

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์การจัดการกับอาการของโรคในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ดังนี้

1. ลักษณะของผู้สูงอายุในสังคมไทย
2. แนวคิดเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการของโรค
5. แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา
6. แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาของฟอร์เตอร์
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์และการจัดการอาการของโรคสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ลักษณะของผู้สูงอายุในสังคมไทย

ลักษณะทางด้านประชากร โครงสร้างทางอายุของประชากรประเทศไทยกำลังเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรผู้สูงอายุไทยมีถึงประมาณ 7 ล้านคน หรือคิดเป็นเกือบร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมดของประเทศที่มีอยู่ประมาณ 65.6 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ในขณะที่สัดส่วนของประชากรในวัยแรงงานซึ่งเป็นฐานสำคัญของการผลิตและการเกื้อหนุน ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การดูแลอนุภการ การเสียภาษีรายได้ให้แก่รัฐเพื่อนำมาจัดสรรหรือจัดสวัสดิการต่างๆ ให้แก่ประชากรสูงอายุ ต่อประชากรสูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) (Knodel & Chayovan, 2008 อ้างถึงใน วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2555) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ทำให้ประชากรในวันแรงงานต้องรับภาระที่หนักขึ้นในการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ และบุตรไม่สามารถให้การดูแลบิดามารดาสูงอายุดังเช่นที่เคยเป็นมาในอดีต ปัจจัยหลักที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ได้แก่ การลดภาวะเจริญพันธุ์และการลดการตายและการเกิดอย่างรวดเร็วจากระดับที่สูงในอดีตเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับทดแทนในปัจจุบันภายในระยะเวลาอันสั้น และในอีก 40 ปีข้างหน้า ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มเป็น 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด และประชากรผู้สูงอายุจะเริ่มมากกว่าจำนวนประชากรวัยเด็ก ดังนั้น



ประเทศไทยจึงต้องเตรียมตัวเพื่อรับมือกับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2555)

ภาวะสุขภาพ จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้มากกว่าร้อยละ 90 ซึ่งผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ได้โดยอิสระแสดงถึงการมีสุขภาพ คือ มีความแข็งแรงของร่างกายพอที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ โดยไม่ต้องต้องการการพึ่งพาหรือเป็นภาระของบุคคลอื่น อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีทุพพลภาพจากปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังหรือกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มโรคข้อและกระดูก กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มโรคทางเดินหายใจ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

เศรษฐกิจ จากข้อมูล ปี 2550 พบว่า ประชากรวัยสูงอายุที่ยากจน มีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อปี มีประมาณร้อยละ 34.13 โดยมากกว่าร้อยละ 50 มีรายได้จากบุตรหญิงหรือบุตรชายที่สมรสแล้ว ที่เหลือมาจากการทำงาน เงินออม เบี้ยยังชีพ คู่สมรส และบุตรที่เป็นโสด ร้อยละ 31 ของผู้สูงอายุ ไม่ได้ออมหรือสะสมเงินทองหรือทรัพย์สินทั้งในรูปสังหาริมทรัพย์และอสังหาริมทรัพย์(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) จากข้อมูลปี 2549 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีงานทำนั้น ร้อยละ 99 เป็นผู้สูงอายุตอนต้นช่วงแรก ซึ่งมีอายุ 60-64 ปี (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

การศึกษา ประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรผู้สูงอายุไม่รู้หนังสือ ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนที่ไม่รู้หนังสือมากกว่าผู้สูงอายุชาย ผู้ที่รู้หนังสือส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาเพียงแค่ระดับประถมศึกษา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

ครอบครัวและผู้สูงอายุ แนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะอยู่คนเดียว อยู่กับสามีหรือภรรยาโดยไม่มีบุตรมีมากขึ้น ครอบครัวขยายที่มีผู้สูงอายุอยู่มีแนวโน้มลดลง จำนวนบุตรของผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงและบุตรของผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนละจังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุบางส่วนอาศัยอยู่กับหลานเพียงลำพัง (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2555) ผู้สูงอายุทั้งยากจนและฐานะปานกลางยังได้รับการดูแลจากครอบครัวตามสภาพร่างกายและความสามารถที่มีอยู่ โดยครอบครัวจะดูแลผู้สูงอายุในด้านดำรงชีวิตทั่วไป ครอบครัวมีค่านิยมเคารพยกย่องผู้สูงอายุ การขอคำปรึกษาจากผู้สูงอายุเมื่อประสบปัญหา การสนับสนุนงานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชอบ ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นบุตรหลานที่เป็นเพศหญิง ส่วนเพศชายจะให้การช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย ในครอบครัวไทยบุตรหลานยังคงมีการดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวยังคงมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ หรือปัจจัยให้แก่ผู้สูงอายุ โดยครอบครัว

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ทบสมตงานวิจัย

วันที่..... 7 ส.ค. 2555

เลขทะเบียน..... 190921

เลขเรียกหนังสือ.....

ถือว่าเป็นหน้าที่ของบุตรและทุกคนในครอบครัวที่จะอุปการะ ดูแลผู้สูงอายุ และเป็นการทดแทนพระคุณต่อบุพการี

สวัสดิการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่คนไทย ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 5 กำหนดให้บุคคลที่มีสัญชาติไทยทุกคน ที่ไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอื่นใดที่รัฐจัดให้ตามนโยบายของรัฐบาลไทย (เช่น สวัสดิการประกันสังคม และสิทธิที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจและครอบครัว) มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2554) ตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ เรียกกันว่า 30 บาทรักษาทุกโรคซึ่งเป็นโครงการรัฐบาลที่เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ โดยคนไทยทุกคนสามารถรับบริการรักษาโรคโดยจ่ายเพียงสามสิบบาท โดยภาครัฐจะให้ประชาชนลงทะเบียนกับโรงพยาบาลและรัฐจัดสรรงบประมาณลงในโรงพยาบาลตามจำนวนคน และแจกบัตรประจำตัวให้แก่ผู้รับบริการ เรียกกันว่า บัตรทอง ซึ่งที่ผ่านมา ผลวิจัยการศึกษาเชิงลึกด้านการใช้บริการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและเทศบาลนครอุบลราชธานี เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการและสถานการณ์การใช้สิทธิด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ 55% เลือกใช้บริการบัตรทอง สาเหตุส่วนใหญ่ระบุว่าไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและอยู่ใกล้บ้าน ทำให้ประหยัดเงินค่ารักษาพยาบาลได้จำนวนมากและได้รับการรักษาอยู่ในเกณฑ์ดี (วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2553) นอกจากนี้ ตามนโยบายของรัฐบาลไทย ผู้สูงอายุ (ประชากรที่อายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ทุกคนมีสิทธิได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ด้วยการขอทำบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ประเภทบัตรผู้สูงอายุ ได้จากผู้ใหญ่บ้าน หรือเจ้าหน้าที่สำนักงานเขต หรือ ศูนย์บริการสาธารณสุข ผู้สูงอายุที่มีบัตรผู้สูงอายุจะสามารถไปขอรับบริการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้จากสถานพยาบาลของรัฐที่กำหนดไว้ 2 แห่ง ต่อมา ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ได้ยกเลิกการร่วมจ่าย 30 บาท คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติให้ยกเลิกการเก็บค่าบริการผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 30 บาทต่อการเข้ารับบริการแต่ละครั้ง โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่ 31 ตุลาคม 2549 เป็นต้นไป จึงทำให้ผู้ป่วยที่ถือบัตรทองไม่ต้องร่วมจ่าย 30 บาทอีกต่อไป จึงไม่มีการแยกบัตร 30 บาทและบัตรผู้สูงอายุ ผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุจึงสามารถใช้บัตรเดียวในการขอรับบริการได้

สวัสดิการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ 2546 มาตรา 11 บัญญัติว่า ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุน การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตาม

ความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยในระยะแรกกำหนดให้มีการจ่ายเงินแก่ผู้สูงอายุ จำนวน 300 บาท ต่อเดือน ซึ่งต่อมาเพิ่มขึ้นเป็นคนละ 500 บาทต่อเดือน ตามโครงการเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน (โครงการเบี้ยยังชีพ) สำหรับผู้สูงอายุทั่วประเทศ โดยผู้สูงอายุ จะต้องแสดงความจำนงโดยการขึ้นทะเบียนขอรับการสงเคราะห์ (กรมโยธาธิการและผังเมือง, 2552) ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ต้องเป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย ภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน อายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ไม่เป็นผู้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ ผู้ได้รับเบี้ยยังชีพตามระเบียบของกระทรวงมหาดไทย หรือกรุงเทพมหานคร ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ (ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552, 2552)

จะเห็นว่า ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุไทยจำนวนมาก ในขณะที่สัดส่วนประชากรวัยทำงานที่เป็นต่อประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและจบการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะเป็นการอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสมากขึ้น ซึ่งรัฐได้ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อผู้สูงอายุ และได้จัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการจ่ายค่าเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมไทย

แนวคิดเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่มีความก้าวหน้าของโรคตามระยะเวลาการเป็นโรค ความรุนแรงของโรคแต่ละระยะแตกต่างกัน บางครั้งสามารถควบคุมอาการของโรคได้แต่บางครั้งอาการกำเริบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลของการเจ็บป่วยจึงกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม

ความหมาย การแบ่งระดับความรุนแรงของโรค และ อาการที่พบบ่อย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD หรือ Chronic Obstructive Airway Disease) หมายถึง กลุ่มโรคที่มีทางเดินหายใจตีบแคบหรืออุดกั้นอย่างเรื้อรัง ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ภาวะตีบแคบของทางเดินหายใจจะเกิดมากขึ้น

เรื่อยๆ ตามการดำเนินของโรค (American Thoracic Society, 2004) ประกอบด้วยโรค 2 ชนิดคือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และ ภาวะถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) สมาคมอหิวาแห่งประเทศไทย (2548) ให้นิยามของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพองไว้ ดังนี้

โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง มีลักษณะคือ ผู้ป่วยมีอาการไอและมีเสมหะเรื้อรัง โดยมีอาการเป็นๆ หายๆ ปีละ อย่างน้อย 3 เดือน และผู้ป่วยจะมีอาการในลักษณะนี้เป็นระยะเวลาติดต่อกันประมาณ 2 ปีหรือมากกว่านั้น โดยไม่มีสาเหตุอื่น

โรคถุงลมโป่งพอง เป็นโรคที่มีพยาธิสภาพที่ถุงลมและส่วนปลายสุดของหลอดลม กล่าวคือ บริเวณถุงลมและส่วนปลายสุดของหลอดลมจะมีการขยายตัวโป่งพอง ซึ่งมีผลทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติไป โดยทั่วไปมักพบโรคทั้งสองชนิดดังกล่าวอยู่ร่วมกัน ซึ่งจะแยกออกจากกันได้ยากมาก ดังนั้นจึงมักเรียกควบโรคทั้งสองชนิดนี้ว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ระดับความรุนแรงของโรค

ระดับความรุนแรงของโรคแบ่งได้เป็น 5 ระดับ ตามลักษณะการอุดกั้นของทางเดินหายใจโดยการวัดมาตรปอด (spirometry) (American Thoracic Society [ATS], 2004; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2010) ดังนี้

ระดับ 0 เสี่ยงต่อการเกิดโรค (At risk) ค่า $FEV_1/FVC > 0.70$ และ $FEV_1 \geq 80\%$ ของค่ามาตรฐาน (FEV_1 predicted) ซึ่งในระยะนี้การทำงานของปอดเริ่มลดลง แต่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการแสดงใดๆ ผู้ป่วยจึงไม่ได้มาพบแพทย์ ตามปกติเรามักจะไม่นับผู้ป่วยเหล่านี้ยกเว้นมีการตรวจสมรรถภาพการทำงานของปอด มักพบในผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีประวัติสูบบุหรี่

ระดับ 1 รุนแรงน้อย (Stage I Mild) ค่า $FEV_1/FVC < 0.70$ และ $FEV_1 \geq 80\%$ ของค่ามาตรฐาน (FEV_1 predicted) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจเพียงเล็กน้อย อาจมีอาการไอและมีเสมหะ หรืออาจไม่มีอาการใดๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่าประสิทธิภาพการทำงานของปอดเริ่มลดลง จึงไม่ค่อยพบผู้ป่วยระยะนี้ในโรงพยาบาล ยกเว้นในรายที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคอื่นที่มีผลกระทบต่อการหายใจและได้รับการตรวจวัดมาตรปอด จึงจะทราบว่าค่า FEV_1/FVC และ FEV_1 ลดต่ำลง

ระดับ 2 รุนแรงปานกลาง (Stage II Moderate) ค่า $FEV_1/FVC < 0.70$ และ $50\% \leq FEV_1 < 80\%$ ของค่ามาตรฐาน ระยะนี้การอุดกั้นของทางเดินหายใจจะมากขึ้น ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเหนื่อยหอบเมื่อออกกำลังกาย (dyspnea on exertion) บางครั้งมีอาการไอและมีเสมหะร่วมด้วย

เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มสังเกตพบอาการของตนเองและแสวงหาการรักษาเนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นคงอยู่อย่างเรื้อรังหรืออาจเนื่องจากมีอาการกำเริบรุนแรง (exacerbation) ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ระดับ 3 รุนแรง (Stage III Severe) ค่า $FEV_1/FVC < 0.70$ และ $FEV_1 \leq 30\%$ ของค่ามาตรฐาน ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบมาก มีอาการเหนื่อยล้า ออกกำลังกายได้ลดลง และเกิดอาการกำเริบรุนแรงเป็นประจำ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

ระดับ 4 รุนแรงมาก (Stage IV Very severe) ค่า $FEV_1/FVC < 0.70$ และ $FEV_1 < 30\%$ ของค่ามาตรฐาน หรือ $FEV_1 > 50\%$ ของค่ามาตรฐาน ร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งมักเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (cor pulmonale) โดยเฉพาะหัวใจข้างขวาล้มเหลว อาการกำเริบรุนแรงในระยะนี้อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

อย่างไรก็ตาม ระดับความรุนแรงของโรคที่แบ่งตามการวัดมาตรฐานปอดเพียงอย่างเดียวไม่สามารถบอกระดับความรุนแรงของโรคได้ เพราะ 1) มีผู้ป่วยจำนวนมากที่มีปริมาตรของปอดลดลงแต่ไม่มีอาการ 2) อาการไอและมีเสมหะมากมักนำไปสู่การอุดกั้นของทางเดินหายใจทำให้ผู้ป่วยแสวงหาการรักษาเนื่องจากอาการเหนื่อยหอบ แต่ไม่เคยมีประวัติความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงมาก่อน 3) ในระหว่างการดำเนินของโรคตามพยาธิสภาพอาจมีการเปลี่ยนแปลงที่กระทบระบบอื่นๆ ในร่างกาย เช่น น้ำหนักตัวลดลง สูญเสียมวลและหน้าที่ของกล้ามเนื้อแขนขา การทำหน้าที่ของร่างกายจึงต้องประเมินจากความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการหอบเหนื่อย โดยใช้ Modified Medical Research Council (MMRC) โดยเกณฑ์การประเมินภาวะหายใจลำบาก แบบ MMRC กำหนดระดับคะแนนภาวะหายใจลำบากเป็น 0-4 โดยแต่ละระดับแสดงความแตกต่างในความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2551) ดังนี้

- รู้สึกหายใจหอบขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น 0
- รู้สึกหายใจเหนื่อยหอบเมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบหรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน 1
- เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกันเพราะหายใจหอบ หรือ หากเดินบนพื้นราบด้วยความเร็วตามปกติต้องหยุดพักเพื่อหายใจ 2
- ต้องหยุดเพื่อหายใจหลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือหลังจากเดินได้สัก 2-3 นาที บนพื้นราบ 3
- หายใจเหนื่อยหอบมากเกินกว่าที่จะออกจากบ้าน หรือหอบมากขณะแต่งตัว หรือเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว 4



เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่ได้รับการตรวจสมรรถภาพการทำงานของปอดโดยใช้มาตรวัดปอดทุกราย ดังนั้นในการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการจัดการกับอาการของโรคในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในครั้งนี้ จึงประเมินความรุนแรงของโรคโดยใช้แนวทางประเมิน MMEC แบ่งความรุนแรงจากอาการของผู้สูงอายุโดยข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะทางพันธุกรรม ภาวะที่มีการตอบสนองไวเกินของหลอดลม (hyperresponsiveness airway) การเจริญเติบโตผิดปกติของปอดในวัยเด็กซึ่งทำให้สมรรถภาพของปอดผิดปกติได้ง่ายเมื่อมีอายุมากขึ้น

2. ปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อม ได้แก่ ควันบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดโรคทางเดินหายใจของผู้ที่สูบบุหรี่จะมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Tashkin, Altose, Connett, Kanner, Lee, & Wise, 1996) อัตราตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงขึ้นเป็น 7 เท่าในผู้ที่สูบบุหรี่เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ โดยเพิ่มขึ้นตามปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน (Viegi, Scognamiglio, Baldacci, Pistelli, & Carrozzi, 2001) นอกจากนี้ มลพิษทั้งในที่ทำงานที่บ้าน และในที่สาธารณะ เช่น การเผาไหม้ของเชื้อเพลิงในขับเคลื่อนเครื่องจักร และการประกอบอาหาร การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจในวัยเด็ก อาชีพที่ต้องสัมผัสกับฝุ่น ควัน หรือสารพิษโดยการสูดดม เศรษฐฐานะและสุขอนามัย โดยส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ (GOLD, 2010) ยังเป็นปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีกด้วย

อาการที่พบบ่อยของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ (dyspnea) และอาการไอมีเสมหะเรื้อรัง (cough and sputum production) โดยผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบ มักมีอาการเหนื่อยล้า (fatigue) ร่วมด้วย (ATS, 2010; Gift & Shepard, 1999; Lee, Grayton, & Ross, 1991; Reishtein, 2001; Woo, 2000) นอกจากนี้ The Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2010)) ระบุว่า นอกจากอาการเหนื่อยหอบ (dyspnea) อาการไอ (cough) อาการมีเสมหะมาก (sputum productive) แล้ว ผู้ป่วยมักหายใจมีเสียงวี๊ด และมีอาการแน่นหน้าอก (wheezing and chest tightness)

1. อาการเหนื่อยหอบ ความรู้สึกของผู้ป่วยที่รู้สึกผิดปกติ เป็น “อาการบอกล่า” (subjective symptoms) ที่ผู้ป่วยอธิบายว่า เป็นความรู้สึกหายใจไม่สะดวก (difficulty of breath) ต้องออกแรงมากในการหายใจ (labored breathing) (American Thoracic Society [ATS], 1975) อาการมักจะค่อยเป็นค่อยไป ในระยะแรกของโรคผู้ป่วยอาจจะยังไม่มีอาการปรากฏ ผู้ป่วยบางรายสามารถอยู่ในระยะที่ไม่มีอาการปรากฏได้เป็นเวลานานถึงแม้เริ่มมีพยาธิสภาพและความ

ผิดปกติทางสรีรวิทยาในปอด การเปลี่ยนแปลงในปอดอาจเกิดขึ้นตั้งแต่ในวัยทำงาน แต่ผู้ป่วยยังไม่รับรู้ถึงความผิดปกติ เพราะสมรรถนะของร่างกายโดยรวมยังแข็งแรงอยู่และความเสื่อมสมรรถภาพของปอดยังไม่รุนแรง แต่ต่อมาเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มีความเสื่อมของสมรรถภาพปอดมากขึ้นตามวัย ร่วมกับปอดถูกทำลายมากขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยจะเริ่มรับรู้ถึงอาการเหนื่อยหอบ แต่อาจคิดว่าอาการเหนื่อยหอบง่ายเป็นอาการปกติเมื่ออายุมากขึ้น (นิธิพัฒน์ เจียรกุล, 2550) ผู้ป่วยอาจสังเกตได้ว่าตนเองไม่สามารถเดินได้ในระดับความเร็วที่คนในวัยเดียวกันสามารถเดินได้ อาการเหนื่อยหอบที่มากขึ้นจะทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยลดลงจนรบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และมักจะมีอาการเลวลงเรื่อยๆ จนทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ (Mahler, 1998) ยิ่งอาการมีอาการเหนื่อยหอบมากเท่าไรผู้ป่วยก็จะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น จนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน เช่น การแต่งตัว การอาบน้ำ เป็นต้น (Kaptein, Strawbridge, Camacho, & Cohen, 1993; Reishtein, 2001; Schrier, Dekker, Kaptein, & Dijkman, 1990; Weaver et al, 1997) ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการเกิดอาการหอบเหนื่อยโดยการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำ เช่น หลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันได การออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ผู้ป่วยจึงมักมีแนวโน้มที่จะอยู่เฉยๆ และอยู่บ้านมากขึ้น (Gift & Austin, 1992; Wigal et al., 1991)

เนื่องจากอาการเหนื่อยหอบเป็นอาการที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การประเมินอาการเหนื่อยหอบจึงสามารถใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการเหนื่อยหอบมีหลายแบบ เช่น เครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยหอบขณะพัก ในขณะที่พักได้แก่ Visual analogue scale (VAS) ซึ่งกำหนดเส้นให้แนวเส้นตรงตามแนวตั้งหรือแนวนอนยาว 100 มิลลิเมตร เริ่มจาก 0-10 กำหนดจากปลายด้านหนึ่งเป็นศูนย์ คือ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบเลย และปลายอีกด้านหนึ่ง หอบเหนื่อยมากที่สุดเป็นสิบโดยให้ผู้ป่วยขีดผ่านลงบนแนวเส้นตรง ตรงระดับที่ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรุนแรงของอาการหอบเหนื่อยในช่วงระยะเวลาต่างๆ ที่ประเมิน และ Borg scale เป็นการกำหนดตัวเลขจาก 0-10 ในแนวตั้งและคำอธิบายตัวเลขเป็นระยะ (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2551; Borg, 1982) ดังนี้

มีอาการหอบเหนื่อยรุนแรงที่สุด	10
	9
	8
มีอาการเหนื่อยหอบรุนแรงมาก	7
	6
มีอาการเหนื่อยหอบรุนแรงค่อนข้างมาก	5
มีอาการเหนื่อยหอบรุนแรงบางครั้ง	4
มีอาการเหนื่อยหอบรุนแรงปานกลาง	3
มีอาการเหนื่อยหอบรุนแรงเล็กน้อย	2
มีอาการเหนื่อยหอบน้อย	1
มีอาการเหนื่อยหอบน้อยมากๆ	0.5
ไม่มีอาการเหนื่อยเลย	0

นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยหอบขณะกำลังทำกิจวัตรประจำวัน ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการหอบเหนื่อยได้ดีในผู้ป่วยที่ยังทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น Modified Medical Research Council (MMEC) scale ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2551; Celli et al., 2004)

2. อาการเหนื่อยล้า เป็นอาการที่มักพบร่วมกับอาการหอบเหนื่อย โดยยิ่งผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยมาก ก็จะมีอาการเหนื่อยล้ามากขึ้นเช่นกัน (ATS, 2010) เกิดจากปริมาณออกซิเจนในเลือดต่ำซึ่งมีผลทำให้เซลล์กล้ามเนื้อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และการพักผ่อนไม่เพียงพอ (Carrieri & Janson-Bjerklie, 1993) นอกจากนี้ อาการเหนื่อยล้ายังมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยหอบ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ และสถานะทางอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย (McMahon, 2000) อาการเหนื่อยล้ามีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและมีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน (Reishtein, 2001; Woo, 2000) รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Celli et al., 1998)

อาการเหนื่อยล้าสามารถประเมินได้จากเครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้า เช่น Visual Analogue Scale (VAS) เช่นเดียวกับอาการเหนื่อยหอบ โดยกำหนดเส้นใช้แนวเส้นตรงตามแนวตั้งหรือแนวนอนยาว 100 มิลลิเมตร เริ่มจาก 0-10 แต่กำหนดจากปลายด้านหนึ่งที่ศูนย์คือ ไม่มีอาการเหนื่อยล้า ส่วนปลายอีกด้านหนึ่งที่เป็นสิบ คือ รู้สึกเหน็ดเหนื่อย หดแรงแรง

3. อาการไอ อาการไอเป็นอาการเริ่มแรกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยบางรายอาจเริ่มมีอาการไอตั้งแต่ยังไม่มีอาการอื่นๆ หรือข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (ATS, 1995;

Vermeire, 2002) ในระยะแรกจะมีอาการไอเป็นครั้งคราว แต่ต่อมาจะเริ่มไอบ่อยขึ้นจนถึงไอทุกวัน และไอตลอดทั้งวัน และอาจเป็นอาการไอแบบไม่มีเสมหะก็ได้ (GOLD, 2010) อาการไอบ่งชี้ถึงการระคายเคืองจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมส่วนต้น โดยสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการอักเสบส่วนใหญ่นั้น ได้แก่ ควันจากการสูบบุหรี่ หรือสูดดมควันบุหรี่ หรือมลพิษในอากาศ อาการไอแห้งๆ มักปรากฏเป็นระยะๆ โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศอย่างกะทันหัน การติดเชื้อไวรัสในทางเดินหายใจ สูดควัน หรือมลพิษในอากาศ เพราะผู้ป่วยมักมีความภาวะหลอดลมไวเกินร่วมด้วย (นิพิพัฒน์ เจียรกุล, 2550)

4. **อาการมีเสมหะ** อาการไอมีเสมหะมักเกิดหลังจากเริ่มมีอาการไอ (GOLD, 2010) เกิดจากการอักเสบของหลอดลมเล็ก และเมื่อต่อมเมือกผลิตมูกมากขึ้นจนมีขนาดใหญ่ขึ้น ร่วมกับการมีเสมหะคั่งค้างในทางเดินหายใจ อาจเป็นสาเหตุของการเกิดทางเดินหายใจอุดกั้นตามมาได้ อาการมีเสมหะในคอมักปรากฏในตอนเช้าเมื่อตื่นนอนและลุกขึ้นทำกิจวัตรประจำวัน เพราะมีเสมหะจากการอักเสบสะสมค้างไว้ในหลอดลมตลอดทั้งคืนขณะนอนหลับ อาการจะทุเลาลงหรือหายไปในช่วงวัน เพราะกลางวันผู้ป่วยจะกลืน บ้วนเสมหะทิ้งบ่อยๆ (นิพิพัฒน์ เจียรกุล, 2550)

5. **อาการหายใจมีเสียงวี๊ดและแน่นหน้าอก** เป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันไปในแต่ละวันและในระหว่างวัน อาการนี้อาจพบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะที่ 3 หรือระยะรุนแรง (Stage III, sever COPD) และระยะที่ 4 หรือระยะรุนแรงมาก (Stage IV, very sever COPD) เสียงวี๊ดนี้เกิดขึ้นนี้เกิดในระดับของคอหอย (laryngeal level) สามารถได้ยินขณะที่ผู้ป่วยหายใจได้โดยไม่ต้องใช้หูฟังๆ ที่ปอดของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามเสียงวี๊ดทั้งขณะหายใจเข้าและหายใจออกยังสามารถฟังได้ทั่วไปในปอดของผู้ป่วยด้วย ส่วนอาการแน่นหน้าอกหายใจไม่ออกนั้น มักเกิดหลังจากที่มีการออกกำลังกาย โดยจะสังเกตได้จากผู้ป่วยมีการใช้กล้ามเนื้อยึดซี่โครงช่วยในการหายใจเพื่อให้หายใจได้มากขึ้น (GOLD, 2010)

ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พยาธิสภาพและ อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ครอบครัว และเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

1. **ด้านร่างกาย** กระบวนการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจนกระทั่งมีอาการของโรครุนแรงขึ้น จนเกิดภาวะพร่องออกซิเจน ส่งผลให้แรงต้านในหลอดเลือดปอดจะสูง (pulmonary hypertension) ซึ่งเมื่อเกิดเป็นเวลานานจะส่งผลให้หัวใจห้องขวาทำงานหนักโดยต้องออกแรงบีบตัวเพิ่มขึ้นเพื่อเอาชนะแรงต้านในหลอดเลือด ผลที่



ตามมาก็คือกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวาหนาตัวและมีขนาดหัวใจห้องล่างขวาโตขึ้น ซึ่งเป็นการปรับตัวเพื่อเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ แต่เมื่อหัวใจทำงานหนักมากขึ้นเป็นระยะเวลานาน ผลที่ตามมาก็คือเกิดภาวะหัวใจห้องขวาทำงานล้มเหลว (corpulmonale) (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542, Matteson, McConnell, & Linton, 1997)

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสำคัญ คือ หายใจลำบาก (dyspnea) ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Gift & Shepard, 1999) อาการของโรคจะมากขึ้นเมื่อต้องทำกิจกรรมประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว หวีผม ซึ่งเป็นกิจกรรมประจำวันที่ต้องใช้แขนในการทำกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ (Bauldoff, Hoffman, Sciurba, & Zullo, 1996) อาการหอบเหนื่อยและอาการเหนื่อยล้ายังมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยอีกด้วย เนื่องจากอาการหอบเหนื่อยเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยอาจมีอาการเหนื่อยหอบหรือเหนื่อยล้าจากการเคี้ยวอาหารและการกลืนทำให้แบบแผนการหายใจเปลี่ยนไปจึงทำให้ปริมาณออกซิเจนในหลอดเลือดแดงลดลง (Schols, 2000) ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหาร ในขณะที่เดียวกันการรับประทานอาหารซึ่งทำให้กระเพาะอาหารยืดขยายไปดันกระบังลมยังทำให้ผู้ป่วยหายใจไม่สะดวกหลังรับประทานอาหารอีกด้วย (Celli, 1998) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงรับประทานอาหารน้อยลงเพื่อป้องกันอาการหายใจลำบาก

2. ด้านจิต อารมณ์ และสังคม ภาวะพร่องออกซิเจนเรื้อรังนอกจากจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทอีกด้วย เช่น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะในตอนเช้าหลังตื่นนอน แต่หายไปในตอนสาย อิดโรย ไม่กระฉับกระเฉง คิดช้า ความจำเสื่อม ขาดสมาธิ มีการกระตุก หรือการสั่นของกล้ามเนื้อ เป็นต้น (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542) นอกจากนี้ รูปแบบอาการแสดงที่ไม่แน่นอน ไม่สามารถทำนายอาการธรรมชาติของอาการเกิดโรคได้ ไม่สามารถบอกระยะเวลาการกำเริบได้แน่นอน และไม่สาสามารถคาดเดาความรุนแรงได้ (Partridge, 2004) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวการหายใจลำบากหรือการหายใจไม่ออก และเกิดความวิตกกังวลได้ (Belville-Robertson, 1999) ความบกพร่องในการทำกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถทางด้านร่างกายลดลง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม มักทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและเกิดภาวะซึมเศร้า (Emery, Leatherman, Burkner, & MacIntyre, 1991; Gift & McCrone, 1993; Gift & Shepard, 1999; Graydon et al., 1995) ความวิตกกังวลพบมากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ (Brenes, 2003) โดยเมื่อมีผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบมากจะมีระดับความวิตกกังวลสูงด้วยเช่นกัน (Gift &

Cahill, 1990) เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการของโรคได้ และไม่สามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยได้ ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะซึมเศร้า โดยอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความรู้สึกเสียใจ อายากร้องไห้ แรงจูงใจลดลง ความรู้สึกหมดหวังและสิ้นหวัง ภาวะซึมเศร้าอาจมีสาเหตุมาจากข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความรู้สึกว่าเหว่ ขาดการสนับสนุนทางสังคม การออกจากงาน การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง และความไม่มั่นคงทางการเงิน (Graydon et al., 1995)

ความสามารถในการดำรงบทบาททางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นประเด็นสำคัญของผลกระทบทางด้านสังคมของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องออกจากงานก่อนเวลาอันควร สัมพันธภาพและบทบาทหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนไป โดยเฉพาะผู้ที่เป็หัวหน้าครอบครัว เมื่อผู้ป่วยต้องให้ผู้อื่นทำหน้าที่แทน เมื่อผู้ป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อย สมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย อาจจะทอดทิ้งหรือปกป้องผู้ป่วยมากเกินไป ถ้าผู้ป่วยถูกทอดทิ้งอาจจะรู้สึกตกใจหรือเรียกร้องมากขึ้น แต่ถ้าได้รับการปกป้องมากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่าและแยกตนเอง นอกจากนี้ อาการหายใจลำบาก ที่เกิดขึ้นตลอดเวลาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ บางคนหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม เพื่อหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด มีฝุ่นละออง ควันบุรี การทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง และการพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ก็ทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ได้เช่นกัน

3. ด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีวิธีใดที่สามารถรักษาให้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหายขาดได้ การรักษาพยาบาลจึงเป็นแบบการประคับประคอง บรรเทาอาการ ผู้ป่วยบางรายมีกำเริบบ่อยจึงต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็นประจำ บางครั้งจำเป็นต้องเข้ารับการรักษานในแผนกฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยหนัก จากรายงานของโรงพยาบาลสายบุรี อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี พบว่า โรคที่ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน เป็นอันดับหนึ่งคือ โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 10,000 บาท / คน / ครั้ง สาเหตุของการเข้ารับการรักษานได้แก่ ปัญหาเกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้ ไม่รู้หลักในการดูแลตนเอง ใชยยาขยายหลอดลมไม่ถูกวิธี และผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่น ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษานใหม่ใน 28 วัน และมีผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบต้องเข้ารับการรักษานที่ห้องฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี, 2553) และจากการศึกษาสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคหืดและโรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู ในช่วงเดือน มกราคม 2552 ถึงเดือน ธันวาคม 2552 พบว่าผู้ป่วยโรคหืดและโรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีจำนวนการนอนโรงพยาบาล 30 คน จำนวนค่าใช้จ่ายในการรักษาน มีจำนวนมากเป็น 1 ใน 3 ของอันดับโรคที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (โครงการแลกเปลี่ยน

เรียนรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคหืดและโรคถุงลมโป่งพองเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอนาหวัง ปีงบประมาณ 2553, 2553) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยตนเองทั้งหมด หรือแม้เพียงบางส่วน ซึ่งหากรัฐบาลหรือนายจ้างของผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายภาระดังกล่าวก็ตกเป็นของรัฐบาลหรือนายจ้างด้วยเช่นกัน นอกจากนี้เนื่องจากอาการเหนื่อยหอบทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ความสามารถในการทำงานลดลง หรือต้องเลิกทำงาน ทำให้ขาดรายได้ ซึ่งมีผลต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยเช่นกัน

การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การรักษาในระยะสงบ (stable COPD) และการรักษาในช่วงที่มีการกำเริบของโรค (acute exacerbation of COPD)

1. การรักษาเมื่อมีอาการกำเริบรุนแรงและเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทรุดลงอย่างเฉียบพลัน ไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงของอาการในแต่ละวัน โดยมีอาการเหนื่อยหอบมาก ไอบากกว่าที่เคยเป็นในแต่ละวัน ซึ่งเกิดจากการอักเสบเพิ่มขึ้นของหลอดลม (นิพิพัฒน์ เจริญกุล, 2550; GOLD, 2010) ส่วนใหญ่จะเพิ่มขนาดและความถี่ของยาขยายหลอดลมชนิดพ่น การเพิ่มขนาดของคอร์ติโคสเตียรอยด์ การให้ยาต้านการอักเสบ และยาปฏิชีวนะ ส่วนในรายที่มีอาการรุนแรง ซึ่งมีข้อบ่งชี้ คือ อัตราการหายใจมากกว่า 25 ครั้ง/นาที หรือมีอาการหอบเหนื่อยขณะพักอัตราการหายใจมากกว่า 110 ครั้ง/นาที มีการใช้กล้ามเนื้อเสริมการหายใจ peak expiratory flow rate (PEFR) < 100 ลิตร/นาที หรือต้องให้ออกซิเจนร่วมกับการให้ยา หากมีการตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีและมีอาการรุนแรงมาก คือ อาการเหนื่อยหอบไม่ลดลง กระสับกระส่าย ไม่สามารถพักได้ มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว อัตราการหายใจมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (SpO_2 น้อยกว่า 90%) หรือมีปลายมือปลายเท้าเขียว มีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง ($PaCO_2$ มากกว่า 45) มีภาวะกรดในร่างกายน้อยกว่า 7.35 และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจวาย ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลและดูแลอย่างใกล้ชิด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549)

2. การรักษาเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสงบ แนวทางการรักษาผู้ป่วย COPD ที่อยู่ในระยะสงบ มีดังนี้

2.1 การหยุดสูบบุหรี่ (smoking cessation) เป็นการรักษาที่สำคัญอันดับที่หนึ่งของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพราะควันบุหรี่ระคายเคืองทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการไอ

มีเสมหะมาก และทำลายเนื้อเยื่อปอดทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น การชะลอการดำเนินของโรควิธีสำคัญที่สุด คือ การเลิกสูบบุหรี่อย่างถาวร วิธีที่ได้ผลดี คือ การจัดโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่และโปรแกรมการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ ซึ่งต้องใช้พฤติกรรมบำบัดรวมกับการให้นิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy: NRT) โดยใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ เช่น ยา bupropion ซึ่งเป็นยาที่ควรเลือกใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่เป็นลำดับแรก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ (นิพนธ์เจียรกุล, 2550)

2.2 การรักษาทางยา (pharmacological therapy) ในระยะที่โรคสงบผู้ป่วยยังจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ วัตถุประสงค์หลักของการรักษา คือ ควบคุมอาการสำคัญของโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย และไอมีเสมหะ รวมทั้งอาการที่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น ไซ้ (GOLD (2010) ให้แนวทางในการรักษาทางยาสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะสงบ โดยยาหลักที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ยาขยายหลอดลม และยาสเตียรอยด์ ร่วมกับยาป้องกัน บรรเทา และรักษาอาการ ดังต่อไปนี้

ยาขยายหลอดลม ประกอบด้วยยา 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่กระตุ้นตัวรับเบต้า-2 (beta-2 agonists) กลุ่มต้านโคลิเนอร์จิกส์ (anticholinergics) และกลุ่มที่ต้านเอนไซม์ในกลุ่มฟอสโฟไดเอสเทอเรส (phosphodiesterase inhibitors) ยาขยายหลอดลมทำให้อาการหอบเหนื่อยทุเลาลงหรือไม่มีอาการหอบเหนื่อยขณะประกอบกิจวัตรประจำวัน สามารถออกกำลังกายหรือทำงานได้นานขึ้น ป้องกันภาวะโรคกำเริบ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ยาสเตียรอยด์ ที่ใช้มีทั้งยาชนิดรับประทานระยะสั้นและระยะยาว และยาชนิดสูด ซึ่งแม้จะไม่ได้ช่วยลดอัตราการเสื่อมสมรรถภาพของปอดแต่การใช้ยาสเตียรอยด์ ช่วยลดการอักเสบของหลอดลม ลดอัตราการเกิดโรคกำเริบบ่อย ความหมายของการกำเริบบ่อย คือ การมีอาการกำเริบอย่างน้อย 3 ครั้งในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา

ยาอื่นๆ ที่ใช้ร่วมกับยาขยายหลอดลม และยาสเตียรอยด์ เพื่อควบคุมอาการ ได้แก่ วัคซีน เช่น วัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ซึ่งช่วยลดอาการกำเริบของโรคลงได้ ยาปฏิชีวนะ บทบาทสำคัญของการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อบรรเทาอาการกำเริบที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียซึ่งมักทำให้เกิดโรคปอดอักเสบ ยาแก้ไอ ยาละลายเสมหะ ยาต้านอนุมูลอิสระ ยาปรับภูมิคุ้มกัน รวมทั้งการใช้ยาโมรฟินเพื่อบรรเทาอาการหอบเหนื่อย

เนื่องจากการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการใช้ยาหลายชนิดทั้งชนิดรับประทานและชนิดพ่นเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ อาการไอ ลดเสมหะ เพิ่มความอยาก

อาหาร หรือบางรายอาจได้ยาลดความวิตกกังวลร่วมด้วย ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรทราบชื่อยา ขนาด คุณสมบัติ ฤทธิ์ข้างเคียง และวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ เพื่อผลในการควบคุมโรค และควรระวังสังเกตอาการที่ผิดปกติจากการการใช้ยา และไม่ควรรับประทานยาชนิดอื่นนอกเหนือจากยาที่แพทย์สั่ง เพราะยาอาจเสริมฤทธิ์กันหรือลดฤทธิ์กัน ทำให้เกิดอันตรายจากการใช้ยาหรือยาที่ใช้อาจไม่ออกฤทธิ์เท่าที่ควรได้ (อัจริยาพรรณ ธีรานุตร, 2542)

2.3 การรักษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด เป็นการรักษาที่ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาและการหยุดสูบบุหรี่ การฟื้นฟูสภาพปอดจะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอาการของโรคได้ ทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันได้และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด (Pulmonary rehabilitation) ประกอบไปด้วย กิจกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของปอดและฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งมีกิจกรรมหลัก คือ การออกกำลังกาย การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัว ตลอดจนแผนการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพบำบัดทรวงอก การสงวนพลังงาน โภชนบำบัด การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และการให้ออกซิเจนระยะยาว

2.4 การรักษาโดยการผ่าตัด มักทำในรายที่มีภาวะถุงลมโป่งพอง โดยการตัดเอาปอดบางส่วนออก (bullectomy) เพื่อตัดเอาปอดส่วนที่ไม่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซออก การผ่าตัดจะช่วยลดการอุดกั้นของหลอดลมขณะหายใจออกได้เป็นอย่างดี ภาวะ hyperinflation ที่ลดลงหลังผ่าตัด เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้อาการหอบเหนื่อยทุเลาลงทำให้ความสามารถในการออกกำลังกายดีขึ้น และคุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (นิธิพัฒน์ เจริญกุล, 2550)

2.5. การดูแลด้านจิตสังคม เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยมักเกิดอาการเหนื่อยหอบบ่อยครั้ง ซึ่งเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การร่วมกิจกรรมทางสังคม การประกอบอาชีพ การมีกิจกรรมนันทนาการ รวมทั้งมีความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกหรือมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการรักษาและโรคที่เป็นทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม เป็นต้น (Emery, Leatherman, Burkner, & MacIntyre, 1991; Gift & McCrone, 1993; Gift & Shepard, 1999; Graydon et al., 1995) การดูแลทางด้านจิตสังคมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย การให้ความหวัง และการดูแลสนับสนุน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ การแสดงความสนใจเอาใจใส่ และการดูแลสนับสนุน และกระตุ้นประคับประคองให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดได้สำเร็จและต่อเนื่อง เพื่อให้

ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลายและไว้วางใจ พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในกิจกรรมเพื่อการรักษา และฟื้นฟูสภาพ (ณัชชา อินคำ, 2550)

การฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด (Pulmonary rehabilitation) ประกอบไปด้วยกิจกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของปอด และฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1. **การออกกำลังกาย** ประกอบด้วย การฝึกกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ และการบริหารร่างกาย การฝึกกล้ามเนื้อหายใจให้แข็งแรงไม่เหนื่อยง่าย มีผลต่อการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น การฝึกหายใจควรทำร่วมกับการไออย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยลดการคั่งค้างเสมหะในหลอดลมทำให้การระบายอากาศดีขึ้น (GOLD, 2010) การออกกำลังกาย มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความแข็งแรง (strengthening) ความทนทาน (endurance) และความยืดหยุ่น (flexibility) ของร่างกาย การออกกำลังกายจะทำให้อาการเหนื่อยหอบน้อยลง และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น (Bernard et al., 1999) การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกล้ามเนื้อส่วนบนของร่างกาย ประกอบด้วย การบริหารร่างกายส่วนล่าง การบริหารร่างกายส่วนบน การบริหารกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการหายใจ และการบริหารการหายใจ (GOLD, 2010)

- 1.1 **การบริหารร่างกายส่วนล่าง (Lower extremity exercise)** ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อขา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกาย และมีความทนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น จากการศึกษาพบว่า หลังออกกำลังกาย 6-8 สัปดาห์ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถออกกำลังกายได้นานขึ้น (Celli, 2000) ส่วนการบริหารร่างกายส่วนบน ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อแขน รูปแบบของการบริหารร่างกายส่วนล่างมีหลายวิธี เช่น การบริหารกล้ามเนื้อขา การเดินเล่น การเดินขึ้นลงบันได หรือการปั่นจักรยาน เป็นต้น ควรเริ่มจากการออกกำลังกายที่ละน้อย และใช้เวลาในการออกกำลังกายประมาณครั้งละอย่างน้อย 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน (Singh, 1997) และให้มีช่วงพักระหว่างการออกกำลังกาย เมื่อรู้สึกเหนื่อย ในการเริ่มออกกำลังกายในระยะแรกสำหรับผู้ป่วยที่ไม่เคยออกกำลังกาย ควรใช้เวลาในการออกกำลังกายสั้นๆ และระยะพักนานเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบหรือเหนื่อยล้า ต่อมาจึงค่อยๆ ลดระยะเวลาพักลง และเพิ่มระยะเวลาในการออกกำลังกาย จนสามารถออกกำลังกายได้ตามที่กำหนด

- 1.2 **การบริหารร่างกายส่วนบน (Upper extremity exercise)** ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อไหล่ และแขน ซึ่งนอกจากจะช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของแขนแล้ว ยังช่วยลดการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจด้วย ทำให้การเคลื่อนไหวของผนังหน้าท้องสัมพันธ์

กับทรวงอก ส่งผลต่อการบริหารการหายใจให้มีประสิทธิภาพขึ้น (Celli, 1998) รูปแบบการบริหารร่างกายส่วนบน ได้แก่ การยกแขนเหนือศีรษะ การแกว่งแขน เป็นต้น

1.3 การบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ (*Ventilatory muscle exercise*) เป็นการบริหารเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของทรวงอก เมื่อทรวงอกขยายและหดตัวได้ดี จำทำให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น และลดอาการเหนื่อยหอบ รูปแบบของการบริหารกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการหายใจมีหลายวิธี เช่น การยืดทรวงอกด้านหน้า การยืดทรวงอกด้านข้าง และการยืดทรวงอกด้านหลัง เป็นต้น (Herdman, 1999 อ้างถึงใน ณัฏชา กิ่งคำ, 2550) ผู้ป่วยควรบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก ไหล่ และแขนซึ่งเป็นกล้ามเนื้อหลังที่ใช้ในการหายใจและการทำกิจวัตรประจำวันร่วมกับการเดิน

1.4 การบริหารการหายใจ (*Breathing exercise*) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรู้จักควบคุมการหายใจหรือใช้กล้ามเนื้อต่างๆ ที่ช่วยในการหายใจได้อย่างถูกต้อง ทำให้หายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจประกอบด้วย การหายใจแบบเป่าปาก และการหายใจด้วยกล้ามเนื้อกระบังลม ซึ่งการบริหารการหายใจอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจะทำให้กล้ามเนื้อกระบังลมมีความแข็งแรงขึ้นและปอดมีความยืดหยุ่นดีขึ้น ทำให้มีการระบายอากาศของปอดและการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดดีขึ้น (Levenson, 1999 อ้างถึงใน ณัฏชา กิ่งคำ, 2550)

2. การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และด้วยลักษณะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเนื่องจากอาการของโรคที่ค่อยๆ เลวลงเรื่อยๆ นอกจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะต้องดูแลตนเองแล้ว ครอบครัวยังต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย โดยครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลด้านสุขภาพและด้านจิตใจ โดยการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการดูแลเมื่อมีอาการเจ็บป่วย การช่วยเหลือด้านสุขภาพ ได้แก่ การช่วยเหลือเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย การมีส่วนร่วมในการฝึกกล้ามเนื้อหายใจให้มีความแข็งแรง การบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การตอบสนองความต้องการในการทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัด การจัดอาหารที่เหมาะสม รวมทั้งการให้ยา และการสังเกตอาการผิดปกติ รวมทั้ง การให้ความรัก ความเอาใจใส่ การให้ความเคารพนับถือยกย่อง การให้กำลังใจ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ในฐานะคู่สมรสหรือสมาชิกตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัว (สรินยา ไชยพันธ์, 2551)

เนื่องจากอาการหอบเหนื่อยเป็นอาการที่พบบ่อยเป็นอันดับแรกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การจัดการกับอาการหายใจลำบากจึงเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการกับอาการของโรคในระยะที่โรคสงบ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการกับอาการหอบเหนื่อยจึงเป็นสิ่งสำคัญ การจัดการกับอาการหอบเหนื่อยที่พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มวิธี คือ การใช้วิธีการแก้ไขบรรเทาหรือควบคุมอาการหายใจลำบาก และวิธีการปรับตัวยาวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการหายใจลำบาก โดยวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การหยุดทำกิจกรรมและการจัดทำโดยการอยู่นิ่งๆ หรือเคลื่อนไหวช้าๆ การปรับวิธีการหายใจ โดยใช้การหายใจโดยวิธีเป่าปากหรือหายใจด้วยกลัมน้ำท้อง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหนีออกจากสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการ การลดความเครียด การหาวิธีการขจัดเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนวิธีการที่ใช้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การจัดการเรื่องยาและการพบแพทย์ตามนัด การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การหลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้ การออกกำลังกาย การป้องกันและรักษาอาการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรง การจัดการกับอารมณ์ การวางแผนการใช้บริการยามฉุกเฉิน และ การวางแผนเรื่องค่าใช้จ่าย (จุฬารัตน์, 2550)

ดังนั้น การให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและการรักษา ตลอดจนแผนการดูแลตนเองจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือมากขึ้น ผู้ป่วยใช้ยาถูกต้องมากขึ้น ดูแลตนเองได้ระดับหนึ่งเมื่อโรคกำเริบ มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น และมีสุขภาพจิตดีขึ้น (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2551) ซึ่งความรู้ที่ผู้ป่วยและญาติควรได้รับประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับหน้าที่ของปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรักษาและยาที่ผู้ป่วยได้รับ เนื่องจากการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการใช้ยาหลายชนิดทั้งชนิดรับประทานและชนิดพ่นเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ อาการไอ ลดเสมหะ เพิ่มความอยากอาหาร หรือบางรายอาจได้ยาลดความวิตกกังวลร่วมด้วย ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรทราบชื่อยา ขนาด คุณสมบัติ ฤทธิ์ข้างเคียง และวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ เพื่อผลในการควบคุมโรค และควรรู้จักสังเกตอาการที่ผิดปกติจากการการใช้ยา และไม่ควรรับประทานยาชนิดอื่นนอกเหนือจากยาที่แพทย์สั่ง เพราะยาอาจเสริมฤทธิ์กันหรือลดฤทธิ์กัน ทำให้เกิดอันตรายจากการใช้ยาหรือยาที่ใช้อาจไม่ออกฤทธิ์เท่าที่ควรได้ (อัคราพรพรณ ธีรานูตร, 2542)

นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ เช่น เลิกสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ ควัน กลิ่นจุนอากาศร้อนจัดเย็นจัด อับชื้น ไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่การติดเชื้อในทางเดินหายใจ การรักษาความ

สะอาดปากและฟัน หลีกเลี้ยงที่ชุมชนแออัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที เช่น หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น เสมหะมีสีเขียว คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น เวียนศีรษะ การพักผ่อนให้เพียงพอ เช่น พักผ่อนในช่วงกลางวัน เนื่องจากในตอนกลางคืน ผู้ป่วยมักนอนหลับได้น้อยลง เนื่องจาก บางรายมีอาการหายใจลำบากในตอนกลางคืน มีอาการหายใจลำบากขณะนอนราบ หรือมีอาการไอในตอนเช้านั้น ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ในตอนกลางคืนอย่างน้อย 7-8 ชั่วโมง และนอนหลับในช่วงกลางวันอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง รวมทั้งการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของปอด กายภาพบำบัดทรวงอก เทคนิคการสงวนพลังงาน อาหารที่เหมาะสมกับโรค และการลดหรือจัดความเครียด

3. กายภาพบำบัดทรวงอก ประกอบด้วยเทคนิคต่างๆ ที่สำคัญเพื่อช่วยกำจัดเสมหะที่คั่งค้างออกจากทางเดินหายใจ และการหายใจเพื่อบรรเทาอาการหอบเหนื่อยและเพิ่มประสิทธิภาพของปอดในการระบายอากาศซึ่งจะช่วยให้มีการขยายตัวของปอดดีขึ้นทำให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มความทนทานในการออกกำลังกาย (อัมพรพรรณ ธีรานบุตร, 2542) เทคนิคการบำบัดทรวงอกที่สำคัญ ประกอบด้วย

3.1 เทคนิคที่ช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง ได้แก่ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การจัดท่าระบายเสมหะ การเคาะปอด

3.2 เทคนิคการหายใจหรือการบริหารการหายใจ ได้แก่ การหายใจโดยการห่อปาก และการหายใจโดยการใช้กลัมนื้อหน้าท้องและกระบังลม

4. การสงวนพลังงาน หมายถึง การวางแผนการทำกิจกรรมให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถทำกิจกรรมได้สูงสุดเท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ และบรรลุเป้าหมายในการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการ โดยมีอาการหอบเหนื่อยเป็นอุปสรรคของการทำกิจกรรมน้อยที่สุด “ลักษณะกิจกรรมที่เหมาะสม หมายถึง กิจกรรมสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ และกิจกรรมน้อยที่สุดที่ผู้ป่วยกระทำและไม่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่างๆ สำหรับผู้ป่วย” (อัมพรพรรณ ธีรานบุตร, 2542, น. 214) เทคนิคการสงวนพลังงานจะต้องทำควบคู่ไปกับการใช้เทคนิคบริหารการหายใจ ผู้ป่วยจะต้องใช้เทคนิคในการหายใจด้วยกลัมนื้อหน้าท้องและกระบังลมร่วมกับการหายใจออกโดยวิธีการห่อปากในระหว่างการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรง และควรได้รับการสอนและการฝึกฝนเทคนิคการสงวนพลังงานในกิจกรรมต่างๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การสวมเสื้อผ้า การเดิน การขึ้นลงบันได การทำอาหารและการทำความสะอาดบ้าน เช่น การอาบน้ำควรนั่งอาบและใช้ฝักบัวแทนการใช้ขันตักน้ำ จัดอุปกรณ์เครื่องใช้ในห้องน้ำให้วางใกล้กันเพื่อหยิบใช้ได้ง่าย การทำให้ร่างกาย

แห้งโดยการใช้ผ้าขนหนูผืนหนึ่งพันร่างกายส่วนล่าง และอีกผืนหนึ่งคลุมป่า แทนการออกแรงเช็ดไปตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น

5. การส่งเสริมภาวะโภชนาการ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มีน้ำหนักลดและมีอาการผอมแห้งเนื่องจากอาการหอบเหนื่อยรบกวนการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ อาหารยังทำให้กระเพาะอาหารขยายตัว ดันกระบังลมขึ้น ทำให้ช่องอกมีปริมาตรลดลง ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ผู้จึงมีอาการไม่สุขสบายหลังอาหาร และอาจเกิดอาการเหนื่อยหอบหลังรับประทานอาหารมื้อหนัก หรือรับประทานอาหารที่มีทำให้เกิดแก๊ส เป็นต้น นอกจากนี้ เมื่ออาการเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยต้องใช้แรงในการหายใจมากกว่าปกติ ทำให้เพิ่มการเผาผลาญอาหารในร่างกาย ทำให้ความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น และมีการสลายพลังงานที่สะสมไว้ในเนื้อเยื่อไขมันและโปรตีนจากกล้ามเนื้อมาใช้เป็นพลังงาน เป็นผลทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ โดยเน้นพลังงานจากโปรตีน และไขมันชนิดไม่อิ่มตัวแทน และหลีกเลี่ยงอาหารคาร์โบไฮเดรตที่ทำให้เกิดคาร์บอนไดออกไซด์ขณะเผาผลาญอาหาร รวมทั้งควรรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย และรับประทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง รวมทั้งหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น น้ำอัดลม ถั่วเมล็ดแห้ง กะหล่ำปลี กะหล่ำดอก และแตงทุกชนิด และควรรับประทานอาหารที่มีกากใย และฝึกขับถ่ายอุจจาระทุกวัน เพื่อป้องกันอาการท้องผูกซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งในการเกิดแก๊สในทางเดินอาหาร (อัศจรรย์พรรณ ธีรานุตร, 2542)

6. การลดหรือขจัดความเครียด วิธีการลดและผ่อนคลายความเครียดมีหลายวิธี วิธีหนึ่งที่เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การทำสมาธิกำหนดลมหายใจเข้าออก ซึ่งนอกจากจะลดความเครียดแล้ว ยังเป็นการฝึกการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพโดยการฝึกกล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลมร่วมกับการหายใจออกโดยการห่อปากร่วมด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถควบคุมการหายใจได้อีกด้วย

เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และมักมีอาการรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ เป้าหมายหลักในการรักษาโรค ได้แก่ การชะลอการทำงานของปอดให้เสื่อมช้าลงฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจด้วยการฝึกกล้ามเนื้อหรือฝึกออกกำลังกาย สร้างเสริมสมรรถนะทางกายและจิตใจ ป้องกันภาวะโรคกำเริบเฉียบพลัน หากโรคกำเริบแล้วรีบรักษาให้ฟื้นคืนสภาพเดิมได้อย่างรวดเร็ว ลดการเสียชีวิตด้วยการป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เท่าที่สามารถทำได้อย่างปลอดภัย และเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลักดังกล่าว การดูแลรักษาโรคนี้ จึงควรดูแลรักษาแบบองค์รวม (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2551) ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ความร่วมมือ

ในการรักษา และญาติต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนแผนการดูแลตนเอง โดยการจัดการศึกษาแบบรายบุคคลหรือแบบกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้น เข้าใจแนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น มีสุขภาพจิตดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคของระบบทางเดินหายใจที่มีความผิดปกติภายในทางเดินหายใจและถุงลม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ไอ บางครั้งมีอาการกำเริบรุนแรงถึงกับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงแบ่งเป็นการรักษาในระยะที่โรคสงบและการรักษาเมื่อมีอาการของโรครุนแรงและเฉียบพลัน โดยการรักษาในระยะที่โรคสงบ ซึ่งมุ่งเน้นการจัดการกับอาการของโรคโดยการรักษาด้วยยา ดสูบนุหรี ร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพปอด การส่งเสริมโภชนาการบำบัด ทั้งนี้ เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คงไว้ซึ่งโภชนาการที่เพียงพอสามารถชะลอพยาธิสภาพของโรค ป้องกันการกำเริบของอาการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ส่วนการรักษาเมื่อมีอาการรุนแรงเฉียบพลันซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตเพื่อบรรเทาอาการและลดความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงมักได้รับผลกระทบของโรคทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลจากภาวะของโรคและค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุ

การสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ระบบต่างๆ ในร่างกายทำหน้าที่ได้โดยมีข้อจำกัด เนื่องจากอวัยวะในร่างกายทุกระบบมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ซึ่งปรากฏให้เห็นทั้งทางลักษณะภายนอกร่างกาย เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ กว้างเนื้อเหี่ยว หลังค่อม ฟันหัก เป็นต้น สำหรับการเปลี่ยนแปลงระบบภายในร่างกาย ได้แก่ ประสิทธิภาพในการย่อยและการดูดซึมอาหารลดลง หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น มีการหนาตัวของผนังหัวใจ ลิ้นหัวใจแข็งและหนา ความยืดหยุ่นของปอดและหลอดลมลดลง มีการสะสมของแคลเซียมที่กระดูกอ่อนของซี่โครง เซลล์สมองมีจำนวนลดลง และเซลล์สมองมีขนาดเล็กลง เป็นต้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเหล่านี้มีผลต่อการเกิดโรคและความเจ็บป่วย การตอบสนองต่อการเจ็บป่วย รวมทั้งส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงทางด้านกายวิภาค และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสมรรถภาพในการทำงาน ซึ่งมีผลทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงทั้งปริมาตรของปอด และประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด มีรายละเอียดดังนี้

การเปลี่ยนแปลงด้านกายวิภาค ประกอบ ด้วยการเปลี่ยนแปลงของกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับทรวงอกและการหายใจ และการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมและปอด การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ทำให้กลไกการหายใจถูกปรับเปลี่ยนจากความสามารถในการขับเคลื่อนก๊าซอย่างรวดเร็วและความสามารถในการหายใจเข้าและออกอย่างมีประสิทธิภาพลดลง เป็นทำให้ต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น และมีการใช้กล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้ออื่นๆ ช่วยในการหายใจมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้แก่

1. **การเปลี่ยนแปลงของกระดูกและกล้ามเนื้อ** ผู้สูงอายุมีกระดูกสันหลังโค้ง โกงไปด้านหน้าซึ่งเกิดจากหมอนรองกระดูกสันหลังยุบตัวลง ช่องว่างระหว่างกระดูกสันหลังลดลง เนื่องจากการสูญเสียแคลเซียมของกระดูกสันหลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อคอลดลง ทำให้รูปร่างของทรวงอกเปลี่ยนไป คือ มีระยะห่างระหว่างด้านหน้าและด้านหลังเพิ่มขึ้น (Eliopoulos, 2005) มีผลทำให้เกิดลักษณะทรวงอกรูปถังเบียร์ (barrel chest) สังเกตได้จากการมี ของ A-P diameter กว้างขึ้น นอกจากนี้ การมีแคลเซียมมาเกาะบริเวณกระดูกอ่อนบริเวณซี่โครง ทำให้ข้อต่อบริเวณกระดูกสันหลังและกระดูกหน้าอกมีความยืดหยุ่นน้อย ผนังทรวงอกแข็งตัวยืดขยายออกได้ไม่ดีเท่าในวัยหนุ่มสาว (Ebersole, Hess, Touhy & Jett, 2005) การเคลื่อนไหวของทรวงอกขณะหายใจเข้าออกของทรวงอกลดลง การขับเคลื่อนอากาศเข้าและออกจากปอดมีประสิทธิภาพลดลง ผู้สูงอายุจึงต้องออกแรงมากในการหายใจเพื่อขับเคลื่อนอากาศเข้าและออกจากปอด

2. **การเปลี่ยนแปลงของหลอดลม และถุงลมปอด** พบว่า มีการสูญเสียความยืดหยุ่นของปอด เนื่องจากผนังถุงลมบาง และถุงลมขยายใหญ่ขึ้น โดยจำนวนของถุงลมเท่าเดิม ผนังกันระหว่างถุงลมและหลอดเลือดฝอยถูกทำลายทำให้ปอดเสียความยืดหยุ่น เนื่องจากผนังของถุงลมปอดประกอบด้วยเส้นใยอีลาสตินซึ่งมีปริมาณลดลงในผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการขยายตัวของปอดลดลง ปอดยึดหดตัวได้น้อย ทำให้ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ปอดของผู้สูงอายุถึงแม้จะไม่มีพยาธิสภาพของโรค ก็จะมีสภาพคล้ายผู้ป่วยที่มีถุงลมโป่งพอง

การเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถภาพในการทำงานของปอด เป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงด้านกายวิภาคที่กล่าวมา โดยการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพปอด ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงปริมาตรปอด ความจุปอด และ การแลกเปลี่ยนก๊าซ และปริมาตรก๊าซคงค้างในปอด ดังนี้



1. ปริมาตรปอด (Lung volume) หมายถึง ปริมาตรของอากาศที่วัดในขณะที่ทรวงอกมีลักษณะต่างๆ และมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในวัยสูงอายุดังนี้ (Harrel, 1997 and Leuckenotte, 1996 อ้างถึงใน ดาราวรรณ รองเมือง, 2545; Ebersole, et al., 2005)

1.1.1 ปริมาตรอากาศหายใจเข้าหรือออกปกติในแต่ละครั้ง (Tidal volume: TV) ปกติมีค่าประมาณ 500 มิลลิลิตรในวัยผู้ใหญ่ และจะมีปริมาตรลดลงในผู้สูงอายุ

1.1.2 ปริมาตรหายใจเข้าสำรอง หรือปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าเต็มที่หลังจากหายใจเข้าธรรมดา (Inspiratory reserve volume: IRV) ปกติมีค่าประมาณ 3,100 มิลลิลิตร ในวัยผู้ใหญ่ จะมีปริมาตรลดลงในผู้สูงอายุ

1.1.3 ปริมาตรหายใจออกสำรอง หรือปริมาตรอากาศที่หายใจออกเต็มที่หลังจากหายใจออกธรรมดา (Expiratory reserve volume: ERV) ปกติมีค่าประมาณ 1,200 มิลลิลิตร ในวัยผู้ใหญ่ จะมีปริมาตรลดลงในผู้สูงอายุ

1.1.4 ปริมาตรอากาศคงค้างภายในปอดหลังหายใจออกเต็มที่ (Residual volume: RV) ปกติมีค่าประมาณ 2,400 มิลลิลิตรในวัยผู้ใหญ่ และจะมีปริมาตรคงค้างเพิ่มขึ้นในวัยสูงอายุ เนื่องจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการหายใจออกลดลง ทรวงอกแข็งขึ้น มีการสูญเสียแรงยืดหยุ่นปอด รวมทั้งการที่ทางเดินหายใจเล็กๆ ในปอดมีการปิดกั้นมากขึ้น โดยเฉพาะขณะหายใจออก

2. ความจุปอด (Lung capacity) มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ดังนี้

2.1.1 ความจุปอดทั้งหมด หรือปริมาตรอากาศทั้งหมดภายในปอดหลังหายใจเข้าเต็มที่ (Total lung capacity: TLC) ปกติมีค่าประมาณ 6,000 มิลลิลิตรในวัยผู้ใหญ่ และในผู้สูงอายุปกติมีค่าไม่ค่อยแตกต่างจากในวัยผู้ใหญ่

2.1.2 ความจุหายใจ หรืออากาศที่หายใจออกเต็มที่ภายในปอดหลังหายใจเข้าเต็มที่ (Vital capacity : VC) ลดลง ปกติมีค่าประมาณ 6,000 มิลลิลิตรในวัยผู้ใหญ่ และในผู้สูงอายุลดลงถึง 25% เนื่องจากทางเดินหายใจเล็กๆ ในปอดมีการปิดกั้นมากขึ้น และมีการตีบตัวขณะหายใจออก อันเป็นผลมาจาก ปริมาตรอากาศคงค้างในปอดหลังการหายใจออกเต็มที่ที่มีค่าเพิ่มขึ้น ถึง 20-30% ในวัยสูงอายุ

2.1.3 ความจุหายใจเข้า หรือปริมาตรอากาศหายใจเข้าเต็มที่หลังจากหายใจออกธรรมดา (Inspiratory capacity) ปกติมีค่าประมาณ 3,600 มิลลิลิตร และในวัยสูงอายุมีแนวโน้มที่จะลดลง ทั้งนี้เนื่องจากความจุหายใจมีค่าลดลงในวัยสูงอายุ

2.1.4 ความจุคงค้าง หรือ ปริมาตรอากาศที่ค้างอยู่ในปอดภายหลังหายใจออกปกติ (Functional residual capacity: FRC) ปกติมีค่าประมาณ 2,400 มิลลิลิตรในวัยผู้ใหญ่ และจะมีปริมาตรคงค้างเพิ่มขึ้นในวัยผู้สูงอายุ เนื่องจากการสูญเสียแรงยืดหยุ่นเนื้อปอด ทำให้ปอดหดตัวกลับคืน (elastic recoil) เพื่อไล่อากาศออกขณะหายใจออกได้ลดลง

3. การแลกเปลี่ยนก๊าซ (Gas exchange) การแลกเปลี่ยนก๊าซจะสมบูรณ์ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการระบายอากาศ (ventilation) หรือการนำอากาศจากภายนอกเข้าสู่ปอดโดยการหายใจเข้าและนำอากาศจากปอดสู่บรรยากาศภายนอกขณะหายใจออก และการไหลของเลือดจากหัวใจห้องล่างขวาไปยังยังหลอดเลือดฝอยในถุงลมทั่วปอด (perfusion) ในผู้สูงอายุพบว่า ระดับค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) จะลดลงประมาณ 4 มิลลิลิตรปรอทต่อปี ในผู้ที่มิอายุ 20 ปีขึ้นไป ค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดงปกติประมาณ 90 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ค่าปกติประมาณ 75 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากปริมาณอากาศค้างในปอดเมื่อหายใจออกเพิ่มขึ้น เลือดไหลเวียนลดลง และการลดลงของพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊ส ทำให้การระบายอากาศและการกำซาบเลือดไม่สมดุลกัน ผลที่ตามมาคือ ความดันออกซิเจนในเลือดแดงลดลง (Ebersole, et al., 2005; Eliopoulos, 2005)

4. กลไกการป้องกันของปอด (Lung host defense) รีเฟล็กซ์การไอและประสิทธิภาพการไอลดลง เนื่องจากการแข็งตัวของผนังทรวงอกและการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหายใจ การทำงานของฝาปิดกล่องเสียงและรีเฟล็กซ์การขย้อน (gag reflex) ลดลง ทำให้เกิดการสำลักและเกิดการติดเชื้อในปอดจากการสำลัก (aspirated pneumonia) ได้ง่าย นอกจากนี้จำนวนของขนกวัด (cilia) ลดลง และการเคลื่อนไหวของขนกวัดลดลง ทำให้อากาศที่ระคายเคืองทางเดินหายใจผ่านเข้าไปในหลอดลมได้ง่ายเป็นสาเหตุของการเกิดหลอดลมอักเสบ รวมทั้งการลดลงของอิมมูโนโกลบูลินเอ (immunoglobulin A: IgA) ซึ่งเป็นอิมมูโนโกลบูลินในสารคัดหลั่งในทางเดินหายใจทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อไวรัส และการทำหน้าที่ของ alveolar macrophages ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีเสมหะในทางเดินหายใจมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดเสมหะอุดกั้นในทางเดินหายใจ และการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย (Ebersole, et al., 2005; Eliopoulos, 2005)

นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบทางเดินหายใจตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุแล้ว การสูบบุหรี่ยังมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของปอด โดยสารประกอบที่อยู่ในควันบุหรี่ เช่น น้ำมันดิน และก๊าซที่เกิดจากการเผาไหม้ เช่น คาร์บอนไดออกไซด์ จะทำลายขนกวัดที่เยื่อหลอดลม ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ปอดช้าและลดน้อยลง ทำให้เกิดการอักเสบของทางเดินหายใจ ซึ่งถ้าสูบบุหรี่

นานขึ้นและจำนวนมากขึ้น การอักเสบก็จะยิ่งเพิ่มขึ้น จนมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของทั้งหลอดลมขนาดใหญ่และหลอดลมขนาดเล็ก ทำให้เกิดเป็นหลอดลมอักเสบเรื้อรัง นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของถุงลมปอดจนเกิดเป็นถุงลมโป่งพองได้ โดยสารประกอบและก๊าซที่อยู่ในควันบุหรี่จะสะสมอยู่ในทางเดินหายใจและถุงลมปอด ทำให้เกิดการอักเสบของเซลล์ในถุงลม และทำให้เซลล์ถุงลมหลั่งเอนไซม์มาทำลายสารพิษและเชื้อโรคในปอด ซึ่งเอนไซม์ที่สร้างขึ้นนี้จะทำลายอีลาสตินซึ่งเป็นส่วนประกอบของเส้นใยยืดหยุ่นในปอด ทำให้ความยืดหยุ่นของปอดเสียไป เกิดเป็นถุงลมโป่งพองได้

จากการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบทางเดินหายใจในผู้สูงอายุ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจจากการสูบบุหรี่ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการหายใจรวมกับการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดลดลงจากการอุดกั้นในทางเดินหายใจ ส่งผลให้ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าและออกในแต่ละครั้งลดลง การระบายอากาศในปอดเป็นไปได้ไม่ดี ถุงลมปอดมีอากาศแพร่เข้าไปได้น้อย เลือดที่ไหลเวียนไปสู่ปอดมีปริมาณของออกซิเจนลดลง นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของถุงลมปอดหลอดลมฝอย และหลอดเลือดภายในปอด ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่มีปริมาตรปอด ความจุปอด และการกำซาบเลือด เป็นรูปแบบเหมือนโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ผู้สูงอายุจึงเหนื่อยง่ายและมีความทนในการทำกิจกรรมลดลง

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการของโรค

อาการเป็นประสบการณ์โดยตรงของบุคคล เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ความรู้สึกนึกคิด และให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของตนเอง แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ (symptom management) แสดงความสัมพันธ์ที่เป็นพลวัตขององค์ประกอบ 3 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์อาการ (symptom experience) ส่วนประกอบของกลวิธีการจัดการกับอาการ (component of symptom management strategies) และผลของการจัดการอาการ (symptom management outcome) ภายใต้ความสัมพันธ์ของบริบทที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ บุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นมิติทางการแพทย์ (Dodd et al., 2001)

มิติทางการแพทย์และความเกี่ยวข้องกับการจัดการอาการ

1. บุคคล เป็นองค์ประกอบสำคัญของการรับรู้การรับรู้อาการ ลักษณะทั่วไปของบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส การศึกษา และลักษณะทางจิต เช่น บุคลิกภาพ

สติปัญญา แรงจูงใจ ลักษณะทางสังคม เช่น ครอบครัว วัฒนธรรมและศาสนา รวมทั้ง ลักษณะทางสรีรวิทยา เช่น แบบแผนการพักผ่อน การปฏิบัติกิจกรรม และความสามารถทางร่างกาย มีผลต่อการรับรู้อาการและการตอบสนองต่ออาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

2. **สุขภาพและความเจ็บป่วย** องค์ประกอบด้านนี้รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคล เช่น ปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บ และความพิการ องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยมีความเกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมกับประสบการณ์อาการ การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ ปัจจัยเสี่ยงของแต่ละบุคคลอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อม เช่น การทำงานที่มีความเสี่ยง หรือเกิดจากการรักษาโรคหรืออาการก็ได้ หรืออาจเกิดจากความก้าวหน้าของโรค หรืออาการอื่นที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นผลที่ตามมาของโรคที่เป็นสาเหตุหลักของอาการก็ได้

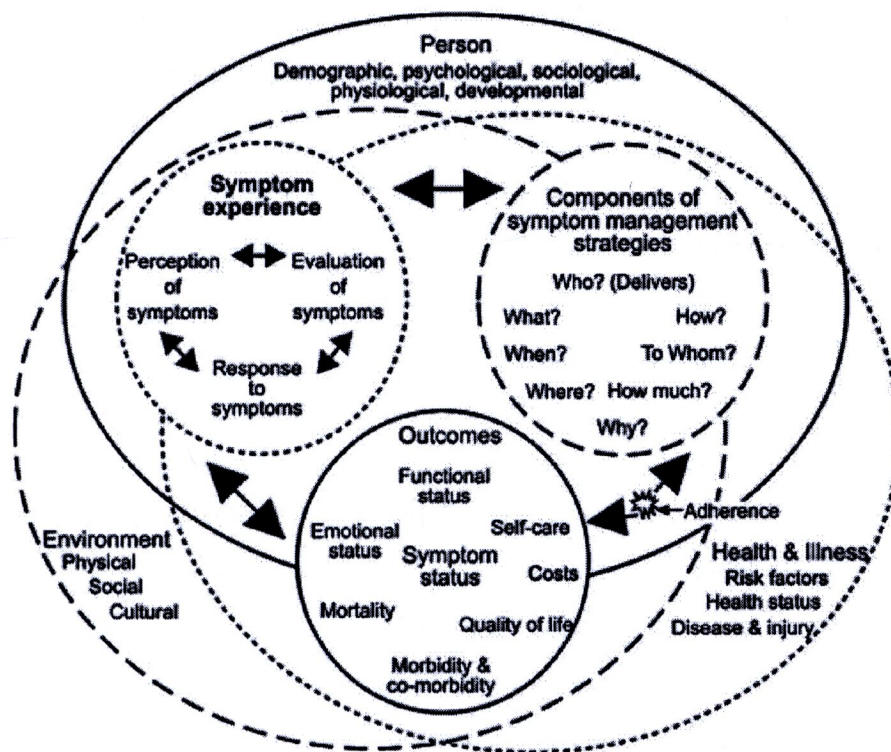
3. **สิ่งแวดล้อม** หมายถึง ปัจจัยแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับอาการที่เกิดขึ้น ทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น บริเวณรอบบ้าน ที่ทำงาน โรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อ ค่านิยม และประเพณีปฏิบัติ สิ่งแวดล้อมมีผลต่อการรับรู้อาการและผลต่อการเลือกวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ

ประสบการณ์อาการ ประสบการณ์อาการ มีความสัมพันธ์เป็นปฏิกริยาแบบสองทาง (bio-directional relationship) ระหว่างการรับรู้อาการ การแปลความหมายอาการและการตอบสนองต่ออาการ ดังแผนภาพที่ 1

1. **การรับรู้อาการ** หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างไปจากที่ตนเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ บุคคลประเมินอาการของตนเองโดยการพิจารณาความรุนแรงของอาการ สาเหตุ โอกาสในการรักษาได้ และผลกระทบของอาการต่อชีวิตของตนเอง ส่วนประกอบของกลวิธีการจัดการกับอาการ

2. **กลวิธีการจัดการกับอาการ** การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร มีเป้าหมายเพื่อหลีกเลี่ยงหรือชะลอผลที่เกิดขึ้นจากอาการ โดยการรักษาด้วยยา การรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญ และการดูแลตนเอง การจัดการกับอาการมีลำดับโดยเริ่มจากบุคคลประเมินอาการด้วยมุมมองของตนเอง ระบุนิยามและวางแผนเป้าหมายในการจัดการกับอาการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติ กลวิธีการจัดการกับอาการประกอบด้วย ลักษณะวิธีการจัดการ ผู้กระทำ การกระทำ ผู้ได้รับผลของการกระทำ สถานที่ เวลา เหตุผลของการกระทำและวิธีการกระทำเพื่อจัดการกับอาการ

3. ผลลัพธ์ของอาการ เป็นผลมาจากการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการและจาก ประสพการณ์อาการ ประกอบด้วย สภาวะของโรค ความสามารถในการที่จะทำกิจกรรมทั่วไปในแต่ละวัน สภาวะทางจิตใจ การดูแลตนเอง การดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต อัตราการเกิดโรคและ ปัจจัยร่วมในการเกิดโรค อัตราตาย และค่าใช้จ่าย ซึ่งในที่นี้หมายรวมถึง สภาวะทางการเงิน การใช้บริการทางสุขภาพ และการสูญเสียโอกาสในการก้าวหน้าทางงาน



แผนภาพที่ 1 แบบจำลองการจัดการกับอาการ

ที่มา: จาก "Advancing the science of symptom management," by Dodd, M. et al., 2001, *Journal of Advanced Nursing*, 33, 668-676.

จากแนวคิดการจัดการกับอาการสรุปได้ว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีองค์ประกอบซึ่งถือเป็นบริบทที่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบด้านบุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบเหล่านี้มีผลต่อพลวัตของการจัดการกับอาการ ซึ่งประกอบด้วย ประสพการณ์อาการ ได้แก่ การรับรู้ การประเมินอาการ การตอบสนองต่อประสพการณ์อาการ โดยการเลือกปฏิบัติเพื่อจัดการกับอาการของโรคไม่ว่าจะเป็นการรักษาหรือการดูแลตนเอง รวมทั้งผลลัพธ์ของการจัดการ

กับอาการ ซึ่งแนวคิดนี้ใช้อธิบายได้ทั้งอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรังโดยการปรับใช้ให้เหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วย

แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological study)

แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ เอ็ดมันด์ ฮูสเซิร์ล (Edmund Husserl) มีอิทธิพลอย่างมากต่อแนวคิดของนักปรากฏการณ์วิทยาในยุคต่อๆ มา นักปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่าความรู้ที่เกิดขึ้นในโลกนี้จึงได้มาจากมุมมองเฉพาะของบุคคลหรือจากประสบการณ์ของบุคคล ตามฐานคติสำคัญของแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา คือ มนุษย์เข้าใจเรื่องราวได้ดีในเรื่องที่ตนเองมีประสบการณ์ โดยประสบการณ์ชีวิตของบุคคล (lived experience) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ มีปฏิสัมพันธ์กับเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมรอบตัว แล้วจดจำเก็บไว้เป็นเสมือนบทเรียนของชีวิต และบุคคลมีโลกของตนเองตามการรับรู้สิ่งต่างๆ รอบตัว ซึ่งการรับรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่แตกต่างกัน โดยฮูสเซิร์ล (Husserl, 1962/ 1913) เรียกการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ รอบๆ ตัวว่า "life-world" หรือ "โลกของบุคคลคนนั้น" ซึ่งเป็นบริบท (context) ของทุกๆ ประสบการณ์ ดังนั้น การเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับเหตุการณ์จึงเป็นปรากฏการณ์ที่น่าสนใจและควรค่าแก่การศึกษา

ประสบการณ์ประกอบด้วยโครงสร้างที่สำคัญ 3 ประการ ที่ทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological analysis) แตกต่างจากการวิเคราะห์แนวคิด (concept analysis) ซึ่งวิเคราะห์เนื้อหาตามความหมายทางภาษาโดยไม่มีการวิเคราะห์นัยที่แอบแฝงอยู่ในเนื้อหาและบริบทที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา โครงสร้างดังกล่าว ได้แก่ โครงสร้างแห่งความตั้งใจ (intentional structures) โครงสร้างอัตวิสัย (subjectivity) และโครงสร้างแห่งสาระ (eidetic structures) (Omeray & Mack, 1995)

1. **โครงสร้างแห่งความตั้งใจ (Intentional structures)** เป็นโครงสร้างที่แสดงว่าประสบการณ์ชีวิตของบุคคล (lived experience) ไม่ได้เกิดขึ้นโดยบังเอิญแต่เกิดขึ้นโดยบุคคลนั้นมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตอย่างมีสติสัมปชัญญะ (consciousness) ผ่านกระบวนการรับรู้ (perception) กระบวนการคิด (cognition) มีความเอาใจใส่ต่อเหตุการณ์ (affection) จนเกิดการตัดสินใจกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อตอบสนองเหตุการณ์นั้น ดังนั้น ประสบการณ์จึงแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นรับรู้และให้ความหมายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตอย่างไร ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจึงแตกต่างกันไปตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล

ประสบการณ์ในทางปรากฏการณ์วิทยา มีสองลักษณะ คือ ประสบการณ์ที่แสดงออกเป็นการกระทำหรือพฤติกรรมที่สังเกตได้อย่างชัดเจน เช่น การเดิน การเตะฟุตบอล การตกตะปู และประสบการณ์ที่ไม่ได้แสดงออกเป็นการกระทำโดยตรง เช่น การเห็น การได้ยิน การจินตนาการ อารมณ์ ประสบการณ์ที่ไม่ได้แสดงออกเป็นการกระทำโดยตรงนั้นจะมีเพียงบุคคลที่มีประสบการณ์เท่านั้นที่จะรู้และเข้าใจ บุคคลอื่นจะรู้และเข้าใจได้ก็ต่อเมื่อบุคคลที่มีประสบการณ์ได้บอกเล่าให้ฟัง เช่น เมื่อเราเห็นคนเตะฟุตบอลหรือตกตะปูเราสามารถอธิบายวิธีการทำกิจกรรมดังกล่าวได้จากการสังเกตบุคคลนั้น (Smith, 2011) แต่ยังมีส่วนประกอบของการกระทำที่การสังเกตผู้สังเกตไม่สามารถเข้าใจได้แต่ต้องให้ผู้มีประสบการณ์เป็นการบอกเล่า

นอกจากนี้ ประสบการณ์ที่แสดงออกเป็นการกระทำอาจถูกถ่ายทอดให้เข้าใจได้ถึงแม้บุคคลผู้มีประสบการณ์จะไม่ได้กำลังกระทำกิจกรรมนั้นอยู่ ตัวอย่างเช่น นาย ก กล่าวว่า “ฉันจับค้อนอย่างมั่นคงและตกตะปูอย่างระมัดระวังเพื่อไม่ให้ค้อนพลาดถูกมือที่ถือตะปู” คำว่า “จับอย่างมั่นคงและตกตะปูอย่างระมัดระวัง” เป็นการอธิบายที่สื่อให้เข้าใจกระทำ นักวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาจะสนใจความตั้งใจของการกระทำ ซึ่งเป็นโครงสร้างหนึ่งของประสบการณ์ ดังนั้น นอกจากจะให้ความสนใจเฉพาะข้อมูล “นาย ก ตกตะปู” แล้ว นักวิจัยยังสนใจที่จะอธิบายเหตุผลของการกระทำนั้นด้วย ซึ่งจากตัวอย่างนี้ การที่นาย ก จับค้อน “อย่างมั่นคง” และตกตะปู “อย่างระมัดระวัง” นั้น เหตุผลของนาย ก ก็คือ “เพื่อไม่ให้ค้อนพลาดถูกมือที่ถือตะปู” จากการบอกเล่าดังกล่าว นักวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาให้ความสนใจมากกว่า “การจับค้อนอย่างมั่นคง” “การตอบตะปูอย่างระมัดระวัง” เพราะนักวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาพยายามค้นหาเพื่ออธิบายว่าอะไรคือโครงสร้างแห่งความตั้งใจของประสบการณ์นี้ ซึ่งนักวิจัยอาจพบว่า ความตั้งใจ คือ ป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นขณะตกตะปู ดังนั้น ในมุมมองของนักวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา การกระทำ (action) จึงเกิดขึ้นควบคู่กับความตั้งใจ (intention) ด้วยเหตุนี้โครงสร้างแห่งความตั้งใจจึงเป็นโครงสร้างสำคัญของประสบการณ์ และประสบการณ์ดังกล่าวจะได้รับการถ่ายทอดเป็นคำบอกเล่าจากบุคคลผู้ที่มีประสบการณ์เท่านั้น หากปราศจากข้อมูลจากบุคคลแล้ว นักวิจัยจะไม่สามารถเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นได้เลย

2. โครงสร้างอัตวิสัย (Subjectivity structure) เป็นโครงสร้างที่แสดงให้เห็นว่าประสบการณ์มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับมุมมองหรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีประสบการณ์ โดยบุคคลที่มีประสบการณ์จะรู้เรื่องราวและเข้าใจเรื่องราวที่ตนเองประสบมากที่สุด ดังนั้น หากปราศจากข้อมูลจากบุคคลที่มีประสบการณ์แล้วนักวิจัยจะไม่สามารถเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นได้เลย ดังตัวอย่างข้างต้น หากนักวิจัยต้องการทราบว่า การตกตะปูนั้น นาย ก มีการกระทำอย่างไร นักวิจัย

จะต้องอยู่ในเหตุการณ์นั้นและมองสังเกตสิ่งที่ นาย ก กำลังกระทำ แต่ในความเป็นจริง นักวิจัยไม่สามารถอยู่ในเหตุการณ์ที่นักวิจัยต้องการศึกษาประสบการณ์ของบุคคลได้ทุกเหตุการณ์ นักวิจัยจึงต้องทำการสัมภาษณ์ผู้ที่มีประสบการณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นักวิจัยสนใจศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าใจเรื่องของ ความตั้งใจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอันหนึ่งของประสบการณ์ นักวิจัยจะต้องถามจากบุคคลที่มีประสบการณ์เท่านั้นว่าเพราะเหตุใดจึงทำเช่นนั้น เช่น ต้องถาม นาย ก ว่า “เพราะเหตุใดจึงจับค้อนแบบนี้” หรือ ถามว่า “ขณะที่ตอกตะปู ได้ตระหนักว่าต้องระมัดระวังในเรื่องใด” เป็นต้น

เนื่องจากโครงสร้างอัตวิสัยเป็นมุมมองหรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีประสบการณ์ ดังนั้น ในการศึกษาประสบการณ์ ฮูสเซิร์ล จึงเน้นว่า นักวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาต้องใช้สติในการสะท้อนคิดและการพิจารณาเพื่อค้นหาความหมายของประสบการณ์นั้นๆ และต้องควบคุมหรือแยกความรู้เดิมที่ผู้ศึกษามีอยู่ (bracket) ออกจากสิ่งที่ต้องการศึกษาก่อนเริ่มทำการศึกษาดูประสบการณ์นั้นๆ (Husserl, 1962/ 1913) หรือ เรียกว่า “การทอนปรากฏการณ์หรือการจัดกรอบความคิด” (แน่งน้อย ยานาวรี, 2550) เพื่อให้ผู้วิจัยต้องเป็นอิสระจากแนวคิดและข้อสมมุติที่มีอยู่มาก่อน (preconception) มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้วิจัยจะได้ศึกษาประสบการณ์ของบุคคลที่วิจัยสนใจได้ทั้งแนวลึกและแนวกว้าง จนสามารถเข้าใจประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาอย่างลึกซึ้งตามข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลโดยเน้นการเข้าใจประสบการณ์โดยตรงและไม่สอดแทรกความคิดเห็นของผู้วิจัยในการอธิบายประสบการณ์ ด้วยเหตุนี้ นักวิจัยเชิงปรากฏการณ์จึงไม่สร้างกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลจากตำรา หรือเอกสารทางวิชาการต่างๆ สำหรับเป็นแนวทางในการวิจัย แต่จะใช้แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์การและระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นแนวทางในการศึกษาและบรรยายประสบการณ์ (Porter, 1994)

3. โครงสร้างสาระสำคัญ (Eidetic structure) ประสบการณ์มีองค์ประกอบสำคัญที่เรียกว่า สาระสำคัญ (essence) เช่น บุคคลมีเคยเห็นแก้วอีย่อมบอกได้ว่า แก้วอียมีส่วนที่เป็นที่นั้งและส่วนที่เป็นขา ดังนั้น เมื่อมีวัตถุลักษณะดังกล่าวปรากฏอยู่ไม่ว่าจะทำจากวัสดุที่เป็นหนัง ผ้า หรือ พลาสติก บุคคลจะสามารถบอกได้ว่า วัตถุที่อยู่ตรงหน้าคือแก้วอียไม่ว่าจะเป็นแก้วอียหนัง แก้วอียปูนวม แก้วอียพลาสติก ต่างก็เป็นแก้วอียเพราะส่วนประกอบที่เป็นสาระสำคัญที่บุคคลรับรู้ คือ ส่วนที่เป็นที่นั้งและส่วนที่เป็นขา เช่นเดียวกัน เมื่อให้วาดรูปสามเหลี่ยมลงบนกระดาษ คนส่วนใหญ่จะวาดรูปภาพที่มีเส้นสามเส้นลากปลายเส้นมาบรรจบกันเป็นมุมสามมุม เพราะเคยเห็นและรับรู้ว่ารูปสามเหลี่ยมประกอบด้วยด้านสามด้านและมุมสามมุม บุคคลอาจจะวาดเป็นสามเหลี่ยมด้าน

เท่า หรือสามเหลี่ยมมุมฉาก แต่สาระสำคัญ คือ มีเส้นสามเส้น ปลายเส้นมาบรรจบกันเป็นมุมสามมุม (Omeray & Mack, 1995)

สรุปได้ว่า ตามแนวคิดพื้นฐานของปรัชญาปรากฏการณ์วิทยา ประสบการณ์เกิดขึ้นโดยการรับรู้เหตุการณ์อย่างมีสติ และให้ความหมายเหตุการณ์ต่างๆ ตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล และผลของการรับรู้และให้ความหมายมักตามมาด้วยการตัดสินใจกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง การกระทำนั้นจึงไม่ได้เกิดโดยบังเอิญหรือเกิดเป็นปฏิกิริยาสะท้อนกลับโดยอัตโนมัติแต่เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นอย่างตั้งใจและไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลแล้ว ประสบการณ์จึงบอกเรื่องราวชีวิตของบุคคลที่ผ่านเหตุการณ์ต่างๆ โดยบุคคลจะเป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ได้ดีที่สุด ดังนั้น นักวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลและถือว่าเป็นปรากฏการณ์ที่ควรค่าแก่การศึกษา โดย นักวิจัยที่ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาเป็นแนวทางในการแสวงหาความจริง เชื่อว่าความจริงประกอบด้วยการให้ความหมายของประสบการณ์ของชีวิต นักวิจัยจึงสนใจศึกษาปรากฏการณ์ต่างๆ ในชีวิตของบุคคล โดยพยายามทำความเข้าใจและพรรณนาเรื่องราวหรือความคิดที่บุคคลได้บอกเล่าหรือบรรยาย

แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาของพอร์เตอร์

พอร์เตอร์ (Porter, 1995) นักวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่ยึดแนวคิดของฮูสเซิร์ล อธิบายว่า การศึกษาประสบการณ์ชีวิต (lived-experience) ผู้วิจัยต้องอธิบายสาระสำคัญของประสบการณ์ 3 ส่วน คือ การรับรู้ การกระทำ และความตั้งใจ เพราะการรับรู้ (perception) เป็นกระบวนการเริ่มต้นเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ผ่านเข้ามาในชีวิต การกระทำ (intention) เกิดขึ้นเมื่อเกิดการรับรู้เหตุการณ์ และความตั้งใจ (intention) ในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ และเนื่องจากการรับรู้เหตุการณ์เป็นจุดเริ่มต้นของประสบการณ์และการรับรู้ที่ต่างกันทำให้เกิดประสบการณ์ที่ต่างกัน (Porter, 1994, 1995) จึงเรียกการรับรู้ว่า "บริบท" (context) ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ กระบวนการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาของพอร์เตอร์ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน² ดังนี้

1. การสำรวจความหลากหลายของจิตสำนึก (Explore the diversity of one's consciousness) เมื่อนักวิจัยเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับจิตสำนึก (consciousness) ของฮูสเซิร์ล ซึ่งเชื่อว่าประสบการณ์เกิดจากการที่บุคคลรับรู้สิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ แปลความหมายการรับรู้ และตอบสนองต่อการรับรู้เป็นการกระทำ นักวิจัยต้องตระหนักว่า บุคคลมีความรู้สึกนึกคิดและมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ต่างๆ แตกต่างกัน (Husserl, 1962/ 1913)

เนื่องจากการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำหน้าที่นำข้อมูลประสบการณ์ของชีวิตของผู้ให้ข้อมูลมาพรรณนาอย่างชัดเจนและสมบูรณ์ ดังนั้น สิ่งแรกที่ผู้วิจัยต้องทำเป็นกระบวนการแรกก่อนเข้าสู่ขั้นตอนอื่นๆ ของกระบวนการวิจัย คือ ผู้วิจัยต้องเริ่มทำความเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของตนเองเสียก่อนโดยคิดทบทวน ใคร่ครวญความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา ทั้งที่เป็นประสบการณ์ทางตรงและประสบการณ์ทางอ้อม เช่น ถ้าผู้วิจัยต้องการศึกษาประสบการณ์การจัดการกับอาการของโรคในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยต้องทบทวนประสบการณ์ตรงของตนเองโดยเริ่มจากคิดทบทวนว่าผู้วิจัยเคยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยตรงในลักษณะของพยาบาลกับผู้ป่วย หรือในฐานะเพื่อนบ้านหรือญาติกับผู้ที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการกับอาการของโรคของคนเหล่านั้นอย่างไร^๑ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังต้องทำความเข้าใจประสบการณ์ทางอ้อม ซึ่งได้แก่ การได้ยินเรื่องราว การบอกกล่าวโดยผู้มีความรู้ การศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เข้าใจว่าประสบการณ์นั้นถูกเข้าใจมาแล้วอย่างไรและบุคคลอื่นมีแนวคิดเกี่ยวกับประสบการณ์นั้นอย่างไร ยังมีข้อมูลอะไรที่ขาดหายไปในการอธิบายประสบการณ์นั้นๆ รวมทั้ง การศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์ดังกล่าวอย่างถ่องแท้มีความจำเป็นและสำคัญต่อผู้ให้ข้อมูลและต่อผู้วิจัยอย่างไร ทั้งนี้ เพื่อให้แน่ใจว่าจะต้องใช้วิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาในการตอบคำถามการวิจัย ขั้นตอนนี้จึงเป็นการรวบรวมความคิดของผู้วิจัยและข้อมูลที่มีอยู่แล้ว เพื่อแสดงให้เห็นความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย หลังจากนั้นจึงพัฒนากรอบแนวคิดในการศึกษา ขอบเขตของการศึกษา และตั้งคำถามในการวิจัย

2. สะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (Reflect of the experience) เป็นขั้นตอนการทบทวนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ผู้วิจัยสนใจ และทำการศึกษาให้เข้าใจอย่างละเอียดถี่ถ้วน โดยรวบรวมข้อมูลจากประสบการณ์ตรงซึ่งผู้วิจัยเคยประสบและข้อมูลจากประสบการณ์ทางอ้อมที่มีผู้เล่าเรื่องราวหรือจากการอ่านทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมสาระสำคัญของประสบการณ์ทั้งปรากฏการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์

3. การทอนปรากฏการณ์หรือการจัดกรอบความคิด (Bracket or perform the phenomenological reduction) การทอนปรากฏการณ์หรือการจัดกรอบความคิด เป็นการควบคุมหรือแยกแยะความรู้เดิมของผู้วิจัยออกจากสิ่งที่ต้องการศึกษาก่อนที่จะเริ่มศึกษาประสบการณ์นั้นๆ เพื่อผู้วิจัยให้เข้าใจประสบการณ์อย่างถ่องแท้ ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนต่อเนื่องจากขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 เมื่อผู้วิจัยสำรวจความคิดของตนเองและรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ จนเกิดความคิดรวบยอดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา ความคิดรวบยอดนี้ถือว่าเป็นข้อมูลที่

มีอยู่และได้มาก่อนการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องจัดกรอบความคิดรวบยอดนี้ก่อนที่จะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ในระหว่างการเก็บข้อมูล และระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยก็ต้องจัดกรอบความคิดเพื่อแยกความคิดที่มีมาก่อนแล้ว กับข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ เพื่อป้องกันอคติในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลและเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด

4. การทำความเข้าใจโลกของผู้ให้ข้อมูล (Explore the participant's life-world)

ขั้นตอนนี้ถือเป็นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากบุคคลมีโลกของตนเองตามการรับรู้สิ่งต่างๆ รอบตัว และมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ ทำให้เกิดเป็นประสบการณ์ขึ้น ผู้วิจัยจึงต้องศึกษาประสบการณ์ซึ่งมีโครงสร้างอัตวิสัยโดยการสนทนากับผู้มีประสบการณ์ให้ได้ข้อมูลมากที่สุด วิธีการที่ใช้ในการเก็บข้อมูลที่ดีจึงเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยต้องให้ความสนใจประสบการณ์อย่างตั้งใจ และพยายามทำความเข้าใจประสบการณ์เสมือนว่าผู้วิจัยได้มีประสบการณ์นั้นโดยตรง ผู้วิจัยจะต้องใช้เทคนิคการทอนประสบการณ์ (bracket) อย่างเคร่งครัด นั่นคือ ผู้วิจัยต้องระลึกเสมอว่าอะไรเป็นข้อมูลที่ตนเองรับรู้มาก่อน ต้องไม่นำข้อมูลที่ตนเองมีอยู่ไปชี้นำการสนทนากับผู้ให้ข้อมูล ไม่นำไปปะปนกับข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล และจะต้องเตือนตัวเองเสมอไม่ให้ใช้ความรู้เดิมที่มีอยู่ในการสรุปข้อมูลหรือคาดคะเนข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล ขณะกำลังรับฟังผู้ให้ข้อมูลอธิบายประสบการณ์ และเก็บรวบรวมข้อมูลให้ได้มากที่สุดทั้งโดยการสังเกตและการสนทนา

ขณะสนทนากับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยที่เข้าใจแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของฮุสเซิร์ล จะสามารถแยกแยะข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญ (essence) ของประสบการณ์ได้แก่ ข้อมูลที่เป็นการกระทำ (action) ข้อมูลที่แสดงถึงความตั้งใจ (intention) และข้อมูลที่เป็นการรับรู้ (perception) พอร์เตอร์ (Porter, 1995, 1998) กล่าวว่า การกระทำและความตั้งใจของบุคคลเกิดขึ้นตามการรับรู้เหตุการณ์ (perception) ดังนั้น การรับรู้จึงถือเป็นบริบท (context) ที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ ซึ่งเมื่อผู้ให้ข้อมูลอธิบายประสบการณ์มักอธิบายการรับรู้ประกอบกับการกระทำที่สอดคล้องกับประสบการณ์นั้น การศึกษาประสบการณ์จึงต้องทำความเข้าใจบริบทด้วยเพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ของบุคคลมากขึ้น นอกจากนี้ในการเก็บข้อมูลนักวิจัยยังต้องสังเกตการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูลขณะสนทนาทั้งทางสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ และน้ำเสียง รวมทั้งสังเกตสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สิ่งแวดล้อมในบ้าน ซึ่งเป็นสถานที่ๆ ผู้ให้ข้อมูลใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งถือเป็นบริบทของประสบการณ์ด้วยเช่นกัน

5. การทำความเข้าใจโครงสร้างประสบการณ์อย่างถ่องแท้โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (*Intuit the structure of the experience through descriptive analysis*) ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้ให้ข้อมูล การเข้าใจประสบการณ์อย่างถ่องแท้หมายความว่า ผู้วิจัยจะต้องสามารถเข้าใจประสบการณ์เสมือนหนึ่งว่าผู้วิจัยได้มีประสบการณ์นั้นด้วยตนเอง ดังนั้นในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจะต้องอ่านข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการจดบันทึกเข้าไปซ้ำมาหลายๆ ครั้งอย่างตั้งใจและมีสติ โดยยึดถือการทอนประสบการณ์ (bracket) อย่างเคร่งครัด พยายามทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ และจากการสังเกต เช่น น้ำเสียง สีหน้า และท่าทางของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งสังเกตสิ่งแวดล้อมของผู้ให้ข้อมูล จนสามารถกลั่นกรองประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลออกมาจากข้อมูลที่ได้อย่างถูกต้องครบถ้วนโดยปราศจากอคติ

เนื่องจากประสบการณ์เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นอย่างตั้งใจโดยมีจุดมุ่งหมายเฉพาะ ในการวิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์ นักวิจัยค้นหาข้อมูลที่เป็นการกระทำ (action) และทำความเข้าใจว่าเมื่อการกระทำเช่นนั้น ผู้ให้ข้อมูลมีความตั้งใจ (intention) อย่างไร ซึ่งทำได้ โดยการอ่านบทสนทนาเข้าไปซ้ำมาหลายๆ ครั้งและพยายามทำความเข้าใจข้อมูลแสดงว่า “บุคคลกำลังพยายามทำอะไร ในสถานการณ์นั้นๆ” ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา หรือ “What they are trying to do in that situation?” ซึ่งเป็นข้อความจากการสัมภาษณ์ที่มีคำกริยาของการกระทำอยู่ในประโยค เมื่อพบข้อมูลแล้ว จึงแยกแยะการกระทำออกจากจุดมุ่งหมายซึ่งข้อมูลอธิบายประกอบว่าที่ได้กระทำกริยาดังกล่าวนั้นเป็นเพราะมีจุดมุ่งหมายอย่างไรหรือต้องการให้เกิดผลอย่างไร (Porter, 1994)

พีรณัฐ จันทร์คุปต์ (Jantarakupt, 2005) ใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของพอร์เตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อธิบายว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ข้อมูลว่า ตนเองมีการรับรู้ (perception) ว่าตนเอง “มีข้อจำกัดทางร่างกาย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 อธิบายว่า

“ฉันพยายามทำทุกอย่างให้ช้าลง ฉันไม่รีบร้อนเหมือนเมื่อก่อน ถ้าเป็นเมื่อก่อนฉันเคยทำอะไรได้เร็วกว่านี้ แต่ตอนนี้ฉันต้องทำให้ช้าลง ทำช้าๆ ค่อยๆ ทำไปเดี๋ยวก็เสร็จ เดินก็เดินช้าๆ ลูกนั่งก็ทำช้าๆ อะไรๆ ฉันก็ยังทำได้ เพียงแต่ฉันต้องทำให้ช้าลง ฉันพยายามทำเองก่อนเท่าที่จะทำได้ จะได้ไม่ต้องคอยพึ่งพาคนอื่น...”

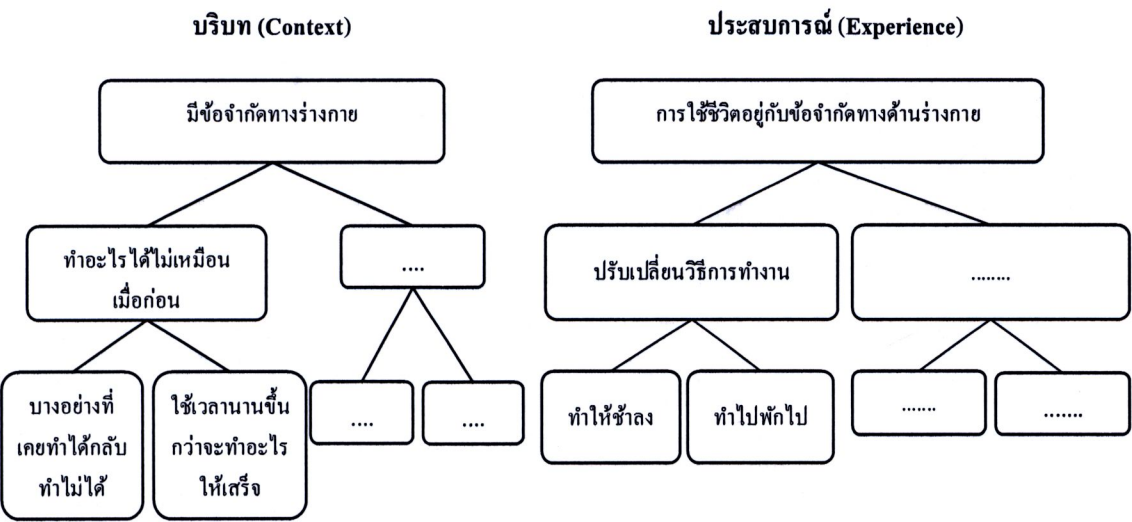
ดังนั้น ข้อมูลการกระทำที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลรายนี้ คือ “ไม่รีบเร่งในการทำกิจกรรม” และ “ทำทุกอย่างช้าลง” โดยความตั้งใจของผู้ให้ข้อมูลรายนี้ คือ “พยายามพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยที่สุด”

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 อธิบายว่า

“ฉันค่อยๆ ทำ เช่น ตัดหญ้า ฉันก็ตัดไป 5 นาที แล้วก็พักไป 5 นาที แล้วก็มาทำต่ออีก 5 นาที ไม่จำเป็นต้องรีบ ถ้าฉันทำอย่างนี้ฉันก็ตัดหญ้าเองได้ แต่ถ้าฉันทำเหมือนเมื่อก่อน ฉันก็จะเหนื่อยแล้วทำต่อไม่ได้...ฉันไม่ต้องการให้ใครต้องมาคอยดูแลฉันเพราะทุกคนต่างก็มีงานของตนเองที่ต้องทำ มีครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ จะให้ลูกๆ เขามาคอยช่วยเหลือและคอยเป็นห่วงฉันตลอดเวลาได้อย่างไร”

ดังนั้น ข้อมูลการกระทำที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลรายนี้ คือ “ไม่รีบเร่งในการทำกิจกรรม” และ “ทำไปพักไป” โดยความตั้งใจของผู้ให้ข้อมูลรายนี้ คือ “พยายามพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยที่สุด” แต่ข้อมูลที่ได้เพิ่มจากผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 คือ เราได้ทราบว่าเขาคิดอย่างไรต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เขาได้อธิบายต่อถึงเหตุผลที่เขาไม่ต้องการให้ลูกๆ ต้องมาช่วยเหลือดูแลเพราะ เขามีการรับรู้ ว่า “ทุกคนต่างก็มีหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ”

เมื่อได้ข้อมูลที่เป็นการรับรู้ การกระทำ และจุดมุ่งหมายของการกระทำแล้ว ผู้วิจัยต้องจัดกลุ่มข้อมูลการกระทำและจุดมุ่งหมายของการกระทำเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ประกอบกันเป็นประสบการณ์ และจัดกลุ่มบริบทแยกออกจากข้อมูลที่เป็นประสบการณ์ จากข้อมูลตัวอย่าง พิรณัฐ จันทร์คุปต์ (Jantarakupt, 2005) จัดกลุ่มประสบการณ์และบริบท ได้ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 การจัดกลุ่มบริบทและประสบการณ์



6. การสนทนาแสดงความคิดเห็นร่วมกับบุคคลอื่นเพื่อยืนยันความถูกต้องของปรากฏการณ์และบริบท (*Engage in intersubjective dialogue about the phenomena and contextual features*) เป็นขั้นตอนหนึ่งของการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness) เพื่อขจัดความลำเอียงในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการตรวจสอบปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษากับบุคคลอื่น ได้แก่ 1) การสนทนาระหว่างนักวิจัย กับผู้มีความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์หรือเข้าใจลักษณะทั่วไปของผู้ที่ผู้วิจัยทำการศึกษา และเข้าใจการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (peer debriefing) และ 2) การสนทนาระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล (member check) โดยนักวิจัยสนทนากับบุคคลดังกล่าวและแสดงความคิดเห็นร่วมกันเกี่ยวกับประสบการณ์และบริบท ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ช่วยลดความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล และยืนยันว่าประสบการณ์ที่ผู้วิจัยอธิบาย ถูกต้องและตรงตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด (Lincoln & Guba, 1985)

7. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของปรากฏการณ์และบริบท (*Attempt to fill out the phenomena and features*) เป็นการทบทวนการจัดหมวดหมู่ปรากฏการณ์และบริบทอีกครั้งเพื่อให้แน่ใจว่าปรากฏการณ์เหล่านั้นอธิบายประสบการณ์ได้อย่างถ่องแท้ หลังจากนั้นจึงทบทวนข้อมูลจากประสบการณ์เดิมของผู้วิจัยและข้อมูลจากเอกสารวรรณกรรมต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์และอธิบายปรากฏการณ์ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

8. กำหนดแนวทางในการนำปรากฏการณ์และส่วนประกอบของปรากฏการณ์ไปใช้ (*Determine uses of the phenomena and the features*) หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยจำเป็นต้องเผยแพร่ข้อมูลแก่ผู้ที่สามารถใช้ผลการวิจัย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ญาติ แพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ หรือบุคคลที่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้ เพื่อประโยชน์ในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนางานด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีประสบการณ์ดังกล่าว

จะเห็นได้ว่า การนำแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของฮูสเซิร์ลมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวทางในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาของฟอร์เตอร์ เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลอย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอนตั้งแต่ก่อนเริ่มการวิจัยจนถึงสิ้นสุดการทำวิจัย นอกจากจะเน้นถึงความสำคัญของการคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาในทุกขั้นตอนของการวิจัยแล้วยังเป็นแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแยกประสบการณ์ออกจากบริบทของประสบการณ์ รวมทั้งการจัดกลุ่มประสบการณ์และบริบท เพื่อนักวิจัยสามารถทำความเข้าใจและอธิบายสาระสำคัญของประสบการณ์และบริบทได้อย่างถูกต้องและชัดเจนตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล การใช้แนวทางในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาของฟอร์เตอร์จึงถือได้ว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการค้นพบองค์ความรู้ใหม่ที่จะใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทั้ง

ที่มสุขภาพและผู้รับบริการต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวทางในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาของฟอร์เตอร์ ในการศึกษาประสบการณ์การจัดการกับอาการของโรคในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในครั้งนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์และการจัดการอาการของโรคสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แนวคิดการจัดการกับอาการสามารถนำมาเป็นฐานแนวคิดสำหรับการอธิบายการจัดการอาการของโรคสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยอธิบายได้ว่า ผลที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงอาการ คือ เกิดการตอบสนองต่อการรับรู้โดยการจัดการกับอาการ และเกิดผลลัพธ์ของอาการซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์อาการและ/หรือการจัดการกับอาการ โดยกระบวนการที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละบุคคล ซึ่งได้แก่ ลักษณะเฉพาะของบุคคล ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย รวมทั้งสิ่งแวดล้อม การรับรู้เป็นปัจจัยหนึ่งภายในตัวบุคคลที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาทั้งแบบการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการของโรคในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งที่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการอาการของโรคโดยตรง ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

การศึกษาประสบการณ์การจัดการกับอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของ พิรุณ จันทรคุปต์ (Jantarakupt, 2005) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพศชายชาวอเมริกันที่มีอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับปานกลาง จำนวน 8 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับผลของโรคอาการของโรค และภาวะของโรค คือ 1) การมีชีวิตอยู่ด้วยความสามารถทางด้านร่างกายที่จำกัด 2) การมีชีวิตอยู่กับการหายใจลำบาก และ 3) การมีชีวิตอยู่กับการมีโรคเรื้อรังที่มีอาการของโรคเลวลง ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการของโรคที่สอดคล้องกับการรับรู้ดังกล่าวคือ คือ 1) พยายามปรับตัวให้เข้ากับสภาพที่มีความสามารถทางด้านร่างกายที่จำกัด โดยพยายามหาวิธีการในการทำกิจกรรมเพื่อให้ทำกิจกรรมได้สำเร็จ เช่น ทำกิจกรรมตามขีดความสามารถของตนเอง ให้เวลาตนเองในการทำกิจกรรมมากขึ้น จัดแบ่งกิจกรรมไม่ให้ใช้แรงหรือเวลาในการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งมากเกินไป และใช้เครื่องทุ่นแรงในการช่วยทำงาน หรือโดยให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่ตนเองไม่สามารถทำได้ เช่น ให้ผู้อื่นทำแทนทั้งหมด หรือ ช่วยกันทำกับผู้อื่นช่วยเหลือ 2) พยายามจัดการกับอาการหายใจลำบาก แบ่งเป็น การป้องกันก่อนเกิดอาการ คือ พยายามป้องกันตนเองไม่ให้เกิด

อาการหอบเหนื่อย เช่น ไม่ออกแรงมากเกินกว่าที่ตนเองจะสามารถทนได้ พกยาพ่นติดตัวไว้ตลอดเวลา ไม่ออกไปนอกบ้านในวันที่รู้สึกไม่สบาย และการพยายามบรรเทาเมื่อเกิดอาการ เช่น หยุดทำกิจกรรมที่กำลังทำทันทีเมื่อมีอาการ หายใจนิ่งพัก ใช้น้ำพ่น ควบคุมการหายใจ และ 3) พยายามดำรงชีวิตให้เป็นปกติสุขกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ โดยพยายามป้องกันไม่ให้สุขภาพแย่ลง เช่น พยายามทำกิจกรรมที่สามารถทำได้ งดการสูบบุหรี่ของปอด รับประทานยาเป็นประจำ ป้องกันไม่ให้ตนเองมีการติดเชื้อในทางเดินหายใจ เป็นต้น

การศึกษาประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของ จุก สุวรรณโณ (2550) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ใช้แบบสอบถามประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง ซึ่งต่างจากการวิจัยของ พิรณัฐ จันทระคุปต์ (2005) ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอัตราการหายใจในรอบ 24 ชั่วโมงมากกว่า 20 ครั้งต่อวันที่ และมีคะแนนการเกิดอาการหายใจลำบากรุนแรงที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมงอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้การจัดการกับอาการบ่อย 3 อันดับแรก คือ การขอความช่วยเหลือและปรึกษานักดูแลรอบข้างเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก เช่น คนในครอบครัว แพทย์ รองลงมาเป็นการรับประทานยา/ พ่นยาเมื่อมีอาการกำเริบ และหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก เช่น ฝุ่นละออง คาร์บอนไฟ โดยจะเห็นได้ว่าถึงแม้ว่างานวิจัยนี้จะได้จัดกลุ่มข้อมูลให้ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการเพื่อป้องกันอาการหอบเหนื่อย หรือการบรรเทาอาการหอบเหนื่อยกิจกรรมบางอย่างที่ผู้ป่วยเลือกทำเพื่อจัดการกับอาการหอบเหนื่อย แต่ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าวิธีการจัดการกับอาการหอบเหนื่อยบางวิธีมีความสอดคล้องผลการศึกษาของ พิรณัฐ จันทระคุปต์ (2005) เช่นกัน ส่วนผลลัพธ์การจัดการกับอาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสภาวะอารมณ์อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดี และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมีปัญหาสุขภาพนอกจากเข้ารับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ก่อนมาพบแพทย์ได้มีการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยวิธีการต่างๆ ด้วยตนเองก่อนเมื่อไม่ได้ผลจึงจะขอความช่วยเหลือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์และการจัดการกับอาการ พบว่า ประวัติการสูบบุหรี่ที่ต่างกันมีการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ด้านสภาวะอารมณ์ที่ต่างกัน การมาตรวจตามนัดที่แตกต่างกันมีการจัดการกับอาการที่แตกต่างกัน การรับประทานยาที่แตกต่างกันมีคะแนนการรับรู้อาการหายใจลำบากรุนแรงที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมงและการจัดการกับอาการที่แตกต่างกัน

ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดย มนัสวี อุดลยรัตน์ (2542) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพศชายและหญิงจำนวน 10 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีอายุระหว่าง 48-70 ปี โดยมีผู้ป่วยอายุ 48-60 ปี จำนวน 8 คน และผู้ป่วยที่มีอายุ 61-70 ปี จำนวน 2 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า การดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วย มีความหมายสอดคล้องกัน 5 ลักษณะ คือ 1) พยายามให้อยู่ดีกินดี 2) ทำอย่างไรก็ได้ให้หายจากโรค 3) ทำตนเป็นที่พึ่งแห่งตน 4) ปฏิบัติตัวดีต่อชีวิตให้ยืนยาว 5) ประคองตัว โดยมีวิธีการดูแลตนเอง 5 ลักษณะ คือ 1) การกินอยู่ให้เหมาะสมกับโรค และดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาท 2) การรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันร่วมกับการรักษาแบบภูมิปัญญาตะวันออก 3) การปรับสภาพจิต และหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 4) การฝึกการหายใจและการหาท่าที่เหมาะสม 5) ขอความช่วยเหลือ เมื่อช่วยตัวเองไม่ได้ จะเห็นได้ว่า ผลการวิจัยยังคงแสดงให้เห็นว่า การจัดการกับอาการหอบเหนื่อยนั้นผู้ป่วยมุ่งเน้นการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคเพื่อป้องกันการเกิดอาการและมีชีวิตอยู่กับอาการของโรคอย่างมีความสุขตามอัตภาพ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ พิรณัฐ จันทรคุปต์ (2005) และ จุก สุวรรณโณ (2550) อย่างไรก็ตามเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในจังหวัดทางภาคใต้ของประเทศไทย ซึ่งมีบริบท เช่น บุคลิกภาพของบุคคล แบบแผนการดำเนินชีวิต ความเชื่อ ศาสนา และลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม ที่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งอยู่ในเขตภาคเหนือของประเทศ จึงอาจสามารถอธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามบริบทของภาคเหนือได้อย่างสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้แนวคิดของ ไฮเดกเกอร์ (Heidegger) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความหมายของประสบการณ์ (Hermeneutic phenomenology) และนำเสนอข้อมูลโดยใช้ภาษาที่กลั่นกรองจากการตีความของประสบการณ์ และอธิบายปรากฏการณ์ตามความเข้าใจและการตีความของผู้วิจัย และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาของโคไลซี (Colaizzi) ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยเชิงปริมาณแบบบรรยายปรากฏการณ์ (Descriptive phenomenology) ที่ผู้วิจัยพยายามอธิบายประสบการณ์โดยใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูล เพื่อป้องกันอคติในการวิเคราะห์ข้อมูล และป้องกันการใช้ประสบการณ์ของผู้วิจัยมาใช้ในการวิเคราะห์และอธิบายปรากฏการณ์ที่กำลังทำการศึกษา การวิจัยนี้จึงยังไม่ได้ให้ข้อค้นพบเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการกับอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากมุมมองของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

สุภาภรณ์ ด้วงแพง (Duangpaeng, 2000) ศึกษาโดยใช้การวิจัยแบบสร้างทฤษฎีจากข้อมูลพื้นฐาน (Grounded theory) เพื่ออธิบายความหมายของภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง และ

สร้างแบบจำลองทฤษฎีสำหรับอธิบายกระบวนการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลผลต่อกระบวนการจัดการกับภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 31 ราย ผลการศึกษาพบว่า แก่นมโนทัศน์ของ กระบวนการ “เมื่อผู้ป่วยพัฒนามาเป็นผู้เชี่ยวชาญ” ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร 4 ขั้นตอน คือ ระยะเวลาการเป็นผู้เริ่มต้น หรือ “มือใหม่เริ่มฝึกพัฒนา” ระยะเวลาความสามารถในการจัดการด้วยตนเอง ระยะเวลาเข้าสู่การเป็นผู้เชี่ยวชาญ และระยะเวลาการเป็นผู้เชี่ยวชาญอย่างสมบูรณ์ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านจากการเป็นผู้ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหอบเหนื่อยและการจัดการกับอาการ จนเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและมีความสามารถในการจัดการกับอาการหอบเหนื่อย หรือจนมีความชำนาญในการจัดการกับอาการหอบเหนื่อยด้วยตนเอง โดยในกระบวนการดังกล่าวผู้ป่วยมีการเรียนรู้ด้วยตนเองไปพร้อมๆ กับการพัฒนาความสามารถในการจัดการกับภาวะหายใจลำบากจนสามารถบูรณาการการจัดการกับอาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน คุณลักษณะของผู้ชำนาญในการจัดการกับอาการของโรคด้วยตนเอง ได้แก่ การมีความสามารถในการจัดการ มีความมั่นใจในตนเอง รักษาสมดุลของการดำเนินชีวิต และสามารถมีชีวิตได้อย่างปกติสุข ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล เช่น การตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วย การรับรู้หรือการให้ความหมายอาการเจ็บป่วย ซึ่งมีอิทธิพลมาจากความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การตระหนักในตนเอง ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านบริบทของบุคคล ได้แก่ การดำเนินของโรค และปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการตนเองและการเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมของบ้านและโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่า งานวิจัยนี้มีความแตกต่างกับงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้นอย่างสิ้นเชิง เพราะการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลมุ่งเน้นที่การสร้างทฤษฎีหรือแบบจำลอง ไม่ได้มุ่งเพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการและวิธีการจัดการกับอาการ ดังนั้น ถึงแม้องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยจะอธิบายกระบวนการพัฒนาตนเองอย่างเป็นลำดับจากผู้การเป็นผู้เริ่มต้นเรียนรู้ จนเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการจัดการกับภาวะหายใจลำบาก ที่สามารถบูรณาการการจัดการกับอาการจนเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง จะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพในการส่งเสริมการพัฒนาตนเองของผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง แต่องค์ความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยตรงจากมุมมองของผู้ป่วยก็ถือว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะส่งเสริมการพัฒนาการจัดการกับอาการของโรคในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเช่นกัน

พิมลพรรณ เนียมหอม (2550) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์การวิทยา ศึกษา ประสพการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกี่ยวกับ ความหมาย ปัจจัย และผลที่ตามมาจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลตาม ขั้นตอนของโคไลซี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยให้ความหมายของการกลับเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล 2 ลักษณะ คือ การได้รับการดูแลและการรอคอย ซึ่งการได้รับการดูแลประกอบด้วย การได้รับการดูแลจากบุคคลากรทางสุขภาพ และบุคคลในครอบครัว โดยปัจจัยที่ทำให้ต้องกลับ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอยู่ 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ ความรุนแรงของอาการเหนื่อยหอบ กลัวยาย และความต้องการให้แพทย์ช่วยรักษา ซึ่งปัจจัย กระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ การการไอ สภาพแวดล้อม และ การทำกิจกรรม สำหรับความรุนแรงของอาการเหนื่อยหอบจะมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ หายใจไม่ออก และหมดสติ สำหรับผลที่ตามมาของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ การหาย/บรรเทาจากการเจ็บป่วย และการปรับตัวกับสภาพที่เป็นอยู่ ซึ่งการปรับตัวกับสภาพที่ เป็นอยู่ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการทำใจยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ ส่วนการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีอยู่ 3 ลักษณะ คือ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อย การปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน และการจัดการกับอาการเหนื่อยหอบที่เกิดขึ้น ซึ่งการจัดการกับ อาการเหนื่อยหอบ ได้แก่ การใช้ยา การใช้ออกซิเจน การนั่งพัก และการหายใจลึก ๆ ยาว ๆ

จะเห็นได้ว่า ผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาที่ผ่านมาอาจจะให้แนวทางในการส่งเสริม หรือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ แต่ยังไม่มีการศึกษา เกี่ยวกับสาระสำคัญของประสบการณ์ที่จะทำให้เข้าใจปรากฏการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องกับ ประสบการณ์การจัดการกับอาการของโรคในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้นจึงมีความ จำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยแบบ ปรากฏการณ์วิทยา เพื่อหาความหมายของประสบการณ์ชีวิตรวมทั้งบริบทที่เกี่ยวข้องกับ ประสบการณ์ที่ทำการศึกษา เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าใจความหมายของประสบการณ์การจัดการเกี่ยวกับ อาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ละเอียด ลึกซึ้งมากขึ้น จากมุมมองของผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้สามารถหาวิธีการช่วยเหลือและดูแลได้เหมาะสมยิ่งขึ้น