

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD) เป็นโรคที่มีการอุดตันอย่างถาวรของของลมจากปอด (WHO, 2013) โดยระบบการหายใจจะพบภาวะหลอดลมอุดกั้น (airflow limitation) ชนิดที่ไม่สามารถกลับคืนได้เต็มที่ และภาวะหลอดลมอุดกั้นเป็นมาเรื่อยๆ ซึ่งเป็นผลจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอด จากฝุ่นและก๊าซพิษ ที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ควันบุหรี่ ทำให้เกิดการตอบสนองที่ผิดปกติต่อปฏิกิริยาการอักเสบ ทั้งในปอดและระบบอื่นๆ ของร่างกาย โดยทั่วไปมักหมายรวมถึงโรค 2 โรค คือโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) (สมาคมจรรยาวิชาชีพแห่งประเทศไทย, 2556)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 6 ใน 10 โรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลก ซึ่งพบการเสียชีวิตมากถึง 3.28 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.8 ของการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังในปี พ.ศ. 2556 องค์การอนามัยโลกคาดว่าในปี พ.ศ.2563 โรคนี้จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับที่ 3 รองจากโรคมะเร็ง และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (WHO, 2010) สำหรับสถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย จากรายงานการเฝ้าระวังการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2554 – 2556 มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน 151,434 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 522.68 ต่อประชากรแสนคน เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด 132,295 ราย คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 87.30 ของโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่างทั้งหมด อัตราส่วนการป่วยหญิงต่อชาย 1 : 2.5 พบในกลุ่มอายุ 60 ปี และมากกว่า 60 ปี ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 71.95 กลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 13.86 กลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 7.43 และกลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 6.75 จากรายงานปี พ.ศ. 2554 พ.ศ.2555 และ พ.ศ. 2556 มีจำนวนผู้ป่วย สะสมเท่ากับ 49,669, 95,605 และ 151,434 ราย อัตราป่วย เท่ากับ 173.01, 330.99 และ 522.68 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดที่มีอัตราป่วย สูง 5 ลำดับแรก ติดต่อกัน 3 ปี คือ จังหวัดสุโขทัย ราชบุรี อุตรดิตถ์ ประจวบคีรีขันธ์ และพะเยา แยกเป็นผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีมีจำนวนเท่ากับ 18,544 40,893 และ 48,778 ราย อัตราป่วยรายใหม่ เท่ากับ 64.59, 141.57 และ 168.36 ต่อประชากรแสนคน โดยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มในปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 19.28 เมื่อเทียบกับปี 2555 เฉลี่ยวันละ 133 ราย ปี พ.ศ. 2554 – 2556 พบผู้ป่วยชนิดปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังชนิดอื่น

คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 87.66 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่างรายและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี (กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ, 2556)

ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Dudley, L.D., Glasser, M.E., Jorgensor, B.N. and Logan, D.L., 1980; นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์, 2537) พบว่า อายุเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและคุณภาพชีวิตจะลดลงในผู้ป่วยที่อายุมากขึ้น (ประกาย สัญญะณีวิทย, สุวิมล แทนพระเดช, สว่าง แสงหิรัญวัฒนา, และสไบทิพย์ จุฑะกาญจนา, 2545) ความหมายของคุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเศรษฐกิจ (Testa and Simonson, 1996 อ้างอิงใน พิงพิศศรีสืบ, 2543) คุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม แต่จะมีลักษณะคล้ายกันคือ คุณภาพชีวิตจะบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดีในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคลได้ มีการศึกษาของนักวิจัยหลายๆ ท่านพบว่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่าต่ำกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในทุกด้าน เนื่องจากถูกจำกัดความสามารถจากอาการหายใจลำบาก มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่าง (Anto, Vermeire, Vestbo and Sunyer, 2001) มีอาการหอบเหนื่อยรบกวนการทำงานประจำวัน ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยแม้ออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของปอดอุดกั้นเรื้อรังมากจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย และส่งผลกระทบต่อการใช้สมรรถภาพทางเพศและความต้องการทางเพศลดลง (Judwiga and Wedzicha, 2002; Koesoglu, et al., 2005)

ดังนั้นหากสามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้อายุรุนแรงมากขึ้น เกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบกำเริบลดลงก็จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ซึ่งแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมและลดอาการหายใจเหนื่อยหอบที่สำคัญคือ การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของงานบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (AACVPR, 1998; Casaburi and Petty, 1993; Fishman, 1994; Hilling and Smith, 1995; Hodgkin, et al., 1998; Ries, 1990; Wtka, 1995 อ้างอิงใน กมลวรรณ จันตระกูล, 2547)

การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีวัตถุประสงค์เพื่อชะลอการทำหน้าที่ของปอดให้เสื่อมช้าที่สุดและส่งเสริมการทำหน้าที่ของปอดให้ดีขึ้นโดยมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง การบริหารการหายใจแบบเป่าปากจะช่วยลดปัญหาอากาศคั่งค้างในปอดเพิ่มปริมาตรของอากาศที่หายใจเข้าและออกแต่ละครั้ง ลดอัตราการหายใจ เพิ่มระดับความเข้มข้น

ของออกซิเจนในเลือด (AACPR, 1998) การออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงทนทาน การปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคด้านการหายใจ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การผ่อนคลายและการดูแลทางด้านจิตสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นได้ดี ซึ่งผู้ป่วยต้องปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจึงจะเกิดผลดีกับร่างกาย (American Association for Respiratory Care Clinical Practice Guideline, 2002; GOLD, 2006)

คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ เป็นดัชนีที่ชี้ถึงความสำเร็จในการรักษาพยาบาล นอกเหนือไปจากอัตราการรอดชีวิต โดยเฉพาะผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Oremel, Lindenbergh, Steverink and Vonkorf, 1997; อ้างอิงใน กมลวรรณ จันตระกูล, 2547) ที่เกิดจากการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวจะเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ (Padilla and Grant, 1985) คุณภาพชีวิตประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ความผาสุกทางด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือรักษาและภาวะโภชนาการ ซึ่งสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละรายอาจจะเหมือนหรือแตกต่างกันไป แล้วแต่สถานการณ์ของผู้ป่วย (Padilla and Grant, 1985) คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยถือเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต

จากการที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นและอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า มีความวิตกกังวล ส่งผลต่อด้านจิตใจ (Godoy and Godoy, 2003) และในส่วนของผลกระทบด้านสังคม ก็เกิดขึ้นได้เพราะอาการเหนื่อยหอบทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (Judwiga and Wedzicha, 2002; McSweeney, J. A and Grant, I., Heaton, K.R., Adams, M.K. and Timms, M.R., 1982) พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้เกิดผลกระทบดังนี้ 1) ต่อการปฏิบัติหน้าที่ของปอดลดลง (สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, ดวงใจ ณีภูริยกุล และบุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, 2540) และจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ (Reardon, et al., 2006; Zu Wallack, 2003) ผลกระทบทางด้านร่างกาย พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้

โครงสร้างของระบบทางเดินหายใจเปลี่ยนแปลง และการทำหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Gift, 1990; Make, 1998) 2) ปัญหาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ ปัญหาสำคัญที่พบบ่อย คือ การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากการรับประทานอาหารได้น้อยจากอาการหายใจลำบาก หรือจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย (Connolly, 2004) การนอนหลับผิดปกติผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีอาการหายใจลำบากระหว่างการนอนหลับ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องนอนไม่หลับ 3) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับภาวะคุกคามของโรคเป็นระยะเวลายาวนานตลอดชีวิต มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เนื่องจากสมรรถภาพของร่างกายลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และบุคลิกภาพ (Dudley, et al., 1980; McSweeny, et al., 1982) 4) ผลกระทบด้านสังคม ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ามีความวิตกกังวล เครียด และแยกตัวเองออกจากสังคม (May, 1991; Miller, 1992) 5) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เนื่องจากการมีสมรรถภาพของร่างกายลดลง ผู้ป่วยจะมีความเหนื่อยง่าย ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบอาชีพและการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยอาจจะต้องมีการเปลี่ยนงานหรือเมื่อภาวะของโรครุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยอาจต้องหยุดงาน บางรายต้องออกจากงานก่อนวัยอันควร ทำให้ต้องสูญเสียอาชีพและรายได้ (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542; Jadwiga and Wedzicha, 2002)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีนโยบายให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้บริการสามารถให้การดูแลรักษาตามแนวทางที่เป็นมาตรฐานเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด รักษาตามระดับความรุนแรงของโรค อัตราการเกิด การกำเริบของโรคลดลง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554) ดังนั้น การดูแลสุขภาพที่บ้านจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถควบคุมการดำเนินของโรคได้ เนื่องจากการดูแลที่บ้านนั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพ การดำรงรักษาสุขภาพ ให้มีสุขภาพที่ดี หรือในระดับให้พึ่งตนเองได้มากที่สุด ให้มีความพิการหรือความเจ็บป่วยอยู่น้อยที่สุด และเป็นกลวิธีเชิงรุก โดยทีมสุขภาพให้บริการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการและความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคน แต่ละครอบครัวโดยรวมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (ประพิณ วัฒนกิจ, 2542) การดูแลสุขภาพที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถที่จะดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อจัดการควบคุมภาวะของโรคและความรุนแรงของโรค

อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม และสามารถจัดการกับภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพควบคู่ไปทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์, 2546)

จากผลการวิจัยโดยการนำแนวปฏิบัติสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553 มาประยุกต์ใช้ในรูปแบบของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบมีผู้ดูแลหลักเพื่อเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่า กลุ่มของผู้ป่วยอยู่ในวัยผู้สูงอายุ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ขาดทักษะและความสามารถในการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ดูแลหลักไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากต้องไปประกอบอาชีพ (วิลาวัณย์ กาไหล่ทอง, 2554) ด้วยลักษณะภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในวิถีชีวิตของผู้ป่วย เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2539; อัมพรพรรณ ธีรบุตร, 2542)

นอกจากนี้การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยังพบว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ มีอัตราตายเป็นอันดับต้น เช่นเดียวกับโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ที่พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็น 5 อันดับแรก และมีอัตราตายเป็น 5 อันดับแรก เช่นเดียวกัน นอกจากนี้สถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ในปี พ.ศ. 2554 - 2556 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งแต่ละรายมีอาการหอบเหนื่อยกำเริบ ตั้งแต่ 2-10 ครั้ง (สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 2556)

ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดประสิทธิผลได้ดั่งนั้น ตามแนวคิดของโอเรมเชื่อว่า บุคคลเป็นผู้มีศักยภาพที่มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจมีความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง และสามารถวางแผนจัดระเบียบปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองได้ (Orem, 2001) การดูแลตนเองจึงเป็นการปฏิบัติในระดับที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ มีส่วนช่วยทำให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการต่างๆ แต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2539) ซึ่งระบบพยาบาลที่ปรับความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ คือ ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ และระบบพยาบาลนี้ จะใช้เมื่อผู้ป่วยพร้อมจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการและการกระทำ การดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการสอน แนะนำและสนับสนุนจากพยาบาล

ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้เพียงพอสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยประยุกต์แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มโดยนำการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาเป็นกรอบแนวคิดนั้น ซึ่งโอเร็ม (Orem, 2001) เชื่อว่า ปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factors) จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยระบบสนับสนุนของครอบครัวที่จะช่วยในการประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว หากได้มีการนำครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนในด้านต่างๆ กล่าวคือ การสนับสนุนด้านสุขภาพ ด้านความรักเอาใจใส่ และด้านเศรษฐกิจ อันได้แก่ ข้อมูลข่าวสารคำแนะนำที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว เพื่อใช้ในการแก้ปัญหา จัดการกับภาวะเครียดที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ การให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับความถูกต้องของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติ การสนับสนุนด้านวัตถุและสิ่งของที่จำเป็น เงิน หรือการให้บริการช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้เป็นทรัพยากรในการเผชิญปัญหา และใช้ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ การดูแลด้านจิตใจ ให้กำลังใจ การจัดการกับปัญหาหรือเผชิญกับภาวะเครียด ให้ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ซึ่งการสนับสนุนของครอบครัวในด้านต่างๆ เหล่านี้ น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตและสมรรถภาพปอดที่ดีของผู้ป่วยได้

ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงให้ความสนใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัวมาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน ซึ่งน่าจะทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดประสบผลสำเร็จ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง นำไปสู่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพปอดที่ดีขึ้น

### คำถามการวิจัย

โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวที่บ้าน มีผลต่อคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพการทำงานของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวที่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพการทำงานของปอด ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวที่บ้าน
3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพการทำงานของปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### สมมุติฐานของการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวที่บ้าน มีคุณภาพชีวิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์แตกต่างกัน
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวที่บ้าน มีสมรรถภาพการทำงานของปอดหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ดีกว่าก่อนการทดลอง
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวที่บ้าน มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม
4. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวที่บ้าน มีสมรรถภาพการทำงานของปอดสูงกว่ากลุ่มควบคุม

### ความสำคัญของการวิจัย

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ในทีมสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเน้นการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองและเพิ่มสมรรถภาพของปอด ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถควบคุมการดำเนินของโรคได้
2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปใช้ประกอบการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการวิจัย นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจค้นคว้าสามารถนำไปประกอบการดูแลสุขภาพที่บ้านไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวที่บ้าน ต่อคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพการทำงานของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ 2 และ 3 มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ มาทำการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ ระหว่างเดือนมกราคม 2557 ถึงเดือนมีนาคม 2557

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวที่บ้าน หมายถึง กิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวที่บ้าน โดยใช้แนวคิดของโอเร็ม ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ 2) รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ 3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพ 4) รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค 5) ดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง และ 6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่

2. คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ความผาสุกทางด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือรักษา และภาวะโภชนาการ

3. สมรรถภาพการทำงานของปอด หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของปอดในการระบายอากาศ และการแลกเปลี่ยนก๊าซ ประเมินจากอัตราการไหลสูงสุดของลมหายใจออก (PEFR) และความสามารถในการออกกำลังกาย (exercise capacity) โดยการวัด 6-minute walking distance (6-MWD)

4. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ 2 และ 3 โดยประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ของปอด ตามแนวทางของสมาคมออร์เวซซีแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2553

5. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่เพิ่มสุขภาพปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามวิธีที่ปฏิบัติเป็นประจำของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ได้แก่ การซักถามอาการและประวัติการเจ็บป่วย พบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา คำแนะนำการปฏิบัติตัวโดยทั่วไปตามสภาพปัญหาและอาการของผู้ป่วยแต่ละราย การนัดหมายผู้ป่วยมาตรวจ ตามแนวปฏิบัติสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