

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) เป็นกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ ที่มีลักษณะการจำกัดการไหลเวียนของอากาศในปอด เนื่องจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างถาวร สาเหตุสำคัญเกิดจากการสูบบุหรี่ การสัมผัสมลพิษทางอากาศ ทำให้ระคายเคืองต่อปอด (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; GOLD, 2009) ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขหลายประเทศทั่วโลก จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่ามีประชากรโลกจำนวน 80 ล้านคนเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีระดับความรุนแรงของโรคระดับปานกลางถึงรุนแรง และเกือบร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนาเสียชีวิต ซึ่งพบได้ทั้งเพศหญิงและเพศชายเกือบเท่ากัน ในประเทศที่พัฒนาแล้วมีแนวโน้มของการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงขึ้นในเพศหญิง เนื่องจากมีการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น ประชากรมากกว่า 3 ล้านคนเสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และคาดว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคระบบหลอดเลือดสมองในปีค.ศ.2030 (World health organization, 2010) จากข้อมูลและสถิติอัตราการตายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสหรัฐอเมริการะหว่างปี ค.ศ.1999-2006 (Centers for Disease Control and Prevention, 2010) พบว่าปี ค.ศ.1999 และค.ศ.2006 มีอัตราการตายในเพศชาย 57 ต่อประชากรแสนคน และ46.4 ต่อประชากรแสนคนซึ่งมีแนวโน้มลดลง ส่วนอัตราการตายในเพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย โดยปีค.ศ.1999 มีอัตราการตาย 35.3 ต่อประชากรแสนคน และปีค.ศ.2006 มีอัตราการตาย 34.2 ต่อประชากรแสนคน

สำหรับในประเทศไทยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากสถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ได้รวมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไว้เป็นส่วนหนึ่งของโรคระบบหายใจ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) พบว่าอัตราการป่วยของผู้ป่วยนอกพ.ศ.2551, พ.ศ.2552 และพ.ศ.2553 มีอัตราป่วย 457.4, 498.1 และ493.2 ต่อประชากรพันคน ซึ่งเป็นอันดับที่ 1 ของสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก และพบว่าภาคเหนือมีอัตราการป่วย 525.18 ต่อประชากรพันคนซึ่งมากกว่าของทั้งประเทศ และหากจำแนกสาเหตุการตายตามบัญชีตารางโรคพื้นฐานของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 พบว่าโรคของระบบทางเดินหายใจเป็นสาเหตุการตาย

อันดับที่ 5 ของการตายทั้งหมด มีอัตราตาย 46.6 ต่อประชากรแสนคน จากข้อมูลดังกล่าวส่งผลให้ มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย รัฐบาลสหรัฐอเมริกาต้องสูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายสำหรับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 30.4 ล้านดอลลาร์ โดยแบ่งเป็นงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพ 14.7 ล้านดอลลาร์ และค่ารักษาพยาบาลโดยตรง 15.7 ล้านดอลลาร์ (Klein, 2004) จากข้อมูล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นพบว่า ค่าใช้จ่ายดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่ละราย โดยเฉพาะหากต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในซึ่งต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 7,000 บาทต่อวันสำหรับโรงพยาบาลรัฐบาล และ 10,000 บาทต่อวันสำหรับ โรงพยาบาลเอกชน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543, หน้า 257)

อาการหายใจลำบากเป็นอาการสำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆตามระดับความรุนแรงของโรค โดยมีอาการหายใจเร็วสั้นและตื้น หายใจเหนื่อยแม้ขณะพัก ผู้ป่วยจะมีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจมากขึ้น มีอาการของกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรมากกว่า 120 ครั้ง/นาที ไอเรื้อรัง ปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นและมีลักษณะคล้ายหนอง หายใจมีเสียงวี๊ด และแน่นหน้าอก มีไข้ อ่อนเพลีย มีอาการซีม สับสน หรือหมดสติ ร่วมกับภาวะกรดจากการหายใจ อาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548, หน้า 24) โดยมีจุดมุ่งหมายของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ การบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง ป้องกันการกำเริบของโรค คงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้หรือให้เสื่อมลงช้าที่สุด และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งสามารถทำได้ทั้งการรักษาด้วยยา และการรักษาอื่นๆที่ไม่ใช่ยา ร่วมกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548, หน้า 12) มีรายงานในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าเกิดอาการกำเริบเฉลี่ย 1-2 ครั้งต่อคนต่อปี โดยจะพบมากในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดในการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล (Gonzalez, Servera, Ferris, Blasco and Marin, 2004) ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมานทำให้เกิดผลกระทบตามมาต่อผู้ป่วย เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Izquierdo, et al., 2009) ความรู้สึกอยากอาหารลดลง น้ำหนักลด รับประทานนอนหลับ ร่างกายมีอาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า ด้านจิตใจเกิดอารมณ์ซึมเศร้าวิตกกังวล (Ries, 2006) ด้านสังคมต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สัมพันธภาพกับครอบครัว กับเพื่อนน้อยลง บางรายต้องออกจากงาน (Elkington, et al., 2005) เมื่อโรคดำเนินไปมากขึ้น สมรรถภาพปอดจะลดลงไปเรื่อยๆ ก็จะทำให้มีออกซิเจนในเลือดต่ำและคาร์บอนไดออกไซด์สูงกว่าปกติ การมีภาวะออกซิเจนต่ำในเลือดเป็นระยะเวลานานๆ ก็จะมีผลทำ

ให้กล้ามเนื้อหัวใจซีกขวาโตและหัวใจซีกขวาล้มเหลว (corpulmonale) ในที่สุด (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2548) ถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งจะพบในระยะท้ายๆของโรค

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผลกระทบต่อผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านร่างกาย เมื่อมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น บางครั้งมีอาการกำเริบ (exacerbation) รุนแรงมากจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน ความต้องการสิ่งจำเป็นพื้นฐานซึ่งมีข้อจำกัดที่ชัดเจนทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติหรือมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรลดลง มีการเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด การตีบแคบของหลอดลมต้องทำให้ต้องออกแรงในการหายใจเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย ต้องเผชิญกับภาวะคุกคามของโรค และมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งการดูแลรักษาที่สำคัญคือการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยทุกราย (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548, หน้า 15) กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดประกอบด้วยกิจกรรมหลายอย่างร่วมกัน (ชายชาญ โพธิ์รัตน์, 2550, หน้า 417) ได้แก่ การให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนแผนการดูแลตนเองเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือและยอมรับการรักษาด้วยวิธีการต่างๆที่จะตามมาอย่างต่อเนื่องในอนาคต ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในโรคนี้นมากขึ้น เข้าใจแนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัวเป็นอย่างดี มีความพอใจและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ไข้ยาถูกต้องมากขึ้น ดูแลตนเองได้ระดับหนึ่งเมื่อโรคกำเริบ มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นและทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 กำหนดให้พยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการให้บริการแก่ชุมชน เป็นกิจกรรมการบริการสุขภาพแก่บุคคลและครอบครัวที่บ้าน เพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี เพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว มีบทบาทในการติดตามดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป โดยประเมินภาวะสุขภาพบุคคล ครอบครัวและชุมชน วิเคราะห์สาเหตุ และจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน หรือฟื้นฟูตามสภาพความเหมาะสม (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตริตรอง, 2549, หน้า 2) การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการจัดบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้ความรู้ เสริมสร้างสนับสนุนให้ผู้รับบริการ ครอบครัวและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง (Roberta Hunt, 2005, p. 352) สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ใช้บริการ จัดบริการตามภาวะสุขภาพ ดูแลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย เป็นบริการเชิงรุกที่จัดบริการสาธารณสุขไปยังบ้านเรือนของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นงานบริการที่สำคัญยิ่งของพยาบาล และเป็นส่วนหนึ่งของการบริการสุขภาพที่จัดให้กับประชาชน ทำให้พยาบาลสามารถทำความรู้จักกับประชาชนได้ทั้งครอบครัวสามารถพูดคุยค้นหาปัญหาได้ตรงตามสาเหตุและความต้องการของครอบครัว (สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2550) เพื่อการส่งเสริม

สุขภาพ การดำรงรักษาหรือการให้คงสภาวะสุขภาพที่ดีหรือในระดับที่สามารถพึ่งตนเองให้มากที่สุด และให้มีความพิการน้อยที่สุด พื้นฟูสุขภาพหรือคงไว้ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวและปรับสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย และสามารถบริหารจัดการการดูแลตนเองได้ ช่วยลดภาวะอ่อนล้าของผู้ดูแล และลดปัญหาการกลับมาอนโรพยาบาลของผู้ป่วย

