

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมจากแนวคิดทางทฤษฎี และหลักการทางการแพทย์บาลีที่สำคัญรวมทั้งทฤษฎี และหลักการของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ พอประมวลได้ดังนี้

1. ความหมายและแนวคิด คำว่า การพยาบาล
2. แนวคิดเรื่องการให้คำปรึกษา
 - 2.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา
 - 2.2 ความหมายของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ
 - 2.3 ลักษณะสำคัญของการให้คำปรึกษา
 - 2.4 ความสำคัญของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ
3. แนวคิดเรื่องการเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 3.1 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 3.1.1 โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง
 - 3.1.2 โรคถุงลมโป่งพอง
 - 3.1.3 โรคหอบหืด
 - 3.1.4 ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 3.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 3.2.1 พยาธิสรีรวิทยา
 - 3.2.2 สาเหตุ
 - 3.2.3 ปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยโรคหัวใจ

3.3 โรคเบาหวาน

3.3.1 พยาธิสรีรวิทยา

3.3.2 สาเหตุ

3.3.3 ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวาน

4. สรุปปัญหาและสภาวะผู้ป่วยเรื้อรัง

4.1 ความผิดปกติทางสรีรวิทยา

4.2 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

4.3 ผลของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อการปรับตัวของผู้ป่วย

5. ความต้องการการปรึกษาทางสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลกาชาดไทย

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายและแนวคิดของการพยาบาล

การพยาบาลเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพ การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ให้มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์สูงสุดที่บุคคลจะพึงมี กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย การสังเกต การดูแลช่วยเหลือ การติดต่อสื่อสาร การให้คำแนะนำปรึกษา การสอนและนิเทศการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวจึงเป็นทั้งศิลปะและศาสตร์

มยุรา กาญจนางกูร (2527) ได้กล่าวถึงการพยาบาลในลักษณะของศิลปะและศาสตร์ไว้ดังนี้

การพยาบาลเป็นศิลปะ เนื่องจากศิลปะการพยาบาลเป็นการปฏิบัติต่อคน พยาบาลจึงต้องมีความรู้สึกหรือเจตคติต่อความต้องการ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของคน มีความเข้าใจต่อภาวะเครียด หรือภาวะวิกฤตของคน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็สามารถบริหารจัดการภาวะเครียดดังกล่าว และช่วยเหลือให้คนกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพอนามัย ให้สามารถสนองความต้องการพื้นฐานได้ด้วยความรู้

สติปัญญาและด้วยความสามารถของเขาเอง ประสิทธิภาพในบริการพยาบาล ต้องอาศัยความสามารถในการเรียนรู้ เข้าใจ และทักษะในศิลปะการดูแลของพยาบาล ศิลปะการดูแลดังกล่าวจะนำมาสู่การปฏิบัติด้วยความรัก ความเมตตา ก่อให้เกิดสันติสุขในระหว่างผู้รับการดูแลและผู้ให้การดูแล

การพยาบาลเป็นบริการซึ่งต้องอาศัยความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์กายภาพ มีความสามารถในการประยุกต์ และตัดสินใจด้วยความสุขุมรอบคอบ ศาสตร์ทางการพยาบาลจะช่วยกำหนดรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลให้มุ่งไปสู่ภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล นอกจากนี้ศาสตร์ทางการพยาบาลยังให้ความเข้าใจในเรื่องคนซึ่งเป็นผู้รับบริการ สิ่งแวดล้อมของคน ภาวะสุขภาพและภาวะเจ็บป่วย ตลอดจนแนวทางในการพยาบาลคน เพื่อเป้าหมายสุขภาพอนามัย

นอกจากนี้ มยุรา กาญจนางกูร (2527: 11) ยังสรุปแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลไว้ว่า

- 1) ธรรมชาติของคนปกติ ต้องสามารถช่วยเหลือตนเองให้สนองความต้องการทางกาย จิต สังคม และวิญญาณ ด้วยกำลังกาย กำลังใจ และความรู้
- 2) การเจ็บอาจลดรอนความสามารถ ในการช่วยเหลือตนเอง ทำให้เกิดความบกพร่องในการสนองความต้องการพื้นฐาน อาจทำให้ขาดกำลัง กำลังกาย หรือความรู้ ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากภายนอก
- 3) การพยาบาลเป็นการดูแลคนดี ให้ดำรงสุขภาพไว้ได้ตามธรรมชาติ ด้วยกำลังกาย กำลังใจ และความรู้ อีกทั้งเป็นการดูแลคนเจ็บป่วยให้ช่วยตัวเองได้โดยเร็วที่สุดด้วยปัจจัยพื้นฐานให้สนองความต้องการพื้นฐานให้สำเร็จ สำหรับผู้ที่ไม่สามารถหายจากเจ็บไข้ การพยาบาลต้องช่วยให้บุคคลควบคุมจิตใจให้เผชิญวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ
- 4) บทบาทของพยาบาลเป็นบทบาทของผู้ให้ความช่วยเหลือ และชดเชยสิ่งที่ขาดพยาบาล จึงต้องประเมินความต้องการความช่วยเหลือ ทั้งในด้านความต้องการพื้นฐาน คือกำลังกาย กำลังใจ และความรู้
- 5) บทบาทของพยาบาลเป็นบทบาทของการให้การดูแลคนทั้งคน และให้การดูแลโดยทั่วไป โดยไม่เฉพาะเจาะจงถึงโรค หรือวัยของบุคคล ต้องให้การชดเชยสิ่งที่ขาดให้บุคคลดำรงศักยภาพ และศักดิ์ศรีไว้ได้ แม้จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

จากความหมายของการพยาบาลดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ครอบคลุมตามความหมายของการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยตรงมีหลายอย่าง พยาบาลเป็นผู้เลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับสุขภาพ และความต้องการของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล อาจสรุปได้ว่ากิจกรรมการพยาบาลมีดังนี้

- 1) การช่วยเหลือผู้ป่วย เกี่ยวกับการสนองความต้องการพื้นฐานการดำรงชีวิต
- 2) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา
- 3) สังเกต บันทึกปฏิบัติการและการปรับตัวของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย
- 4) สังเกต บันทึกปฏิบัติการและการ

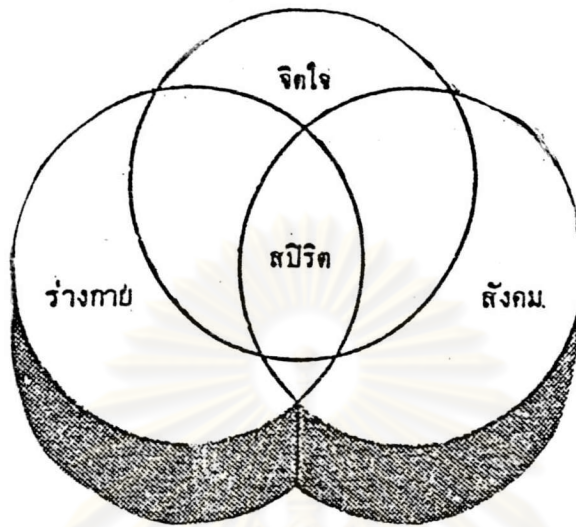
ปรับตัวของผู้ป่วยที่มีต่อการบำบัดรักษา 5) สอนการดูแลตนเองและรับปรึกษาปัญหาสุขภาพอนามัย 6) นิเทศหรือแนะแนวเรื่องกิจกรรมของชีวิตประจำวัน ที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ และ 7) วางแผนร่วมกับผู้รับบริการในการสร้างความเชื่อถือไว้วางใจ คุณค่าส่วนตัวและความรู้จักตนเอง จากกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าพยาบาลจะปฏิบัติหน้าที่หลายด้าน ทั้งด้านความเป็นอิสระทางวิชาชีพ คือสามารถคิดตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง และด้านการปฏิบัติงานร่วมกับผู้ร่วมงานทีมสุขภาพเพื่อคุณภาพของการบริการพยาบาล

การพยาบาลที่มีคุณภาพต้องประกอบด้วยความสามารถในการช่วยเหลือดูแลบุคคลได้ครอบคลุมทุกสภาพปัญหา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมดังที่ ออเกอร์ (Auger อ้างถึงใน กรรณิการ์ สุวรรณโคต 2527) ได้ให้ความหมายของการมีสุขภาพอนามัยระดับสูงสุดว่าเป็น "สภาวะของการบูรณาการ การทำงานที่เหมาะสมของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งแสดงออกโดยทางพฤติกรรมในการมีปฏิริยาโต้ตอบต่อสิ่งแวดล้อม ที่มีอย่างซับซ้อนล้อมรอบตัวบุคคลนั้นอยู่ การเปลี่ยนแปลงในด้านใดด้านหนึ่งได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม หรือวัฒนธรรมย่อมส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่สังเกตได้" ดังนั้นพฤติกรรมของบุคคลจึงมีส่วนสัมพันธ์ใกล้ชิดกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ผู้ให้บริการสุขภาพอนามัยจึงจำเป็นต้องศึกษาในศาสตร์ต่างๆ ของพฤติกรรมและนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้ได้ผลสัมฤทธิ์สูงสุด

ฟางรัตน์ บุญญารักษ์ (2529:4) กล่าวถึงความเชื่อในเรื่องแนวองค์รวมซึ่งในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า ในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ จะต้องดูแลคนทั้งคน โดยต้องพิจารณาปัญหาและความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งต้องตอบสนองหรือปฏิบัติต่อผู้รับบริการในลักษณะของความเป็นหน่วยเดียวที่เรียกว่า "รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งความเป็นหน่วยเดียว" (Holistic Nursing Model)

การสนับสนุนทางการพยาบาลให้ปฏิบัติการพยาบาลในลักษณะนี้อยู่บนพื้นฐานความเชื่อของผู้รับบริการเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีสิทธิในการได้รับบริการ และมีการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Gardner 1979:11)

ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจะต้องให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม (Holism) เพราะองค์ประกอบของบุคคลนั้นประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ออก



รูปแบบองค์ประกอบของบุคคลทั้งคน

Mary L. Hunter "The Holistic Person." in Introduction to Person-Centered Nursing by J. Lindberg, M. Hunter A. Kruszewski Philadelphia : J.B. Lippincott Co., 1983, p. 21.

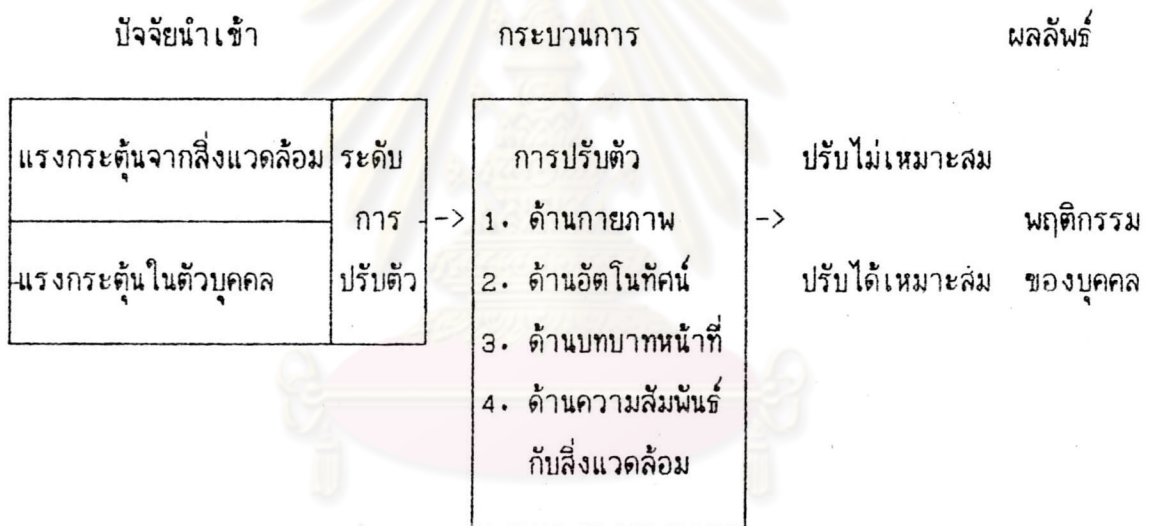
จะเห็นได้ว่า การพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพทั้งหมด เป็นสิทธิ เกี่ยวกับ ความรับผิดชอบของพยาบาลที่ดี ต้องการความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ได้รวม หลักพื้นฐาน 2 ข้อ คือ (1) การพยาบาลมีความหมายครอบคลุมถึงการบำรุงและการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคและความพิการ การฟื้นฟูสภาพ ซึ่งหมายถึงการสอน การให้คำปรึกษา และการ ดูแลด้านจิตใจ (2) บุคลากรควรให้ความนับถือผู้ป่วยเป็นบุคคลคนหนึ่งที่มีศักดิ์ศรี สิทธิ โดยไม่คำนึง ถึงเชื้อชาติ ผิว สังคม และพื้นฐานทางเศรษฐกิจ

แคลลิสต้า รอย (Callista Roy 1981:53) กล่าวว่า การพยาบาล คือ ระบบ ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการวิเคราะห์และการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วย หรือผู้ที่มีแนวโน้มจะ เกิดการ เจ็บป่วย (Roy:1976:3) และเสนอต่อไปว่า

การพยาบาลประกอบด้วยเป้าหมายและการดำเนินการ เป้าหมายของการพยาบาลคือ สนับสนุนการปรับตัวของบุคคล ซึ่งจำแนกเป็น 4 ประเภท ดังนี้ 1) การปรับตัวเพื่อให้เหมาะสม กับความต้องการด้านกายภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารเพียงพอกับความต้องการ ของร่างกาย พักผ่อนให้เพียงพอ และมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น 2) การปรับอัตมโนทัศน์

คือ การปรับแนวความคิดของบุคคลให้สอดคล้องกับสภาพของร่างกายและสิ่งแวดล้อม 3) การปรับบทบาทและหน้าที่ให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพอนามัย เช่น การปฏิบัติในขณะที่กระดูกหักต้องใส่เฝือก โดยจำกัดการเดินให้น้อยลง ใช้ขาข้างที่หักเพียงเท้าที่จำเป็นและหาอุปกรณ์ช่วยเวลาเดิน เช่น ใช้ไม้ค้ำยัน เป็นต้น และ 4) การปรับตัวให้สอดคล้องกับสังคมและสิ่งแวดล้อม

แคลลิสต้า รอย (Callista Roy 1981:53) ยังได้เสนอรูปแบบมโนคติของการพยาบาล มีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผู้รับบริการพยาบาล 2) เป้าหมายของการพยาบาล และ 3) การดำเนินการพยาบาล มีแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลบุคคล ภาวะสุขภาพอนามัยกับภาวะเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อม และการปรับตัวผสมผสานในองค์ประกอบทั้งสามนั้นด้วย ดังนี้ :-



ผลย้อนกลับ

ศูนย์วิทยพัชร์พยาบาล
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ภาพแสดงระบบการปรับตัวของบุคคล

ปรับจาก Roy C, Mcleod, D "Theory of person as an adaptive system." In Roy C. Roberts SL. (eds) : Theory-Construction in Nursing: An Adaptation Model. New Jersey: Prentice-Hall, Engle wood Cliffs, 1981:58

2. แนวคิดเรื่องการให้การปรึกษา

2.1 ความหมายของการให้คำปรึกษา (Counseling)

ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาไว้ในลักษณะต่างๆ กัน ดังนี้

โรเจอร์ส (Rogers :1942) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามใช้หลักของสัมพันธภาพในการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเข้าใจตนเอง นำตนเองไปในทิศทางที่เหมาะสม

วิลเลียมสัน (Williamson, 1965) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาไว้ในลักษณะของการให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหา หมายถึงการที่ผู้ให้คำปรึกษาซึ่งได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ทักษะในการให้คำปรึกษา ช่วยให้ผู้มีปัญหาสามารถรับรู้กระจ่างแจ้งในปัญหาของตน แก้ปัญหาของตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

วัชร ทรัพย์มี (2531:87) กล่าวว่า บริการให้การปรึกษา (Counseling Service) เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคล โดยมีการพบปะเป็นส่วนตัวระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับบริการ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถวางโครงการอนาคตของตนอย่างเหมาะสม กับทั้งเป็นการช่วยให้เขาตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งไม่ใช่เฉพาะจะสามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่เท่านั้น แต่จะช่วยให้มีทักษะในการแก้ปัญหาอื่น ๆ ได้ด้วยตัวเอง

สำราญ มีชนอน (2528:25) ได้กล่าวไว้ว่า การปรึกษาแนะแนว (Counseling) คือการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาพร้อมที่จะช่วยเหลือตนเองได้ด้วย การรู้จักตนเอง มองเห็นสภาพที่แท้จริงแห่งความเป็นอยู่ของตนเองได้ อันเป็นสภาพการณ์ใหม่ในความรู้สึก

ความหมายของการให้การปรึกษาตามทรรศนะของนักทฤษฎีต่างๆ จะเห็นว่าแม้จะต่างกันไปในแนวคิดของแต่ละทฤษฎี แต่ก็มีเป้าหมายเดียวกันคือ การช่วยเหลือให้บุคคลรู้ เข้าใจ ยอมรับตนเอง และปัญหาของตน ตลอดจนสามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม ลักษณะของการให้คำปรึกษานั้นจะเน้นที่การช่วยให้ผู้มีปัญหา หรือผู้มีความทุกข์ได้ทูลเกล้าหรือผ่อนคลายทุกข์เหล่านั้นลง ซึ่งจะตรงกับบทบาทที่สำคัญของพยาบาลอีกบทบาทหนึ่ง เพราะบทบาทของพยาบาลคือ ผู้ที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากสภาวะทุกข์ทรมานต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

2.2 ความหมายของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ (Health Counseling)

ลิตแวก (Litwack 1980:19) ให้คำนิยามของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ (Health Counseling) ว่าหมายถึงกระบวนการของสัมพันธภาพแห่งความเข้าใจดีต่อกันและกัน ในอันที่จะช่วยผู้รับคำปรึกษาให้สามารถสร้างเสริมสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยกระบวนการนี้บุคคลจะสามารถเพิ่มพูนศักยภาพแห่งตนในการ บังชี้ถึงความต้องการของตนได้มากที่สุด และสามารถจะเลือกสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนหรือเสริมสร้างสุขภาพอนามัยที่ดี ภายในภาวะแวดล้อมที่ดำรงอยู่

สจิวต (Stewart 1983:7) ให้นิยามของการให้คำปรึกษาผู้ป่วย (Patient counseling) ว่าหมายถึง การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะของโรคและการรักษาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้สุศึกษาผู้ป่วย เพื่อให้เขาเข้าใจและสามารถจัดการกับ ภาวะของโรคและการรักษาที่เกี่ยวข้อง การให้สุศึกษาและการให้คำปรึกษามีความสัมพันธ์กัน อย่างใกล้ชิด และมักจะดำเนินการควบคู่กันไปอย่างที่ไม่อาจจะแยกกันได้

สุนทรี ภาณุทัต (2532:459) ให้ทรรศนะว่า การให้คำปรึกษาทางสุขภาพและการสอนทางสุขภาพอนามัยแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้เกี่ยวข้อง เป็นบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านหนึ่งของพยาบาล ที่จะต้องให้ความรู้หรือผสมผสานไปกับการให้บริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ ทุกรายตามความเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้นอีกด้วย นอกจากนี้ การให้คำปรึกษาทางสุขภาพยังช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพของการสอนทางสุขภาพอนามัย อีกด้วย กล่าวคือ เมื่อความเครียดของผู้ป่วยลดลง การรับรู้ของเขาจะดีขึ้น

อรพรรณ ลีอนุวัชชัย (2532:76) ได้ให้ความหมายการเป็นที่ปรึกษาทางสุขภาพ ว่า หมายถึงการช่วยเหลือบุคคลให้มีสุขภาพดี สมบูรณ์ที่สุดทั้งสุขภาพทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยอาศัยเทคนิควิธีการในการให้คำปรึกษาอย่างถูกต้องเหมาะสม และพื้นฐานความรู้สุขภาพอนามัย ของผู้ให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาทางสุขภาพนั้นจะมุ่งเพื่อช่วยให้บุคคลรู้จัก เข้าใจ ยอมรับ เกี่ยวกับสุขภาพของตน ในการดูแลสุขภาพของตน ปรับตนเองเกี่ยวกับเจตคติ ค่านิยม และการปฏิบัติตน ในการดูแลสุขภาพของตนอย่างถูกต้อง จนมีความสมบูรณ์ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

จะเห็นได้ว่าการให้คำปรึกษาทางสุขภาพนั้น มุ่งที่การใช้กระบวนการของสัมพันธภาพอันดีต่อกันและกัน ในการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้พัฒนาศักยภาพแห่งตนในการที่จะแก้ไขปัญหาหรือตัดสินใจ เลือกสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนหรือส่งเสริมตนเอง ให้อยู่ในภาวะที่ดีที่สุดเท่าที่จะพึงกระทำได้ในภาวะแวดล้อมนั้นๆ ซึ่งจะครอบคลุมปัญหาทุกแง่ทุกมุมในการดำรงชีวิตของบุคคล หรือที่เรียกว่า เป็นการดูแลสุขภาพบุคคลทั้งคน (Holistic care)

2.3 ลักษณะสำคัญของการให้คำปรึกษา

ทฤษฎีในการให้คำปรึกษาโดยทั่วไปมาจากการรวบรวมเอาแนวคิดด้านต่าง ๆ ของบุคคลตั้งแต่พื้นฐานทางประวัติศาสตร์ สังคมศาสตร์ ปรัชญาความเชื่อในธรรมชาติของมนุษย์ โดยอาศัยทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ของมนุษย์ ทฤษฎีบุคลิกภาพ และทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์เป็นพื้นฐาน เพราะเป้าหมายของการให้คำปรึกษานั้นเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพบางส่วน of มนุษย์ รวมถึงเจตคติ ความรู้สึก การรับรู้ คุณค่า และเป้าหมายของชีวิตของแต่ละคน เพื่อเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

ทฤษฎีในการให้คำปรึกษานั้นมีลักษณะสำคัญอยู่ 2 ลักษณะ (อ้างถึงใน อรรถพร ลีอนุวัชชัย 2532) คือ

ลักษณะที่ 1 การให้คำปรึกษาแบบนำทาง (Directive Approach) เป็นลักษณะของการให้คำปรึกษาแบบยึดตัวผู้ให้คำปรึกษาเป็นหลัก (Counselor Centered Approach) ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้วิธีการนำการสนทนาด้วยการตั้งคำถามให้ความมั่นใจ ให้คำแนะนำ และแนะช่องทางเพื่อหาข้อมูล บางครั้งผู้ให้คำปรึกษาอาจจะเสนอแนะหรืออาจตัดสินใจในกรณีที่เห็นว่าผู้มารับบริการสุขภาพอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ การให้คำปรึกษาแบบนี้มักใช้กับผู้มารับคำปรึกษาที่มีปัญหาเกี่ยวกับการศึกษา อาชีพ หรือการตัดสินใจเกี่ยวกับการเรียน ความรู้-ความสามารถ การงานและความสุขในงาน หรือเกิดความสงสัยไม่แน่ใจเกี่ยวกับตนเอง ผู้ให้คำปรึกษา จะสะท้อนให้ผู้รับคำปรึกษารู้ถึงจุดเด่นและจุดด้อยในตัวเพื่อตัดสินใจเลือกใช้ความสามารถของตนให้ได้เต็มที่

ลักษณะที่ 2 การให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง (Non-directive Approach) เป็นลักษณะของการให้คำปรึกษาโดยยึดตัวผู้มาขอรับคำปรึกษาเป็นหลัก (Client Centered Approach) การให้คำปรึกษาแบบนี้มักใช้กับผู้มาขอรับคำปรึกษาที่มีปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก

การปรับตัว ผู้ให้คำปรึกษาจะแสดงความเห็นใจ เข้าใจ ยอมรับเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาแสดงความรู้สึก อารมณ์ และความคับข้องใจออกมา โดยที่ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่แสดงความคิดเห็นว่าเห็นด้วยหรือไม่ แต่พยายามหาวิถีทางที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจปัญหา และตัดสินใจปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง ลักษณะแตกต่างตามความเชื่อของนักทฤษฎีแต่ละกลุ่มมีดังนี้

กลุ่มที่ 1 ทฤษฎีแนวความคิดเกี่ยวกับคุณลักษณะและองค์ประกอบ (Trait Factor Centered Approach) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับมนุษย์กับงาน ความสามารถ และความสุขในการทำงาน โดยมีความเชื่อว่ามนุษย์ต้องพึงพาอาศัยผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักตนเอง และใช้ความสามารถในการเลือกแนวทางของตนเองอย่างเหมาะสม ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าผู้ที่มีปัญหาคือผู้ที่ไม่แน่ใจในความสามารถของตนเอง ไม่รู้วิธีที่จะใช้ความสามารถของตนไปในทางที่ดีที่สุดได้อย่างไร ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะมอบบทบาทในการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา รู้จักตนเองถึงความสามารถ ความถนัด พร้อมทั้งเสนอแนวทางเพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีที่ดีที่สุด บางครั้งผู้ให้คำปรึกษาอาจต้องช่วยผู้มาขอรับคำปรึกษาในการตัดสินใจให้ด้วย ถ้าผู้ขอรับคำปรึกษาอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้

กลุ่มที่ 2 ทฤษฎีนี้มีแนวความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory Approach) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ ผู้ที่มีปัญหาคือผู้ที่รับการเรียนรู้มาผิด ๆ จนไม่สามารถตอบโต้กับสิ่งแวดล้อมได้ วิธีการช่วยเหลือผู้มีความทุกข์ก็คือผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษาจะร่วมกันวางแผนและตั้งจุดมุ่งหมายในการสร้างพฤติกรรมที่ดีและน่าพอใจ

กลุ่มที่ 3 แนวความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีภวนิยม (Existentialist) ทฤษฎีนี้เน้นในเรื่องความมีอิสระของมนุษย์ การมีชีวิตที่มีความหมาย (Meaning of Life) โดยมีความเชื่อว่า เหตุที่มนุษย์มีความทุกข์หรือมีปัญหานั้น เนื่องจากตนรู้สึกว่าคุณชีวิตตนไม่มีความหมาย อยู่อย่างเลื่อนลอยหาความสุขไม่ได้ ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยผู้มารับคำปรึกษาให้รู้จักหาสิ่งที่มีความหมายให้กับตนเอง สร้างเป้าหมายชีวิตให้ตนเอง เพื่อมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม เน้นให้เห็นถึงความมีอิสระในตัวเองของมนุษย์ ในการเลือกและตัดสินใจทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตัวเอง พร้อมกับรู้จักรับผิดชอบในผลที่ตามมาจากการกระทำของตนเอง

กลุ่มที่ 4 แนวความคิดตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Approach) ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์ก็คือสัตว์โลกชนิดหนึ่งที่มีความต้องการ (id) หรือตัณหา ผู้ที่มีความทุกข์คือผู้ที่มีความขัดแย้งใจ (Conflict) ไม่สามารถผสมผสานระหว่างความต้องการของตนเอง หรือตัณหากับความรู้สึกผิดชอบชั่วดีได้อย่างเหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษาจะหาทางช่วยเหลือผู้มารับคำปรึกษาโดยชี้ให้เห็นถึงสาเหตุและเรื่องราวที่เป็นความขัดแย้งใจของผู้มีความทุกข์ เสนอแนะให้เขายอมรับ สาเหตุและปัญหาของตนเอง ความขัดแย้งใจจะลดลง ผู้มีทุกข์จะมองเห็นแนวทางในการช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น

กลุ่มที่ 5 ทฤษฎีแนวความคิดที่ผู้มารับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client Centered Theory Approach) ทฤษฎีนี้ผู้ริเริ่มคือ Rogers ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรี มีคุณค่าและเกียรติยศ มีความฉลาด สามารถพัฒนาตนเองได้ ผู้มีทุกข์คือผู้มีอะไรบางอย่างบดบังความสามารถและความรู้แจ้งเห็นจริง จนทำให้เขาไม่สามารถแสดงความสามารถออกมาได้ เช่น การคิดว่าตนเองมีปมด้อยกว่าคนอื่น ๆ แล้วทำให้เกิดทุกข์ ฉะนั้นการให้คำปรึกษาจะใช้วิธีช่วยให้ผู้มีทุกข์ได้แสดงออกถึงความรู้แจ้งเห็นจริง โดยผู้ให้คำปรึกษาให้ความอบอุ่น ยอมรับเป็นกันเองกับผู้มีทุกข์ เปิดโอกาสให้เขาได้ตัดสินใจด้วยตนเอง

กลุ่มที่ 6 แนวความคิดแบบเกสตัลท์ (Gestalt Theory Approach) ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าแก่นแท้ของมนุษย์ก็คือความเป็นมนุษย์ทั้งตัว มองในแง่ (wholistic approach) มนุษย์มีบุคลิกที่ผสมผสานกันระหว่างสิ่งที่พึงพอใจและสิ่งที่ไม่พึงพอใจของตนหรือสังคม ผู้ที่มีความทุกข์ก็คือผู้ที่ไม่กล้าแสดงออกต่าง ๆ ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยผู้ที่มีทุกข์ให้ได้ระบายความทุกข์ที่เก็บกดไว้ออกมา

การให้คำปรึกษาอาจกระทำได้ทั้งการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล (Individual Counseling) หรือให้คำปรึกษาแบบเป็นกลุ่ม (Group Counseling) ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้รับบริการ ลักษณะของปัญหา เป้าหมายในการให้คำปรึกษาแต่ละสภาพปัญหา และความพร้อมของผู้ให้คำปรึกษา

ในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจะเน้นที่การช่วยให้บุคคลบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีสูงสุดของเขา ส่วนชนิดของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับพื้นฐานของผู้ให้คำปรึกษา ผู้ที่มีพื้นฐานด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล จะเป็นผู้ที่มีความสามารถเป็นที่ปรึกษาทางสุขภาพได้ผลดีกว่าผู้อื่น เพราะได้อาศัยความรู้พื้นฐานเฉพาะทางนำมาประกอบกันด้วย

2.4 ความสำคัญของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

ปัจจุบันสถาบันบริการทางสุขภาพต่างตระหนักว่าเป็นหน้าที่หนึ่งของการบริการสุขภาพที่จะต้องจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาทางสุขภาพให้แก่ผู้มารับบริการนอกเหนือจากการให้บริการบำบัดรักษาทางกาย เพื่อให้ครอบคลุมถึงการบำบัดหรือการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาทางจิตสังคมของบุคคลนั้นๆ ด้วย การให้คำปรึกษาทางสุขภาพจึงเป็นส่วนหนึ่งของการบริการสุขภาพที่จะต้องให้ผู้รับบริการควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลโรคภัยไข้เจ็บ เพราะการให้คำปรึกษาทางสุขภาพมีความสำคัญต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และสถานบริการ สรุปได้ดังนี้

2.4.1 ความสำคัญต่อผู้รับบริการ คือทำให้ผู้รับบริการเข้าใจสาเหตุของปัญหาสามารถเผชิญกับปัญหาหรือภาวะเครียด มองเห็นแนวทางในการแก้ไขและพัฒนาศักยภาพในการปรับตัวได้เหมาะสม

การเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นโรคใด ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อปัจจัยด้านจิตสังคมเป็นอย่างมาก จะเห็นได้ว่าบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้านร่างกาย จะเกิดสภาวะเครียดทางด้านจิตใจและการปรับตัวจะเสียไปด้วย เมื่ออาการทางกายของเขาดีขึ้น ความรู้สึกเครียดและสภาวะทางจิตใจก็จะดีขึ้นตามมา ทั้งนี้เพราะกายกับจิตนั้นมีความสัมพันธ์กัน

2.4.2 ความสำคัญต่อผู้ให้บริการ คือ เสริมสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการได้ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างสอดคล้องกัน

2.4.3 ความสำคัญต่อสถานบริการ คือ เพิ่มประสิทธิภาพของการบริการสุขภาพ ลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นการประหยัดเวลาและการลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ

3. แนวคิดเรื่องการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผู้ป่วยเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่มีความเบี่ยงเบนหรือสูญเสียความปกติของร่างกายหรือจิตใจอย่างถาวร ประกอบด้วยลักษณะใดลักษณะหนึ่งต่อไปนี้ 1) มีความเบี่ยงเบน หรือสูญเสียความปกติของร่างกายหรือจิตใจอย่างถาวร 2) มีความพิการเกิดขึ้น 3) มีพยาธิสภาพที่เปลี่ยนไปไม่สามารถคืนสู่สภาพปกติ 4) ต้องการการฟื้นฟูสภาพเป็นพิเศษ 5) ต้องการการดูแลช่วยเหลือเป็นระยะเวลานาน

จากความหมายดังกล่าวมานี้ ผู้ป่วยเรื้อรังจึงหมายความครอบคลุมไปถึงผู้พิการ ซึ่งหมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติของรูปร่าง หรือหน้าที่ของอวัยวะของผู้ป่วยด้วย

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีสูงขึ้น รวมถึงประเทศไทยด้วย จากสถิติสาธารณสุขของประเทศไทย พ.ศ. 2531 พบว่า ประชากรไม่น้อยกว่า 1,400,000 คน จะเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคทางเดินหายใจ (ได้แก่ วัณโรค โรคถุงลมโป่งพอง หลอดลมอักเสบ หืด) โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ตายจากโรคหัวใจวาย โรคเบาหวาน มะเร็ง โรคจิต แผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้มีผู้ป่วยเรื้อรังหรือพิการ อันเป็นผลสืบเนื่องจากอุบัติเหตุเป็นจำนวนมากไม่ต่ำกว่าปีละ 180,000 คน โรคเรื้อรังอาจเป็นได้กับบุคคลทุกกลุ่มอายุ จากสถิติพบว่าผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังหรือพิการมากที่สุด และมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทางการสาธารณสุข ตลอดจนประชาชนทั่วไป

กรรณิการ์ สุวรรณโคต (2529) ได้กล่าวถึงสภาวะของการเจ็บป่วยเรื้อรังว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญต่อสิ่งเร้ามากมายที่ก่อให้เกิดความเครียด ครอบครัวของผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะเป็นบุคคลกลุ่มที่มีความสำคัญต่อชีวิตผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดในระบบการทำงานด้านจิตสังคาของผู้ป่วย โดยเฉพาะปฏิกิริยาทางความรู้สึก อารมณ์ การรับรู้ ความคิด พฤติกรรมของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับสภาพอารมณ์ ความรู้สึก และวิธีการที่ใช้ในการเผชิญภาวะเครียด สภาพอารมณ์และความรู้สึกมักพบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่

3.1 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปอดเป็นอวัยวะสำคัญอย่างหนึ่งของร่างกาย มีหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจน และขับถ่ายคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกาย การทำงานของปอดจะมีความสัมพันธ์กับการทำงานของระบบอื่น เช่น ระบบประสาท ระบบการไหลเวียน กระบังลม และกล้ามเนื้อการหายใจอยู่ตลอดเวลา ปอดขวามี 3 กลีบ ได้แก่ ปอดกลีบขวาบน กลีบขวากลาง และกลีบขวาล่าง ส่วนปอดซ้ายมี 2 กลีบ ได้แก่ กลีบซ้ายบน และกลีบซ้ายล่าง เท่านั้น

ทางเดินหายใจ ประกอบด้วย ทางเดินหายใจส่วนบน คือ จมูก หรือปาก nasopharynx หรือ oropharynx และ larynx ทางเดินหายใจส่วนล่างมี trachea (หลอดลมใหญ่) bronchus (หลอดลมเล็ก) และ bronchiolis (หลอดลมฝอย)

- หลอดลมใหญ่ จะแยกเป็นด้านซ้ายและขวา ตรงระดับกระดูกสันหลังส่วนคอข้อที่ 4-5 แล้วหลอดลมเล็กที่แยกออกมาจากหลอดลมใหญ่ จะแยกออกเป็นหลอดลมที่เล็กลงไป เข้าไปสู่ปอด ส่วนต่าง ๆ และแยกแขนงออกไปอีกประมาณ 15-20 ครั้ง จึงถึงหลอดลมส่วนปลายที่เรียกว่า terminal bronchiole ต่อจากหลอดลมส่วนปลายก็จะเป็น respiratory bronchiole, alveolar duct และ alveoli ตามลำดับ ส่วนตั้งแต่ respiratory bronchiole ลงมา จะทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ

ปัญหาเกี่ยวกับระบบการหายใจ มีสาเหตุมากมายที่เป็นแบบเฉียบพลัน และพบได้บ่อยก็คือการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจทั้งจากแบคทีเรีย และไวรัส สาเหตุของความเจ็บป่วยมากที่สุด คือ การแพ้อากาศ ซึ่งจะมีอาการโรคของทางเดินหายใจได้ตลอดปี เช่น เป็นหอบหืด และบางคนอาจเกิดจากสารพิษ จากบุหรี่ ทำให้เกิดโรคเรื้อรังทางระบบทางเดินหายใจ คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วัณโรคปอด โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น โรคเรื้อรังทางปอดนี้ เป็นสาเหตุให้คนเป็นล้าน ๆ เสียเวลาในการทำงาน บางคนต้องลาออกจากงาน และบางคนต้องใช้เวลารักษานานนับปี เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ต่อไป ปัจจุบันนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงาน ว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งเป็นสาเหตุของการไม่สามารถกลับไปทำงานดังเดิมได้ และพบมากในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (Howard A Rusk 1977 : 497) และยังมีรายงานอีกว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะเริ่มแรก ถ้าได้รับการฟื้นฟูสภาพ จะสามารถกลับเข้าทำงานได้ปกติถึงร้อยละ 25 แต่ถ้าไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ จะกลับเข้าทำงานได้เพียงร้อยละ 3 เท่านั้น (Hass A. and H. Cardon 1968 : 593)

เมื่อเกิดพยาธิสภาพกับปอดจะสาเหตุได้ก็ตาม จะทำให้ความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ของปอดลดลง ความจุปอดลดลง ทำให้ร่างกายขาดออกซิเจนได้ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยก็ผิดปกติไป คือลดลงจากเดิมจะเหนื่อย หอบง่าย ไอ ถ้าเป็นมาก ๆ ก็จะทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างของร่างกาย เช่น เกิดภาวะอกรวน (Flail chest) ได้

