาก สูดลมหายใจเข้าทางปาก โดยผ่านทางเครื่องมือให้เร็วๆ แรงๆ ที่สุดอย่าหายใจเข้าทางจมูกเอาเครื่อง Accuhaler ออกจากปาก



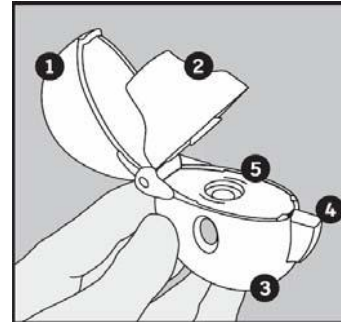
4. การปิด : ปิดเครื่อง Accuhaler โดยวางนิ้วหัวแม่มือลงบนร่องแล้วเลื่อนกลับเข้าหาตัวจนสุด เมื่อเครื่องถูกปิดจะมีเสียงดัง “คลิก” ตัวแกนจะเลื่อนคืนกลับที่ตำแหน่งเดิม



3. เครื่องพ่นสูดยาแบบ Handihaler

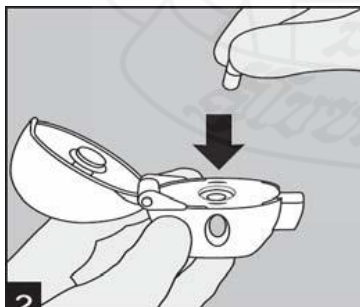
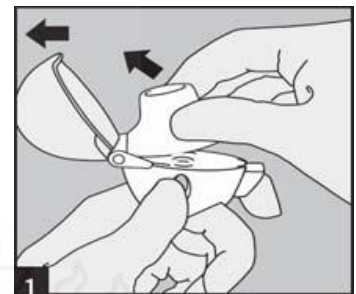
ส่วนประกอบของเครื่องพ่น มีดังนี้

- 1= ฝาปิด Handihaler
- 2= ส่วนที่ใช้ปากเป่า (Mouthpiece)
- 3= ลู่วาน Handihaler
- 4= ปุ่มกดเพื่อเจาะแคปซูลยา
- 5= ลู่วานบรรจุแคปซูลยา

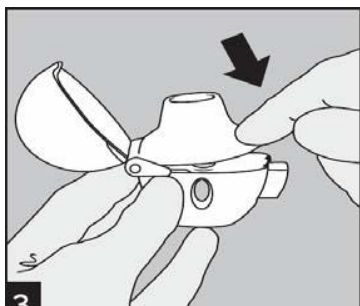


วิธีการใช้

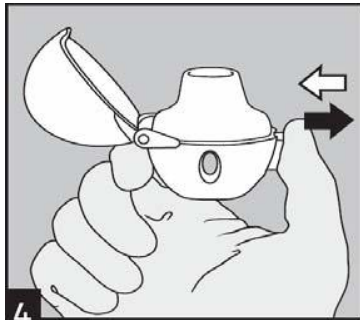
1. แกะแคปซูลยาออกจากแผงครั้งละ 1 เม็ดเปิดฝา Handihaler และ Mouthpiece ขึ้น



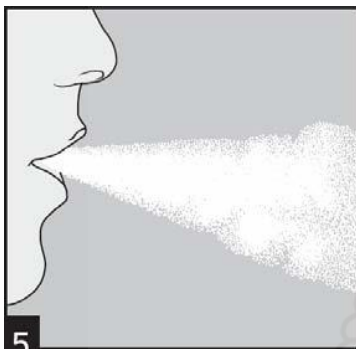
2. ใส่แคปซูลยาลงไปในช่องบรรจุยา



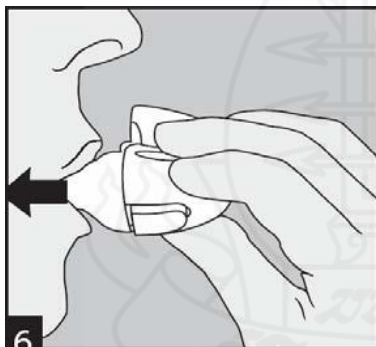
3. ปิด Mouthpiece ถ้าปิดสนิทจะได้ยินเสียงดัง "คลิก"



4. จับฐานกระบอกยาให้ตั้งตรง ใช้นิ้วหัวแม่มือกดปุ่มเจาะยา เพื่อปลดปล่อยยาให้พร้อมสำหรับการพ่นสูด



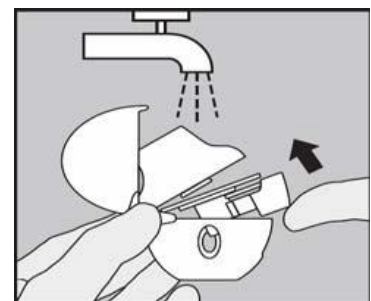
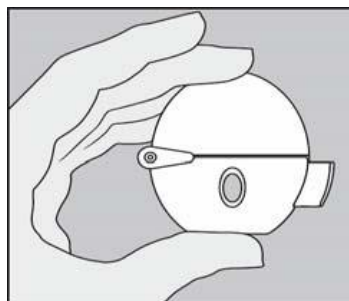
5. ให้ผู้ป่วยนั่งนิ่งทำใจให้สบาย จากนั้นให้ผ่อนลมหายใจออกทางปากจนสุด



6. ให้ผู้ป่วยอม Mouthpiece ปิดปากให้สนิท จากนั้นสูดยาเข้าทางปากโดยให้สูดเข้าเรื่อยๆแรงๆ แล้วถอนกระบอก Handihaler ออกจากปาก แล้วจึงผ่อนลมหายใจทางออกจุมกอย่างช้าๆ

วิธีการทำความสะอาด

หลังจากสูดยาเสร็จ ให้เปิด Mouthpiece ออกแล้วเทเอาเปลือกแคปซูลยาที่สูดแล้วออกมาจากช่องบรรจุยา ปิดฝาเก็บให้เรียบร้อย หากต้องการทำความสะอาด Handihaler ให้ล้างน้ำตามปกติแล้วผึ่งลมให้แห้ง



การใช้ออกซิเจนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

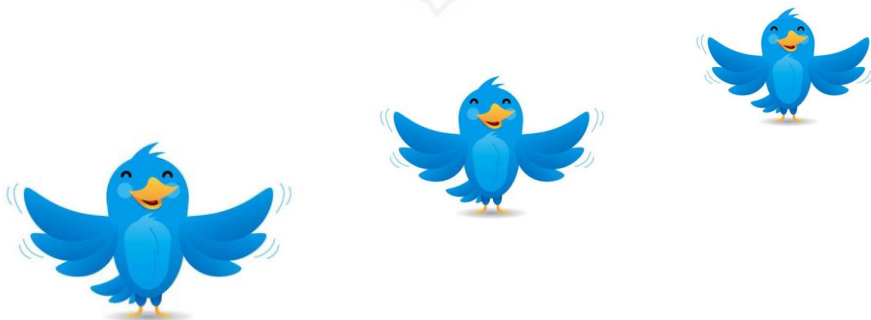


การประเมินสภาพร่างกาย

1. ระบบหายใจ ระยะแรกของเซลล์พร้อมออกซิเจนอย่างอ่อนผู้ป่วยจะหายใจไม่สะดวกต้องนั่งหายใจ กระสับกระส่าย การหายใจไม่สม่ำเสมอหายใจเข้าลึกกว่าหายใจออก หายใจหอบ หายใจเข้ามีเสียงดังปึกจุมูกบาน การขาดก๊าซออกซิเจนระดับรุนแรงผู้ป่วยจะหยุดหายใจ

2. ระบบไหลเวียนเลือด ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ผิวหนังเริ่มซีดเพราะร่างกายจะตอบสนองของชดเชย โดยหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญขยายตัวเพื่อให้เลือดที่เลี้ยงผิวหนัง ไต ปอด เพราะต้องการก๊าซออกซิเจนน้อยกว่าและทนต่อการขาดก๊าซออกซิเจนได้มากกว่า ผิวหนังสีเขียวคล้ำ โดยเห็นชัดบริเวณริมฝีปาก เล็บ มือเล็บเท้า

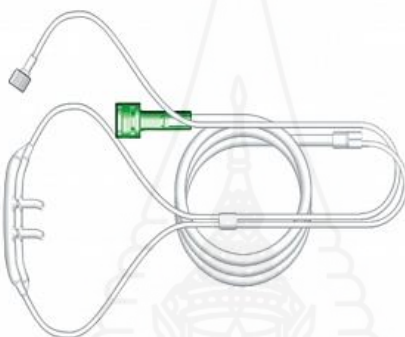
3. ระบบประสาท การพร้อมก๊าซออกซิเจนผู้ป่วยอาจมีอาการง่วงนอนอ่อนเพลีย กระสับกระส่าย หงุดหงิด ความดันเลือดแดงลดลง เพื่อ ชัก หมดสติ



ประเภทการให้ออกซิเจน

- ก. การให้ออกซิเจนแบบใส่ทางช่องจมูก (Nasal Cannula)
- ข. การให้ออกซิเจนแบบหน้ากากครอบ (Face Mask)
 - ชนิดไม่มีถุง (Mask without bag)
 - ชนิดมีถุง (Mask with bag)

การให้ออกซิเจนแบบใส่ทางช่องจมูก (Nasal Cannula)



เป็นอุปกรณ์ประกอบด้วย สายท่อพลาสติก อ่อนนุ่มขนาดเล็ก ตรงกึ่งกลางปลายสายท่อมีทางแยกเป็นสายสั้นๆ 2 สาย ยาวประมาณ 1.5 เซนติเมตร สำหรับสอดเข้าช่องจมูกทั้ง 2 ข้าง ไม่ทำอันตรายต่อช่องจมูก ท่อมีสายยางเพื่อรัดให้เชิี่ยวอยู่ในตำแหน่งพอดีช่วงหายใจออก



ข้อดี

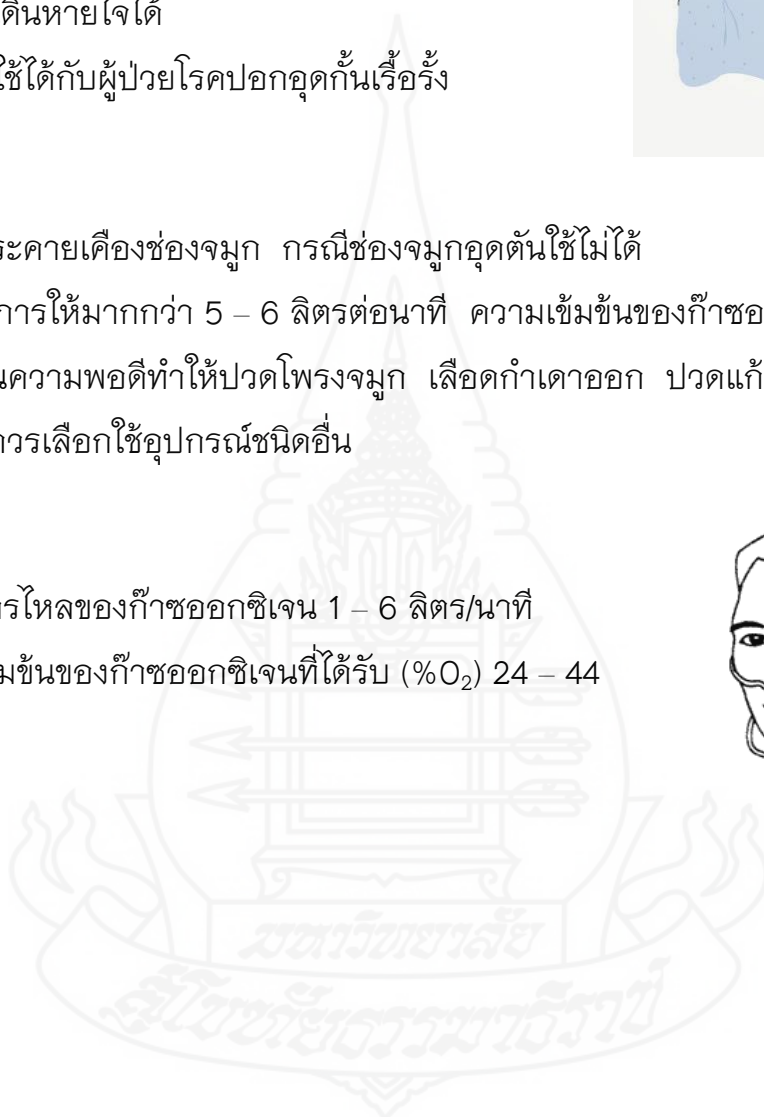
1. ไม่ยุ่งยาก สะดวก ใช้บ่อย ผู้ป่วยพอใจ
2. พูดคุยได้ ตื่นน้ำ หรือรับประทานอาหารได้
3. กรณีผู้ป่วยหายใจทางปากก๊าซออกซิเจนผ่านระบบทางเดินหายใจได้
4. ใช้ได้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



ข้อเสีย

1. ระคายเคืองช่องจมูก กรณีช่องจมูกอุดตันใช้ไม่ได้
2. การให้มากกว่า 5 – 6 ลิตรต่อนาที ความเข้มข้นของก๊าซออกซิเจนในโพรงจมูกจะเกินความพอดีทำให้ปวดโพรงจมูก เลือดกำเดาออก ปวดแสบหู กล้องเสียง หดเกร็ง ควรเลือกใช้อุปกรณ์ชนิดอื่น

อัตราการไหลของก๊าซออกซิเจน 1 – 6 ลิตร/นาที
 ความเข้มข้นของก๊าซออกซิเจนที่ได้รับ (%O₂) 24 – 44



การให้ออกซิเจนแบบหน้ากากครอบ ชนิดไม่มีถุง (Mask without bag)



เป็นอุปกรณ์ทำด้วยพลาสติก ใส เบา รูปแบบคล้ายหน้ากากสำหรับครอบปากและจมูก มีสายยางยึดให้พอดีรอบศีรษะ ด้านข้างหน้ากากมีรูระบายอากาศที่หายใจออกและให้อากาศจากภายนอกเข้ามาผสมได้ ในขณะที่หายใจเข้า อุปกรณ์ชนิดนี้ไม่มีถุงสำรองก๊าซ ช่องว่างของหน้ากากเป็นที่เก็บออกซิเจนเพิ่มเติมจากโพรงจมูกทำให้ FiO_2 สูงกว่า Nasal Cannula

ข้อดี

1. ไม่ระคายเคืองเยื่อช่องจมูก
2. ความเข้มข้นของก๊าซออกซิเจนที่ได้รับค่อนข้างสูง

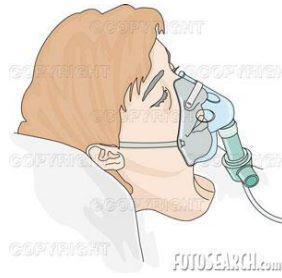
ข้อเสีย

1. ผู้ป่วยไม่สบาย อึดอัด
2. ไม่สามารถดื่มน้ำและรับประทานอาหารได้



สะดวก ต้องถอดหน้ากาก

3. การให้ก๊าซออกซิเจนปริมาณมากทำให้ก๊าซออกซิเจนไหลออกทางด้านข้าง ระคายเคืองเยื่อปมัยนตา ตาแห้ง
4. อัตราการไหลของก๊าซออกซิเจนเข้าสู่ mask ต้องไม่ต่ำกว่า 5 ลิตร/นาที เพื่อไล่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกได้ทันมิฉะนั้นเกิดการคั่ง ก๊าซออกซิเจนในเลือดแดง
5. ไม่ควรใช้พ่น Aerosol เพราะรูเปิดที่ข้างจมูกมีขนาดเล็กเกินไป ทำให้ละอองยาระบายออกไม่ทันคั่งค้างอยู่ในหน้ากาก กระจายกันกลั่นตัวเป็นหยดน้ำหรือละอองใหญ่ขึ้นเข้าสู่ทางเดินหายใจ



อัตราการไหลของก๊าซออกซิเจน 5 – 10 ลิตร/นาที
ความเข้มข้นของก๊าซออกซิเจนที่ได้รับ (%O₂) 40 – 60

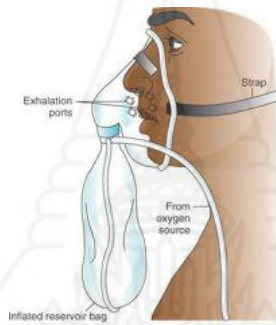




การให้ออกซิเจนแบบหน้ากากครอบ ชนิดมีถุง (Mask with bag)



เป็นอุปกรณ์คล้ายแบบแรก ต่างกันที่ส่วนปลายของแบบนี้ จะมีถุงสำรองแก๊ส ความจุ 600–800 ลูกบาศก์เซนติเมตร ทำให้เก็บออกซิเจนได้เพิ่มเติม จากโพรงจมูก (anatomical reservoir) และหน้ากาก (mask) ขณะหายใจออกปริมาณอากาศ 1 ใน 3 จากทางเดินหายใจส่วนต้นจะแทรกเข้าสู่ถุงทำให้ถุงโป่ง 2 ใน 3 ของอากาศจะระบายออกทางช่องเปิดด้านข้างหน้ากาก



ข้อดี

เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการเคลื่อนย้ายจากสถานที่หนึ่งเพราะถุงจะสำรองก๊าซออกซิเจนได้

ข้อเสีย

1. ผู้ป่วยไม่สบาย ยึดอัด
2. ต้องเปิดออกซิเจน ไม่ต่ำกว่า 6 ลิตรต่อนาทีเพื่อให้ถุงโป่งตลอดเวลาทั้งช่วงหายใจเข้าและออกไม่ให้มี CO_2 คั่ง



อัตราการไหลของก๊าซออกซิเจน 6 – 10 ลิตร/นาที
ความเข้มข้นของก๊าซออกซิเจนที่ได้รับ ($\%O_2$) 60 – 80



ภาคผนวก ค

สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุโขทัย



สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลสุโขทัย



ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....

ตำบล.....อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

บันทึก

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

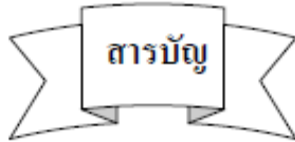
.....

คำแนะนำการใช้คู่มือ

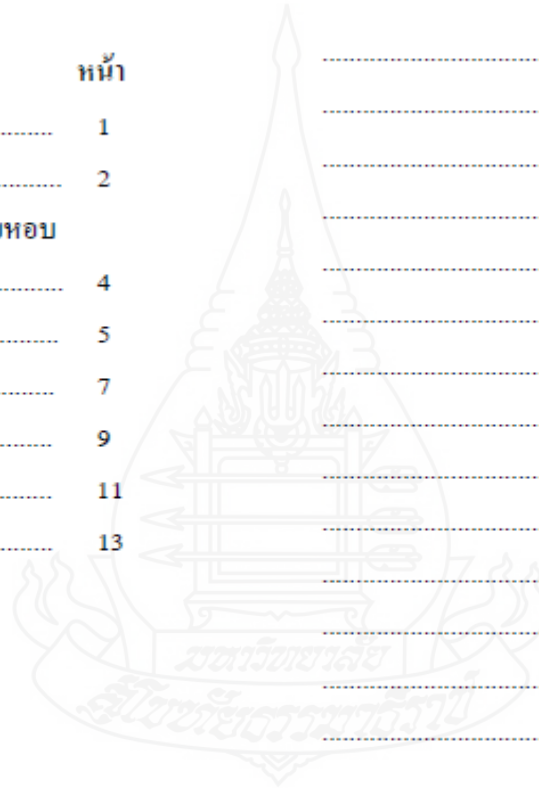
- ♥ โปรดอ่านและทำความเข้าใจเพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้องหากสงสัยโปรดสอบถามเจ้าหน้าที่
- ♥ โปรดบันทึกข้อมูลของท่านที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ
- ♥ โปรดนำสมุดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกการรับบริการทุกครั้ง
- ♥ เพื่อประโยชน์ของท่านอย่าทำสมุดหาย

♥ หมายเลขโทรศัพท์สถานบริการที่สำคัญ ♥

โรงพยาบาลสุโขทัย	073-651169
กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน	ต่อ 198
เจ็บป่วยฉุกเฉิน	โทร 1669



	หน้า
ประวัติสุขภาพ.....	1
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....	2
ข้อควรปฏิบัติตนในการป้องกันการเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ แบบเฉียบพลัน.....	4
บันทึกการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก.....	5
บันทึกการรับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน.....	7
บันทึกการรับบริการแผนกผู้ป่วยใน.....	9
บันทึกการรับบริการที่บ้านจากบุคลากรสาธารณสุข.....	11
บันทึก.....	13



บันทึกการรับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

วตป.รับ บริการ	การวินิจฉัย	ผลการรักษา			วตป. นัดครั้ง ต่อไป	ลงชื่อ ผู้บันทึก
		Admit	D/C	Refer		

การฝึกการหายใจ

การฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกะบังลม ดังนี้
 จัดทำให้อยู่ในท่าผ่อนคลายวางมือข้างหนึ่งที่บริเวณทรวงอกได้
 กระดุกไหปลาหิ้นและวางมืออีกข้างหนึ่งที่บริเวณท้องเหนือสะดือ สูด
 หายใจเข้าลึกๆทางจมูกลให้ได้มากที่สุดให้ท้องป่องต้นมือที่วางบริเวณ
 ท้องให้สูงขึ้นและค้างไว้ประมาณ 2-4 วินาทีแล้วจึงหายใจออกทางปาก
 ซ้ำๆ พร้อมกับแขม่วท้องให้แฟบลง ทำครั้งละ ประมาณ 5-10 นาที แล้ว
 หยุดพัก เพื่อป้องกันการหายใจเร็ว ปฏิบัติวันละประมาณ 2-3 ครั้ง ดัง
 ภาพประกอบ



-8-

บันทึกการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

วคป.รับ บริการ	กิจกรรม	วคป.นัด ครั้งต่อไป	ลงชื่อ ผู้บันทึก

-9-

บันทึกการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

วคป.รับ บริการ	กิจกรรม	วคป.นัด ครั้งต่อไป	ลงชื่อ ผู้บันทึก

ภาคผนวก ง

แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำชี้แจง

ขอให้ท่านให้ข้อมูลที่ตรงกับความจริงมากที่สุด โดยการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นภาพรวม และผลที่ได้จากการศึกษารั้งนี้จะนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนอย่างแท้จริง ซึ่งแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับข้อมูลของท่านลงใน () และเติมข้อมูลลงในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี (เกิน 6 เดือน นับเป็นอีก 1 ปี)

2. ระดับการศึกษา

- () 1. ประถมศึกษา () 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
 () 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. () 4. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า/ปวส.
 () 5. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

3. ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.).....ปี (เกิน 6 เดือน นับเป็นอีก 1 ปี)

4. อาชีพหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

- () 1. เกษตรกรรม () 2. รับจ้าง
 () 3. ค้าขาย () 4. แม่บ้าน/งานบ้าน
 () 5. อื่นๆระบุ.....

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
คำชี้แจง โปรดอ่านข้อคำถามแล้วพิจารณาว่าข้อคำถามนั้น “ถูก” หรือ “ผิด” ถ้าคิดว่า
 “ถูก” ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องถูก ถ้าคิดว่าผิดให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง
 ผิด ที่ตรงกับความเข้าใจของท่านมากที่สุด

ข้อ	ข้อคำถาม	คำตอบ	
		ถูก	ผิด
1	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้		
2	ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีโอกาสได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากการไหลเวียนของอากาศไม่สะดวก		
3	การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นการระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ เช่น ฝุ่น คิววัน ควันสัตว์ เกสรดอกไม้ จะสามารถลดการเกิดอาการกำเริบของโรคได้		
4	การหยุดสูบบุหรี่เป็นวิธีเดียวที่จะช่วยให้การลุกลามของโรคช้าลง		
5	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซในกระเพาะอาหาร เช่น หอมใหญ่ กลัวยหอม ถั่วชนิดต่างๆ เพื่อลดอาการอึดอัด แน่นท้อง		
6	การดื่มน้ำอัดลมหรือโซดาจะช่วยขับลมลดอาการท้องอืดและเรอได้ดี		
7	ขณะทำกิจกรรมเมื่อรู้สึกเหนื่อยต้องหยุดพักทันที		
8	การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะสงบ หมายถึง ระยะใกล้เสียชีวิตหรือหมดหวัง		
9	การยึนฟิงฟ้าหรือนั่งเก้าอี้และโน้มตัวไปด้านหน้าเล็กน้อย เป็นวิธีการผ่อนคลายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมีอาการหายใจเหนื่อยขณะทำกิจวัตรประจำวัน		
10	การฝึกการหายใจสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ให้หายใจเข้าทางจมูกให้เต็มที่และผ่อนลมหายใจออกทางจมูกอย่างช้าๆ		

ตอนที่ 2 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความถาม	คำตอบ	
		ถูก	ผิด
11	การไอที่มีประสิทธิภาพทำโดยหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกที่สุด กลั้นลมหายใจไว้สัก 1 วินาที แล้วอ้าปากไอออกมาแรงๆ		
12	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน		
13	ยาที่ใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่พบบ่อยจะมี 2 รูปแบบ ได้แก่ ยากิน และ ยาพ่น		
14	การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดควรทำในระยะเวลาที่มีอาการกำเริบเพราะจะช่วยให้หายเหนื่อยเร็วขึ้น		
15	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรกินผักให้น้อยเพราะให้พลังงานน้อยแต่ควรกินเนื้อสัตว์ปิ้งสุกให้มากเพื่อเพิ่มพลังงาน		
16	การดื่มน้ำอุ่น วันละ 10 แก้ว จะช่วยละลายเสมหะ ทำให้อาการไอลดลง		
17	การซื้อวิตามินมากินเสริมจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการทุเลาลงได้		
18	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรรับประทานอาหารมีไขมันน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง เพื่อลดอาการแน่นท้อง		
19	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ควรออกกำลังกาย เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การเดินออกกำลังกาย เพราะทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น		
20	การรับประทานสมุนไพรสามารถรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้หายขาดได้		

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวเพ็ญศิริ สิริกุล
วัน เดือน ปี เกิด	16 มีนาคม 2521
สถานที่เกิด	อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา
ประวัติการศึกษา	หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ระดับต้น) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา พ.ศ.2541 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา พ.ศ.2547
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