การให้บริการของพยาบาลชุมชนสิ่งที่สำคัญคือ การดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยมีขั้นตอนและมีเป้าหมายคือ กระบวนการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวให้ตรงกับปัญหาและความต้องการอย่างแท้จริงของบุคคลและครอบครัว จากการศึกษาของสุชาติดา อูปัทธวานิชย์ (2550) ได้ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพ มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าความดันโลหิตกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีค่าความดันโลหิตทั้งช่วงบนและช่วงล่างต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร พิษะยะ (2546) ได้ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งพบว่าเมื่อให้การดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพที่บ้านส่งผลดีแก่ผู้ป่วยโดยมีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพคอยให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ สนับสนุนแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ที่ถูกต้องที่บ้านเป็นผู้ที่เอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเพื่อการดูแลตนเองได้ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีผลต่อการควบคุมโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยใช้กลยุทธ์ต่างๆ ซึ่งในการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะต้องมีการประเมินในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถประเมินได้อย่างครอบคลุม เพื่อให้เกิดการบริการแบบองค์รวมคือการใช้แนวทาง INHOMESSS (สำเร็จ แหยงกระโทก และ รุจิรา มังคละศิริ, 2545, หน้า 52; สายพิณ หัตถิรัตน์, 2551, หน้า 115-117; Robert, et al., 2003, p.461; Unwin and Jerant, 1999) ซึ่งประกอบด้วย 1) การเคลื่อนไหว (Immobility: I) ประเมินว่า

ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้หรือต้องอาศัยผู้อื่น 2) อาหาร (Nutritional: N) ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ชนิดของอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานเหมาะสมกับโรคหรือไม่ 3) สภาพบ้าน (Home Environment: H) ประเมินภายในบ้าน รอบบ้าน และเพื่อนบ้าน 4) สมาชิกในบ้าน (Other people: O) ประเมินว่าภาวะบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในบ้านเป็นอย่างไร มีต่อผู้ป่วยอย่างไร 5) การใช้ยา (Medications: M) ประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย กินยาสม่ำเสมอและถูกต้องหรือไม่ มียาอื่นที่นอกเหนือจากที่แพทย์สั่งหรือไม่และการแสวงหาแหล่งพึ่งพาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย 6) การตรวจร่างกาย (Examination: E) ประเมินจากการตรวจร่างกายของผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้าน 7) ความปลอดภัยภายในบ้าน (Safety: S) ประเมินสภาพความปลอดภัยภายในบ้าน 8) จิตวิญญาณ (Spiritual health: S) ประเมินความเชื่อ ค่านิยม ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย 9) แหล่งให้บริการ (Services: S) การประเมินที่บ้านถึงบริการสุขภาพที่ได้รับ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ปรับปรุงบริการให้มีคุณภาพและประชาชนเข้าถึงบริการยิ่งขึ้น

โรงพยาบาลร่งกวาง จังหวัดแพร่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากการรวบรวมข้อมูลสถิติโรคปีงบประมาณ พ.ศ.2551, 2552 และ 2553 มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลร่งกวาง 185,188 และ 208 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร่งกวาง, 2553) และมีสถิติเข้ามารับการรักษานอผู้ป่วยในด้วยมีอาการกำเริบเฉียบพลันเป็นอันดับที่ 1 และมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (Re-admission) จำนวน 21, 54 และ 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.6, 23.78 และ 38.09 (เวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลร่งกวาง, 2553) ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวพบว่าอัตราผู้ป่วยกลับเข้ามารับการรักษซ้ำภายใน 28 วันมีแนวโน้มสูงขึ้น และพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ามารับการรักษาด้วยมีอาการกำเริบมากที่สุดในช่วงของเดือนธันวาคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ ซึ่งเป็นฤดูหนาวในเขตภาคเหนือจะมีอากาศหนาวจัด จากการสอบถามผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลร่งกวางพบว่า ลักษณะอากาศที่มีผลทำให้เกิดอาการหายใจลำบากคืออากาศหนาวเย็น การสัมผัสควันต่างๆ เช่น ควันบุหรี่ ควันไฟ กลิ่นพริก เป็นต้น

ในด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า การบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย ผู้ป่วยเคยได้รับความรู้และการฝึกทักษะแต่ไม่เคยปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน และจากการประเมินขั้นตอนการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำไม่ถูกต้องตามขั้นตอน ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกคนต้องได้รับการประเมินขั้นตอนการใช้ยาสูดพ่นจากเภสัชกรทุกครั้ง แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาด้าน

ความจำลดลงทำให้ต้องฝึกทักษะการใช้ยาสุดพ่นทุกครั้ง ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และมีความต่อเนื่องโดยการให้บริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคและสมรรถนะปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ 1 และ 2 เนื่องจากผู้ป่วยยังสามารถดูแลตนเองได้บ้าง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและสามารถควบคุมโรคได้ ป้องกันไม่ให้เกิดอาการแทรกซ้อนและการลุกลามของโรค ส่งเสริม สนับสนุน กระตุ้น ให้กำลังใจให้คำปรึกษา เสริมความรู้ และการพัฒนาทักษะ ทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข เพิ่มความรู้และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคและสมรรถนะปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือไม่

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน
4. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ
5. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคและสมรรถนะปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์แตกต่างกัน

2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรค ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีสมรรถนะปอดดีกว่าก่อนการทดลอง

4. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ มีสมรรถนะปอด ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

5. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคและสมรรถนะปอดดีกว่ากลุ่มควบคุม

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้รูปแบบการดำเนินงานการให้บริการสุขภาพที่บ้านในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เน้นพฤติกรรมการควบคุมโรคและสมรรถนะปอดที่ดีขึ้น

2. ได้ข้อมูลพื้นฐานซึ่งจะเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ใช้ในการประเมินและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลัง (Two group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและสมรรถนะปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีความรุนแรงของโรคในระดับ 1 และ 2 มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอร่องวาง จังหวัดแพร่ มาทำการรักษาที่โรงพยาบาลร่องวาง จังหวัดแพร่ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2554 ถึงเดือนกรกฎาคม 2554

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน และประยุกต์ใช้เครื่องมือการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นกระบวนการในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน โดยมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการเตรียม ประกอบด้วย ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว แผนที่การเดินทางและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย ติดต่อนัดหมายเวลาเยี่ยม การแจ้งวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน การเตรียมอุปกรณ์ในการเยี่ยมบ้าน 2) ขั้นตอนขณะเยี่ยม ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้แนวทาง INHOMESSS การกำหนดความต้องการและการวางแผนการดูแล การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน 3) ขั้นตอนสิ้นสุดการเยี่ยม ประกอบด้วย การเยี่ยมติดตามและการประเมินผลเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดร่วมกัน โดยให้บริการสุขภาพที่บ้าน 4 ครั้ง เพื่อติดตามปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

2. พฤติกรรมการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีผลต่อการควบคุมโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในด้านการใช้ยาและการมาตรวจรักษา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และด้านจิตสังคม ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดพฤติกรรมการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3. สมรรถนะปอด หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมของร่างกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทดสอบความสามารถในการเดินบนพื้นราบ 6 นาที (6 minute walking test) และความสามารถในการทำหน้าที่ของปอดในการระบายอากาศ โดยประเมินจากค่าปริมาตรอากาศที่ผู้ป่วยสามารถหายใจออกโดยเร็วและแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV_1) วัดโดยใช้เครื่องสไปโรมิเตอร์

4. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ 1 และ 2 โดยประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ของปอดของผู้ป่วย ตามแนวทางของสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย พ.ศ.2548

5. สมาชิกในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด คือ พี่น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ คู่สมรส หรือเป็นเครือญาติของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีความผูกพันใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

6. การบริการสุขภาพตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่ทีมสุขภาพปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามวิธีที่ปฏิบัติเป็นประจำของโรงพยาบาล ได้แก่ การซักถามอาการและประวัติการเจ็บป่วย ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเป็นรายบุคคลตามสภาพปัญหาและความต้องการ เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง พบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาและได้รับคำแนะนำจากแพทย์ขณะตรวจตามสภาพปัญหาและอาการของผู้ป่วยแต่ละราย