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เป็นกลุ่มของโรคที่เป็นความผิดปกติ เนื่องจากมีการอุดกั้นในทางเดินหายใจ จากการเปลี่ยนแปลงในหลอดลม หรือในเนื้อปอด ทำให้หลอดลมตีบแคบลงหรือตัน เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมรรถภาพการทำงานของปอด การดำเนินโรคจะค่อยเป็นค่อยไป การอุดกั้นในปอดที่เกิดขึ้นจะเป็นอย่างเรื้อรัง และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่กลับคืนสู่สภาพปกติได้อีก โดยมากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะเกิดทั่ว ๆ ไปทั้งปอด แต่อาจเป็นเฉพาะแห่งก็ได้ โรคในกลุ่มนี้ คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งทั้งสองโรคนี้อาจมีลักษณะทางคลินิกบางอย่างคล้ายคลึงกัน หรืออาจพบร่วมกัน จึงมักเรียกรวมไปว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) นอกจากนี้พวกหอบหืดก็เข้าร่วมลักษณะมีการอุดกั้นทางเดินหายใจเช่นกัน ดังจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

3.1.1 โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

การอุดกั้นในหลอดลมเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น การเพิ่มความหนาของผนังหลอดลม การบวมของผนังหลอดลม ซึ่งอาจเป็นผลจากการอักเสบ การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ หลอดลมจากการระคายเคือง ปริมาณเสมหะที่เพิ่มขึ้น ผลจากการหดรั้งตัวของผนังปอด หรือการทำลายเนื้อเยื่อของปอด ทางเดินลมหายใจที่แคบลงหรือตีบตัน จะทำให้การกระจายของลมหายใจไม่สม่ำเสมอ บางส่วนมีการถ่ายเทอากาศไม่ดี เลือดที่มาสู่ปอดส่วนนั้นจะไม่ได้รับการถ่ายเทออกซิเจนหรือได้รับน้อย ทำให้เลือดที่ไหลผ่านปอดส่วนนั้นมีระดับออกซิเจนต่ำ ไหลเข้าสู่วงจรเลือดแดง

การอุดกั้นในหลอดลม ถ้าเป็นมากก็ทำให้การแลกเปลี่ยนภายในถุงลมฝอยโดยทั่วไปลดลง เป็นผลให้ระดับออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ ระดับคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้น เกิดภาวะ hypoxemia และ hypercapnia ผลจาก hypoxemia ทำให้เส้นเลือดแดงฝอยในปอดหดตัวแรงต้านในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้แรงดันในหลอดเลือดแดงของปอดเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ภาวะ hypoxemia ยังทำให้มี secondary polycythemia เกิดขึ้นด้วย เมื่อแรงดันในหลอดเลือดแดงเพิ่มมากขึ้น หัวใจซีกขวาต้องทำงานต้านแรงดันที่สูงขึ้น ทำให้มี hypertrophy, cor pulmonale อาจหัวใจวายในที่สุด ถ้าขาดออกซิเจนมาก ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเขียว

สาเหตุยังไม่ทราบแน่นอน แต่จากการสังเกตหรือตรวจภายในผู้ป่วย และจากการทดลองบ่งชี้ว่าสาเหตุน่าจะมาจากการสูบบุหรี่ สารพิษในอากาศ และการอักเสบติดเชื้อของหลอดลม

การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุเด่นและสำคัญ มีข้อสนับสนุนหลายอย่างที่ทำให้เชื่อว่าควันบุหรี่ที่ร่างกายได้รับเกี่ยวข้องกับกาเกิดโรคนี้ โดยตามสถิติพบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดอุดกั้นเรื้อรัง พบมากในคนสูบบุหรี่ และอัตราการเกิดโรคจะมากขึ้นตามปริมาณบุหรี่ที่สูบ พบว่าอัตราการติดเชื้อและการอักเสบของทางเดินหายใจ ในคนที่สูบบุหรี่เป็นมากกว่าคนที่ไม่สูบ และจากการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่จะทำให้หอบหืดอักเสบ และมีการอุดกั้นของหลอดลมเกิดขึ้น ซึ่งมีผลทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง

สารพิษในอากาศ ผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองที่มีโรงงานอุตสาหกรรมมาก และมีการจราจรคับคั่ง จะเป็นโรคหอบหืดอักเสบเรื้อรัง มากกว่าผู้ที่อาศัยในชนบท เด็กที่อาศัยในบริเวณที่มีภาวะอากาศเป็นพิษหนาแน่น พบมีการอักเสบของระบบหายใจได้ในอัตราสูงกว่าเด็กที่อาศัยในบริเวณอื่น สารจำพวกซัลเฟอร์ไดออกไซด์ และซัลเฟอร์ไตรออกไซด์ ซึ่งเกิดจากการเผาถ่านหิน หรือน้ำมันเชื้อเพลิง เป็นสารที่เป็นพิษต่อการทำงานของปอด

การอักเสบติดเชื้อของหลอดลม ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เป็นโรคหอบหืดอักเสบเรื้อรัง จะมีประวัติการอักเสบของหลอดลมจากการติดเชื้อมาก่อน แต่อาการของโรคจะค่อยเป็นค่อยไป ใช้เวลานาน จึงเป็นการยากที่จะบอกถึงความสัมพันธ์ของโรคนี้กับการอักเสบติดเชื้อในอดีต เด็กที่เป็นโรคหอบหืดอักเสบหลาย ๆ ครั้ง บางคนไม่เกิดหอบหืดอักเสบในระยะต่อมา

3.1.2 โรคถุงลมโป่งพอง

ตามปกติ elastic และ collagen fiber ที่พบบ่อย ๆ bronchiole แล้ว แผ่กระจายออกไปคล้ายวงล้อไปพันสอง alveolus แรงดูดจากถุงลมเหล่านี้ช่วยดึงรั้ง bronchiole ไว้ไม่ให้แฟบในภาวะที่หายใจออก ในถุงลมโป่งพองมีการทำลายผนังถุงลม ทำให้ elastic และ collagen fiber ถูกทำลายไปด้วย ทำให้แรงดูดบนหลอดลมส่วนปลายลดลง จึงมีการแฟบปิดของทางเดินหลอดลมในขณะหายใจออก และยังเกิดพยาธิสภาพที่ทำให้ความยืดหยุ่นทางปอด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการหายใจออกลดลง การอุดกั้นในหลอดลมส่วนปลายและความยืดหยุ่นที่ลดลงมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจออกต่ำกว่าปกติ

ในปัจจุบันสาเหตุสำคัญ 2 ประการ ที่ทำให้เกิดได้แก่ การสูบบุหรี่ และภาวะการขาด Alpha-Protease Inhibitor (API)

บุหรี่เป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคนี้ แต่ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ก็เป็นได้ โรคนี้จะเกิดขึ้นกับคนบางกลุ่ม ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีคำอธิบายที่เด่นชัดเกี่ยวกับเรื่องนี้ สาเหตุที่เกิดจากบุหรี่เชื่อว่าควันบุหรี่ที่เข้าไปในปอดจะกระตุ้น alveolar macrophage ทำให้มีการหลั่ง chemotactic factors ทำให้มีการหลั่ง chemotactic factors ทำให้ polymorphonuclear Leukocytes จากหลอดเลือดผ่านเข้ามายังถุงลมและปลดปล่อย elastase ซึ่งเป็นตัวสำคัญที่ทำลาย elastin ในผนังถุงลม ทำให้เกิดโรคได้

3.1.3 หอบหืด

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยา ในขณะมีการหอบหืด หลอดลมจะมีขนาดตีบลง เนื่องจากมีการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม ในระยะแรกการหดตัวจะเกิดในส่วนของหลอดลมใหญ่ก่อน ถ้าเป่งบานและรุนแรงจะมีการหดตัวในส่วนของหลอดลมเล็ก และ bronchiole ด้วย นอกจากนี้ยังมีเยื่อหลอดลมบวมและหนาขึ้นกว่าปกติ เนื่องจากมีการอักเสบของเซลล์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอีโอซิโนฟิล และนิวโตรฟิล และพบว่ามีจำนวนของ mucous gland และ goblet cell เพิ่มขึ้น มีเสมหะซึ่งมีลักษณะเป็นมูกเหนียวและมีอีโอซิโนฟิลจำนวนมาก เสมหะเหล่านี้จะจับติดอยู่ตามผนังเลือดหรืออุดอยู่ในแขนงหลอดลมเล็ก

ระบบประสาทอัตโนมัติ ที่ควบคุมหลอดลม ประกอบด้วยอะครีเนอร์จิก และโคลิเนอร์จิก รีเซพเตอร์ การควบคุมขนาดของหลอดลมนี้อาศัยตัวนำอัตโนมัติ

ตัว Beta adrenergic receptor มี adenylyl cyclase ซึ่งเป็น cell membrane enzyme ทำหน้าที่ให้แก่ receptor เมื่อมีการกระตุ้นที่ receptor นี้ จะมีการเปลี่ยน ATP เป็น cyclic AMP สารชนิดนี้มีฤทธิ์ ทำให้มีการขยายตัวของหลอดลม และกันไม่ให้มีการปลดปล่อยฮีสตามีนจากมาสต์ เซลล์

alpha adrenergic receptor มี ATP ase ซึ่งเป็น cell membrane enzyme อีกชนิดหนึ่ง ทำหน้าที่ให้แก่ receptor นี้ ATP ase enzyme จะเปลี่ยน ATP เป็น ADP การทำงานของ enzyme นี้ จะแข่งขันกับ adenylyl cyclase enzyme อยู่ตลอดเวลาโดยที่เมื่อ cell membrane enzyme ชนิดหนึ่งได้เปลี่ยน ATP ไปแล้ว อีกชนิดหนึ่งก็ไม่สามารถทำงานได้ cholinergic receptor มี cell membrane enzyme ชื่อ guanylyl cyclase ทำหน้าที่เปลี่ยน GTP เป็น cyclic GMP สารชนิดหลังนี้มีฤทธิ์ทำให้เกิดการตีบตัวของหลอดลม ในภาวะปกติขนาดของหลอดลมอาศัยดุลของระดับ enzyme cyclic AMP, cyclic GMP และ ATP ase

การอดกั้นที่เกิดขึ้นในหลอดลม ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการหอบหืด จะมีผลทำให้ +แรงต่อต้านของทางเดินหายใจสูงขึ้น และผู้ป่วยต้องออกแรงในการหายใจเพิ่มขึ้นจนเกิดอาการ หอบเหนื่อย

สาเหตุ

สารภูมิแพ้ ที่พบบ่อยคือสารประเภทสเตรอยด์ คือ ผุ่นบ้าน เกสรดอกไม้ ไรบ้าน แมลงสาบ เชื้อรา ขนสัตว์ และขนนก

การอักเสบติดเชื้อ นอกจากจะทำให้เกิดการอดกั้นขึ้นในหลอดลมแล้ว ในบริเวณที่มีการอักเสบอาจมีการสร้างแอนติบอดี ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดการหดเกร็งของหลอดลมได้

สภาพจิต พบว่า ผู้ป่วยหอบหืดมักมีพฤติกรรมของสภาพจิตแปรปรวนสูงกว่าคนปกติ และพบว่าการแปรปรวนของอารมณ์เป็นต้นเหตุสำคัญในการทำให้เกิดอาการหอบหืดได้บ่อยๆ

การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างหนัก เช่น วิ่ง หรือถีบจักรยานต่อกัน เป็นเวลาอย่างน้อย 8 นาที อาจทำให้เกิดอาการหอบหืดขึ้นได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยวัยเด็ก

อากาศเป็นพิษ สารพิษในอากาศ เช่น ออกไซด์ของไนโตรเจน และซัลเฟอร์ สารไฮโดรคาร์บอน ที่มาจากโรงงานอุตสาหกรรม ไอเสียรถยนต์ สารเหล่านี้มีฤทธิ์ระคายเคือง ต่อต่อเยื่อหลอดลมโดยตรง และควันบุหรี่ก็อาจทำให้เกิดอาการหอบหืดขึ้นได้ในผู้ป่วยบางคน

อาชีพ บุคคลที่ทำงานอยู่ในบริเวณที่มีสารก่อภูมิแพ้มาก ๆ เช่น โรงงานผงซักฟอก โรงงานจะเกิดน้ำมันละหุ่ง โรงงานอุตสาหกรรมไฟฟ้า เป็นต้น

สาเหตุอื่น ๆ ตัวกระตุ้นเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น ลมเย็น การเปลี่ยนแปลงของบรรยากาศรอบตัว ฝนตก ชื้น การออกกำลังกาย ควันไฟ กลิ่นเหม็น ยาบางอย่าง เป็นต้น

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหอบหืด จะรุนแรงมากขึ้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค และระยะเวลาของการเป็นโรค อาการที่พบบ่อย คือ ไอ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย นิ่งเสียงหายใจจะได้ยินเสียงวี๊ด ๆ หายใจออกจะแรงกว่าหายใจเข้า ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะมีอาการ ชาตออกซีเจน เขียว และหัวใจข้างขวาขยายได้

การตรวจสอบสมรรถภาพของปอด พบว่า ความจุการหายใจสูงสุด และปริมาตรอากาศที่หายใจออกเต็มที่ในหนึ่งหน่วยเวลาลดลง เนื่องจากทางผ่านของอากาศหายใจตีบแคบ หลังมีแรงต้านของหลอดลมสูงขึ้น ความจุปอดรวมและปริมาตรอากาศส่วนที่เหลือเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีอากาศในปอดมากขึ้น

3.1.4 ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)

ปัญหาทางสรีระ

- 1) ความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนของปอดลดลง ความจุปอดลดลง ทำให้ร่างกายต้องลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายลง มีอาการเหนื่อย หอบง่าย สภาพร่างกายอ่อนแอลง ทำให้ภูมิต้านทานร่างกายลดลง มีการติดเชื้อได้ง่ายและรุนแรงกว่าผู้ที่มีปอดปกติ
- 2) ต้องออกแรงในการหายใจออกมากกว่าหายใจเข้า เนื่องจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับปอดดังกล่าวมาแล้ว เมื่อต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้น เรื้อรังเข้าก็จะเกิดภาวะอกรวน สภาพร่างกาย ส่วนทรวงอกผิดปกติ บางที่เรียกอกถั่ง ทำให้ภาพลักษณ์เสียไป
- 3) ภาวะหอบหืดทำให้ร่างกายอ่อนเพลียมาก เป็นที่น่าสงสารแก่ผู้พบเห็นขณะมีอาการจับหืด
- 4) เกิดภาวะสมองขาดออกซิเจน ทำให้เกิดอาการมึนงง ง่วง ลึบสนไปจนถึงเพ้อคลั่งได้
- 5) เมื่อร่างกายขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง อาจเสียชีวิตได้จากภาวะหัวใจวาย และสมองขาดเลือดไปเลี้ยง

ภาวะทางจิตใจ

- 1) เมื่อร่างกายมีความรู้สึกว่าได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จะก่อให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล กระวนกระวายใจ กลัวไปจนถึงขั้นหวาดกลัวลึกลับได้ ผู้ป่วยทางปอดจึงมีความวิตกกังวลสูง มีความต้องการด้านอารมณ์สูง ต้องการปลอบโยน ให้กำลังใจ เอาใจใส่ดูแลใกล้ชิด
- 2) จากสภาพร่างกายที่เสียไป ผอม อกรวนหรืออกถั่ง หายใจลำบาก ลักษณะการหายใจต้องออกแรงมากกว่าปกติ ทำให้ความรู้สึกในภาพลักษณ์ของตนเองเสียไป ก่อให้เกิดความรู้สึกหดหู่ใจ ซึมเศร้าได้ พยาบาลควรช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น โดยอธิบายให้เข้าใจถึงสภาวะของโรค และให้ยอมรับสภาพของตนตลอดจนการดูแลให้ได้รับอาหารเพียงพอ

๓) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พยาธิสภาพของปอดเสียหายไปมากแล้วเป็นนานและรุนแรง จะไม่สามารถออกแรงกระทำกรใด ๆ ได้ หรือออกแรงเคลื่อนไหวไม่ได้ เป็นปกติจะหอบเหนื่อย เหนื่อยง่าย ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาผู้อื่น จะรู้สึกว่าเป็นผู้พิการ อาจเกิดภาวะทางจิตซึมเศร้า ก้าวร้าว หรือเรียกร้องได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยชาย และสูงอายุที่ต้องออกจากงาน และเคยช่วยเหลือผู้อื่นด้วย จะยังมีความรู้สึกดังกล่าวน่ามากขึ้น เพราะต้องเปลี่ยนสถานภาพมาเป็นพึ่งพาผู้อื่น ยิ่งถ้าไม่สามารถจะมีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตนได้ ก็อาจเกิดอาการรุนแรง เป็นเหตุให้ละอายต่อกันได้

ภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม

อาการป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะเป็นโรคเรื้อรัง และบางครั้งก็รุนแรงขึ้นหรือเกิดเฉียบพลัน เช่น หอบหืด

จากสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องใช้ชีวิตที่ไม่เหมือนคนปกติทั่วไป เด็กต้องออกจากโรงเรียน หรือไปเรียนโดยไม่สามารถวิ่งเล่นกับเพื่อน ๆ ได้ เช่น เด็กปกติอาจว่าเหว่ ขาดเพื่อน หรือเป็นที่ล้อเลียนได้ เป็นภาระต้องดูแลเป็นพิเศษ ส่วนผู้ใหญ่ก็อาจต้องออกจากงานมาเป็นภาระในครอบครัว

สภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง พยาธิสภาพของปอดถูกทำลาย สภาพร่างกายเสื่อมลง สูญเสียเงินในการรักษา ซึ่งต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน หรือต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งต้องใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

เมื่อมาอยู่ที่บ้าน ก็ต้องมีคนคอยดูแลเป็นพิเศษ โดยเฉพาะในคนที่มีอาการรุนแรง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เพราะเหนื่อยหอบ ทำให้ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแล อาจต้องจ้างคนดูแล หรือถ้าบุตรหลานดูแลก็ต้องหยุดงาน ขาดรายได้ ในบางกรณีอาจต้องซื้อเครื่องจ่ายออกซิเจนไว้ใช้ที่บ้านด้วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือดมีมากมายหลายชนิด ซึ่งแบ่งได้ตามสาเหตุร่วมกับความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือด ทำให้เกิดปัญหาหรืออาการ และอาการแสดงที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับพยาธิสรีรภาพของโรคหัวใจชนิดนั้น ๆ ปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นสาเหตุการตาย และทำให้คนต้องสูญเสียหน้าที่การงาน ตลอดจนเป็นผลเสียต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติมากที่สุด ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคความดันเลือดสูง โรคหัวใจรูมาติก และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในช่วงเวลาที่ผ่านมา จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่ปรึกษาให้หายขาดได้นั้น มีจำนวนน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นเพียงรักษาเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสภาพที่เหมาะสม โดยมีการฟื้นฟูสภาพ และให้ผู้ป่วยได้คงสภาพที่จะจ่ายตัวเองได้ ได้รับความทรมานน้อยลง และมั่นใจที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคม

3.2.1 พยาธิสรีรวิทยา ของโรคหัวใจและหลอดเลือด แบ่งออกได้ ดังนี้

ภาวะหัวใจวาย เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ภาวะหัวใจวายเป็นผลสุดท้ายของโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกชนิด รวมทั้งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจวาย มีดังนี้

1) มีการปรับปริมาณการไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะต่าง ๆ หัวใจห้องล่างซ้าย ฉีดเลือดออกน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ ดังนั้นร่างกายจึงมีการปรับตัวเพื่อกระจายเลือด ที่มีน้อยนี้ไปยังส่วนต่าง ๆ ที่สำคัญ ทำให้อวัยวะสำคัญได้รับเลือดไม่เพียงพอ การทำงานก็เสียหายที่ไป เช่น ตับและไต เป็นต้น และนอกจากนี้ยังทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงอีกด้วย

2) ความดันในหัวใจห้องล่างสูงกว่าปกติ เมื่อหัวใจคลายตัวจะทำให้ความดันในหัวใจห้องบน หลอดเลือดดำ และหลอดเลือดฝอยสูงขึ้น

3) การคั่งของเกลือและน้ำในร่างกาย ตลอดจนปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีต่ำลง ทำให้ปริมาณเลือดในหลอดเลือดลดลง และเกิดการปรับตัวทางด้าน การไหลเวียนเลือดและออร์โมน เป็นผลให้การขับเกลือและน้ำทางไตลดลง มีการคั่งของเกลือและน้ำในร่างกาย ซึ่งส่งผลให้เกิดหลอดเลือดดำโป่งพอง มีน้ำซึมจากหลอดเลือดเข้ามาในเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดอาการบวม และถ้าเนื้อเยื่อปอดบวมด้วย จะเกิดอาการเหนื่อยหอบง่าย

โรคหัวใจขาดเลือด เป็นโรคที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่พอกับความต้องการ ซึ่งเกิดขึ้นได้จากมีเลือดไปเลี้ยงไม่พอ และมีการคับแคบของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการแข็งตัวของหลอดเลือด หรือมีการหดเกร็งของหลอดเลือดโคโรนารี เพราะเกิดโรคขึ้นในหลอดเลือดโคโรนารี โรคนี้มีหลายชื่อ เช่น โรคหัวใจโคโรนารี (CORONARY HEART DISEASE) แองไจนา เพกทอริส (ANGINA PECTORIS) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ISCHEMIC HEART DISEASE) โรคหัวใจจากหลอดเลือดแข็งตัว (ATHEROSCLEROTIC HEART DISEASE) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MYOCARDIAL INFARCTION) เป็นต้น พยาธิสรีรวิทยา คือ ปกติหัวใจจะรับออกซิเจนจากหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งมีรูเปิดที่ส่วนต้นของเอออร์ตา ซึ่งแบ่งออกเป็นแขนงใหญ่ แผลขวาและซ้ายไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของกล้ามเนื้อหัวใจ ในที่กล้ามเนื้อหัวใจสามารถที่จะดึงเอาออกซิเจนออกจากเลือดไปเลี้ยงตัวมันเองได้ เนื่องจากความแตกต่างของออกซิเจนระหว่างหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจสูงมาก การที่ออกซิเจนประมาณ 15 มิลลิลิตร จะถูกดึงออกจาก 20 มิลลิลิตร ของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงโคโรนารี หรือประมาณร้อยละ 75 ถ้าเมื่อใดหัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น เช่น ออกกำลังกาย หรือมีความวิตกกังวล เป็นต้น เมื่อเป็นดังนี้ หัวใจของร่างกายก็ต้องทำงานมากขึ้น เพื่อเพิ่มปริมาณเลือด เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น วิธีการเพิ่มปริมาณเลือด อาจทำได้โดยการบีบตัวแรงขึ้น ขยายขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจให้ใหญ่ขึ้น ซึ่งถ้าเกิดขึ้นบ่อย ๆ ก็จะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก และถ้าปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

นอกจากนั้น ถ้าหลอดเลือดแดงโคโรนารี เส้นใดเส้นหนึ่งหรือหลาย ๆ เส้นอุดตันโดยสาเหตุจากการแข็งตัวของหลอดเลือด ทำให้เลือดไม่สามารถผ่านมายังบริเวณต่อจากบริเวณที่เกิดการอุดตันได้ กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นจึงขาดเลือดไปเลี้ยง ไร้หรือได้รับเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น ถ้าอาการรุนแรงก็ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายได้

3.2.2 สาเหตุ

โรคหัวใจขาดเลือดเนื่องจากการแข็งตัวของหลอดเลือด เป็นสาเหตุที่พบมาก และเป็นภาวะที่มีอะเธโรมาไปเกาะที่ผนังด้านในของหลอดเลือด มักพบในคนที่มียาระดับไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะโคเลสเตอรอล คนที่มีความดันเลือดสูง คนที่สูบบุหรี่หรือพบว่ามีโอกาสเป็นโรคนี้ได้สูงกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ ถึง 2-3 เท่า คนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้มีการเผาผลาญไขมันและการเสื่อมทำลายของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเร็วกว่าปกติ ทำให้มีการแข็งและตีบของหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วยอีก เมื่อพบในคนอายุ 40 ปีขึ้นไป ในเพศชาย

มากกว่าเพศหญิง ถึง 2 เท่า แต่ถ้าหญิงหมดประจำเดือน พบว่าอัตราการเกิดโรคจะเท่ากับชาย พบมากในคนที่มีความเครียดและอารมณ์ฉุนเฉียว โกรธง่าย ก้าวร้าว และมีความทะเยอทะยานสูง คนที่ไม่ค่อยออกกำลังกาย หรือทำงานส่งตื้อตลอดเวลา นอกจากนี้กรรมพันธุ์ก็อาจมีส่วนเกี่ยวข้องด้วย โดยการว่าคนที่ประวัติครอบครัวเป็นโรคนี้นี้ มีโอกาสเกิดโรคได้สูงกว่าคนในครอบครัวที่ไม่มีประวัติโรคนี้นี้ ถึง 2-7 เท่า

3.2.3 ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยโรคหัวใจฉับพลัน

ปัญหาทางสรีระ

1) ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย จะมีอาการที่พบบ่อยคือ หายใจเหนื่อย หอบ อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออย่างแรง ไอ เป็นเลือด บวม ลีบสน เบื่ออาหาร ส่วนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จะมีอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเกิดได้ 2 ลักษณะคือ เจ็บหน้าอกที่เกิดจากเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอชั่วคราว ซึ่งจะมีอาการเจ็บหน้าอกขึ้น ลักษณะการเจ็บหน้าอกจะแตกต่างกัน แล้วแต่อาชีพ การศึกษา และสภาพแวดล้อม ส่วนใหญ่อาการเจ็บหน้าอกจะเจ็บแบบจุด บริเวณหน้าอก อาจมีถ้าไปที่ไหล่ซ้าย ข้อศอก และแขน และอาจเลยไปถึงปลายนิ้วก้อย หลังอาจราวไปที่หลัง คอ และขากรรไกรล่างได้ ระยะเวลาของการเจ็บหน้าอก ประมาณ 3-5 นาที อย่างมากไม่เกิน 15 นาที การเจ็บจะสัมพันธ์กับการที่หัวใจต้องทำงานมากขึ้น เช่น การออกกำลังกาย เร่งรีบ หักโหม การแปรปรวนทางอารมณ์ ตื่นน้ำเย็น เบ่งอจจาระปัสสาวะ การมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น อาการเจ็บจะหายไป เมื่อได้พัก หรืออมยาขยายหลอดเลือด

ส่วนการเจ็บหน้าอกรุนแรง เนื่องจากมีการขาดออกซิเจนจนกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการเจ็บจะค่อนข้างลึกลักษณะบีบรัดรุนแรง โดยเริ่มจากเจ็บน้อย ๆ ก่อน แล้วรุนแรงขึ้น ระยะเวลาเจ็บจะนานกว่า 30 นาที

เมื่อผู้ป่วยโรคหัวใจ ต้องระวังตัวในเรื่องการที่หัวใจจะทำงานมากขึ้น ถึงแม้บางอย่างก็ยังไม่พอกว่าคนปกติทั่วไป ทำให้ร่างกายต้องอ่อนแอลง เกิดการติดต่อดีได้ง่าย นอกจากนี้ถ้าหัวใจไม่สามารถสูบฉีดโลหิตได้เพียงพอเป็นระยะเวลานาน ๆ ก็อาจเกิดอาการริมฝีปากเขียวคล้ำ เล็บมือเล็บเท้าเขียวคล้ำ ซึ่งต้องเสียภาพลักษณ์ได้

ปัญหาทางจิตใจ

- 1) เมื่อโรคหัวใจเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด เพียงแต่เป็นการรักษาให้ดีขึ้น และสามารถดำรงชีพอยู่ได้ตามสภาพเท่านั้น ต้องเป็นการรักษาที่เรื้อรังยาวนาน และมีการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้จึงต้องลดบทบาทหน้าที่ของตนเองลงจากสังคม หรือลดความสามารถด้านร่างกาย และยังคงคอยระวังรักษาตนเอง เรื่องอาหารที่จะลดระดับโคเรสเตอรอลในเลือดอีกด้วย ก่อให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล เศร้าหมอง หรือก้าวร้าว ถ้ายอมรับสภาพของตนไม่ได้
- 2) ผู้ป่วยโรคหัวใจในบางคนไม่สามารถจะมีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตนได้ หรือเกิดความไม่เชื่อมั่นตนเอง กลัวจะเกิดอันตรายต่อตนเอง เป็นสาเหตุของความคับข้องใจ ลับสน ละอายและเศร้าหมองได้
- 3) ถ้าอาการมากขึ้น ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องเป็นภาระต่อครอบครัวในการดูแล ทำให้เกิดความรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกเป็นปมด้อย และตัวเองไร้ค่า ไม่สามารถร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่นได้
- 4) ถ้าต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนาน ๆ ในกรณีซึ่งครอบครัวไม่สามารถมาดูแลได้ตลอดเวลา อาจเกิดความรู้สึกว่าเหว่ รู้สึกว่าตัวเองถูกทอดทิ้งได้

ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม

- 1) จากปัญหาด้านร่างกายที่ไม่สามารถประกอบกิจกรรมได้เหมือนหรือเท่ากับคนอื่น ทำให้ไม่สามารถจะเข้าสังคมได้ตามปกติ รู้สึกด้อยกว่าคนอื่น และจากการที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องรับการรักษาต่อเนื่องยาวนาน อาจต้องออกจากงาน ทำให้ขาดรายได้ และเป็นภาระต่อครอบครัว
- 2) ถ้าต้องอยู่โรงพยาบาลนาน ๆ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาก เป็นปัญหาได้มากในคนที่เศรษฐกิจฐานะไม่ดีอยู่แล้ว และเมื่อต้องมาอยู่บ้านก็ต้องมีคนคอยดูแลช่วยเหลือ ทำให้ต้องใช้จ่ายเพิ่มขึ้นหรือผู้ที่มาดูแลก็ขาดรายได้
- 3) ถ้ายังอยู่ในวัยทำงาน ก็ทำให้สังคมขาดแรงงานของชาติไป ถ้ามีผู้ป่วยเช่นนี้มาก ๆ การพัฒนาประเทศย่อมไม่ดีเท่าที่ควร

3.3 โรคเบาหวาน

เบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตผิดปกติ เนื่องจากมีอินซูลินไม่เพียงพอ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เบาหวานแบ่งออกได้ 2 ชนิด คือ ชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน จึงต้องได้รับการรักษาด้วยอินซูลินตลอดชีวิต มักพบในคนอายุน้อยกว่า 40 ปี และเบาหวานชนิดไม่ต้องพึ่งอินซูลิน มักพบในผู้ที่อายุเกิน 40 ปี เป็นผู้ป่วยที่มีปริมาณเอง อินซูลินในแล่งปกติหรือน้อยกว่าหรือมากกว่าปกติ แต่อินซูลินออกฤทธิ์ที่เซลล์ไม่ได้ รักษาด้วยการรับประทานยา หรืออินอินซูลินในระยะรุนแรง ภาวะที่มีการติดเชื้อ ก่อนและหลังผ่าตัด

โรคเบาหวานสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งอย่างรวดเร็วและเฉียบพลัน ซึ่งอาจก่ออันตรายถึงแก่ชีวิตได้ และโรคเบาหวานก็เป็นปัจจัยเสริมที่จะก่อให้เกิดโรคหัวใจ และโรคปอดต่งกล่าวมาแล้ว หรือทำให้ภาวะของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและโรคปอดรุนแรงขึ้นได้

3.3.1 พยาธิสรีรวิทยา

การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดใหญ่ ในผู้ป่วยเบาหวานจะมีการเสื่อมของหลอดเลือดขนาดใหญ่ได้เร็วกว่าปกติ มีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับโรคหลอดเลือดแข็งชนิดอะเธอโรสเคลอโรซิส ซึ่งจะเกิดขึ้นได้เร็วกว่า บ่อยกว่า และรุนแรงกว่าคนที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน

กระบวนการเกิดเริ่มที่มีการทำลายเยื่อชั้นในของหลอดเลือด ทำให้เกร็ดเลือดรวมตัวกันได้เร็วขึ้น เมื่อมีการรวมตัวของเกร็ดเลือดอย่างถาวร จะปล่อยสารภายในเซลล์ออกสู่กระแสเลือด กระตุ้นให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดหนาขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยประการหนึ่งที่ทำให้เกิดอะเธอโรสเคลอโรซิส นอกจากนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึมของไบลิโอลล มีการสร้างคอรีบิโทลสะสมไว้มาก เมื่อสะสมมากขึ้น จะทำให้ความดันออสโมติกสูงขึ้น ดุน้ำเทเซลล์ได้มาก ทำให้บวม มีการซึมของโซเดียมเข้าไปในเซลล์และโพแทสเซียมซึมออกนอกเซลล์ เซลล์อาจบวมและแตกเสียหายที่ไป ถ้าเกิดที่เลนส์ตา จะทำให้เลนส์ตาฝ้า และเป็นตัวกระจกในที่สุด ที่สำคัญคือ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดใหญ่ เนื่องจากมีคอรีบิโทลสะสมเพิ่มขึ้นที่หลอดเลือดชั้นใน ทำให้ผนังส่วนใหญ่ของหลอดเลือดบวมและขาดเลือด เพราะเลือดจะซึมผ่านมาเลี้ยงผนังของหลอดเลือดไม่ได้

การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดเล็ก พยาธิสภาพที่เกิดมีการเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือดฝอยจากเบาหวาน กลไกการเกิดโรคยังไม่ทราบแน่นอน แต่พบว่าเยื่อบริเวณพื้นฐานของหลอดเลือดฝอยหนาขึ้น ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและ เม็ดเลือด มีการขยายตัวของหลอดเลือดดำ หลอดเลือดแดงเล็ก ๆ ทั้งตัว และเม็ดเลือดแดงมีการจับกลุ่มกันมากกว่าปกติ ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน การเปลี่ยนแปลงสำคัญจะเกิดที่จอตาและไต

การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท จะมีการทำงานของระบบประสาทส่วนปลาย ประสาทสั่งการ และประสาทรับความรู้สึกผิดปกติไป โดยจะทำสัญญาณของประสาทได้ช้ากว่าปกติ และมีความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติด้วย

จากความผิดปกติของระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยมีอาการชา ที่หลายมือหลายเท้า ทำให้เกิดเป็นแผลได้ง่าย เพราะเมื่อเกิดการบาดเจ็บ จะเป็นได้มากกว่าที่ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บ

แต่ถ้ามีความผิดปกติของระบบส่วนปลายเพียงเล็กน้อย จะทำให้รู้สึกปวดและเจ็บกล้ามเนื้อมาก มีอาการอย่างแรงเป็นอัมพาต ถ้าเป็นการเสริมประสาทที่ควบคุมผนังตา จะทำให้ผนังตาตก

นอกจากนี้ จะทำให้เกิดอาการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อได้ ซึ่งมักจะพบที่กล้ามเนื้อเท้าและมือ ทำให้ไม่สามารถกระดกแขนงิ้วเท้าของตนได้ นิ้วเท้าและนิ้วมือหงิก มีมือกำลึงลดลง

และถ้ามีความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ จะทำให้มีอาการความดันเลือดต่ำ เมื่อเปลี่ยนท่า หัวใจเต้นเร็วขณะพัก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงโดยปราศจากอาการเจ็บปวด เกิดอาการหน้ามืดเป็นลม ปวดศีรษะมึนงงบ่อย ๆ ขณะยืน มีเหงื่อออกมาผิดปกติ ไม่สามารถทนต่ออากาศร้อนได้ มีอาการเบื่ออาหาร และบัสสาวะบ่อย ก็มาจากความผิดปกติของระบบประสาททั้งสิ้น

3.3.2 สาเหตุ

3.3.2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนในการเกิดหลอดเลือดใหญ่ผิดปกติในผู้ป่วยเบาหวาน คือ อายุ ความดันเลือด น้ำหนักตัว ระดับของกรดยูริกในเลือด การสูบบุหรี่ ระดับฮีโมโกลบิน ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนเป็นปัจจัยก่อให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด

ความผิดปกติที่พบคือ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของสมอง และหัวใจ เช่น หลอดเลือดในสมองแตก หลอดเลือดหัวใจอุดตัน ผู้ป่วยมักมีไขมันในเลือดสูงหรือ ความดันเลือดสูงร่วมด้วย จะพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราการตายจากโรคนี้ได้มากกว่าคนทั่ว ๆ ไป พบได้ประมาณร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ยังพบว่ามีการอุดตันของหลอดเลือด ส่วนปลายได้ง่ายการอุดตันของหลอดเลือดมักเป็นกับขาทั้งสองข้าง เกิดกับหลอดเลือดหลาย ๆ เส้นรวมกัน

3.3.2.2 ความผิดปกติที่เกิดกับหลอดเลือดฝอยที่สำคัญ คือ ความผิดปกติของจอตาในผู้ป่วยเบาหวาน มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่เลี้ยงนัยน์ตา มีหลอดเลือดฝอยพอง เลือดออกที่จอตา และจอตาขาดเลือดไปเลี้ยง ถ้าเป็นรุนแรงจะทำให้ตามองไม่เห็นแบบตาบอดตาใส หรือตามองเห็นไม่ชัด ถ้าอาการรุนแรงมากตาอาจบอดได้

ส่วนความผิดปกติทางไต ทำให้มีอัตราการกรองของ โกลเมอรูลัสเพิ่มขึ้น แอลบูมิน จะถูกขับออกทางปัสสาวะเป็นจำนวนมาก เป็นรุนแรงขึ้นไตจะเสียหายที่ อาจถึงไตวายได้

3.3.2.3 ความผิดปกติของระบบประสาทในผู้ป่วยเบาหวาน จะมีสาเหตุจากการที่เส้นประสาทขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้การทำสัญญาประสาทช้าลง เสียหน้าที่ไป และมีอาการ บวมของเส้นประสาท เนื่องจากกลูโคส สามารถซึมเข้าประสาทส่วนปลาย ทำให้มีน้ำคั่งอยู่ในเซลล์ เป็นเหตุให้เซลล์บวมและแตกได้

3.3.2.4 ภาวะติดเชื้อต่าง ๆ ก่อให้เกิดอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา ได้ง่ายและรุนแรง ผู้ป่วยเบาหวานมักติดเชื้อง่าย เกิดฝีตามตัว หรือเชื้อราตามผิวหนัง ติดเชื้อ ในแบบทางเดินปัสสาวะ และระบบทางเดินหายใจ

3.3.3 ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยเบาหวาน

ปัญหาทางสรีระ

- 1) เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง เป็นโอกาสเสี่ยงของโรคหัวใจ อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ง่าย
- 2) มีอาการชาตามมือเท้า ทำให้เกิดอันตรายได้ง่าย เพราะไม่รู้รู้สึกเจ็บ
- 3) ระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงได้ง่าย อาจเกิดภาวะ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำมาก หรือสูงมาก ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ทั้งสิ้น

4) มีอาการหนังตาตก ตายังมัว ตาบอด กล้ามเนื้อลีบฝ่อ
อย่างแรง มึนงง เวียนศีรษะจากภาวะความดันเลือดต่ำ

5) มีอาการท้องเดิน ถ่ายเหลวสลับกับอุจจาระปกติ น้ำหนักลด

6) มักมีอาการปัสสาวะบ่อยแต่ปัสสาวะไม่หมด ทำให้เกิดการ
ติดเชื้อง่าย

7) มีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัวในราย แต่ยังมีความรู้สึกทางเพศอยู่
จากปัญหาทางสรีระที่กล่าวมาทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต้องระวัง
รักษาสุขภาพตนเองตลอดเวลา ไม่ว่าจะเรื่องการออกกำลังกาย หรือการรับประทานอาหาร ก่อให้
เกิดความเครียด เศร้าหมอง วิตกกังวล และบุคลิกภาพเปลี่ยนไปได้ และเกิดบาดแผลกับเท้า ก็จะมี
รักษายาก ลุกกลามจนถึงขั้นต้องตัดขาทิ้งไป เกิดความพิการได้ ถ้านัยน์ตานิการ หรือกล้ามเนื้อลีบ
ก็จะตกอยู่ในภาวะผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ปัญหาด้านจิตใจ

เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการระมัดระวังในเรื่องเบาหวาน
การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารหรือฉีดยา การสวมใส่เสื้อผ้า การระวังรักษาความสะอาด
ของผิวหนัง ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยสี่ของการดำรงชีวิต เป็นความต้องการพื้นฐานของคน ทำให้ผู้ป่วย
เบาหวานมีความกังวลใจ ต้องระมัดระวังตนตลอดเวลา คอยตรวจสอบระดับน้ำตาลในกระแสเลือด
และยังต้องระวังเรื่องเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้อีก นับว่าเป็นการทรมานใจอย่างยิ่ง
จิตใจของผู้ป่วยเบาหวานจึงมักต้องการการประคับประคองดูแลเอาใจใส่ เพราะถ้าเกิดภาวะ
เครียดมาก ๆ หรือมีการแปรปรวนทางอารมณ์ ก็จะทำให้เป็นผลเสียต่อการรักษาที่จะควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดอีกด้วย

ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ต้องรักษาต่อเนื่องและรักษาไม่หาย
ต้องระมัดระวังตนเองในหลาย ๆ เรื่องทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยต้องออกจากงาน
หรือหยุดงานบ่อยครั้ง ขาดรายได้ ถ้ามีฐานะยากจนก็จะยิ่งเกิดปัญหาสังคมตามมาได้

ในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนถึงกับพิการ เช่น ตาบอด ชาลิบ
เกิดการติดเชื้อต้องถูกตัดขา ก็จะเป็นภาวะทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมแก่ครอบครัว

และในความรู้สึกของสังคม เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่มีโอกาสว่า
บุตรหลานจะเกิดโรคเบาหวานได้ ย่อมรู้สึกเป็นปมด้อยที่มีครอบครัว ซึ่งจะส่งโรคต่อไปยังบุตรหลาน

4. สรุปปัญหาและสภาวะของผู้ป่วยเรื้อรัง

ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นเหตุให้คนเป็นล้าน ๆ เสียเวลาในการทำงาน บางคนต้องออกจากงาน บางคนต้องใช้เวลาเป็นปี ๆ ในการดำรงชีวิตให้อยู่รอดต่อไป จากการศึกษาเกี่ยวกับคนป่วยที่ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ โดย Social Security administration สหรัฐอเมริกา พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่พบมากอันดับหนึ่ง รองลงมาคือโรคหลอดเลือดโคโรนารี และพบมากในชายที่มีอายุมากกว่า 40 ปี

4.1 ความผิดปกติทางสรีระ

ปัญหาโรคปอด มีการอุดกั้นในทางเดินอาหาร ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือดหรือในเนื้อปอด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลงหรือตัน สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง การมีพยาธิสภาพทางปอดทำให้มีอาการหายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย ถ้ามีอาการมาก แม้อยู่เฉย ๆ ก็หายใจลำบากได้

ปัญหาหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตาย และทำให้คนต้องสูญเสียหน้าที่การทำงานตลอดเวลาเป็นผลเสียต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติมากที่สุด มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ความดันเลือดสูง หัวใจรูมาติก หัวใจพิการแต่กำเนิด ปัจจุบันโรคหัวใจเป็นปัญหามากโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้มีจำนวนน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นเพียงการรักษาให้ดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตรอดได้ มีความสุขตามอัตภาพ โดยอาศัยการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม

เบาหวานจัดเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเผาผลาญสารคาร์โบไฮเดรตผิดปกติ เนื่องจากมีอินซูลินไม่เพียงพอ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน กับชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน

ชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลินมักต้องอาศัยอินซูลินตลอดชีวิต พบในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานในอายุน้อยกว่า 40 ปี

ชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน มักพบในผู้ป่วยอายุมากกว่า 40 ปี ซึ่งพบว่ามีอินซูลินปกติแต่ออกฤทธิ์ที่เซลล์ไม่ได้ ต้องกินยา

4.2 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

หลอดเลือดเสื่อมเร็วกว่าปกติ หลอดเลือดแข็งตัว เกิดโรคหัวใจได้ เป็นแผลง่าย
ที่มือ เท้า ไต จนตา

ระบบประสาท พบว่าสัญญาณของเส้นประสาทช้าลง เลียนหน้าที่ไป พบเส้นประสาท
บวมจากน้ำคั่งในเซลล์ ทำให้เซลล์บวมและแตกได้ มีอาการชา เจ็บปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อลีบฝ่อ
มีเหงื่อออกมากผิดปกติ การย่อยอาหารเสีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกอึดตลอดเวลา เครียด
ถ่ายปัสสาวะบ่อย ถ่ายไม่หมด มีอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบ (cystitis) ง่าย อวัยวะเพศ
ไม่แข็งตัว แต่ความรู้สึกทางเพศยังมีอยู่ ติดเชื้อง่าย รักษาหายช้า เป็นต้น

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีลักษณะสำคัญเฉพาะของสภาพร่างกาย ที่ทำให้ผลต่อปฏิกิริยา
ตอบโต้ทางด้านจิตใจที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ลำบากขึ้น จากเหตุผลต่อไปนี้

- 1) เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ สุขภาพจึงไม่กลับคืนไปสู่
ภาวะปกติได้ ผู้พิการก็ไม่สามารถนำสิ่งที่สูญเสียให้กลับคืนมาได้เช่นเดิม ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
และผู้จัดการจึงต้องมีชีวิตอยู่กับสภาพที่เป็นอยู่ต่อไป
- 2) มีการดำเนินของโรคเป็นไปในทางเลวลงต่อไป คือมีการลุกลาม
กระจายของโรคไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นโดยสะสมและทยอยเข้าหาเป็นช่วง ๆ ทำให้ชีวิตต้องอยู่
ในสภาพที่เสี่ยงต่อความตายได้ทุกขณะ
- 3) ต้องการการติดตามดูแลรักษาเป็นระยะเวลาานหรือตลอดชีวิต การ
รับการรักษา อาจเป็นเพียงการช่วยให้อาการของโรคทุเลาหรือช่วยให้การดำเนินต่อไปของโรค
เกิดช้าลง แต่การรักษาไม่สามารถยับยั้งการดำเนินของโรคได้ตลอดไป ชีวิตของผู้ป่วยจึงต้อง
เผชิญอยู่กับความไม่แน่นอนในอนาคตว่าจะเกิดอะไรขึ้น และมีความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์
ไว้ได้ด้วยตนเองเป็นระยะเวลาที่นาน
- 4) ต้องเผชิญกับภาวะเครียดรอบด้าน เนื่องจากการสูญเสียที่ติดตามมามี
ผลกระทบต่อผู้ป่วยและต่อครอบครัว ขยายวงกว้างไปสู่การปรับเปลี่ยนทั้งในด้านบทบาท ลัมพันธ์ภาพ
ระหว่างบุคคล การพึ่งพา ฐานะทางเศรษฐกิจ ตลอดจนบทบาทในหน้าที่การงานในสังคม

4.3 ผลของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อการปรับตัวของผู้ป่วย

การเจ็บป่วยเรื้อรังยังมีผลต่อสภาวะการปรับตัวของผู้ป่วยในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้ ผู้ป่วยปรับตนด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น การปรับตนต่อความเจ็บปวดเรื้อรังและการเผชิญความตาย การปรับตัวได้ต้องอาศัยการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับภาวะเครียด การใช้พลังในตนให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ และสามารถเลือกใช้รูปแบบวิธีการจัดการกับภาวะเครียดที่ให้ประสิทธิภาพ

การปรับบทบาทของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการปรับบทบาทไปสู่การพึ่งตนเอง ภายใต้ขีดจำกัดที่มีให้มากที่สุด ซึ่งครอบคลุมการพึ่งตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การพัฒนาคุณภาพแห่งชีวิต และการดูแลรักษาโรคที่มีประจำตัว ผู้ป่วยต้องได้รับความช่วยเหลือในกระบวนการเรียนรู้ อย่างจริงจังและต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่มีพื้นฐานสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวผู้ป่วยที่ปรับบทบาทได้สำเร็จ สามารถแสดงพฤติกรรมตามบทบาทที่ปรับใหม่ได้อย่างเหมาะสม ยอมรับและพอใจต่อบทบาทใหม่นี้

การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยต้องสามารถปรับสมดุลของความรู้สึกและอารมณ์ พัฒนากลไกการติดต่อสื่อสาร สร้างและคงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ทั้งนี้ด้วยกระบวนการปรับตัวของผู้ป่วยเองและการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ที่มีพื้นฐานสุขภาพและผู้อื่นที่มีความสัมพันธ์อย่างสำคัญต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องมีชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บปวดเรื้อรังจำเป็นต้องปรับตัวต่อความเจ็บปวด โดยปรับกิจวัตรประจำวัน ปรับตัวในแต่ละระยะของความเจ็บปวด ผักการควบคุมหรือจัดการความเจ็บปวดด้วยวิธีการต่าง ๆ หรือเรียนรู้การควบคุมความเจ็บปวดโดยใช้เครื่องมือเฉพาะ นอกเหนือไปจากการใช้ยาแก้ปวดหรือการผ่าตัด ซึ่งอาจไม่ได้ผลหรือมีปัญหาจากการใช้ยาในระยะเวลาานาน

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นผู้มีชีวิตอยู่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน และเสี่ยงต่อความตาย การเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตายจึงเป็นการช่วยให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างไม่ประมาท และสามารถเผชิญวาระสุดท้ายของชีวิตได้ด้วยใจสงบและตายอย่างมีศักดิ์ศรี ผู้ป่วยจะยอมรับความตายได้ ต้องปรับตัวในด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) การขจัดความรู้สึกกลัวตาย 2) การปรับให้มีทัศนคติที่ดีต่อความตาย 3) การปรับความรู้สึกสูญเสีย สูญสิ้นทั้งปวง 4) การจัดการกับความรู้สึกควบคุมตนเองไม่ได้ 5) การดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย 6) การคงความหวังไว้ 7) การปรับตัวเพื่อเผชิญวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยใจสงบ

5. ความต้องการการบริการทางสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลสภาอากาศไทย

ปัจจุบันโรงพยาบาลทั้งหลายในประเทศไทย ทั้งของรัฐและเอกชน ต่างเห็นความสำคัญของการให้บริการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ต่างจัดโครงการฝึกอบรมวิชาการมาตรฐานการให้บริการพยาบาลขึ้นในหลายสถาบันด้วยกัน ทั้งโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลของกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลของกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลที่เป็นขององค์การการกุศลต่าง ๆ ซึ่งรวมทั้งโรงพยาบาลของสภาอากาศไทยด้วย เป็นการพัฒนาร่วมกันไปทั้งด้านบริการพยาบาล บริหารการพยาบาล และด้านวิชาการพยาบาล

สภาอากาศไทย เป็นองค์การกุศลสาธารณสงเคราะห์ประจำชาติ เป็นองค์การอิสระ มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยไข้ ทำการบรรเทาทุกข์ในเหตุการณ์สาธารณภัยพิบัติโดยไม่เลือกเชื้อชาติ สัญชาติ ลัทธิ ศาสนา หรือความเห็นในทางการเมืองของผู้ประสบภัย สภาอากาศไทยมีโรงพยาบาลในสังกัดอยู่ 2 หน่วยงาน เพื่อการให้บริการสุขภาพอนามัย คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อตั้งขึ้นโดยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว เป็นอนุสรณ์ในพระบิดาคือพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวรัชการที่ 5 ทรงบริจาคพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ร่วมกับพระราชโอรส พระราชธิดาทุกพระองค์ ในพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ ร่วมกับทุนของสภาอุณาโลมแดงที่มีอยู่ สร้างโรงพยาบาลขึ้นในที่ดินส่วนพระองค์โปรดเกล้าฯ ขนานนามตามพระปรมาภิไธย พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาจุฬาลงกรณ์ พระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวว่า "โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์" ให้โรงพยาบาลนี้เป็นของสภาอากาศไทย ซึ่งเปลี่ยนชื่อมาจากสภาอุณาโลมแดง และเสด็จพระราชดำเนินทรงเปิดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2457

สภาอากาศไทยยังมีโรงพยาบาลในสังกัดอีกแห่งหนึ่ง คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้า ๓ ศรีราชฯ จังหวัดชลบุรี ซึ่งก่อตั้งขึ้นโดยสมเด็จพระศรีสวรินทิราบรมราชเทวี พระพันวัสสาอัยกาเจ้า เมื่อปี พ.ศ. 2445 ในระหว่างที่เสด็จพระราชดำเนินแปรพระราชฐานมาประทับรักษาพระองค์ ณ ที่นั้น และได้ทรงประกอบพิธีเปิดโรงพยาบาลนี้ในวันเฉลิมพระชนมพรรษาของพระองค์ เมื่อวันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2445 ต่อมาในปี พ.ศ. 2471 จึงได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้โรงพยาบาลนี้อยู่ในสังกัดของสภาอากาศไทย

แต่เดิมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีตึกผู้ป่วยนอกเพียงหลังเดียว คือ ตึกจักรพงษ์ ซึ่งสร้างเป็นอนุสรณ์แด่ สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ เจ้าฟ้าจักรพงษ์ภูวนาถ กรมหลวงพิษณุโลกประชานาถ ซึ่งเสด็จถึงวาระระหว่างทรงดำรงตำแหน่งอุปนายกผู้อำนวยการสภาอากาศไทย เป็นตึกผู้ป่วยนอกเพียงหลังเดียวของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีผู้ป่วยไปรับบริการรักษาพยาบาลถึงปีละกว่า 5 แสนคน มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาได้ 1,300 เตียง ไม่นับเตียงเด็กอ่อน จำนวนผู้ป่วยผู้ไปรับบริการเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ สถานที่ตึกจักรพงษ์แผนกผู้ป่วยนอกจึงคับแคบ สถานที่ไม่เพียงพอ ที่จะให้บริการกับผู้ป่วยผู้มารับบริการ ปัจจุบันนี้ ผู้ป่วยนอกที่ไปรับการตรวจรักษามีจำนวนถึงวันละประมาณ 1,500 คน และในบางระยะมีความจำเป็นต้องให้บริการพิเศษ เช่น การตรวจสุขภาพผู้อพยพก่อนเดินทางไปต่างประเทศ หรือการตรวจโรคเอดส์ สำหรับผู้ที่เดินทางไปทำงานในประเทศตะวันออกกลาง เป็นต้น ทำให้ต้องบริการการตรวจเพิ่มขึ้น อีกวันละหลายร้อยคน เกิดความแออัด ประจวบกับปี พ.ศ. 2529 เป็นโอกาสครบรอบ 72 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และปี พ.ศ. 2530 เป็นวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงเจริญพระชนมายุ ครบ 60 พรรษา สภาอากาศไทย จึงได้ดำริสร้างถาวรวัตถุเป็นอนุสรณ์เฉลิมฉลองโอกาสดังกล่าว เห็นสมควรจัดสร้างตึกผู้ป่วยนอก เพื่อรวมผู้ป่วยนอกทุกแผนกตลอดจนบริการที่จำเป็นมาไว้ในอาคารเดียวกัน ทำให้สะดวกแก่ผู้ป่วยผู้มารับบริการ และช่วยให้การปฏิบัติงานบริการของเจ้าหน้าที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สภาอากาศไทย ได้กราบบังคมทูลเชิญเสด็จพระราชดำเนิน พร้อมด้วยสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ ทรงประกอบพิธีเปิดตึกผู้ป่วยนอก ซึ่งโปรดเกล้าพระราชทานนามว่าตึก "ภปร" โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภาอากาศไทย เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2532

ในอาคารหลังนี้ ได้จัดให้มีการบริการผู้ป่วยนอก อย่างถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ มีบริการตรวจแยกเป็นแผนกต่าง ๆ และคลินิกเฉพาะโรค คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกผู้ป่วยโรคปอด คลินิกโรคหัวใจ คลินิกโรคเบาหวาน ตลอดจนบริการที่จำเป็น เช่น การจ่ายยา และการส่งคัมส่งเคราะห์ กระจายไปตามแผนกต่าง ๆ ในอาคารนี้ เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว มีการตรวจพิเศษต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น เอ็กซเรย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจด้วยคลื่นเสียง การตรวจด้วยกล้องส่องภายใน การตรวจหน้าที่หัวใจ ปอด และอวัยวะต่าง ๆ อย่างครบครัน รวมทั้งบริการการรักษาพยาบาลและบริการอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยนอก เช่น การผ่าตัดเล็ก การสุศึกษา การให้การศึกษานอกระบบเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อป่วยเป็นโรคต่าง ๆ การอบรมการ

จัดเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การออกกำลังกายที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีบริการการตรวจสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและให้การวินิจฉัยโรคในระยะที่ยังมี อาการน้อย นับว่าอาการของผู้ป่วยนอกนี้ เพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพ การให้บริการของโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ขึ้นเป็นอย่างมาก

จากการสำรวจข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยเรื้อรังที่มาใช้บริการในคลินิกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสภากาชาดไทย พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังที่มาใช้บริการในคลินิกผู้ป่วยนอกมีดังนี้

ผู้ป่วยโรคปอด รับบริการทุกวันอังคาร เวลา 13.00 - 16.00 น.

เดือนละประมาณ 150-200 คน

ผู้ป่วยโรคหัวใจ รับบริการทุกวันอังคาร เวลา 13.00 - 16.00 น.

เดือนละประมาณ 160-230 คน

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รับบริการทุกวันราชการ เวลา 8.00 - 11.00 น.

เดือนละประมาณ 160-240 คน

จากจำนวนของผู้ป่วยเรื้อรังที่มาใช้บริการในคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสภากาชาดไทย และสภาพปัญหาของผู้ป่วยเรื้อรังทางด้านร่างกาย และจิตใจ จำเป็นต้องปรับตัวให้สามารถเผชิญกับ สภาวะความไม่สมดุลย์ทางด้านร่างกาย เนื่องจากลักษณะของโรค การดำเนินของโรค ความไม่ สุขสบายจากอาการเจ็บป่วย วิธีการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตนเพื่อแผนการรักษา และการ วางแผนในอนาคตของตน รวมทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระยะเวลานาน จะกระทบถึงการงานอาชีพ สภาวะทางเศรษฐกิจ สถานภาพทางสังคม และบทบาทในครอบครัว ซึ่งผลทั้งหมดดังกล่าว ทำให้กระทบถึงอารมณ์ของผู้ป่วย และครอบครัว และส่งผลให้ความสัมพันธ์ ภายในครอบครัวเสื่อมลง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับความช่วยเหลือในการปรับตัวด้าน ต่าง ๆ ดังกล่าว เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงตามความต้องการ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความ ต้องการของผู้ป่วยโดยพิจารณาจากสิ่งที่น่าจะเป็นปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดังได้กล่าวมาแล้ว คือ

5.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ได้แก่ ลักษณะของโรคที่เป็น การดำเนินของโรค ผลที่เกิดขึ้น อาการเจ็บปวด วิธีการรักษาของแพทย์ การพยากรณ์โรค การปฏิบัติตนเพื่อการรักษา

5.2 ปัญหาการปรับตัวในชีวิตประจำวันด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์
ด้านบทบาท และด้านความสัมพันธ์ซึ่งพาระหว่างกัน

5.3 ปัญหาการวางแผนการดำเนินชีวิต ด้านอาชีพการงาน และด้านสัมพันธภาพ
ในครอบครัวและสังคม

ลักษณะการปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลในบุคคลนั้นรอย (Roy 1976: 11-17) ได้รวบรวมพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของมนุษย์ไว้ 4 ด้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมการปรับตัวด้านสรีรวิทยา (Physiological needs) มีพื้นฐานมาจากความต้องการความมั่นคงด้านร่างกาย โดยพิจารณาจากพฤติกรรมตอบสนองความต้องการปฐมภูมิ ได้แก่ อาหาร การชดเชย น้ำ เกลือแร่ ออกซิเจน การไหลเวียน การรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย ระบบต่อมไร้ท่อ และความต้องการการออกกำลังกายและการพักผ่อน

2. พฤติกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-Concept) มีพื้นฐานมาจากความต้องการความมั่นคงทางด้านจิตใจ ซึ่งแบ่งออกได้ดังต่อไปนี้

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self)

2.2 อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal self) ซึ่งประกอบด้วยด้านศีลธรรมจรรยา ความเสมอต้นเสมอปลาย ความคาดหวังของตนเองและด้านคุณค่าหรือความสำคัญ

3. พฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role Function) เป็นการตอบสนองความต้องการด้านบทบาทหน้าที่ในสังคม การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมในสังคม และการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น ซึ่งการปรับตัวของบุคคลในด้านนี้เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม

4. พฤติกรรมการปรับตัวด้านความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้อื่น (Interdependence Relations) เป็นการตอบสนองความต้องการด้านความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาและค้นพบผลงานวิจัยเกี่ยวกับสภาพปัญหา และตามต้องการการบริการของผู้ป่วยเรื้อรังประเภทต่าง ๆ ดังนี้

ชรัสนิกูล ยิ้มบุญณะ (2533) ได้วิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว อันจะนำไปสู่ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และพบว่า อัตมโนทัศน์ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .718$) และพบว่า การสนับสนุนของคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .401$)

นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2531) ได้วิจัยเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยแผนกัลยกรรมทั่วไปมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับมากกว่าผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมทุกด้าน ได้แก่ ด้านการสร้างสัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่พยาบาลกับผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่พยาบาล การให้การพยาบาลของเจ้าหน้าที่พยาบาล บุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่พยาบาล สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย สวัสดิการที่ผู้ป่วยได้รับและความพึงพอใจต่อบุคลากร

บุศรา กาญจนนัตร์ (2525) ได้วิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานกับ อายุและระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน กับ อายุ และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงถึงปัญหาทางด้านจิตใจ ด้านที่เป็นปัญหามากที่สุด คือปัญหาการปรับตัวทางด้านสังคม รองลงมา คือปัญหาด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านที่เป็นปัญหาน้อยที่สุดถึงด้านการออกกำลังกาย และเมื่อเปรียบเทียบปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชาย พบว่า ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าปัญหาการปรับตัวทางเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยเพศหญิงมีมากกว่าเพศชายด้วย สำหรับอายุและระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานนั้นพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยเพศหญิงและผู้ป่วยเพศชาย

สมองค์ วังศรี (2528:60) ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการบริหารการหายใจต่อสมรรถภาพในการทำงานของปอดในผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีลักษณะของการให้คำแนะนำแบบรายบุคคล

ผลการวิจัยพบว่าสมรรถภาพในการทำงานของปอดด้านการระบายอากาศหายใจก่อนและหลังการบริหารหายใจแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอาการทางระบบหายใจก่อนและหลังการบริหารการหายใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฮาวแลนด์และคณะ (Howland and Others 1986: 223-238) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ความรู้ที่มีต่อภาวะทางสุขภาพ และการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในชุมชน 2 แห่ง โดยในชุมชนแรก ตัวอย่างประชากรจะได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนชุมชนที่สองเพียงแต่ได้รับคำบอกเล่าเกี่ยวกับผลการวิจัยเท่านั้น ตัวอย่างประชากร ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง 1 ปี ด้วยเครื่องมือชนิดเดียวกัน ซึ่งเป็นการทดสอบเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกายและทางสังคม คือภาวะทางสุขภาพ (ซึ่งได้แก่ อาการของโรค ความทนทานในการออกกำลังกาย สุขภาพจิต) และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มในเรื่องที่เกี่ยวกับการรับรู้ทางสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้ได้สรุปผลว่า โปรแกรมการให้ความรู้ไม่สามารถที่จะช่วยให้ภาวะทางสุขภาพดีขึ้นได้ ยกเว้นเสียแต่ว่า การให้ความรู้นั้นจะต้องเป็นส่วนหนึ่งของการให้การรักษา ซึ่งจำเป็นต้องครอบคลุมข้อความรู้เกี่ยวกับวิถีปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้มารับบริการ



ศูนย์วิทยพัชยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย