

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease [COPD]) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งอัตราป่วยและอัตราตาย ปัจจุบันเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 4 ของทั่วโลก และคาดว่าในปี ค.ศ. 2030 จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 (Larsson, 2007) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าระหว่างปี ค.ศ. 1979 ถึง ค.ศ. 1995 มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก 7.5 ล้านคนเป็น 14.5 ล้านคน และคาดว่าในปี ค.ศ. 2020 จะเพิ่มขึ้นเป็น 29 ล้านคน (COPD International, 2004) สำหรับประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.07 ในปี พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 6.30 ปี พ.ศ. 2546 และคาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง 7035 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2553 (Wibulpolprasert, Siasirwattana, Ekachampaka, Wattanamano, & Taverat, 2005) และสถิติของสำนักงานระบาดวิทยา รายงานพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งประเทศ ในปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้ป่วย 77,867 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 70.53 และเพศหญิงร้อยละ 29.47 (สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2550) จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2546 ถึง 2548 ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยในมีจำนวนมากเป็นอันดับหนึ่ง พบจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษา มีจำนวนเท่ากับ 763.4, 656.6 และ 761.4 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยในมีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับหนึ่งเช่นเดียวกัน (สำนักเวชระเบียน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช, 2548)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร ประกอบด้วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง มีภาวะการอุดกั้นของหลอดลม (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548; American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation [AACVPR], 1998; American Thoracic Society [ATS], 1999; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2006) การอุดกั้นทางเดินหายใจและการที่เนื้อปอด

ถูกทำลาย จะส่งผลต่อการหายใจทำให้มีอาการหายใจลำบาก และมีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง (วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2548; วิศิษฐ์ อุดมพานิชย์, 2546) ผู้ป่วยต้องออกแรงในการหายใจเพิ่มขึ้นร่วมกับใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อที่คอ ไหล่ หน้าท้อง ส่งผลให้เกิดการเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ (Hilling & Smith, 1995) สาเหตุของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่าเกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การสูบบุหรี่ และการสูดดมควันบุหรี่ (Smeltzer & Bear, 2000) ประมาณร้อยละ 15-30 ของผู้ที่สูบบุหรี่จะเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ATS, 2007) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะพร่องสารอัลฟาวันแอนตีทริปซิน (alpha 1-antitrypsin deficiency) มลภาวะทางอากาศ สารพิษที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองจากโรงงานอุตสาหกรรม และการอักเสบติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจอย่างเรื้อรัง (ATS, 1999; Luckmann, 1997)

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ส่งผลให้ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงจนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายได้ตามปกติ (Hilling & Smith, 1995; Zimmerman, Brown, & Bowman, 1996) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยจะรู้สึกวุ่นวายอยู่ตลอดเวลาเพราะเหนื่อยง่าย ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกวิตกกังวล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Lacasse, Rousseau, & Matais, 2001) การปรับตัวต่อความเครียดลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับการดำเนินของโรค (Tiep, 1997) สำหรับผลกระทบต่อทางด้านสังคมเป็นผลจากการที่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ทำให้ผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตอยู่กับโรคและบางรายอาจมีอาการซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยพยายามแยกตัวจากผู้อื่น ขาดความเชื่อมั่นในการเข้าสังคม มีแนวโน้มที่จะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง (Hilling & Smith, 1995) ส่วนผลกระทบต่อเศรษฐกิจ จากการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและบ่อยครั้ง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูง (May, 1991; Miller, 1992; Wedzicha, 2002) ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้ในการประกอบอาชีพ และค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น อีกทั้งรัฐบาลจะต้องสูญเสียงบประมาณที่สูงในการรักษาผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Mannino & Holguin, 2006) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2550 พบว่ารัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 7,714.88 ล้านบาทต่อปีเฉลี่ยคนละ 12,357.47 บาท ต่อราย ต่อปี (Jittrakul, Wimol, & Eugene, 2007)

การรักษานผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมอาการของโรค ลดอาการกำเริบ ทำให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตได้อย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ คงไว้ซึ่งศักยภาพในการพึ่งตนเอง ซึ่งการรักษาดังกล่าวมีทั้งการรักษาโดยวิธีการใช้ยา ได้แก่ ยาขยายหลอดลม ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ และไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้ออกซิเจน

การผ่าตัด และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilitation) ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นวิธีการที่ช่วยลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ และควบคุมระดับความรุนแรงของโรค (Ries et al., 2007) หลักในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว การบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย และการดูแลด้านจิตสังคม (AACVPR, 1998) ผู้ป่วยจะได้รับ ผลลัพธ์ที่ดีบรรลุวัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้นั้นบุคลากรทีมสุขภาพต้องส่งเสริม ให้ผู้ป่วยเกิดการคงอยู่ของความรู้และการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (AACVPR, 1998; Hilling & Smith, 1995) จนเกิดเป็นพฤติกรรมที่สม่ำเสมอและยั่งยืน ซึ่งจะสามารถช่วยให้อาการของโรคทุเลา หรือ ชะลอความรุนแรงได้ (Ries, 1997) จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดพบว่า ภายหลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยมีความสามารถในการออกกำลังกายและความทน ในการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มขึ้น (วรางคณา บุญมา, 2548; Bauldoff, Hoffman, Zullo, & Scieurba, 2002; Singh, Khandelwal, Khandelwal, & Abusaria, 2003; Troosters, Gosselink, & Decramer, 2000) อาการหายใจลำบากลดลง (จันทร์จิรา วิรัช, 2544; Guell et al., 2000) และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (กมลวรรณ จันตระกูล, 2547; Behnke et al., 2000; Hernandez et al., 2002; Riera et al., 2001) จะเห็นได้ว่าการ ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีความจำเป็นและสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างสม่ำเสมอ และต้องมีความรู้ ความเข้าใจเป็นอย่างดีในสิ่งที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติจึงจะทำให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ได้ (AACVPR, 1998; Hilling & Smith, 1995)

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับการพัฒนาขึ้นมาอย่างดีเพื่อ เป็นมาตรฐานการรักษาสำหรับการควบคุมและบรรเทาอาการ และทำให้เกิดผลดีตามมาได้แก่ ความ ทนทานในการออกกำลังกาย อาการแสดงต่างๆ คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพดีขึ้นร่วมกับค่าใช้จ่าย ต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพลดลง แต่ผลลัพธ์ในระยะยาวยังไม่ได้มีบันทึกไว้ชัดเจน ไรส์ และคณะ (Ries et al., 2003) จึงได้ทำการวิจัยเพื่อประเมินผลของการคงไว้ซึ่งผลลัพธ์ของโปรแกรมการฟื้นฟู สมรรถภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแล้ว 192 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการ โทศัพท์กระตุ้นเตือนทุกสัปดาห์ร่วมกับการ นิเทศเพื่อกระตุ้นเสริมทุกเดือนเป็นเวลา 12 เดือน และมีการติดตามเป็นเวลา 24 เดือน ผลการศึกษา พบว่าในช่วง 12 เดือนของการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการคงอยู่ของความทนต่อการออกกำลังกาย และคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของการทำ หน้าที่ของปอด อาการเหนื่อยหอบ สมรรถนะในตนเอง และอื่นๆ และจากการติดตามเป็นระยะ 24 เดือนพบว่าผลลัพธ์ดังกล่าวก็ดีกว่าก่อนการฟื้นฟูสภาพถึงแม้ว่าจะดีขึ้นเพียงเล็กน้อยก็ตาม ส่วน การศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบในงานวิจัยในการจัดการกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ทำโดย

พยาบาลในต่างประเทศโดย เทเลอร์ และคณะ (Talor et al., 2005) สรุปว่ายังมีหลักฐานเพียงเล็กน้อยที่สนับสนุนถึงความแพร่หลายการนำวิธีการที่พยาบาลใช้เป็นวิธีการทดลอง และยังคงขาดการศึกษาถึงผลลัพธ์ด้านต่างๆ รวมถึงทักษะในการจัดการตนเองและการยึดมั่นต่อวิธีการรักษา จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่กล่าวมาส่วนใหญ่จะประเมินผลลัพธ์สุดท้ายของการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่า การประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไรและผลลัพธ์ก็ไม่ได้ยั่งยืนแม้จะมีการกระตุ้นเสริมหลังการฟื้นฟูสภาพแล้ว ซึ่ง ไรส์ และคณะ (Ries et al., 2007) มีความเห็นว่าการที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างสม่ำเสมอขึ้นขึ้นอยู่กับศักยภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย สำหรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเองนั้นควรให้ผู้ป่วยได้รับรู้ปัญหาและกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกับพยาบาล ซึ่งคิง (King, 1981) เชื่อว่าจะเพิ่มความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และนำไปสู่การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง (King, 1981) ให้ความสำคัญของการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล เน้นกระบวนการพยาบาลที่พยาบาลและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การรับรู้ ความคาดหวังซึ่งกันและกัน มีการกำหนดปัญหาและจุดมุ่งหมายร่วมกัน ซึ่งจะตรงตามความต้องการของผู้ป่วย โดยพยาบาลและผู้ป่วยมีการแสวงหาวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกัน ลงมือปฏิบัติและประเมินผลร่วมกัน คิงเชื่อว่าการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกันนี้เป็นกลวิธีที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการรับรู้ที่ถูกต้อง ทำให้เกิดการยอมรับ มีความรับผิดชอบในการปฏิบัติตัวให้ถูกวิธีและเกิดประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ และนำมาซึ่งความพึงพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับ คอนเวย์ (Conway, 1998) ที่กล่าวไว้ว่าการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยร่วมในการกำหนดปัญหาและจุดมุ่งหมายด้วยตนเอง จะทำให้ตรงกับความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูล ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมที่ดีต่อกันของพยาบาลและผู้ป่วย จึงจะทำให้บรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน จากการศึกษาของ วิโรจน์ คุชกุญ (Kotchagrit, 2001) เกี่ยวกับผลของการดูแลแบบมีเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยนำแนวคิดทฤษฎีของคิงมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังช่วง 3 วันก่อนจำหน่ายต่อเนื่องไป 8 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบมีเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพดีขึ้น การรับรู้อาการเหนื่อยหอบลดลง ความทนทานในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ทำให้เกิดผลดีหลายประการ เช่น เพิ่มการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจ (จิตตวดี เจริญทอง, 2542) เพิ่มอัตราการฟื้นฟู

สภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (รุ่งนภา ชัยรัตน์, 2545) และทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจมีแนวโน้มในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น ส่งผลให้ความทนในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Neil, Gordon, Jean, David, & Norman, 1999) จะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง (King, 1981) มาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการฟื้นฟูสภาพที่ดีและเหมาะสม

เนื่องจากแผนการสอนเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชยังไม่มีหน่วยงานที่ดูแลเฉพาะเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด แก่ผู้ป่วยโรคนี้ที่อยู่ในระยะสงบ ผู้ป่วยได้รับการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่โดยแพทย์หรือพยาบาลซึ่งไม่มีแบบแผนที่ชัดเจน และในเวลาที่ยังจำกัดอาจจะมีเนื้อหาไม่ครอบคลุมทุกด้าน ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะตามมา โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ผู้วิจัยจึงนำแนวทางการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดจุดมุ่งหมายและกำหนดพฤติกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและเต็มใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด จนเกิดเป็นพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ดีและเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วย สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้และมีอาการหายใจเหนื่อยหอบลดลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มศักยภาพของตนเอง เกิดผลลัพธ์ที่ดีในระยะยาวถึงแม้ว่าจะสิ้นสุดแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแล้ว และเป็นแนวทางเพื่อพัฒนากิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 3 และ 4 และรับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2551

นิยามศัพท์

การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย หมายถึง การใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล การรับรู้ ความคาดหวังซึ่งกันและกันในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยมีการกำหนดปัญหาและตั้งเป้าหมายร่วมกัน แสวงหาวิธีปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาาร่วมกัน ลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตกลงไว้ และประเมินผลร่วมกัน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายและช่วยให้ปัญหาของผู้ป่วยลดลงหรือได้รับการแก้ไขตามแผนการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของคิง (King, 1981) ร่วมกับแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของสมาคมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและหัวใจประเทศสหรัฐอเมริกา (AACVPR, 1998) ที่ครอบคลุมในประเด็นความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การใช้ยา การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ การควบคุมอาการ การพักผ่อนและผ่อนคลาย การบริหารการหายใจ และการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ทำให้เกิดผลดีต่อสมรรถภาพของปอด เพื่อให้

อาการของโรคหุเลาหรือชะลอความรุนแรงประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การใช้ยา การหลีกเลี่ยง การติดเชื้อ การควบคุมอาการ การพักผ่อนและผ่อนคลาย การบริหารการหายใจ และการออกกำลังกาย ซึ่งประเมิน โดยแบบประเมินพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง บุคคลที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรคที่มีการอุดกั้น ของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร โดยมีความรุนแรงของโรคระดับ 3 และ 4 ตามเกณฑ์ของ สมาคมโรคปอดแห่งประเทศไทย (American Lung Association, 2004) และเข้ารับบริการ ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved