

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 6 ของโลก ในปี พ.ศ. 2543 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้ถึง 2.74 ล้านคน และคาดว่า ในปี 2563 โรคนี้จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 3 และเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยลำดับที่ 5 ของโลก ในประเทศไทย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุหนึ่งในสิบของการเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทย และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานระบาดวิทยา, 2547) และมีการคาดประมาณความชุกของโรคว่า ในปี พ.ศ.2553 จะมีคนไทยป่วยด้วยโรคนี้ถึง 7,035 คนต่อประชากร 100,000 คน (สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ, 2548) และเป็นสาเหตุการตายหลักอันดับที่ 2 และ อันดับ 3 ในประชากรชายไทยที่มีอายุ 60-74 ปี และ 75 ปีขึ้นไป ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในปอดและถุงลมอย่างถาวร อาการสำคัญของโรค คือ หอบเหนื่อย (dyspnea) ไอเรื้อรัง (chronic cough) ไอมีเสมหะ (productive cough) หายใจมีเสียงวี๊ดและแน่นหน้าอก (wheezing and chest tightness) โดยอาการหอบเหนื่อยมากจนมีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันมักเป็นอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมักเป็นระยะที่อาการของโรครุนแรงแล้ว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ และมีความก้าวหน้าของโรคมามากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2010) ข้อจำกัดทางด้านร่างกายซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากอาการหอบเหนื่อยและอาการเหนื่อยล้า ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้ตามความต้องการของตนเองได้ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งในรายที่มีอาการรุนแรงมากผู้ป่วยจะไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน หรือมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้ดังเช่นที่เคยปฏิบัติก่อนเกิดอาการของโรค (Leidy, 1995; McCarley, 1999; Narsavage & Weaver, 1994) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ตนเองป่วยอยู่ตลอดเวลา ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลกระท่อจิตใจ คือ ทำให้รู้สึกโกรธตนเอง ซึมเศร้า วิตกกังวล คับข้องใจ สับสน ท้อแท้สิ้นหวัง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (อัจฉราพรรณ ธีรบุตร, 2542; Anderson, 1995; Breslin et al., 1998)

เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ผู้ป่วยมักมีอาการของโรคกำเริบเป็นระยะๆ ต้องได้รับการรักษาจากแพทย์และเข้ารับโรงพยาบาลเมื่ออาการกำเริบหรือเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อนอยู่เป็น

ประจำ จากข้อมูลของศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศโรงพยาบาลนครพิงค์ พ.ศ. 2553 พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการรักษาสูงเป็นอันดับ 3 ในแผนกอายุรกรรมและมีอัตราตายสูงเป็นอันดับ 4 มีอัตราการใช้เครื่องช่วยหายใจสูง ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนาน และมีค่าใช้จ่ายสูงมากเป็นอันดับ 1 ใน 5 โรคของผู้ป่วยที่มาับการรักษา (ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศโรงพยาบาลนครพิงค์ พ.ศ. 2553 อ้างถึงใน ภักพร กอบพิงตน, ชนกพร อุตตะมะ, นาฎยา เอื้องไพโรจน์, และปาริชาติ ชันทรักษ์, 2554) จากสถิติผู้ป่วยที่มาับการรักษาในโรงพยาบาลพริ้ว จังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2548 พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง โดยอัตราผู้ป่วยเข้ามารักษาซ้ำโดยไม่ได้รับการวางแผนมีถึงร้อยละ 49 ของผู้ป่วยที่มาับรักษาซ้ำด้วยโรคเดิมทั้งหมดในแผนกผู้ป่วยใน (สรินยา ไชยพันธ์, 2551) ผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่มีการกำเริบของโรคอย่างรุนแรง และในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยกลับมารักษาในโรงพยาบาลนั้นมักให้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้ง ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเนื่องจากอาการหายใจเหนื่อย ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าลดลง เกิดความท้อแท้และเบื่อหน่ายในการดำรงชีวิต การได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นประจำ นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตแล้ว ยังทำให้ขาดงานและขาดรายได้ จึงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นโรคที่มีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก ทั้งค่าใช้จ่ายทางตรง (ค่าใช้จ่ายในการวินิจฉัยและการรักษาโรค) และค่าใช้จ่ายทางอ้อม (ค่าใช้จ่ายที่คิดจากการขาดงาน และค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เกิดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตัวเองได้) (GOLD, 2010) โดยเฉพาะหากได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนัก ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 7,000 บาทต่อวันสำหรับโรงพยาบาลของรัฐและ 10,000 บาทต่อวันสำหรับโรงพยาบาลเอกชน โดยต้องพักรักษาตัวอยู่ระหว่าง 2-90 วัน เฉลี่ย 14 วันต่อคน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ดังนั้น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว สังคมและประเทศชาติอีกด้วย ถึงแม้กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะสนับสนุนให้โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งมีการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามมาตรฐาน เพื่อลดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการดังกล่าว รวมทั้งผู้ป่วยที่เข้าถึงระบบบริการแต่เกิดอาการกำเริบบ่อยจนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำ

ภาวะถุงลมโป่งพองพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุนำมาซึ่งการทำให้การทำงานของปอดลดลง โดยการเคลื่อนไหวของทรวงอกน้อยลง พื้นที่ผิวของถุงลมลดน้อยลง เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ถุงลมจะแบนและบางลง ยึดหยุ่นและขยายตัวได้น้อยลง เกิดลักษณะของถุงลมโป่งพองขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพในการทำงานของปอดจะลดลงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงของแต่ละบุคคล เช่น การสูบบุหรี่ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการหายใจ โดยการหายใจเร็วขึ้น ตื้นขึ้น เมื่อผู้สูงอายุออกกำลังกายหรือทำงานหนัก สมรรถภาพและความสมบูรณ์ของร่างกายที่ต่ำลงจะทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อยง่าย อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น และใช้เวลานานกว่าคนหนุ่มสาวในการปรับอัตราการหายใจให้ลดลงสู่ระดับปกติ (บรรลุ ศิริพานิช, 2548) ผู้สูงอายุบางคนหายใจไม่สม่ำเสมอ การระบายอากาศภายในปอดเป็นไปได้ไม่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เหนื่อยง่ายเมื่อปฏิบัติกิจกรรม นอกจากนี้ เซลล์เยื่อปอดลดมีจำนวนลดลงจากการตายและการเสื่อมสภาพของเซลล์ ทำให้การสร้างสารคัดหลั่งในหลอดลมลดลงรวมทั้งจำนวนขนกวัดลดน้อยลง ทำให้ความสามารถในการกำจัดสิ่งแปลกปลอมลดลง รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุที่ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย (Ebersole, Hess, Touhy, & Jett, 2005; Eliopoulos, 2005) ดังนั้น เมื่อมีปัจจัยต่างๆ มากระตุ้นให้ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซของปอดลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดอาการของโรคกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ง่ายและมีความรุนแรงกว่าวัยอื่นๆ

เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต้องดำเนินชีวิตอยู่กับโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และมีอาการกำเริบของโรคเป็นระยะๆ การจัดการกับอาการของโรคและที่ดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้ดำเนินไปสู่ระดับที่มีความรุนแรงมากขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค บรรเทาความรู้สึกลำบาก ลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า รวมทั้งลดอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ลดภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกด้วย (อัจฉราพรพนธ์ ธีรานุตร, 2542; Tiep, 1997) อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์การทำงานในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ของผู้อยู่อาศัย และจากการศึกษาอุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลต่างๆ พบว่าถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพทุกครั้งเมื่อเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการดูแลตนเอง เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ความตระหนักที่จะต้องใช้ยาพ่นอย่าง

ลม้าเสมอและถูกวิธี ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าสิ่งสำคัญที่สุดในการป้องกันการกำเริบของโรค คือ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จึงไม่ให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพปอด และการฝึกการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งที่ผู้ป่วยมีความรู้แต่ไม่สามารถนำความรู้ที่ได้นั้นมาใช้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (นัยนา อินทร์ประสิทธิ์, 2544) นอกจากนี้ ความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการรักษา และการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน (อัญญลักษณ์ ไชยรินทร์, 2544) ทศนคติต่อการดูแลตนเอง และการยอมรับและเข้าใจจากสมาชิกในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอีกด้วย (อัมพรพรรณ ธีรานุต, สุวรรณ นุญยะสิทธิ์, เจียมจิต แสงสุวรรณ, และ วลัยพร นันทคุภวัฒน์, 2539)

เนื่องจากลักษณะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายและความรุนแรงของโรคมักจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย รวมทั้งผลมีกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม การรักษาโรคจึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยบรรเทาจากอาการหอบเหนื่อย ส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการของโรค สามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดหรือพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศส่วนใหญ่จึงมุ่งเน้นการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่อการพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Anderson, 1995) ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อัญญรัตน์ ไชยรินทร์, 2544) การปรับตัวของผู้ป่วยและการจัดการกับอาการหอบเหนื่อย (Carrieri-Kohlman & Janson-Bjerklie, 1993; Herbert & Gregor, 1997;) ผลกระทบของอาการหายใจลำบากต่อการดำเนินชีวิต จิตใจและสังคม (Gift, 1993; Graydon & Ross, 1995; Keller, 1986) ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง (ชัยพงศ์ ชูยศ, 2547) การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งเสริมสมรรถภาพการทำงานของปอด (Goell et al., 2000; Hernandez et al., 2000; O' Donnell, McGuire, Samis, & Webb, 1995; จันทร์จิรา วิรัช, 2544; นวลจันทร์ พิมพิภักขา, 2550; นัยนา อินทร์ประสิทธิ์, 2544; วรางคณา บุญมา, 2548) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายข้อมูลหรือการหาความสัมพันธ์

ของตัวแปร และการศึกษาแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อย่างไรก็ตาม ยังมีการวิจัยที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยศึกษาประสบการณ์ในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง เช่น ประสบการณ์การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (พิมลพรรณ เนียมหอม, 2550) ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (จิราพร ทองดี และ รุ่งนภา จันทรา, 2550) ถึงแม้จะมีการศึกษาประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (จุก สุวรรณโณ, 2548) แต่การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาเชิงบรรยาย ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง การวิจัยดังกล่าวมาแล้วข้างต้น จึงยังไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นข้อมูลจากทัศนะของผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์โดยตรงเกี่ยวกับการจัดการอาการของโรคซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการให้การรักษาหรือการบริการทางสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วยตามบริบทของปัจเจกบุคคล ทั้งนี้ เพราะการรับรู้ ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ และประสบการณ์เดิมของบุคคล มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล บุคคลจึงมีวิธีการคิด มีเหตุผลในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา และการแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกัน (ถวิล ธาราโกชน์ และ ศรัณย์ ดำริสุข, 2548; Smith, 2011)

การจัดการกับอาการ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ถึงการมีประสบการณ์อาการซึ่งส่งผลคุกคามต่อบุคคล โดยบุคคลจะแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการนั้นๆ โดยแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล การจัดการกับอาการมีส่วนสัมพันธ์กับองค์ประกอบด้านบุคคล ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา ลักษณะทางจิตใจ เช่น บุคลิกภาพ ลักษณะทางสังคม เช่น ครอบครัว วัฒนธรรม ศาสนา และลักษณะของสรีรวิทยา เช่น ความสามารถของร่างกาย ดังนั้น การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม พยาบาลจึงต้องเข้าใจองค์ประกอบต่างๆ ของบุคคลซึ่งถือเป็นบริบทของบุคคล เพื่อให้สามารถจัดระบบการบริการสุขภาพและการให้ความรู้ได้เหมาะสมกับปัจเจกบุคคล ดังนั้น ที่ผ่านถึงแม้โรงพยาบาลต่างๆ จะพยายามจัดระบบบริการสุขภาพ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง และโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่ยังพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ และไม่สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องจนเกิดอาการกำเริบบ่อยๆ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการบริการที่จัดให้ไม่สอดคล้อง

หรือเหมาะสมกับประสบการณ์และบริบทของผู้ป่วยก็เป็นได้ ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์และบริบทของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างเป็นระบบโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประสบการณ์โดยตรงของผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง สำหรับการให้บริการสุขภาพและการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งโดยพยาบาล ทีมสุขภาพ ครอบครัว ผู้ดูแล และสังคม ที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การศึกษาของ ฟิรนูซ จันทรคุปต์ (Jantarakupt, 2005) เกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการกับอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ป่วยชายวัยทำงานเชื้อชาติอเมริกัน ที่มีอายุ 40-65 ปี โดยใช้การศึกษาเชิงประสบการณ์วิทยานิพนธ์ฐานแนวคิดของของนักปรัชญาฮูสเซอร์ล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต และกิจกรรมที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่จะปฏิบัติ โดยกิจกรรมเหล่านั้นแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละบุคคล ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต โดยการกำหนดกิจกรรม การวางแผนการทำกิจกรรม และค้นหาวิธีที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ให้สำเร็จ ในขณะที่พยาบาลและทีมสุขภาพมักให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสมรรถภาพของปอดและบรรเทาอาการของโรค นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยบางรายมีวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมถึงแม้จะไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพปอดก็ตาม ซึ่งวิธีการเหล่านี้ผู้ป่วยค้นพบด้วยตนเอง โดยพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไปตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรค เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นว่า การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่ได้มีการนำเสนอประสบการณ์การจัดการกับอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากมุมมองของผู้ป่วย ถึงแม้การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจะมีการวางแผนอย่างดีและดำเนินการโดยแพทย์ พยาบาล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จะประสบความสำเร็จดังแสดงให้เห็นในงานวิจัยต่างๆ แต่ในทางปฏิบัติ ยังพบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องหรือสม่ำเสมอ และผู้ป่วยยังเข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบรุนแรงอยู่บ่อยๆ ถึงแม้งานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ ฟิรนูซ จันทรคุปต์ (2005) จะนำเสนอข้อมูลประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้าใจความเป็นปัจเจกบุคคลมากขึ้น รวมทั้งเข้าใจมุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลตนเอง แต่เนื่องจากการศึกษาดังกล่าว เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพศชายวัยทำงานชาวอเมริกัน จึงมีข้อจำกัดเมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยสูงอายุไทยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากบริบทในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างของทั้งสองเชื้อชาติและช่วงวัย ทั้งในเรื่อง

ลักษณะครอบครัว แบบแผนการดูแลสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ โอกาสในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ ความกระตือรือร้นในการสืบค้นข้อมูล และความสามารถในการใช้เทคโนโลยีเพื่อค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้ง ลักษณะของครอบครัว การศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม โดยแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุไทยในแต่ละครอบครัวโดยทั่วไป ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เดินรอบ ๆ บ้าน การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ทำบุญตักบาตร สวดมนต์ ฟังธรรม เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552 อ้างถึง ใน ชื่นตา วิชาวุธ, 2552) บริบทของวิถีชีวิตครอบครัวในสังคมไทย โดยเฉพาะในสังคมชนบทนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน มีญาติดูแล ให้กำลังใจ และช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาทั้งการรับประทานยาและค่าใช้จ่าย (สมัยพร อาซาล, 2551) ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญยิ่งในการดูแลสุขภาพ ครอบครัวที่เกิดการเจ็บป่วยหรือมีความเปราะบางด้านสุขภาพเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย การเงิน ด้านกำลังใจ เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยกลับมามีสุขภาพที่ดีดังเดิม (สรินยา ไชยนันท์, 2551) นอกจากนี้ ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลของผู้สูงอายุไทยยังมีขีดจำกัดอีกด้วย

การศึกษารังนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาประสบการณ์การจัดการกับอาการของโรคในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาบนรากฐานแนวคิดของนักปรัชญาอุสเชิร์ล ซึ่งพอร์เตอร์ (Porter, 1991, 1995, 1998) นักวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาได้นำเสนอวิธีการดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์ และการนำเสนอข้อมูลโดยการพรรณนาสาระสำคัญของประสบการณ์ ซึ่งประกอบด้วย บริบทของประสบการณ์ และประสบการณ์ของบุคคล เนื่องจากประสบการณ์เกิดขึ้นจากบุคคลรับรู้เหตุการณ์ มีการประมวลเหตุการณ์ และตอบสนองต่อเหตุการณ์โดยผ่านกระบวนการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล พอร์เตอร์ ให้ความสำคัญในการอธิบายประสบการณ์ โดยการอธิบายการรับรู้เหตุการณ์ (perception) ซึ่งถือเป็นบริบท (context) ของประสบการณ์ ร่วมกับ การอธิบายปรากฏการณ์ที่ประกอบกันเป็นประสบการณ์ ซึ่งได้แก่ การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลและเหตุผลของการกระทำ ทั้งนี้ เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์การจัดการกับอาการของโรคในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้น ดังนั้น ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนการพยาบาลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล แพทย์ และบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ ในการดูแลรักษา การสร้างเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทยอย่างเหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. บริบทที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การจัดการกับอาการของโรคในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างไร

2. ประสิทธิภาพการจัดการกับอาการของโรคในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการจัดการกับอาการของโรคในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

1. บริบทที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการจัดการกับอาการของโรคในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ประสิทธิภาพการจัดการกับอาการของโรค ได้แก่ การกระทำหรือพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบปรากฏการณ์วิทยา (descriptive phonological study) เพื่อบรรยายประสิทธิภาพการจัดการกับอาการของโรคในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง จำนวน 14 คน โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมีระยะทางไปกลับจากโรงพยาบาลแมคคอร์มิคถึงบ้านของผู้สูงอายุ ไม่เกิน 60 กิโลเมตร คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนดจากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้ระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับทึบ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อหิน อำเภอคลองสะแก จังหวัดเชียงใหม่ และผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอิ จังหวัดลำพูน โดยเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนมกราคม 2552-มีนาคม 2553

กรอบแนวคิดการวิจัย

สำหรับการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยานั้น พอร์เตอร์ (1998) เสนอว่า กรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อสรุปที่เป็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประสพการณ์ที่ผู้วิจัยสนใจ และข้อสรุปที่เกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา

1. ข้อสรุปเป็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประสพการณ์ที่ผู้วิจัยสนใจ ได้แก่ อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การจัดการกับอาการของโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีผู้ศึกษาและบันทึกไว้ ซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่ผู้วิจัยจะต้องจัดกรอบความคิด เพื่อแยกข้อเท็จจริงออกจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่

2. ข้อสรุปเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา ได้แก่

2.1 ประสบการณ์การจัดการกับอาการของโรคในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรได้มาจากมุมมองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.2 ข้อมูลประสบการณ์ เป็นปรากฏการณ์ที่ได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูล ที่เกี่ยวกับการกระทำ (action) และจุดมุ่งหมายของการกระทำ (intention) ซึ่งได้จากผู้วิจัยสนทนากับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้นในการสนทนาผู้วิจัยจะต้องแน่ใจว่า ได้สนทนาคบคลุม ประเด็นที่เกี่ยวกับผลกระทบของอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุได้พยายามจัดการกับอาการดังกล่าวอย่างไร

2.2.1 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการกระทำ (action) ได้มาจาก ข้อมูลที่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอธิบายกิจกรรมหรือการกระทำที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อจัดการกับอาการของโรค และข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุระหว่างที่ทำการสนทนา

2.2.2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องจุดมุ่งหมายของการกระทำ (intention) ได้มาจากการที่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอธิบายของจุดมุ่งหมายของการกระทำกิจกรรมนั้นๆ รวมทั้งการให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ในปัจจุบันและในอนาคต ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้ทั้งจากการสนทนาและการสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

2.3 ข้อมูลบริบทได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ (perception) เหตุการณ์ สถานการณ์ หรือสภาพแวดล้อม ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการ การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และการรับรู้เกี่ยวกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติ

2.4 สถานที่ๆ เหมาะสมที่สุดในการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ได้แก่ ที่บ้านของผู้สูงอายุ เพราะเป็นที่ๆ ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมประจำวันเป็นส่วนใหญ่

2.5 เนื่องจากประสบการณ์ที่ศึกษาเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน (lived-experience) ประสบการณ์จึงมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้น ในการสนทนาแต่ละครั้งหากพบว่าประสบการณ์มีการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยต้องจดบันทึกไว้และนำมาพิจารณาร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.6 ในการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา กระบวนการวิจัยในการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ถือว่าเป็นประสบการณ์ชีวิตเช่นกัน (Porter, 1991) ดังนั้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล ความรู้สึกของผู้วิจัยต่อการเก็บข้อมูล และการตอบสนองต่อข้อมูลที่ผู้วิจัยนำเสนอ ในขั้นตอนของการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของการวิเคราะห์ข้อมูล จึงเป็นข้อมูลที่จำเป็นต้องได้รับการบันทึกและนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเช่นกัน

นิยามศัพท์

การจัดการกับอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง วิธีการที่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเลือกใช้เพื่อบรรเทาอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งได้แก่ อาการหอบเหนื่อย อาการไอเรื้อรัง และไอมีเสมหะ

ประสบการณ์การจัดการกับอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต ซึ่งประกอบด้วย การกระทำที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อจัดการกับอาการของโรค จุดมุ่งหมายของการกระทำเพื่อจัดการกับอาการของโรค และบริบทที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกี่ยวกับเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือสภาพแวดล้อม รวมทั้ง การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการ การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และการรับรู้เกี่ยวกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติ ซึ่งได้จากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการสังเกตโดยใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางในการรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง บุคคลที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร อย่างน้อยเป็นเวลา 1 ปี และมีการดำเนินของโรคตามการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามแนวทางของ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) และ American Thoracic Society (ATS) ร่วมกับการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมโดยตามแนวทางการประเมินของ Modified Medical Research Council (MMEC) โดยให้มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางหรือระดับรุนแรง ที่มีระยะห่างระหว่างบ้านของผู้สูงอายุและโรงพยาบาลแมคคอร์มิค ในระยะทางไม่เกิน 60 กิโลเมตร ในระหว่างเดือนมกราคม 2552-มีนาคม 2553 โดยระดับความรุนแรงของโรคประเมินได้จากการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตผู้สูงอายุเกี่ยวกับอาการหอบเหนื่อยและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันตามแนวทางของ MMEC ดังนี้

อาการของโรคระดับปานกลาง หรือระดับที่ 2 หมายถึง มีอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อย มีอาการกำเริบไม่รุนแรง เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกัน เพราะหายใจหอบหรือต้องหยุดหายใจเมื่อเดินตามปกติบนพื้นราบ (American Thoracic Society [ATS], 2004; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2010)

อาการของโรคอยู่ในระดับรุนแรง หรือระดับที่ 3 หมายถึง มีหอบเหนื่อยจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน มีอาการกำเริบในแต่ละครั้งรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องหยุดเพื่อหายใจหลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือหลังจากเดินได้สักพักบนพื้นราบ แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ ไม่ถึงกับมีอาการหอบเหนื่อยตลอดเวลาจนทำกิจกรรมได้น้อยหรือไม่สามารถทำกิจกรรมและต้องพึ่งพาผู้อื่น (ATS, 2004; GOLD, 2010)