

การใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รัตตินันท์ เหมวิชัยวัฒน์ พย.ม.*

*งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสูงเป็นอันดับต้นๆ ของแผนกอายุรกรรม รพ.ลำปาง ผู้ป่วยมักมีอาการกำเริบเป็นระยะๆ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ด้อยลง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นวิธีที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ในการลดอาการหายใจลำบากและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ในผู้ป่วยคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รพ.ลำปาง ตั้งแต่เดือนกันยายน 2549 - พฤษภาคม 2550 จำนวน 30 ราย เป็นชาย 18 ราย หญิง 12 ราย อายุ 54 - 79 ปีเฉลี่ย 68 ปี มีความรุนแรงของโรคระดับ 3 และ 4 โดยเปรียบเทียบการหายใจลำบาก และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ประเมินคะแนนอาการหายใจลำบาก และวัดดัชนีคุณภาพชีวิต สัปดาห์จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน หรือต้องรับตัวไว้ใน รพ.ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมไปแล้ว 1 ปี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ pair t-test

ผลการศึกษา : ภายหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมไปแล้ว 1 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 76.67 มีความถี่ในการเข้ารับการรักษานที่ห้องฉุกเฉินลดลง และร้อยละ 46.67 มีจำนวนครั้งที่ต้องรับตัวไว้รักษานในโรงพยาบาลลดลง เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า

สรุป : โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวอย่างเหมาะสมช่วยลดอาการหายใจลำบากและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรมีการนำโปรแกรมนี้ไปใช้และติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การสนับสนุนของครอบครัว การหายใจลำบาก คุณภาพชีวิต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ติดต่อบทความ : รัตตินันท์ เหมวิชัยวัฒน์ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำปาง 280 ถ.พหลโยธิน ต.หัวเวียง อ.เมือง จ.ลำปาง 52000 โทรศัพท์ 0-5422-3623 ต่อ 1112-3 E-mail: nai7323@yahoo.com

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่นับวันจะทวีความสำคัญเพิ่มขึ้น โดยเป็นสาเหตุการตายของประชากรไทยอันดับที่ 6 กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าในปี 2553 จะมีผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงถึง 7,035 ต่อประชากร 100,000 ราย⁽¹⁾ จากสถิติของโรงพยาบาลลำปางในปี 2548 และ 2549 พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีอัตราการเข้ารับบริการอยู่ในระดับต้นๆ มาตลอด โดยพบมากเป็นอันดับที่ 8 ของผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมคือ 1,096 และ 1,122 รายตามลำดับ และพบเป็นอันดับที่ 2 และ 3 ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม จำนวน 737 และ 659 รายตามลำดับ เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรายละ 14,000 - 50,000 บาทต่อครั้ง ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวนมาก⁽²⁾ การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีเป้าหมายเพื่อคงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้หรือให้เสื่อมลงช้าที่สุด เพื่อบรรเทาอาการของโรค ป้องกันการกำเริบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยมีแนวทางการรักษา ได้แก่ การหยุดสูบบุหรี่ การรักษาด้วยยาทั้งชนิดรับประทานและชนิดพ่นสูด การฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด การให้ออกซิเจนระยะยาว และการรักษาอื่นๆ^(3,4) การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในปัจจุบันได้มีการนำมาใช้กันอย่างกว้างขวางเพื่อลดและควบคุมอาการหายใจเหนื่อยหอบ และเพิ่มสมรรถภาพของร่างกาย กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว การบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย และการดูแลด้านจิตสังคม⁽⁴⁾ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ได้ผลดีนั้น จะต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและมีการสร้างให้เกิดการคงอยู่ของความรู้^(4,5) ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวผู้ป่วย โดยมีบุคคลในครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ⁽⁶⁾

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำปาง ของธิดารัตน์ เกตุสุริยา⁽⁷⁾ พบว่า ผู้ป่วยขาดการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและร่างกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมด้านร่างกายต่ำกว่าทุกด้าน และขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลลำปาง ในปัจจุบันได้มีการให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวโดยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล สอนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยนักกายภาพบำบัดแล้วก็ตาม แต่ก็ยังให้ได้ไม่ครอบคลุมเนื่องจากจำกัดด้วยเวลาและจำนวนผู้รับบริการ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดรวมกับการสนับสนุนของครอบครัวขึ้นมา โดยใช้แนวคิดของสมาคมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา⁽⁴⁾ ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb⁽⁸⁾ และ Schaefer, Coyne and Lazarus⁽⁹⁾ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง จึงต้องการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดดังกล่าว ในการลดอาการหายใจลำบากและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental study) แบบ 1 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (one group pre and post-test design) ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ป่วยบางส่วนไม่สะดวกมาร่วมตามโปรแกรม บางส่วนมีความรุนแรงของโรคและมีโรคร่วมที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ ประกอบกับระยะเวลาที่จำกัด ผู้วิจัยจึงใช้หลักการของ Polit and Hungler⁽¹⁰⁾ คือถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลองขนาดตัวอย่างที่พอเหมาะ ควรจะเป็นอย่างน้อยที่สุด 20 - 30 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

จากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 30 ราย ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2549 – 31 พฤษภาคม 2550 โดยมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 หรือ 4 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา⁽¹¹⁾ ไม่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย มีญาติดูแล และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดรวมกับการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดของสมาคมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา⁽⁴⁾ ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb⁽⁸⁾ และ Schaefer, Coyne and Lazarus⁽⁹⁾ ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) 0.95 จากการตรวจโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

2. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยใช้แนวคิดของสมาคมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา⁽⁴⁾ ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหา 1.00

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน

2. แบบประเมินอาการหายใจลำบาก (dyspnea visual analogue scale, DVAS) เป็นแบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยภายหลังการเดินบนพื้นราบนาน 6 นาที (6 minute walk)⁽¹²⁾ โดยผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินด้วยความรุนแรงของอาการหายใจลำบากบนสเกลวัด แล้วอ่านค่าเป็นคะแนนในขณะนั้น

3. แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ อดิวัฒน์ เกตุสุริยา⁽⁷⁾ มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) 0.88

4. แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ของนิรภัย ใช้เต็มวง⁽¹³⁾ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อใน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือรักษา และภาวะโภชนาการ ลักษณะการตอบในแต่ละข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (linear analogue scale)

5. ตารางบันทึกการออกกำลังกายและฝึกบริหารการหายใจ โดยกำหนดให้ผู้ป่วยทำตามโปรแกรมวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น เป็นเวลา 8 สัปดาห์ติดต่อกัน

ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประเมินคะแนนคุณภาพชีวิต อาการหายใจลำบาก และการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวโดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน (pre-test) แล้วจึงดำเนินโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 45 - 60 นาที

ชี้แจงให้ครอบครัวทราบถึงบทบาทในการสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยครบทั้ง 5 ด้าน สอนความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการปฏิบัติตัว ฝึกปฏิบัติการใช้ยาพ่นชนิดสูด การออกกำลังกาย การใช้เทคนิคสงวนพลังงาน และการจัดทำเมื่อมีอาการหายใจเหนื่อย สอนทบทวนและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจ พร้อมทั้งชี้แจงวิธีการใช้ตารางบันทึกการออกกำลังกาย และมอบคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับศึกษาเพิ่มเติมที่บ้าน

ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 และ**ครั้งที่ 3** ในสัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลาครั้งละ 30 - 45 นาที

ติดตามการปฏิบัติตัวและประเมินปัญหาของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซักถาม

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องต่างๆ ประเมิน การปฏิบัติในเรื่องการใช้ยาพ่นชนิดสูด การฝึกบริหาร การหายใจ การออกกำลังกาย การเดิน การจัดท่าที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ ร่วม ออกกำลังกายกับผู้ป่วยและครอบครัว ตรวจสอบ ตารางบันทึกการออกกำลังกาย ให้ผู้ป่วยตอบแบบ ประเมินการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในการฟื้นฟู สมรรถภาพปอด หากพบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัว ไม่ถูกต้อง ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ หรือการสนับสนุนของ ครอบครัวยังไม่ครบถ้วน ก็จะแนะนำและชี้แจงให้ ครอบครัวได้รับทราบ ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ตลอดจนกระตุ้นให้ครอบครัวสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลา 15-30 นาที ร่วมออกกำลังกายกับผู้ป่วยและครอบครัว ตรวจสอบตารางบันทึกการออกกำลังกาย ประเมิน

อาการหายใจลำบาก และการรับรู้การสนับสนุน ของครอบครัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และให้ ผู้ป่วยประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองอีกครั้ง (post-test)

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยการแจก ความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิต อาการหายใจลำบาก และการสนับสนุนของครอบครัว เปรียบเทียบก่อน และหลังการวิจัยโดยใช้สถิติ pair t-test

ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมไป แล้ว 1 ปี นำข้อมูลในระยะเวลาเบี่ยงเบนมาสำรวจจำนวน ครั้งที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาอาการหอบเหนื่อย ที่ห้องฉุกเฉิน และจำนวนครั้งที่ต้องรับตัวไว้รักษาใน โรงพยาบาลเปรียบเทียบกับข้อมูลในปีก่อนหน้าการ เข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	60.0
หญิง	12	40.0
อายุ		
50 - 59 ปี	10	33.3
61 - 69 ปี	9	30.0
70 - 79 ปี	11	36.7
สถานภาพสมรส		
คู่	24	80.0
หม้าย หย่า/แยกกันอยู่	6	20.0
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	8	26.7
ประถมศึกษา	18	60.0
มัธยมศึกษา	4	13.3
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	20	66.7
เกษตรกรรวม	6	20.0
รับจ้าง	4	13.3
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
< 4,000 บาท	7	23.3
4,001 - 8,000 บาท	18	60.0
> 8,000 บาท	5	16.7

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นเพศชาย 18 คน หญิง 12 คน อายุเฉลี่ย 68 ปี (พิสัย 54-79 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 'ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 8,000 บาท (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยทุกรายเคยสูบบุหรี่ และร้อยละ 80 เลิกสูบแล้ว ระดับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 3

ในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยทุกรายเคยเข้ารับการรักษาอาการหอบเหนื่อยที่ห้องฉุกเฉิน โดยส่วนใหญ่มีความถี่ไม่เกิน 5 ครั้ง ผู้ป่วยร้อยละ 50 ต้องรับตัวไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 1 - 2 ครั้ง ผู้ดูแลทุกรายไม่เคยได้รับการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาก่อน เป็นบุตรร้อยละ 60 และคู่สมสร้อยละ 40 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามประวัติการเจ็บป่วย และข้อมูลของผู้ดูแล (n=30)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน		
ยังคงสูบบุหรี่อยู่	6	20.0
เลิกสูบมาไม่เกิน 5 ปี	4	16.7
เลิกสูบมา > 5 ปี	20	83.3
ระดับความรุนแรงของโรค		
ระดับ 3	17	56.7
ระดับ 4	13	43.3
การเข้ารับการรักษาอาการหอบเหนื่อยที่ห้องฉุกเฉิน		
ในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา		
1 - 5 ครั้ง	18	60.0
> 5 ครั้ง	12	40.0
การรับตัวไว้รักษาแบบผู้ป่วยในช่วงระยะ 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	7	23.3
1 - 2 ครั้ง	15	50.0
3 - 4 ครั้ง	8	26.7
ระดับการศึกษาของผู้ดูแล		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3	10.0
ประถมศึกษา	15	50.0
มัธยมศึกษา	7	23.3
อนุปริญญา	5	16.7
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย		
คู่สมรส	12	40.0
บุตร	18	60.0

ภายหลังดำเนินโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย DVAS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต

มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$, ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการหายใจลำบาก คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการสนับสนุนของครอบครัว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

คะแนนการประเมิน	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		ค่า p^*
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
การหายใจลำบาก (DVAS)	70.0	15.56	49.0	14.83	0.001
คุณภาพชีวิต	58.04	9.76	71.16	6.15	0.001
การสนับสนุนของครอบครัว	19.90	1.60	23.63	0.76	0.001

*วิเคราะห์โดย pair t-test

ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมไปแล้ว 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 76.67) มีความถี่ในการเข้ารับการรักษาน้อยที่ห้องฉุกเฉินลดลง และผู้ป่วยจำนวน 14 ราย

(ร้อยละ 46.67) มีจำนวนครั้งที่ต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลลดลง เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้าที่จะเข้าร่วมโปรแกรม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยที่มีความถี่ในการเข้ารับการรักษาน้อยที่ห้องฉุกเฉิน และจำนวนครั้งที่ต้องรับตัวไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม เทียบกับปีก่อนหน้า

การมารับบริการ	ลดลง		เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
รักษาที่ห้องฉุกเฉิน	23	(76.67)	4	(13.33)	3	(10.00)
รักษาแบบผู้ป่วยใน	14	(46.67)	9	(30.00)	7	(23.33)

วิจารณ์

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมักจะมีอาการกำเริบของโรคจนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม พยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย หายใจลำบาก มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเต็มศักยภาพ⁽¹⁴⁾ บางครั้งต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น เป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแล หรือต้อง

ปรับเปลี่ยนอาชีพการงาน⁽¹⁵⁾ ซึ่งผลกระทบต่างๆ เหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง⁽¹⁶⁾ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นทุกด้าน⁽¹⁷⁾

การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยช่วยลดอาการหายใจเหนื่อยหอบและเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น^(4,18) การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้ได้ผลดีนั้น จะต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและมีการสร้างให้เกิดการคงอยู่ของความรู้ ซึ่งพบว่า การให้ความรู้กับทั้งผู้ป่วยและ

ครอบครัวให้มีประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งจากการได้รับฟัง การได้เห็น การได้มีส่วนร่วม และลงมือปฏิบัติจะส่งผลให้ความรู้ที่ได้รับนั้นคงอยู่ถึงร้อยละ 90 ซึ่งจะแตกต่างจากการได้รับฟังของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ที่พบว่าการคงอยู่ของความรู้เพียงร้อยละ 10 เท่านั้น⁽⁴⁾ การสนับสนุนของครอบครัวมีความสำคัญยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ช่วยประคับประคองจิตใจให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี^(8,9) การฝึกให้ครอบครัวมีทักษะที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ต้องพึ่งพาทีมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้อย่างต่อเนื่อง ลดอาการหายใจลำบาก และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังดำเนินโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวแล้ว มีอาการหายใจลำบากลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของนิรามัยใช้เทียมวงศ์ ที่พบว่า การดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹³⁾

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีลักษณะเป็น hospital and home program ซึ่งมีรายละเอียดของโปรแกรม ระยะเวลาที่เข้าร่วม และกิจกรรมการออกกำลังกาย แตกต่างจากโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาของกมลวรรณ จันตระกูล⁽⁶⁾ ที่มีลักษณะเป็น home program เพียงอย่างเดียว แต่ก็ให้ผลในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเช่นเดียวกัน ข้อดีของ hospital and home program ก็คือ เป็นโปรแกรมที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติให้เห็นผลต่อเนื่องได้ที่บ้าน และเมื่อกลับมาพบพยาบาลก็ได้มีการทบทวนซ้ำ ประเมินความเข้าใจและเสริมในส่วนที่ผู้ป่วยขาดจนสามารถปฏิบัติได้เองและเห็นผล นอกจากนี้ยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย ณ คลินิกผู้ป่วยนอก และจากการ

ติดตามผู้ป่วยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไปแล้ว 1 ปีพบว่า ร้อยละ 76.67 ของผู้ป่วยมีความถี่ในการเข้ารับการรักษาอาการหอบเหนื่อยที่ห้องฉุกเฉินลดลง และร้อยละ 46.67 มีจำนวนครั้งที่ต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลลดลง เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้าเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นแนวโน้มที่ดีของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยโปรแกรมนี้

ข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้ คือ ขนาดตัวอย่างที่น้อย เนื่องจากการที่ต้องนัดผู้ป่วยและญาติมาเข้าร่วมโปรแกรมตอนปลายนอกเวลานัดหมายของแพทย์จำนวน 4 ครั้งโดยต้องเข้าร่วมครบทุกครั้ง ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ นอกจากนี้การประเมินผลในระยะเวลาที่สั้นเพียง 8 สัปดาห์นั้น ยังไม่อาจบอกได้ว่าในระยะยาวผู้ป่วยจะยังปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและมีการคงอยู่ของความรู้หรือไม่ จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

สรุป

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวอย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง จะช่วยลดอาการหายใจลำบากและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 หรือ 4 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรมีการนำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนี้ไปใช้ และติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัยโรงพยาบาลลำปางที่สนับสนุนทุนวิจัย, รศ.ดร.นพ.ชยันตร์ธร ทุมมานนท์ รศ.ชไมพร ทวีขศรี ที่ให้คำปรึกษา, นพ.นิพนธ์ เฉลิมพันธ์ชัย, นพ.อรรถ รัตนพล คุณมลวิวัลย์ มูลมงคล, คุณสุมาลี ตีรวัชรกุล อาจารย์นิธิวิดี เมธาจารย์ ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และคุณสุกัญญา อัครนิวรรณ หัวหน้าห้องตรวจอายุรกรรมที่สนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. จันทรพีญ ฐประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์; 2543. หน้า. 252-60.
2. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลลำปาง. สถิติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง; 2547.
3. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2539. หน้า. 5-16.
4. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR). Guidelines for pulmonary rehabilitation 2nd ed. Champaign: Human Kinetics; 1998.
5. American Thoracic Society (ATS). Pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med 1999;159:1666-82.
6. กมลวรรณ จันตระกูล. ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ต่อคุณภาพชีวิตผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
7. ธีรรัตน์ เกตุสุริยา. แบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาซ้ำในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลลำปาง [การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
8. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med 1976; 38:300-14.
9. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health related functions of social support. J Behav Med 1981;4:381-406.
10. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1983. p. 427.
11. American lung association. Chronic obstructive pulmonary disease. In: Dudley LD, Glaser ME, Jorgenson NB, Logan LD. Psychosocial concomitants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease: part 1 psychosocial and psychological consideration. Chest 1980; 77:413-19.
12. Gift AG. Clinical measurement of dyspnea. Dimens Crit Care Nurs 1989; 4:210-6.
13. นิรามัย ใช้เทียมวงศ์. แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
14. Wedzicha JA. Exacerbation: etiology and pathophysiologic mechanisms. Chest 2002; 121 Suppl 5:136-41.
15. Sullivan SD, Ramsey SD, Lee TA. The economic burden of COPD. Chest 2000;117 Suppl 2:5-9.
16. Padilla GV, Grant M. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. Adv Nurs Sci 1985; 8:45-60.
17. McSweeney JA, Grant I, Heaton KR, Adams MK, Timms MR. Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Arch Intern Med 1982;142:473-8.
18. Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. [cited 2004 Sep 23]. Available from: URL: <http://www.goldcopd.com/Guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intId=989>.

Pulmonary Rehabilitation and Family Support Program to Improve Quality of Life among COPD Patients

Rattinan Haemawichaiwat, MSN*

* Medical Outpatient Department, Lampang Hospital, Lampang

Abstract

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) was important problem and leading cause of admission in Lampang Hospital. The COPD patients usually experience dyspnea, exacerbation and limitation of activities. Pulmonary rehabilitation is an intervention to improve the symptoms and quality of life.

Objective : To examine the effect of pulmonary rehabilitation and family support program for decreasing dyspnea symptom and improving quality of life among COPD patients.

Material and method : The quasi-experimental study, one group pre and post-test design, was conducted at COPD clinic of Lampang Hospital between September 2006 and May 2007. Thirty outpatients, 18 men and 12 women, aged between 54-79 years old. The severity of disease were level 3 and 4. The patients participated the pulmonary rehabilitation and family support program 4 times in 8 weeks. The dyspnea visual analogue scale (DVAS) and quality of life (QOL) index scores were assessed before and after the program. The data were analyzed by descriptive statistics and pair t-test. One year after finishing program, the number of hospital admission or emergency room attention were recorded and compared with the previous record.

Results : After finishing pulmonary rehabilitation and family support program, the DVAS and QOL index score were significantly improved ($p=0.001$). One year following program, 76.67% of the patients lessened frequency of emergency room attention and 46.67% minimized the hospitalization due to severe exacerbation comparing with the previous period before starting the program.

Conclusion : The author's pulmonary rehabilitation and family support program could significantly improve dyspnea symptom and QOL in high-severity COPD patients. This program should be implemented and followed continuously to maintain its results.

Keywords : pulmonary rehabilitation, family support, dyspnea, quality of life, COPD