

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวที่บ้าน ต่อพฤติกรรมและสมรรถภาพการทำงานของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม
3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. บริบทของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจที่มีการอุดกั้นของหลอดลม รวมทั้งการทำงานของขนกวัดที่ผนังหลอดลมลดลงทำให้เกิดการคั่งของเสมหะที่หลั่งออกมามีผลให้ความต้านทานในหลอดลมสูงในขณะหายใจออก ผู้ป่วยจึงมีอาการหายใจลำบากเพราะต้องพยายามใช้แรงในการหายใจมากขึ้น (Leidy and Traver, 1995) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นโรคที่มีลักษณะภาวะตีบแคบของทางเดินหายใจ จะเกิดมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามการดำเนินของโรคและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้เอง ส่วนใหญ่เป็นผลจากการระคายเคืองต่อปอดจากฝุ่นและก๊าซ ที่สำคัญที่สุด คือ คาร์บอนหรือ (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2012) โดยทั่วไปมักหมายรวมถึงโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2556)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นความผิดปกติของการอุดกั้นทางเดินหายใจ ที่ดำเนินไปอย่างช้าๆ และเรื้อรัง อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงร่วมกันของถุงลมที่โป่งพองและท่อทางเดินหายใจขนาดเล็กของปอดอย่างถาวร ทำให้เกิดแรงต้านหรือการอุดกั้นการผ่านของอากาศเข้าออกปอดเพิ่มขึ้นจนไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติ ทำให้มีอาการหายใจลำบาก สมาคมโรคทรวงอก

แห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่า เป็นพยาธิสภาพของปอดที่มีลักษณะการดำเนินอย่างต่อเนื่องจากการอุดกั้นการระบายอากาศอย่างเรื้อรัง เป็นภาวะที่มีหลอดลมอักเสบและถุงลมโป่งพองจากพยาธิสภาพของโรคทำให้มีการขัดขวางการระบายอากาศที่ผ่านเข้าออกจากปอด เกิดการอุดกั้นต่อทางเดินอากาศขนาดเล็กและช่องว่างระหว่างถุงลม มีการทำลายสารเคลือบ เนื้อเยื่อปอด และสูญเสียการยืดหยุ่นของถุงลมปอด ทำให้มีการอุดกั้นอย่างถาวรของต่อทางเดินอากาศขนาดเล็ก (Iamb, 1996; American Thoracic Society, 2013)

การดำเนินของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นพบว่า อาการหายใจเหนื่อย และไอ ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของโรคที่ค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้า ๆ มักเริ่มต้นเมื่ออายุ 45 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มานานอาการเริ่มแรกอาจมีอาการไอและมีเสมหะตอนเช้าเท่านั้น การดำเนินของโรคจะค่อย ๆ เลวลงโดยไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ อาการที่พบบ่อยและทำให้ทุกข์ทรมานมากคือ อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ซึ่งทำให้การมีกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้การทำงานที่ของร่างกายลดลง ก่อให้เกิดอาการหายใจลำบากเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (Sassi, et al., 1995)

### 1. สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดหรือเพิ่มความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดหรือเพิ่มความรุนแรงของโรคดังนี้

1.1 การสัมผัสกับควันบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ในปัจจุบันได้มีข้อพิสูจน์แล้วว่าผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่สุดควันบุหรี่จะทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลกระทบของควันบุหรี่ต่อโครงสร้างและหน้าที่ของปอด จะมีการเปลี่ยนแปลงการทำลายเซลล์ขนกวัดที่เยื่อหลอดลม ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมที่เข้าปอดช้าและลดน้อยลง เกิดการสะสมสารพิษจากควันบุหรี่ในหลอดลมและถุงลมปอด ทำให้เกิดการอักเสบของทางเดินหายใจ ซึ่งถ้าสูบบุหรี่นานขึ้นและจำนวนมากขึ้น การอักเสบยิ่งเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหลอดลมทั้งหลอดลมขนาดใหญ่และหลอดลมขนาดเล็ก (สมเกียรติ วงษ์ทิม และชัยเวช นุชประยูร, 2542, หน้า 149-173)

1.2 มลพิษในอากาศประกอบด้วยฝุ่นละออง ควัน สารมีพิษ ก๊าซต่าง ๆ ก่อให้เกิดการระคายเคืองและเกิดการอักเสบของระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ามีอาการทางระบบทางเดินหายใจเพิ่มมากขึ้นหรือรุนแรงขึ้นได้ (ลินจง โปธิบาล, วารุณี ฟองแก้ว และศิริรัตน์ เปลี่ยนบางยาง, 2539, หน้า 79-101)

1.3 อายุ เพศ เชื้อชาติ สภาพแวดล้อมทางสังคมพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่และอายุมากโอกาสของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบมากขึ้น และเพศ เชื้อชาติและสภาพแวดล้อมทางสังคมเกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดย พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นมักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และเริ่มปรากฏอาการเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยกลุ่มที่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสมหาย และกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิสรา ปัญญาเริง ธนารักษ์ สุวรรณประภิศ และวิลาวัณย์ เตือนราชฎ์ (2551; อุษา วรรณม่วง, 2555) อัตราการตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบมากในคนผิวขาว มากกว่าผิวดำ อัตราการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคนฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มากกว่าในคนฐานะเศรษฐกิจดีและเด็กที่เกิดในครอบครัวที่มีประวัติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ามีโอกาสเกิดเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอนาคตได้มากขึ้น (American Thoracic Society, 2010)

1.4 ภาวะขาดสารอัลฟา -1- แอนตีทริปซิน (alpha -1- amtotrysin) ซึ่งสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ สารนี้มีมากในปอดจะช่วยป้องกันการย่อยโปรตีน เมื่อขาดสารนี้จึงทำให้มีการทำลายของเนื้อปอดทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ตั้งแต่อายุยังน้อย (ปราณี ทุไพบเราะ, 2543, หน้า 81)

1.5 ภาวะการติดเชื้ของทางเดินหายใจ แม้พบว่ามีเชื้อโรคบางตัวทำให้เอนไซม์อีลาสเตส (enzyme elastase) ออกมาทำลายถุงลมมีการหลั่งเสมหะเพิ่มขึ้น แต่โดยทั่วไปแล้วพบว่าการติดเชื้อที่เกิดขึ้น ในระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น (อัมพรพรรณ ธีรบุตร, 2542, หน้า 23-71)

## 2. การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การวินิจฉัยของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีดังนี้

2.1 ประวัติการเจ็บป่วยและการตรวจร่างกาย จากการซักประวัติผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะมีการสูบบุหรี่จัดเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยจะมีอาการไอ มีเสมหะ หายใจขัดหรือมีประวัติสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยง ซึ่งก็สามารถยืนยันการวินิจฉัยได้ร่วมกับการทดสอบด้วยเครื่องวัดมาตรการหายใจ (Spirometer) ที่แสดงประสิทธิภาพการทำงานของปอด ประวัติการเจ็บป่วยที่ควรประเมินในผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นหรือสงสัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้แก่ ประวัติการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยง ประวัติความเจ็บป่วยในอดีตได้แก่ โรคหืด ภูมิแพ้ โพรงจมูกอักเสบ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็ก และโรคของระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคระบบทางเดินหายใจอื่น ลักษณะของอาการตลอดจนพัฒนาการของอาการ ประวัติของการมีอาการกำเริบประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยความผิดปกติเกี่ยวกับการหายใจ (Pauwels, et al., 2001 อ้างอิงใน อัมพรพรรณ ธีรบุตร, 2542)

2.2 การถ่ายภาพรังสีทรวงอก ตรวจทางรังสีวิทยาในภาพรังสีทรวงอก (the plain chestradiograph) จะช่วยวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ โดยจะพบว่าการเปลี่ยนแปลงดังนี้คือ การเปลี่ยนแปลงของเนื้อปอดพบว่าจะขนาดใหญ่ขึ้นและดำขึ้น พบเงาของถุงอากาศอยู่ใต้เยื่อหุ้มปอดหรือโพรงอากาศ ลักษณะเป็นโพรงดำ ไม่เห็นลายเส้นซึ่งเป็นลักษณะของเส้นเลือดและหลอดลม นอกจากนี้จะพบว่ามีลักษณะของเส้นเลือดในเนื้อปอดมีขนาด

และจำนวนของเส้นเลือดลดลงเมื่อเทียบกับคนปกติ และพบว่าการเปลี่ยนแปลงของผนังอกและกระบังลม จะมีการแบนราบของกระบังลม มุมระหว่างกระบังลมกับทรวงอกกว้างขึ้นในท่าเอ็กซ์เรย์ด้านข้าง เป็นมุมระหว่างกระบังลมและผนังทรวงอกด้านหน้าเท่ากับหรือมากกว่า 90 องศา และความหนาของทรวงอกมากขึ้นจนบางครั้งผนังอกด้านหน้าบริเวณกระดูกสันอกโค้งออกมา เนื่องจากมีการอักเสบทำให้ตำแหน่งของกระบังลมต่ำลงมากกว่าคนปกติ และยังพบการเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือด จะพบว่าเงาของหัวใจมีรูปร่างผอมยาวและอยู่ในแนวกลาง (หัวใจมีขนาดเล็กลง) ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องล่างขวาโตอาจพบเงาของหัวใจห้องล่างขวาโตร่วมด้วย (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542, หน้า 60; Stoller and Aboussouan, 1995)

2.3 การตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (arterial blood gas analysis) การตรวจระดับก๊าซจะช่วยในการวินิจฉัยโรค และประเมินความรุนแรงของผู้ป่วย ทั้งเป็นข้อบ่งชี้ในการรักษา ด้วยวิธีการให้ออกซิเจนระยะยาว ซึ่งในระยะแรกของโรค ระดับก๊าซในหลอดเลือดแดงจะมีค่าปกติ ต่อมาจะมีค่าความดันออกซิเจนในเลือด ( $\text{PaO}_2$ ) ต่ำเล็กน้อย คืออยู่ระหว่าง 65-75 มม.ปรอท ส่วนค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในหลอดเลือดแดง ( $\text{PaCO}_2$ ) มักจะปกติ ในระยะหลังที่ความรุนแรงของโรคมากขึ้นค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในหลอดเลือดแดง จะสูงขึ้น (ชัยเวช นุชประยูร, 2542, หน้า 183-190; อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542, หน้า 23-71)

2.4 การทดสอบสมรรถภาพการทำงานของปอด (lung function test) เป็นการตรวจยืนยันการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การทดสอบด้วยเครื่องวัดมาตรฐานการหายใจ ที่แสดงประสิทธิภาพการทำงานของปอด ที่สำคัญคือปริมาณอากาศที่ผู้ป่วยสามารถหายใจออกมาได้สูงสุดในแต่ละครั้ง (forced vital capacity; FVC) และปริมาตรอากาศที่ผู้ป่วยหายใจออกมาได้ในเวลา 1 วินาที (forced expiratory volume in 1 second;  $\text{FEV}_1$ ) ค่าที่ระบุถึงความผิดปกติ คือค่าของ  $\text{FEV}_1$  น้อยกว่าร้อยละ 80 ของค่าที่ทำนายตามเกณฑ์ (predicted value) ภายหลังการได้รับยาขยายหลอดลมร่วมกับมีอัตราส่วนของ  $\text{FEV}_1/\text{FVC}$  น้อยกว่าร้อยละ 70 ตามสมาคมโรคทรวงอกแห่งสหรัฐอเมริกา (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2556)

Peak Expiratory Flow Rate (PEFR) เป็นอัตราการไหลของอากาศหายใจออกที่สูงที่สุด จะเกิดขึ้นในช่วงต้นของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่จาก ตำแหน่งหายใจเข้าเต็มที่ มีหน่วยเป็นลิตรต่อวินาทีหรือ ลิตรต่อวินาที ที่ BTPS ค่า PEFR นี้อาจจะวัดได้ด้วยเครื่องมือที่เรียก Wright peak flow meter หรือ peak flow meter อื่น ๆ เช่น mini-Wright ซึ่งมีราคาถูกลงและมีขนาดกระทัดรัด (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2556)

### 3. การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรคที่รัดกุมและถูกต้อง สามารถประเมินระดับการอุดกั้นของทางผ่านอากาศซึ่งบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสรีรภาพทุกระยะการดำเนินโรค ซึ่งอาจจะไม่สัมพันธ์กับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ดังนั้นวิธีการทดสอบทางการแพทย์ เพื่อแบ่งระดับความรุนแรงของโรค ร่วมกับการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยจากอากาศและอาการแสดง ทำให้การวินิจฉัยโรคมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น พบว่าวิธีสไปโรเมตรี (spirometry) เป็นวิธีทดสอบที่ได้รับความนิยมและยอมรับในปัจจุบัน และมีประสิทธิภาพในการประเมินการทำหน้าที่ปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อยืนยันผลการวินิจฉัย (MacIntyre, 2003; Vermeire, 2002; Yip, 2003) ปัจจุบันได้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามการรับรองขององค์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นแนวใหม่ โดยใช้วิธีการทดสอบสไปโรเมตรี แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Pauwels, 2003 อ้างอิงใน อัมพรพรรณ ธีรบุตร, 2542)

ระดับที่ 0 เริ่มต้นความเสี่ยง (at risk) ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรังร่วมกับมีเสมหะและจากผลการทดสอบด้วยวิธีสไปโรเมตรี พบว่าการทำหน้าที่ของปอดยังคงปกติ

ระดับที่ 1 ความรุนแรงเล็กน้อย (mild COPD) ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรังร่วมกับมีเสมหะ ผลการทดสอบด้วยวิธีสไปโรเมตรี พบว่ามีการอุดกั้นของทางผ่านอากาศระดับปานกลาง กล่าวคือ สัดส่วนปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (forced expiratory volume in 1 second [ $FEV_1$ ]) ต่อบริมาตรของอากาศที่หายใจออกที่เป่าออกมาโดยเร็ว และนานภายหลังหายใจเข้าเต็มที่ (forced vital capacity [FVC]) น้อยกว่าร้อยละ 70 ( $FEV_1/FVC < 70\%$ ) และปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกภายหลังการได้รับขยายหลอดลมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของค่าที่ทำนาย ( $FEV_1 \geq 80\%$  of predicted) โดยที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงอาการจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ของปอด

ระดับที่ 2 ความรุนแรงปานกลาง (moderate COPD) ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรังร่วมกับมีเสมหะ ผลการทดสอบด้วยวิธีสไปโรเมตรี พบว่าสัดส่วนปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกต่อบริมาตรของอากาศที่หายใจออกที่เป่าออกมาโดยเร็วและนานภายหลังหายใจเข้าเต็มที่น้อยกว่าร้อยละ 70 ( $FEV_1/FVC < 70\%$ ) และปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกภายหลังการได้รับขยายหลอดลมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 แต่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของค่าที่ทำนาย ( $50\% \leq FEV_1 < 80\%$  of predicted)

ระดับที่ 3 ความรุนแรงมาก (severe COPD) ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะออกแรงและมีอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคที่เกิดขึ้นซ้ำ จากการอุดกั้นของทางผ่านอากาศที่เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรังร่วมกับมีเสมหะ ผลการทดสอบด้วยวิธีสไปโรมิตรี พบว่าสัดส่วนปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกต่อปริมาตรของอากาศที่หายใจออกที่เป่าออกมาโดยเร็วและนานภายหลังจากหายใจเข้าเต็มที่น้อยกว่าร้อยละ 70 ( $FEV_1/FVC < 70\%$ ) และปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกภายหลังจากได้รับยาขยายหลอดลมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 แต่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าที่ทำนาย ( $30\% \leq FEV_1 < 50\%$  of predicted)

ระดับที่ 4 ความรุนแรงที่สุด (very severe COPD) ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกของภาวะหายใจล้มเหลวหรือหัวใจข้างขวาล้มเหลวจากความรุนแรงการอุดกั้นของทางผ่านอากาศ ทำให้ค่าความดันก๊าซออกซิเจนในเลือดแดง ( $PaO_2$ ) น้อยกว่า 60 mmHg ความดันก๊าซ มากกว่า 45 mmHg มีภาวะความดันในปอดสูง (pulmonary hypertension) ผลการทดสอบด้วยวิธีสไปโรมิตรี พบว่าสัดส่วนปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกต่อปริมาตรของอากาศที่หายใจออกที่เป่าออกมาโดยเร็วและนานภายหลังจากหายใจเข้าเต็มที่น้อยกว่าร้อยละ 70 ( $FEV_1/FVC < 70\%$ ) และปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกภายหลังจากได้รับยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 30 ของค่าทำนาย ( $FEV_1 \leq 30\%$  of predicted) หรือมีปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกภายหลังจากได้รับยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าที่ทำนาย ( $FEV_1 < 50\%$  of predicted) ร่วมกับอาการทางคลินิกของภาวะระบบหายใจล้มเหลวเรื้อรัง คาร์บอนไดออกไซด์ ( $PaCO_2$ ) มากกว่า 45 mmHg มีภาวะความดันในปอดสูง (pulmonary hypertension) ผลการทดสอบด้วยวิธีสไปโรมิตรีพบว่า สัดส่วนปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกต่อปริมาตรของอากาศที่หายใจออกที่เป่าออกมาโดยเร็วและนานภายหลังจากหายใจเข้าเต็มที่น้อยกว่าร้อยละ 70 ( $FEV_1/FVC < 70\%$ ) และปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกภายหลังจากได้รับยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 30 ของค่าทำนาย ( $FEV_1 \leq 30\%$  of predicted) หรือมีปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกภายหลังจากได้รับยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าที่ทำนาย ( $FEV_1 < 50\%$  of predicted) ร่วมกับอาการทางคลินิกของภาวะระบบหายใจล้มเหลวเรื้อรัง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2556)

อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดขึ้นจากความต้องการหายใจเอาอากาศเพิ่มขึ้นเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพผู้ป่วยโรคไม่สามารถตอบสนองความต้องการออกซิเจนเนื่องจากการทำงานของปอดกระบังลมกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจผิดปกติไปและเกิดจากกล้ามเนื้อช่วยหายใจเหนื่อยล้า (West, 1997) สมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกาได้จัดลำดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไว้เป็น 5 ระดับโดยใช้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ (American Lung Association, 1975 as cited in Dudley, Glaser, and Logan, 1980 อ้างอิงใน อัมพรพรรณ ธีรบุตร, 2542) ดังนี้

ความรุนแรงระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดใดสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

ความรุนแรงระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเล็กน้อยสามารถเดินบนพื้นราบได้แต่ไม่กระฉับกระเฉงเท่าคนปกติและไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันไดได้เท่ากับคนในวัยเดียวกันแต่สามารถขึ้นตึกสูง 1 ชั้นได้โดยไม่เหนื่อยหอบ

ความรุนแรงระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมชัดเจนขึ้นไม่สามารถทำงานหนักหรือทำงานที่ย่างยากได้ไม่สามารถเดินบนพื้นราบได้เท่ากับคนในวัยเดียวกันและมีอาการเหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้นและต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 2 ชั้น

ความรุนแรงระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้นไม่สามารถทำงานได้เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัดต้องหยุดพักเมื่อขึ้นตึกสูง 1 ชั้นแต่ยังสามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ความรุนแรงระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมากเดินเพียง 2-3 ก้าว หรือลุกนั่งก็เหนื่อยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหนื่อยหอบเมื่อพูดหรือแต่งตัว

การประเมินความรุนแรงของโรคและติดตามการดำเนินของโรค ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งตามการตรวจ spirometry (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2556) ดังนี้

ความรุนแรง	FEV <sub>1</sub> % (predicted FEV <sub>1</sub> /FVC%100)
ระดับ 1 Mild	FEV <sub>1</sub> > 80%
ระดับ 2 Moderate	FEV <sub>1</sub> 50 – 79%
ระดับ 3 Severe	FEV <sub>1</sub> 30 – 49%
ระดับ 4 Very Severe	FEV <sub>1</sub> < 30%

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำการจัดลำดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไว้เป็น 4 ระดับ โดยใช้ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งตามการตรวจ spirometry ของ

ผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2556) ประเมินระดับความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้

#### 4. ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาหายขาด จะมีการดำเนินของโรคค่อยๆ เพลิดเพลินไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ จึงก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจดังนี้

4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหากได้รับประทานมากหรืออาหารที่มีแก๊สจะทำให้กระเพาะอาหารโป่งพองและดันกระบังลมขึ้น เป็นผลให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ก็ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากได้ ประกอบกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและผลของการใช้ยาขยายหลอดลมทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน จากภาวะดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่ออาหารมากขึ้นรับประทานได้น้อย น้ำหนักลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมักมีปัญหาคารขาดสารอาหาร และจากอาการหายใจลำบากทำให้มีผู้ป่วยมีความทนทานของร่างกายและมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในประจำวันได้ลดลง ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างจำกัด ยังพบว่าทำให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการมีเพศสัมพันธ์ผิดปกติ โดยผู้ป่วยจะมีเพศสัมพันธ์ลดลง เนื่องจากการหายใจลำบาก ภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังและการรักษาที่ได้รับ (ลินจง โปธิบาล, 2539, หน้า 79-101)

4.2 ผลกระทบด้านจิตใจ ซึ่งจากที่มีผลกระทบด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผู้ป่วยที่ต้องอยู่กับอาการหายใจลำบากที่รุนแรงและเรื้อรัง และผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้ ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการดังกล่าว ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การหายใจลำบากจะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ คิดว่าตนเองไม่สามารถในการควบคุมอาการมีผลทำให้ละเว้นที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามปกติ เช่น การออกกำลังกาย การทำงาน การงดมีเพศสัมพันธ์เพราะกลัวอาการเหนื่อยหอบหรือหายใจลำบากขณะร่วมเพศ หรือแม้แต่การทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ เนื่องจากกลัวว่าการกระทำกิจกรรมจะก่อให้เกิดอาการหายใจลำบาก ทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตโดยมีกิจกรรมได้จำกัด (Sexto and Munro, 1988; Wigal, 1991) และผลจากที่ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง ทำให้ความทนทานของร่างกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นบ่อยครั้ง เนื่องจากการเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ และเวลาที่มีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2540; May, 1991; Sassi-dambon, Eakin, Ries and Kaplan, 1995)

4.3 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และครอบครัวส่วนใหญ่ จะมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและบทบาทสำคัญในสังคม เช่น บทบาทในด้านอาชีพ สังคม จากผู้ป่วยมีการจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมจากโรคที่มีความก้าวหน้ามากขึ้น ผู้ป่วยอาจมีการสูญเสียอาชีพและเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ จนมีผลให้ครอบครัวมีฐานะลำบาก (อัมพรพรรณ ธีรานุตร, 2542, หน้า 101)

จากภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วย มีความจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตและบทบาทที่สำคัญในสังคม ส่งผลสำคัญต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว

## 5. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แนวทางและจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นเป็นเพียงการบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลงการยับยั้งหรือชะลอพยาธิสภาพไม่ให้ดำเนินต่อไปอย่างรวดเร็ว และเพื่อคงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้หรือให้เสื่อมช้าที่สุดทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2556) ซึ่งมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

5.1 การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีการอุดกั้นของหลอดลม ดังนั้นการให้ยาขยายหลอดลม ซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น ชนิดที่รับประทาน ชนิดสูดหายใจทางปากจากเครื่องพ่นละอองยาสำเร็จรูป เป็นต้น จึงมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยมักมีอาการดีขึ้นหลังจากใช้ยาขยายหลอดลม ไม่เพียงแต่ขยายหลอดลมเท่านั้นแต่ยังช่วยเพิ่มสมรรถภาพการขับเมือกโดยเซลล์ของหลอดลมด้วยและยาบางตัวก็สามารถเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อกระบังลม สำหรับยาประเภทคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroid) มีในรูปยารับประทานหรือยาฉีดเพิ่มเติม จากการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงและระยะเฉียบพลัน (ชัยเวช นุชประยูร, ประพาฬ ยงใจยุทธ และพูนเกษม เจริญพันธุ์, 2539, หน้า 183-190; ปราโมทย์ ตระกูลเพียรกิจ, 2545; อัมพรพรรณ ธีรานุตร, 2542, หน้า 75)

5.2 การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจะทำให้สมรรถภาพของปอดเสื่อมลงหรือทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการมากขึ้นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดซึ่งในการดูแลมีดังนี้ ได้แก่

5.2.1 การติดเชือรระบบทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยมีไข้ต้องการออกซิเจนมากขึ้น แพทย์จะพิจารณาในการการรักษาโดยการให้ยาลดไข้ การให้ยาปฏิชีวนะ และการได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ บทบาทในการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ ถูกต้องและเหมาะสม และแนะนำการปฏิบัติตัวในการกำจัดเสมหะ (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2543, หน้า 81-140)

การช่วยกำจัดเสมหะโดยกระตุ้นให้ดื่มน้ำเนื่องจากความเหลวของเสมหะ จะขึ้นอยู่กับปริมาณของน้ำที่ดื่ม (อย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร) ช่วยให้เสมหะเหลวได้ แต่จากการศึกษาในระยะหลังไม่พบว่าการให้น้ำเพิ่มมากขึ้นจะช่วยให้เสมหะเหลวขึ้นได้ (American Thoracic Society, 1995)

5.2.2 หัวใจซีกขวาล้มเหลว (cor pulmonale) เมื่อออกซิเจนในเลือดต่ำลงมาก ๆ อยู่ยาวนานจะทำให้ความดันในปอดสูงขึ้น หัวใจซีกขวาโตเนื่องจากทำงานมากขึ้น และเลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจลำบากกว่าเดิม จึงมีการคั่งของสารน้ำในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ขณะเดียวกันเมื่อออกซิเจนต่ำมาก ๆ ไตทำงานได้ไม่ดีขับสารน้ำออกได้น้อย เกิดการคั่งของสารน้ำมากขึ้น ทำให้เหนื่อยมากขึ้น จำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลออกซิเจนอย่างเพียงพอเพื่อความดันเลือดในปอด การเกิดภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลวเป็นข้อบ่งชี้ว่าควรให้ออกซิเจนระยะยาวแก่ผู้ป่วย เป็นบทบาทสำคัญในการแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้ออกซิเจนระยะยาว ต่อเนื่องที่บ้าน (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2543; อัมพรพรรณ ธีรบุตร, 2542)

5.2.3 ภาวะทางด้านอารมณ์ เช่น โกรธ กังวล ตกใจ เป็นต้น อาจทำให้ผู้ป่วยทำงานมากหรือเร็วกว่าที่เคยทำก็จะเกิดอาการหายใจลำบากขึ้นได้ การดูแลรักษา มีการทดสอบความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการทำงานได้มากน้อยเพียงใดและกำหนดลักษณะของงานและการออกแรงทำงานที่เหมาะสมกับสมรรถภาพของหัวใจที่จะทำได้ผู้ป่วยอาจมีอาการมากขึ้นอย่างเฉียบพลัน โดยไม่มีสาเหตุหรือภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างร่วมกันทำให้ไม่ทราบวิธีการแก้ไขและการรักษาแต่วิธีที่ดีที่สุด คือการช่วยให้การทำงานของระบบหายใจดีขึ้นก็เพียงพอ แพทย์อาจพิจารณาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและกระตุ้นการขจัดเสมหะ (ชัยเวช นุชประยูร, ประพาฬ ยงใจยุทธ และ พูนเกษม เจริญพันธุ์, 2539; ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2543)

5.2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายๆ ฝ่ายร่วมกัน ประกอบด้วย การวินิจฉัยที่แม่นยำ การให้การรักษา การให้การสนับสนุนทางจิตใจ รวมทั้งการฝึกฝนทางร่างกายควบคู่ไปด้วย เพื่อลดอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิตและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนี้จะต้องครอบคลุมปัญหาที่เกี่ยวข้องคือ สภาพของกล้ามเนื้อที่ไม่ค่อยได้ใช้งาน สภาพอารมณ์และจิตใจที่ค่อนข้างซึมเศร้า และการแยกตัว จากสังคม รวมไปถึงน้ำหนักตัวที่ลดลง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยทุกรายที่เริ่มมีอาการ (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2543; อัมพรพรรณ ธีรบุตร, 2542)

## ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001 อ้างอิงใน จันทรเพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2548; อมรรัตน์ สมมิตร, 2554) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่ 1) ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory) 2) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) และ 3) ทฤษฎีระบบพยาบาล (The theory of nursing system)

### 1. ทฤษฎีดูแลตนเอง (Self – care Theory)

เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่พึ่งพาก็เพียงกล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น

แนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กัน คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้ จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม

วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำการดูแลตนเองนั้น โอเร็ม เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นที่หลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Orem, 2001, pp. 47-49 อ้างอิงใน จันทรเพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2548; อมรรัตน์ สมมิตร, 2554) ดังนี้

1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตนเอง เหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

ผู้อื่น

- 1.1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 1.1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคม

และความสามารถของตนเอง

1.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรค ต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ

1.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่างคือ

1.3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

1.3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

1.3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

1.3.5 ดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาคู่คนอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

1.3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของ การวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง ให้ดีที่สุดในความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงซึ่งจะเห็นว่าการสนองตอบต่อความต้องการการ ดูแลตนเองในประเด็นนี้ จะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลที่จะช่วยป้องกัน อุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

1.4 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพ ดังกล่าวจะสร้าง หรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ (Orem, 2001, pp. 258-265 อ้างอิงใน จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญา เพียรพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2548; อมรรัตน์ สมมิตร, 2554) 1) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) 2) พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components:enabling capabilities for self-care) และ 3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)

1.4.1 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) (Orem, 2001, pp. 258-260 อ้างอิงใน จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญา เพียรพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2548; อมรรัตน์ สมมิตร, 2554) เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1) การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควร และจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

3) การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.4.2 พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components: Enabling capabilities for self-care) (Orem, 2001, pp. 264-265 อ้างอิงใน จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญา เพียรพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2548; อมรรัตน์ สมมิตร, 2554) โอเร็ม มอง พลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์

แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

- 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง
- 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง
- 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง
- 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ
- 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
- 7) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
- 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง
- 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
- 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

1.4.3 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) (Orem, 2001, pp. 264-265 อ้างอิงใน จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญา เพียรพิจารณา และรัตนารณ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2548; อมรรัตน์ สมมิตร, 2554) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่วไป ซึ่งแบ่งออกเป็น

- 1) ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทางสรีระและจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางตนให้เหมาะสม เป็นต้น)

2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียนนับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความห่วงใยในตนเอง การยอมรับตนเอง ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้นจะเห็นว่าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จริงจัง และมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในแต่ละข้อที่ใช้แจกแจงไว้ นอกจากนี้โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลยังต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

เมื่อมีการดูแลที่จำเป็นโดยได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลนั้นจะได้รับในสิ่งต่อไปนี้ การรอดชีวิตและการตายอย่างสงบเมื่อถึงเวลา การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล ได้รับการสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล มีส่วนช่วยส่งเสริมให้มีการปรับตัวหรือควบคุมผลจากการเจ็บป่วย และจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ส่งเสริมสวัสดิภาพ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นเป้าประสงค์สูงสุดในการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองเป็นนโมติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล

## 2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง อธิบายว่าเมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่จะตอบสนองได้ บุคคลจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการการพยาบาล ทั้งนี้ความสามารถเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลสามารถถูกกระทบได้เนื่องจากภาวะด้านสุขภาพ องค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก ซึ่งทำให้

บุคคลนั้นใช้ความสามารถของตนเองได้บางส่วน หรือไม่สามารถใช้ได้เลย หรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้นบุคคลจึงต้องการพยาบาล ความบกพร่องในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (ความสามารถในการกระทำ) ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (งานทั้งหมดที่ต้องกระทำ) ความจำกัดในการดูแลตนเองอาจเกิดจากการรู้ การพิจารณาตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติ (Orem, 1995 อ้างอิงใน จันทรพิชญ์ สันตวาจา, อภิญา เพียรพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2548; อมรรัตน์ สมมิตร, 2554)

### 3. ทฤษฎีระบบพยาบาล

ทฤษฎีระบบพยาบาลจะแสดงโครงสร้าง และเนื้อหาของการปฏิบัติการพยาบาล โดยอธิบายถึงคุณลักษณะของความสามารถทางการพยาบาล ที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการและพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย การแบ่งชนิดของระบบการพยาบาล อาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการจัดกระทำ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบ (Orem, 1995 อ้างอิงใน จันทรพิชญ์ สันตวาจา, อภิญา เพียรพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2548; อมรรัตน์ สมมิตร, 2554)

3.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้แนะ หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว

3.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory nursing system) ในระบบนี้ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบในการสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย ผู้ป่วยกับพยาบาลอาจจะเป้าหมายร่วมกัน ผู้ป่วยจะปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ส่วนพยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพ

3.3 ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ในระบบนี้ ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกิจกรรมที่ต้องกระทำ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนแนะนำ และสนับสนุนจากพยาบาล การสอนจะต้องรวมผู้ป่วย และครอบครัวหรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยด้วย ส่วนพยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง พยาบาลมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ วิธีการให้ความช่วยเหลือมี 5 วิธีคือ (Orem, 1995 อ้างอิงใน จันทรพิชญ์ สันตวาจา, อภิญา เพียรพิจารณ์

และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2548; อมรรัตน์ สมมิตร, 2554) 1) การกระทำให้หรือกระทำแทน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสอน และ 5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการ การดูแลตนเอง

### ครอบครัวและการพยาบาลครอบครัวในแนวคิดของโอเร็ม

โอเร็ม (Orem, 2001 อ้างอิงใน จันทรพิชญ์ สันตวาจา, อภิญา เพียรพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2548; อมรรัตน์ สมมิตร, 2554) กล่าวถึงครอบครัวในส่วนของที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐาน สิ่งแวดล้อมของบุคคล บทบาทของครอบครัวต่อสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยหรือการดูแลบุคคลผู้ต้องการ และหน่วยกลุ่มบุคคลผู้ต้องการการพยาบาลซึ่งจะเห็นว่าเป็นการอธิบายความหมายของครอบครัวแบบกระจัดกระจาย จึงยากต่อการทำความเข้าใจความหมายของครอบครัว ในสมาชิกในครอบครัว (Taylor, 1989) ตัวอย่างหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา เช่น ภรรยาดูแลสามีที่เจ็บป่วย บิดา – มารดาดูแลบุตรที่เจ็บป่วยหรือบุตรที่เป็นผู้ใหญ่ให้การดูแลบิดาหรือมารดาที่เจ็บป่วย เป็นต้น

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยพื้นฐานบางประการของระบบครอบครัว ที่มีความสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเนื่องจากครอบครัวเป็นระบบที่สำคัญในการช่วยส่งเสริม และสนับสนุนให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการปรับตัวเผชิญปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (Orem, 1995 อ้างอิงใน จันทรพิชญ์ สันตวาจา, อภิญา เพียรพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2548; อมรรัตน์ สมมิตร, 2554)

ครอบครัวเป็นหน่วยผู้รับบริการ หน่วยผู้รับบริการอาจหมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่พยาบาลต้องรับผิดชอบให้การดูแล (Orem, 2001; Taylor, 1989 อ้างอิงใน จันทรพิชญ์ สันตวาจา, อภิญา เพียรพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2548; อมรรัตน์ สมมิตร, 2554) เมื่อกลุ่มบุคคลที่มาอยู่อาศัยรวมกันเป็นครอบครัวคือผู้รับบริการ (Client) พยาบาลได้รับผิดชอบให้การพยาบาลเฉพาะสมาชิกรายบุคคล หรือหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพาเท่านั้น แต่รวมถึงครอบครัวในฐานะหน่วยรวมหนึ่งหน่วย (Family as a whole unit) ด้วย

ความหมายของครอบครัวตามกรอบแนวคิดของโอเร็มสะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมและบุคคล ครอบครัวในฐานะปัจจัยพื้นฐานคือสิ่งแวดล้อม ส่วนครอบครัวในฐานะหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา และครอบครัวในฐานะหน่วยผู้รับบริการ คือบุคคลซึ่งมีความต้องการการพยาบาลในลักษณะของกลุ่มบุคคลที่แตกต่างกัน

สรุปได้ว่า ครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ให้ความรัก ความห่วงใย ดูแลเอาใจใส่กันอย่างใกล้ชิดจะช่วย

สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ ช่วยในการปรับตัว มีความมั่นใจ มีการพัฒนาความรู้ความสามารถ การตัดสินใจในการหาวิธีที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาถึงผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองก็จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความจำเป็นที่จะต้องดูแลตามภาวะสุขภาพทั้ง 3 ระดับ คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย แต่ผลจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองในบางส่วน ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงต้องได้รับความช่วยเหลือทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว รวมทั้ง การให้กำลังใจ เสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดพลังอำนาจในตนเองขึ้น ส่งเสริมให้เพิ่มความสามารถและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองให้มากยิ่งขึ้น สรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่องเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี หลีกเลี่ยงโรค และอันตรายที่คุกคามกับชีวิตเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุข

การวิจัยครั้งนี้ การดูแลตนเอง หมายถึง การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาขยายหลอดลม และการดูแลสุขภาพทั่วไป เพื่อเพิ่มสมรรถนะการทำงานของปอด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ระบบสนับสนุนของครอบครัวที่จะช่วยในการประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว หากได้มีการนำครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนในด้านต่างๆ (Orem, 2001; Taylor, 1989 อ้างอิงใน จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพ็ชรพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2548; อมรรัตน์ สมมิตร, 2554) กล่าวคือ การสนับสนุนด้านสุขภาพ ด้านความรักเอาใจใส่ และด้านเศรษฐกิจ อันได้แก่ ข้อมูลข่าวสารคำแนะนำที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อใช้ในการแก้ปัญหา จัดการกับภาวะเครียดที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ การให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับความถูกต้องของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติ การสนับสนุนด้านวัตถุและสิ่งของที่จำเป็น เงิน หรือการให้บริการช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้เป็นทรัพยากรในการเผชิญปัญหา และใช้ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ การดูแลด้านจิตใจ ให้กำลังใจ การจัดการกับปัญหาหรือเผชิญกับภาวะเครียด ให้ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ซึ่งการสนับสนุนของครอบครัวในด้านต่างๆ เหล่านี้ น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตและสมรรถภาพปอดที่ดีของผู้ป่วยได้ (Orem, 2001; Taylor, 1989; กมลวรรณ จันตระกูล, 2547)

## คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### 1. แนวคิดของคุณภาพชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตได้มีปรากฏมาอย่างช้านาน โดยถูกสอดแทรกทั้งในแนวทางการดำรงชีวิตที่ดีตามความเชื่อทางศาสนา ปรัชญาและวัฒนธรรมของแต่ละชาติ รวมทั้งเข้ามามีบทบาทในระบบบริการสุขภาพนับตั้งแต่องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของภาวะสุขภาพไว้ในปี ค.ศ 1947 ว่าภาวะสุขภาพ ไม่ได้หมายความว่าเพียงแต่การปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น หากแต่ยังรวมถึงความผาสุกของบุคคลคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยมีภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต โดยคุณภาพชีวิตได้รับการพิจารณาว่าเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ

แนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิตเป็นความพยายามที่จะนิยามความหมายของคำว่า "คุณภาพชีวิต" เพื่อใช้ในการศึกษา แต่ความหมายที่นักวิชาการหลายท่านนิยามขึ้น นั้นยากที่จะเป็นที่ยอมรับอย่างเป็นสากล เนื่องจากความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต มีลักษณะที่เป็นทั้งวัตถุวิสัย (Objective) และอัตตวิสัย (Subjective) เช่น เรื่องที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดี เรื่องเพศและกิจกรรมประจำวัน ดังนั้นมาตรวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาบนฐานของแนวคิดข้างต้น จึงประกอบด้วย 2 มิติทั้งมิติวัตถุวิสัยและมิติอัตตวิสัย (อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่ำ, 2541, หน้า 40) มีผู้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตในหลายทศวรรษส่วนมากมีความหมายคล้ายคลึงกัน หรือมีความสอดคล้องกันจะแตกต่างกันบ้างในเรื่องรายละเอียด หรือจุดเน้นตามทฤษฎีหรือสาขาวิชานั้นๆ มีความเห็นที่สำคัญ ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530, หน้า 45) ให้ความหมาย 2 คำ คือ "คุณภาพ" กับ "ชีวิต" โดยให้ความหมายของ "คุณภาพ" ว่า หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำ บุคคลหรือสิ่งของ ส่วน "ชีวิต" หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คำว่า "คุณภาพชีวิต" เมื่อรวมกัน จึงหมายถึงลักษณะความเป็นอยู่ที่ดี

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1996) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิต ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่และจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคล เป็นแนวคิดที่กว้างเต็มไปด้วยความซับซ้อนครอบคลุมในแง่ของสุขภาพร่างกายของแต่ละบุคคล สภาพแวดล้อม ซึ่งจุดเด่นของความหมาย คุณภาพชีวิตที่องค์การอนามัยโลกมองก็คือ คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล สภาพแวดล้อม ซึ่งจุดเด่นของความหมายคุณภาพชีวิตที่องค์การอนามัยโลกมองก็คือ คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม

โดยจะรวมเอาหัวข้อที่เป็นทั้งส่วนดี และไม่ดีของชีวิตเอาไว้ นอกจากนี้ยังมองว่ามีหลายมิติ ไม่ว่าจะ เป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ นักวิจัยในต่างประเทศ ศึกษาคุณภาพชีวิตของประชากรในรูปแบบต่างๆ แล้วพบว่า การให้ความหมายและประเมินคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันไปตามค่านิยม วัฒนธรรม ความเชื่อ ศาสนา และการให้คุณค่าของชีวิตตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Leininger, 1994) ดังเช่น พาดิลลา และแกรนท์ (Padilla and Grant, 1985 อ้างอิงใน กมลวรรณ จันทรระกูล, 2547) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตาม ภาวะสุขภาพ ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะ สุขภาพ ฟอร์เรล (Ferrell, 1996) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตคือ เป็นความรู้สึกถึงความพึงพอใจ เกี่ยวกับชีวิตในทุกๆ ด้าน รวมถึงด้านจิตใจในแต่ละบุคคลด้วย รวมทั้งมีเบิร์ก (Meeberg, 1996) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึกถึงความพึงพอใจเกี่ยวกับชีวิตในทุก ๆ ด้าน รวมถึง จิตใจในแต่ละบุคคลด้วย และเซลลา (Cella, n.d. as cited in Ferrans, 2000) ได้อธิบาย ให้ความหมายคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพว่า เป็นขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ให้ได้ รับผลกระทบจากสภาวะของโรคและการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุก ด้านอารมณ์ และความสุขในสังคม

ในประเทศไทยด้านการพยาบาล ได้มีผู้สนใจได้ศึกษาแนวคิดคุณภาพชีวิตของ ประชากรกลุ่มต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกสถานพยาบาล การให้ความหมายคุณภาพชีวิต จึงมี ความแตกต่างกันไปด้วย เช่น ฉวีวรรณ สมบูรณ์พร้อม (2539) และศิริภาณี ปันคำ (2542) ได้สรุป ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้สอดคล้องกันว่า หมายถึง การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล ซึ่ง ต้องประกอบด้วยองค์ประกอบหลายประการ ได้แก่ การมีสุขภาพกายและจิตใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตที่เพียงพอสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุน มีส่วนร่วมในสังคมและยังรวมถึงความพึงพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆ เหล่านี้ด้วย และพจนีย์ ชูลีลัง (2545) ได้สรุปความหมายคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง การได้รับตอบสนองทั้งทางด้านวัตถุ ซึ่งการ ตอบสนองเหล่านี้จะมุ่งเน้นไปยังปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิตและการตอบสนองทางด้าน จิตใจ คือมีความพึงพอใจในชีวิตด้วย

จากข้อมูลต่างๆ ที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายหลากหลาย ต่างกันไป แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้สรุปนิยามของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การมีชีวิต ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล รวมไปถึงความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งได้รับการตอบสนองทั้งด้านวัตถุและ มุ่งเน้นไปยังปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิต แบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

## 2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

แนวคิดในลักษณะของโครงสร้างองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต มี 2 แนวคิดใหญ่ๆ คือ

1. คุณภาพชีวิตประกอบด้วยมิติเดียว เป็นแนวคิดที่มองว่าคุณภาพชีวิตสามารถเป็นภาพรวมโดยผ่านคำถามเดียวได้ เพราะเชื่อว่าบุคคลรับรู้ชีวิตของตนเป็นองค์รวมตามความจริงที่ตนประสบอยู่ไม่สามารถแยกแยะออกตามขอบเขตที่กำหนดได้ (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2541; Cantril, n.d. as cited in Oleson, 1990) งานวิจัยในประเทศที่นำแนวคิดนี้มาใช้ เช่น การศึกษาสัมพันธระหว่างปัจจัยบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของนัยนา พิพัฒน์วิศิธา (2535) และผลการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของอัมพรพรรณ ธีรานูตร (2542) เป็นต้น

2. คุณภาพชีวิตประกอบด้วยหลายมิติ โดยเชื่อว่าคุณภาพชีวิตของมนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบหลายด้าน เพราะคุณภาพชีวิตของบุคคลสามารถกระทบได้ด้วยปัจจัยหลายอย่าง เช่น ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ (Zhan, 1992) ด้านความผาสุกของร่างกาย ด้านความผาสุกทางจิตใจ ด้านความผาสุกทางสังคม ด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Ferrell, 1996) เป็นต้น

ปัจจุบันมีงานวิจัยคุณภาพชีวิตให้การประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากว่าการคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ ของชีวิตบุคคลทำให้สามารถบอกภาพรวมและระดับคุณภาพชีวิตได้ชัดเจน (Fillenbaum, 1985; Flanagan, 1978; Zhan, 1992) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ที่ศึกษาองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันดังนี้

Fillenbaum (1985) ได้รวบรวมเครื่องมือที่ใช้วัดในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุถึง 14 ชนิด มาสรุปและนำเสนอองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่ามีอยู่ถึง 7 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสภาพสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสภาพเศรษฐกิจและการดูแล

พาดิลลา และแกรนท์ (Padilla and Grant, 1985) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla and Grant, 1985) ซึ่งมองว่า การรับรู้ อารมณ์ และสภาพจิตใจเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่สุดของคุณภาพ

ชีวิตเพราะการจัดการ (manipulating) กับตัวแปรที่เป็นอาการของโรคภัยทั้งหลายเช่น อาการเจ็บปวดหรือการเสื่อมสมรรถภาพต่าง ๆ นั้นไม่ได้กระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่การจัดการดังกล่าวมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวแปรทางด้านสติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive mediating variables) เช่น การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมอาการของโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยแปลความหมายว่าเป็นการรับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงในคุณภาพชีวิตของตนเอง (Burckhardt, 1985 as cited in Padilla and Grant, 1985) หากการจัดการไม่สามารถเข้าถึงตัวแปรทางด้านสติปัญญาและการรับรู้ ซึ่งทำหน้าที่เปรียบเสมือนตัวแปรสื่อกลางที่แสดงออกถึงกระบวนการในการรับรู้จะทำให้ยากต่อการแปลผลการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการจัดการนั้น พาติลลา และแกรนท์ มีแนวคิดว่าคุณป่วยโรคเรื้อรังมีอาการและอาการแสดงของโรคเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนั้นเปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 6 ด้านด้วยกัน คือ 1) ความผาสุกทางด้านร่างกาย 2) ความผาสุกด้านจิตใจ 3) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ 4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือรักษา และ 6) ภาวะโภชนาการ รายละเอียดดังนี้ 1) ความผาสุกทางด้านร่างกาย (physical well-being) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลเช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน เป็นต้น 2) ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) คือ การรับรู้สภาพทางจิตของตนเอง เช่นการรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลที่ต่อตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อน การรับรู้ถึงความสามารถที่จำกัดการกับอาการทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจของตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล เป็นต้น 3) ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม (social concerns) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย 4) ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (body image concerns) คือ การรับรู้สภาพตนเอง ประสบอยู่และความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับโรคที่เป็นอยู่ มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ที่ตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงินสถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ที่ตนมีโอกาสจะได้รับข่าวสาร

หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันตนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา (response to diagnosis/treatment) การรับรู้ในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ การที่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศได้อย่างเพียงพอ การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ 6) ภาวะโภชนาการ (nutritional) เป็นการรับรู้ถึงความต้องการด้านการรับประทานอาหาร ความอยากอาหาร การได้รับอาหารอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

### 3. คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจุบันแม้การรักษาด้วยยาและเทคโนโลยีต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น แต่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการของโรคต่อไปอีกนานหลายปี แม้อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะไม่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตทันทีแต่จะรบกวนต่อบทบาทและแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรตระหนักถึง ผลกระทบจากโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ เศรษฐกิจและสังคมของ ผู้ป่วยอย่างมาก จากปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง (Dudley, et al., 1980 อ้างอิงใน กมลวรรณ จันตระกูล, 2547)

ซึ่งบุคคลกรทางสุขภาพต้องตระหนักว่าคุณภาพชีวิตเป็นประเด็นที่ต้องอาศัยการรับรู้ของแต่ละบุคคล ดังนั้นปัจจัยที่จะสามารถชี้ชัดถึงคุณภาพชีวิตของแต่ละคนย่อมแตกต่างกันไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นต้องอยู่กับความเจ็บป่วยที่เป็นอย่างเรื้อรังหรือการไร้ความสามารถ ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตนั้นจึงนับเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพิจารณาเมื่อจะทำการวางแผนให้กลยุทธ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วย และถือได้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นผลการวัดที่มีประโยชน์เพื่อประเมินการดูแลสุขภาพ เพราะการประเมินคุณภาพชีวิตจะช่วยให้ได้คำตอบหรือทราบผลของการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณค่าตามการรับรู้ของผู้ป่วยได้หรือไม่ (Bayles, 1980 as cited in padilla and Grant, 1985; Herbert and Gregor, 1997 อ้างอิงใน กมลวรรณ จันตระกูล, 2547)

**ระดับความรุนแรงของโรค** ระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพซึ่งมีอิทธิพลต่อระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จากการศึกษาของ ไลดี้ (Leidy, 1995) ที่ได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคมากขึ้นมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงอย่างมากส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยถูกกระทบและลดลงอย่างรวดเร็ว ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มมากขึ้น จะยิ่งทำให้มีผลกระทบต่ออาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจทำให้

เกิดความรู้สึกกดดันทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตลดลงในที่สุด (Anderson, 1995 อ้างอิงใน กมลวรรณ จันตระกูล, 2547)

จากการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องศึกษาและตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมต่อไป

#### 4. การประเมินคุณภาพชีวิต

ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสามารถที่จะประเมินได้หลายแนวทางตามแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

เรเฟียล (Raphael, 1996 อ้างอิงใน กมลวรรณ จันตระกูล, 2547) ได้สรุปว่าในการประเมินคุณภาพชีวิต สามารถประเมินได้ด้วยตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัยและตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย โดยตัวบ่งชี้ทั้งสองมีลักษณะในการประเมินแตกต่างกัน คือ

1. **ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective indicators)** เป็นตัวบ่งชี้ที่มีเกณฑ์ที่วัดชัดเจน สะดวกต่อการใช้ประเมินเนื้อหาครอบคลุมองค์ประกอบด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย สิ่งแวดล้อม สังคม หรือชุมชนที่อยู่อาศัย ข้อมูลที่ได้จึงมีประโยชน์ต่อการพัฒนาหรือเตรียมการให้การรักษาสอดคล้องให้พัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในสังคม งานวิจัยด้านการแพทย์และสังคมวิทยา จึงนิยมใช้ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัยเป็นส่วนใหญ่

2. **ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (Subjective indicators)** เป็นตัวบ่งชี้ที่เน้นไปถึงการรับรู้ของบุคคลดังนั้นผลการประเมินจะแสดงให้เห็นถึงระบบความพึงพอใจหรือความสุข ลักษณะของการประเมินจึงเน้นความรู้สึกต่อการได้รับการตอบสนองมากกว่าความเพียงพอของวัตถุที่ได้รับ และในการประเมินคุณภาพชีวิตหรือการจัดระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งในปัจจุบันการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิต มีดังนี้

สตรอมเบอร์ก (Stromborg, 1984 อ้างอิงใน กมลวรรณ จันตระกูล, 2547) ได้ให้ความเห็นในการประเมินคุณภาพชีวิตว่ากระทำได้ 3 วิธี คือ

1. **การประเมินเชิงวัตถุวิสัยให้ได้ข้อมูลเชิงปริมาณ (Objective scales yielding quantitative data)** เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือ บุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถสังเกตได้โดยตรง เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ และข้อมูลด้านคลินิกที่บ่งบอกถึงพยาธิสภาพ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น รายได้ ระดับการศึกษา มีการประเมินออกมาเป็นคะแนน เครื่องมือที่นำมาวัดกรณีนี้ เช่น การวัดสถานะความสามารถในการทำกิจกรรมของคานอฟสกี (Karnosky Performance Status Scales)

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ (Subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินด้วยตัวผู้ป่วยเอง ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เช่น แบบสำรวจสุขภาพ (Health Survey) ใช้วัดผลกระทบจากโรคมะเร็งและการรับรู้การเปลี่ยนแปลงและทัศนคติต่อการเปลี่ยนแปลงลักษณะการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Strom and Wright, 1984 as cited in Stromborg, 1992 อ้างอิงใน กมลวรรณ จันตระกูล, 2547)

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยให้ได้ข้อมูลเชิงปริมาณ (subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ถูกประเมินเป็นผู้ให้ข้อมูล เป็นการสะท้อนความรู้สึกที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตหรือประสบการณ์ในชีวิตของผู้ตอบหรือผู้ถูกประเมินเช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ ประเมินออกมาเป็นคะแนน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินกรณีนี้ เช่น แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตของพาดิลลา เฮอร์ซอก และแกรนท์ (Padilla, Presant and Grant; 1985 as cited in Stromborg, 1992 อ้างอิงใน กมลวรรณ จันตระกูล, 2547) แบบวัดผลกระทบของการเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile, SIP)

การประเมินคุณภาพชีวิต นอกจากต้องประเมินตามตัวชี้วัดและองค์ประกอบต่างๆ แล้ว (Spizer, et al., 1961 อ้างอิงใน นฤมล ศาสตรัฐ, 2540) ยังได้สรุปว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ควรประกอบด้วยลักษณะ 10 ประการ ดังนี้

1. ข้อความสั้น เข้าใจง่าย และนำไปใช้ได้สะดวก
2. กว้างขวาง ครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตแต่ละด้าน
3. เนื้อหาสอดคล้องกับกลุ่มชนชั้น
4. เน้นปริมาณ
5. สามารถใช้ได้หลายสถานการณ์ด้วยข้อจำกัดน้อยที่สุด เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านอายุ เพศ อาชีพ และชนิดของโรคเรื้อรัง
6. ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้
7. เป็นที่ยอมรับในการวัด โดยเฉพาะผู้ชำนาญทางคลินิก
8. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด
9. แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างเด่นชัด ในกลุ่มผู้ถูกวัดที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน
10. มีเหตุผลดี

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้การประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของพาดิลลา และแกรนท์ (Padilla and Grant, 1985) ซึ่งเป็นการประเมินเชิงจิตวิทยาโดยวัดเป็นปริมาณ โดยใช้แบบวัดดัชนี คุณภาพชีวิตซึ่งนิยามัย ใช้เทียบวงศ์ (2535) ได้ดัดแปลงมาจาก สมจิต หนูเจริญกุล (2532) ที่ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla and Grant, 1985) ซึ่งได้สร้างขึ้นในปี ค.ศ 1983 ได้ตรวจสอบความตรงตามสภาพการณ์ (concurrent validity) โดยการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยแบบวัดที่สร้างขึ้นกับการให้คะแนนคุณภาพชีวิตและการพยากรณ์โรคโดยแพทย์ผู้รักษา พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิตและการพยากรณ์โรคที่ประเมินโดยแพทย์ และเครื่องมือนี้ ได้คำนวณความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.88 ต่อมาในปี ค. ศ 1985 พาดิลลา และแกรนท์ (Padilla and Grant, 1985) ได้นำเครื่องมือ ประเมินคุณภาพชีวิตมาพัฒนาเป็นครั้งที่ 2 เพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็ง แบบสอบถาม มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามในด้านบวก 16 ข้อ ข้อคำถามในด้านลบ 7 ข้อ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (colostomy) 135 ราย เมื่อนำมาวิเคราะห์หาความตรงตามโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่ามี 6 องค์ประกอบ 1) ความผาสุกทางด้านร่างกาย 2) ความผาสุกด้านจิตใจ 3) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภพลักษณะ 4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือรักษา และ 6) ภาวะโภชนาการ และได้ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) อยู่ระหว่าง 0.48 - 0.90 และเมื่อนำเครื่องมือมาหาความตรงตามการจำแนก (discriminate validity) โดยได้นำไปใช้กับกลุ่มผู้มีสุขภาพดีและกลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยนอก 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่เป็นผู้ป่วยใน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้มีสุขภาพดีมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงที่สุด กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยในมีคะแนนต่ำที่สุด ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้องคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำเป็นอันดับ 2 รองจากผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่เป็น ผู้ป่วยใน แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือนี้สามารถวัดความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มต่างๆ และในกลุ่มผู้มีสุขภาพดีได้ (กมลวรรณ จันตระกูล, 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตพบได้ว่า สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2534) ได้นำแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla and Grant, 1985) มาแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ เพื่อนำไปใช้กับ

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาจำนวน 112 ราย และได้หาคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.89 ต่อมาในปี พ.ศ. 2535 นิรามัย ใช้เทียมวงค์ (นิรามัย ใช้เทียมวงค์, 2535) ได้นำแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตนี้มาใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยได้ดัดแปลงข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและนำไปหาความเที่ยงจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 20 ราย โดยตัดข้อคำถามในเรื่องเพศสัมพันธ์ออก จึงเหลือข้อคำถามเพียง 22 ข้อ ใน 6 องค์ประกอบ คือ ความผาสุกด้านร่างกาย 5 ข้อ ความผาสุกด้านจิตใจ 6 ข้อ ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ 4 ข้อ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม 3 ข้อ การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา 2 ข้อ และภาวะโภชนาการ 2 ข้อ และได้คำนวณหาความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.89 ในปี พ.ศ. 2538 ชัยชัย เปี่ยมสุข ได้นำแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของนิรามัย ใช้เทียมวงค์ (2535) ไปใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คำนวณหาความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.86 การศึกษาของจันทร์จิรา วิรัช (2544) ก็ได้้นำแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้ ไปใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีก และได้คำนวณหาความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.84 และการศึกษาของกมลวรรณ จันตระกูล (2547) ได้นำแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้ ได้นำไปใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตในกลุ่มดังกล่าวอีก และได้คำนวณหาความสอดคล้อง

### บริบทของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลสูงขนาด 591 เตียง มีผู้ป่วยนอกใช้บริการเฉลี่ยวันละ 1,800 ราย และรับผู้ป่วยเข้านอนรักษาเฉลี่ยวันละ 600 ราย เปิดจุดบริการตรวจรักษาผู้ป่วยไปนอกโรงพยาบาล โดยเปิดศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จำนวน 3 แห่ง มีเป้าประสงค์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ และมีนโยบายที่ต้องการผลักดันให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพและเข้าถึงการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียน้อยที่สุด โดยมุ่งพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนและบูรณาการงานการสร้างเสริมสุขภาพให้มีความเป็นเอกภาพเป็นอันหนึ่งอันเดียว เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงเรื่องสิ่งแวดล้อม พร้อมกับมีความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มขึ้น

คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ และวันพุธ เวลา 08.00-16.00 น. โดยการบริการที่ผู้ป่วยคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับ

ตามปกติมีดังนี้ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจวัดอัตราการเต้นของชีพจร ตรวจวัดอัตราการหายใจ การทดสอบสมรรถภาพปอด พบแพทย์ผู้ตรวจรักษา พ่นยาขยายหลอดลม และนอนโรงพยาบาลเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย มีอาการกำเริบรุนแรง และหากผู้ป่วยต้องได้รับการพ่นยาขยายหลอดลม ผู้ป่วยจะได้รับการพ่นยาขยายหลอดลมในหอผู้ป่วยใน เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายไปรับการรักษาที่บ้าน มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีการเยี่ยมบ้าน ในรายที่ผู้ป่วยมีปัญหา ตลอดจนเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก ผู้ป่วยก็จะกลับมารับการรักษาที่โรงพยาบาล อุดรดิตถ์

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและค้นคว้าพบมีดังนี้

#### การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กมลวรรณ จันตระกูล (2547) ศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวดีกว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ชัยพงศ์ ชูยศ (2547) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ สถาบันโรคทรวงอก พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน รายได้ครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยภายในที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และความเชื่อในความสามารถตนเอง ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรที่มีอิทธิพลในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ผล 87.1 มี 4 ตัว ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นของโรคปอด

อดทนเรื่องร้อง ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

สรินยา ไชยพันธ์ (2551) ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ที่เป็นดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน อยู่ในระดับมาก ถ้าพิจารณาในแต่ละขั้นตอน พบว่า การมีส่วนร่วมในการประเมินผลร้อยละ 90.32 การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ร้อยละ 83.87 การมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ ร้อยละ 79.03 และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ร้อยละ 69.35 ตามลำดับ

มาลีจิตร์ ชัยเนตร (2552) ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับการเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการเยี่ยมบ้านสูงกว่าก่อนได้รับการเยี่ยมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) เมื่อพิจารณาแต่ละขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมา คือคะแนนการมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามลำดับ

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยสรุปได้ว่า การดูแลตนเองร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประกอบไปด้วย การให้ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้โอกาส การรับรู้ประโยชน์ และความเชื่อในความสามารถตนเองเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้

#### การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จันทร์จิรา วิรัช (2544) ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ การออกกำลังกาย การหายใจแบบเป่าปาก และการดูแลด้านจิตสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบาก ลดลง และมีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ทัศนวรรณ กันทาทอง (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 94.1 บริเวณบ้านมีการเผาหญ้า/ใบไม้ ร้อยละ 53.0 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว นอกเหนือจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 64.7 ด้านคุณภาพชีวิตพบว่า องค์ประกอบด้านสุขภาพกายมีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพ

ทางสังคมสัมพันธ์กับการมี/ไม่มีโรคประจำตัวอื่น อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) องค์ประกอบด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับผู้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมและด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Anderson (1995) ทำการวิจัย เรื่อง ผลของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อคุณภาพชีวิต โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 126 คน วัตถุประสงค์ คือ ศึกษาปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การมองโลกในแง่ดี และแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางด้านโรค ซึ่งได้แก่ ภาวะหายใจหอบ ความรุนแรงของโรคและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและปัจจัยทางด้านอื่น ๆ คือ อายุและภาวะเศรษฐกิจว่าปัจจัยใดจะมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต โดยใช้ Quality of life scale (Burckhardt, Woods, Schultz and Ziebarth, 1989) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต

Herbert and Gregor (1997) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 39 คน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดเชิงวัตถุวิสัยและจิตวิสัยและหาความสัมพันธ์ของวิธีการเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิต โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของ Cantril ในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เจ็บป่วยนานกว่า 2 ปีครึ่ง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ปัจจัยอื่น เช่น ภาวะสังคมเศรษฐกิจและภาวะจิตประสาทจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมากกว่าความรุนแรงของโรค

สินีนางู ป้อมเย็น (2548) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งกลุ่มควบคุม 15 ราย และกลุ่มทดลอง 15 ราย โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla and Grant, 1985) ในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมพบว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยสรุปได้ว่า ปัจจัยทางด้านร่างกาย ได้แก่ สมรรถภาพปอด และและปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ความเครียด เป็นต้น มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

#### การศึกษาเกี่ยวกับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วรารคนา บุญมา (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อความทนในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้น

เรือรังก์ที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สามารถเดินบนพื้นราบภายในเวลา 6 นาที ได้ระยะทางเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มขึ้นผลการศึกษาคั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ที่ปอดอุดกั้นเรือรังก์ควรได้รับการส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น

กนก พิพัฒน์เวช (2552) ศึกษาผลการรักษาโดยใช้โปรแกรมการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรือรังก์อย่างครอบคลุม พบว่า การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรือรังก์โดยรักษาตามโปรแกรมที่กำหนดซึ่งเน้นการรักษาโดยไม่ใช้ยา เน้นในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจเป็นหลัก สามารถลดอาการหอบเหนื่อย ลดอัตราการกำเริบ ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ และค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเหมาะสมที่จะเป็นแบบแผนในการนำไปประยุกต์ใช้กับการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเรือรังก์อื่นให้เหมาะสมกับโรงพยาบาล

ปิยฉัตร ชันติคิวนนท์ (2554) ศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรม การควบคุมโรคและสมรรถนะปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรือรังก์ พบว่า พฤติกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) พฤติกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มควบคุม ภายหลังจากได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน สมรรถนะปอดของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) สมรรถนะปอดของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีพฤติกรรมการควบคุมโรคและสมรรถนะปอดดีกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ), ( $p < .05$ ) ผลการวิจัยในคั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรือรังก์มีพฤติกรรมการควบคุมโรคเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของร่างกายและความสามารถในการทำหน้าที่ของปอดในการระบายอากาศของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรือรังก์ดีขึ้น

อจิวดี ห้อยยี่ภู (2552) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่ปอดอุดกั้นเรือรังก์ ผลการศึกษาพบว่า ระยะทางที่เดินได้ในเวลา 6 นาทีของกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติมีค่าระหว่าง 65 และ 110 เมตร (เฉลี่ย = 91.97, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.53) ในขณะที่กลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติมีค่าระหว่าง 70 และ 130 เมตร (เฉลี่ย = 111.97,

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.95) คะแนนอาการหายใจเหนื่อยหอบในกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติมีค่าระหว่าง 40 และ 80 (เฉลี่ย = 62.82, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.72) ในขณะที่กลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติมีคะแนนอยู่ระหว่าง 40 และ 70 (เฉลี่ย = 45.76, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.92) สำหรับอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ พบว่า ร้อยละ 46.15 ของกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติมีการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำโดยมีความถี่รวมทั้งสิ้น 40 ครั้ง ความถี่ของการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำต่อคนอยู่ระหว่าง 1 และ 3 ครั้ง (เฉลี่ย = 2.22, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.94) ส่วนในกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 21.21 มีการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำโดยมีความถี่รวมทั้งสิ้น 11 ครั้ง ความถี่ของการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำต่อคนอยู่ระหว่าง 1 และ 2 ครั้ง (เฉลี่ย = 1.57, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53) และสำหรับอัตราการกลับมาใช้บริการซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ร้อยละ 71.79 ของกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติมีการกลับมาใช้บริการซ้ำโดยมีความถี่รวมทั้งสิ้น 112 ครั้ง ความถี่ของการกลับมาใช้บริการซ้ำต่อคนอยู่ระหว่าง 1 และ 7 ครั้ง (เฉลี่ย = 4, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.24) ส่วนในกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 36.36 มีการกลับมาใช้บริการซ้ำโดยมีความถี่รวมทั้งสิ้น 33 ครั้ง ความถี่ของการกลับมาใช้บริการซ้ำต่อคนอยู่ระหว่าง 1 และ 5 ครั้ง (เฉลี่ย = 2.75, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.81)

ปาวีณา สุขเก่า (2553) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดน้อยกว่ากลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ความทนในการออกกำลังกาย ซึ่งประเมินจากระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมากกว่ากลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดดีกว่ากลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดดีกว่ากลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

จตุพร จักรเงิน (2553) ศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไปและแบบประยุกต์ต่อสมรรถภาพการทำงานของปอดและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบประยุกต์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

เร็วรั้งไม่ทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอด ต่างจากกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไป และ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบประยุกต์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรั้งไม่ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรม ต่างจากกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไป

สมทรง มั่งถึก (2553) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบ ไท่ จี้ ซี้กง ต่อสมรรถภาพปอดและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรั้ง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการออกกำลังกายแบบไท่ จี้ ซี้กง ปริมาตรของอากาศที่สามารถหายใจออกโดยเร็วและแรงในเวลา 1 วินาทีแรก (FEV1) ปริมาตรของอากาศที่สามารถหายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มที่หลังจากหายใจเข้าอย่างเต็มที่ (FVC) และอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าในกลุ่มทดลองภายหลังออกกำลังกายมีคะแนนอาการหายใจลำบากน้อยกว่าก่อนการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

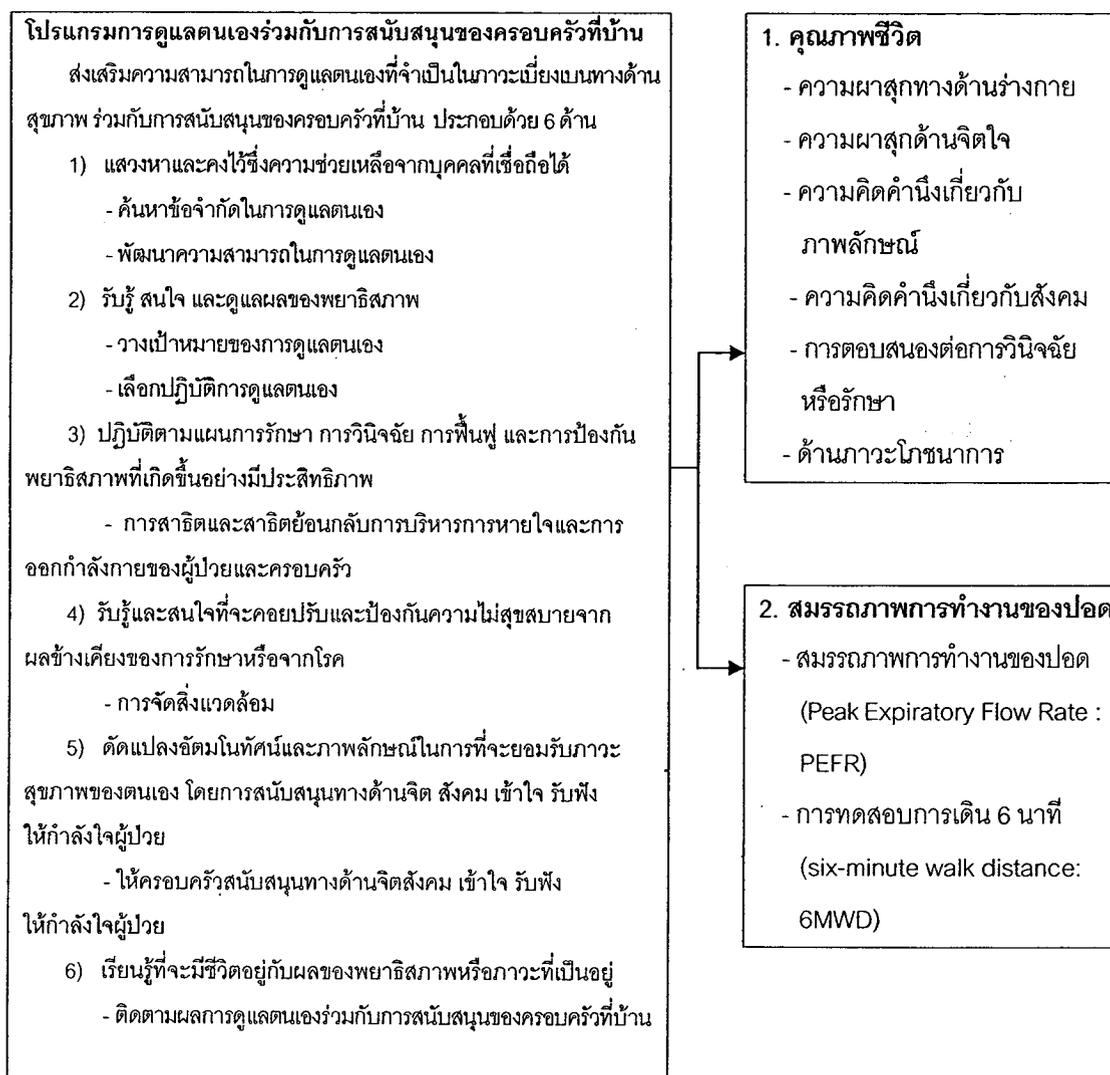
จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีหรือกรอบแนวคิดเป็นกระบวนการพยาบาลในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน และเป็นกลวิธีหนึ่งที่ใช้ในการคำแนะนำ การสอน การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การสนับสนุน การพยาบาล และการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้อง สามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนการพยาบาล ตั้งแต่ร่วมประเมินปัญหา หากกลวิธีในการแก้ไข ปัญหา การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมและสมรรถภาพการทำงานของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรั้ง โดยมีกลวิธีคือ การเยี่ยมบ้าน เป็นกระบวนการให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน สามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นภายใต้สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมของครอบครัว และการดำเนินวิถีชีวิตยังคงเดิม ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เพื่อป้องกันการดำเนินต่อไปของโรค ลดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ รักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพิ่มสมรรถภาพของร่างกายและการรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำส่วนหนึ่งของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001 อ้างอิงใน จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2548; อมรรัตน์ สมมิตร, 2554) คือ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและช่วยเหลือร่วมกับแนวคิด การดูแลสุขภาพตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวที่บ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด กล่าวคือ ระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและช่วยเหลือ เป็นระบบการพยาบาลช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และการทำการดูแลตนเอง สามารถประเมินความพร้อมหรือข้อจำกัดในการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลือ อันได้แก่ การสอน ที่แนะ สนับสนุน และพร้อมกับเสริมสร้างสุขภาพในสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนา ทุกระยะของกระบวนการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งเป็นกลวิธีเชิงรุกอย่างหนึ่งที่ทำให้บริการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้โดยรวมและต่อเนื่อง อีกทั้งสมรรถภาพการทำงานของปอด เพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติกิจกรรมเป็นประจำสม่ำเสมอ ดังนั้นโปรแกรม การดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวที่บ้าน โดยประยุกต์ระบบการพยาบาล แบบสนับสนุนและช่วยเหลือ ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจึงเป็นรูปแบบการพยาบาลที่กระตุ้น ได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวที่บ้าน ต่อคุณภาพ ชีวิตและสมรรถภาพของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย