

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่ป้องกันและให้การรักษาได้ ซึ่งผลของความไม่ปกติภายนอกทรวงอกบางส่วน มีความสำคัญที่ทำให้เกิดความรุนแรงในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการอุดกั้นการไหลของอากาศในทางเดินหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้อย่างสมบูรณ์ การดำเนินของโรคจะเกิดแบบค่อยเป็นค่อยไป ร่วมกับมีปฏิกิริยาการอักเสบที่ผิดปกติเกิดขึ้นที่ปอด ต่ออนุภาคของสารพิษหรือก๊าซพิษ (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2010) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญและตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น เนื่องจากนำไปสู่สาเหตุของการเจ็บป่วยเรื้อรังและอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายของประชากรโลกอันดับที่ 4 และคาดว่าจะจะเป็นสาเหตุการตาย อันดับที่ 3 ของประชากรโลก ในปี พ.ศ. 2563 (GOLD, 2008) ทั้งนี้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่พบในกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 55-74 ปี มากที่สุด (American Thoracic Society [ATS], 2007) ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่นประเทศสหรัฐอเมริกา มีอัตราความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประมาณ ร้อยละ 4.96 ของประชากร หรือประมาณ 13.5 ล้านคน (Nation Heart Lung and Blood Institute [NHLBI], 2009) ส่วนในประเทศแถบเอเชียแปซิฟิก 12 ประเทศ อัตราความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างอายุ 30 ปีและในวัยสูงอายุ พบว่ามีค่าเฉลี่ยของอัตราความชุกประมาณ ร้อยละ 6.3 ของประชากร (GOLD, 2008) ในประเทศไทยได้มีการสำรวจผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าอุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเท่ากับร้อยละ 3.63 และความชุกของโรค เท่ากับร้อยละ 7.11 (Maranetra, Chuaychoo, & Dejsomritrutai, 2002) สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ ในปีพ.ศ. 2548 และพ.ศ. 2549 พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1,154 คนและ 941 คน ในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 88.04 และ 85.44 ตามลำดับ (หน่วยยุทธศาสตร์สาธารณสุขสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2550) และผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างปีพ.ศ. 2548 ถึงปีพ.ศ. 2553 มีจำนวน 278, 302, 320, 324, 354, 373 คนตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสันป่าตอง, 2554) ซึ่งพบว่าในแต่ละปีจำนวนผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีลักษณะพยาธิวิทยาการเกิดโรค เริ่มจากการสูดลมหายใจที่มีอนุภาคของสารพิษหรือก๊าซพิษเป็นประจำ ทำให้มีการเพิ่มจำนวนของเซลล์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ และเมื่อเซลล์ดังกล่าวถูกกระตุ้น จึงสร้างและหลั่งสารอนุมูลอิสระมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นสารพิษหรือก๊าซพิษต่างๆยังทำลายสารต้านอนุมูลอิสระ ที่ร่างกายมีไว้ป้องกันการทำลายเนื้อปอด ขบวนการดังกล่าวทำให้ผนังหลอดลมขนาดเล็ก และผนังถุงลมรอบๆ เกิดการอักเสบ มีการทำลายผนังถุงลมอย่างต่อเนื่อง มีผลให้ปอดสูญเสียความยืดหยุ่น นอกจากนั้นการอุดกั้นทางเดินหายใจ เป็นผลร่วมกันของ การอักเสบของหลอดลม การทำลายผนังถุงลม ตลอดจนการหลั่งสารมูกที่ผิดปกติ (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2550; GOLD, 2009) ซึ่งเกิดจากเซลล์ที่หลั่งสารมูก และ ต่อมาหลังเมื่อก มีการเพิ่มจำนวนและขยายขนาดทำให้มีการสร้างมูกออกมามากและเหนียวกว่าปกติ นอกจากนั้นยังทำให้ เซลล์ขนกวัด มีประสิทธิภาพในการจับเสมหะลดลง เป็นผลให้มีเสมหะตกค้าง เกิดติดเชื้อแบคทีเรีย และมีการอักเสบเรื้อรัง ทำให้มีการหดเกร็งและการตีบแคบของหลอดลมอย่างถาวร ส่งผลให้การระบายอากาศในถุงลมลดลง ทำให้มีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงและมีก๊าซออกซิเจนในเลือดต่ำ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; ATS, 2007) นอกจากนั้นเส้นใยอีลาสติน เส้นใยคอลลาเจนที่พันรอบหลอดลมฝอยส่วนปลาย และถุงลมถูกทำลาย ทำให้แรงดึงรั้งของหลอดลมฝอยส่วนปลายลดลง ส่งผลให้เวลาหายใจออกถุงลมจะแฟบ อากาศจะไหลออกได้ยาก ทำให้มีแรงต้านเพิ่มขึ้นในหลอดลมขณะหายใจออก ดังนั้นเมื่อหายใจออกจึงต้องเพิ่มแรงดันมากขึ้น เป็นผลให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจต้องทำงานหนักมากขึ้น ส่งผลให้มีอาการหายใจลำบาก (Merck Manual Professional, 2007)

นอกจากนี้ในวัยสูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจตามกระบวนการชราภาพ ได้แก่ หลอดเลือดฝอยที่ถุงลมหนาขึ้น แข็งตัวมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดยืดขยายได้น้อยลง (Harrell, 1997) ประกอบกับถุงลมปอดมีการหนาตัวขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง และมีจำนวนถุงลมที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ดังนั้นจึงทำให้ การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ (สมนึก กุลสติพร, 2549) ในผู้สูงอายุ ยังมีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกและกล้ามเนื้อ คือ มีการสะสมแคลเซียมที่กระดูกอ่อนของซี่โครง ทำให้ข้อต่อของกระดูกหน้าอกและกระดูกสันหลังมีความยืดหยุ่นลดลง เป็นผลให้มีการขยายตัวของทรวงอกได้ไม่ดี รวมทั้งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการหายใจลดลง จึงทำให้การหายใจเข้าและออกในผู้สูงอายุทำได้ยากขึ้น (Roach, 2001) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมักจะหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง เนื่องจากรู้สึกเหนื่อยง่าย และกลัวทำให้เกิดอาการหายใจลำบากมากขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542)

จากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับกระบวนการชราภาพดังกล่าว ทำให้ความรุนแรงของโรคมักขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ผลกระทบด้านร่างกายเป็นผลมาจากภาวะออกซิเจนในเลือด (PaO_2) ต่ำ คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO_2) สูง ร่วมกับหัวใจห้องล่างซ้ายมีการทำงานลดลง เนื่องจากภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อร่างกายส่วนปลายลดลง และมีอาการเหนื่อยล้า ในที่สุด (Cooper, 2003) ผลกระทบทางด้านจิตใจ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มีความวิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และเกิดความรู้สึกซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการความคิด ขาดความกระตือรือร้นในการปรับตัว (Hodgkin, Celli, & Connors, 1998) ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักมีอาการหายใจลำบาก ต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น รวมทั้งการที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลบ่อยๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่ค่อยสนใจสิ่งแวดล้อม มีการแยกตัวออกจากสังคม (McCarley, 1999)

แนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถ แบ่งเป็นการรักษาโดยใช้ยา ได้แก่ ยาขยายหลอดลม ยาขับเสมหะ และการรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยการออกกำลังกายที่เหมาะสม และการฝึกบริหารการหายใจ นอกจากนี้ ยังมีการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การสวดมนต์ และการใช้ออกซิเจน อย่างไรก็ตาม การรักษาดังกล่าว ไม่สามารถทำให้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหายขาดได้ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) ดังนั้นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงควรได้รับการส่งเสริมให้มีความสามารถในการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะจัดการกับตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ สามารถควบคุมอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยอาศัยคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพและความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง (self-management education) จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหา รวมถึงสามารถแก้ไขปัญหามาจากโรค มีการติดตามตนเอง สามารถตัดสินใจวางแผนแก้ไขปัญหาและผลกระทบจากโรคที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002) ซึ่งแนวคิดการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) เน้นการเรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นที่จะนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรม ในการเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ (medical management) เช่น การรับประทานยา การใช้ยาพ่น การรับประทานอาหารเฉพาะโรค เป็นต้น 2) การจัดการด้านบทบาท (role management) เป็นการปรับเปลี่ยนและการสร้างพฤติกรรม ให้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management)

ผู้สูงอายุต้องมีการจัดการกับปัญหาทางด้านอารมณ์ที่เป็นผลกระทบจากความเจ็บป่วย ได้แก่ อารมณ์โกรธ กลัว ซึมเศร้า เครียด โดยต้องอาศัยทักษะ 6 อย่าง ได้แก่ 1) ทักษะการแก้ไขปัญหา (problem solving) โดยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้มีการระบุปัญหาที่พบด้วยตนเอง หาแนวทางการแก้ปัญหาที่สามารถเป็นไปได้ มีการดำเนินการแก้ไขและประเมินผลด้วยตนเอง 2) ทักษะการตัดสินใจ (decision making) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต้องมีการตัดสินใจในแต่ละวันต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้น ทั้งนี้การตัดสินใจของผู้สูงอายุต้องอาศัยพื้นฐานจากการมีข้อมูลที่เหมาะสมและเพียงพอ 3) ทักษะการใช้แหล่งข้อมูลหรือแหล่งชุมชน (resource utilization) การจัดการตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทราบถึงแหล่งข้อมูลและวิธีการที่จะใช้แหล่งข้อมูลเหล่านั้น 4) ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ด้านการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กับบุคลากรสุขภาพ (the formation of a patient-provider partnership) เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีส่วนร่วมในการรักษากับบุคลากรสุขภาพ 5) ทักษะการลงมือปฏิบัติ (taking action) เป็นทักษะการเรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมโดยต้องมีการวางแผนในระยะสั้น 6) การปรับแนวทางหรือวิธีการให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (self-tailoring) นอกจากนี้เพื่อให้การจัดการตนเองเกิดประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุจะต้องมีสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ซึ่งการตัดสินใจในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคลจะขึ้นอยู่กับความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับการกระทำนั้น โดยการเรียนรู้จากการได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง (enactive mastery experience) การเรียนรู้จากความสำเร็จของผู้อื่น โดยจากการนำเสนอวิธีทัศน์ที่มีตัวแบบสัญลักษณ์ (vicarious experience) การชักจูงด้วยคำพูดที่ทำให้เชื่อว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ (verbal persuasion) และในขณะเดียวกันยังต้องคำนึงถึงความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ (emotion arousal) ของผู้สูงอายุด้วย

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถจัดการตนเองได้ จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจุบันมีผู้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด (Stanford University Chronic Disease Self-management Program) ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย ลอริก, โซเบล, ริทเธอร์, ลอเรนซ์, และ ฮอบบส์ (Lorig, Sobel, Ritter, Laurent, & Hobbs, 2001) และรูปแบบการจัดการตนเองของฟลินเดอร์ (The Flinder Model of Chronic Condition Self-management) (Jordan & Osborne, 2007) โดยโปรแกรมเหล่านี้ทำให้เกิดผลลัพธ์หลายประการได้แก่ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้น มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคสูงขึ้น มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วย อัตราการตาย ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Dongbo et al., 2003; Swerissen et al., 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในต่างประเทศ ได้แก่ การศึกษาของ แมนนิงคลอฟ, แวนเดอวอก, แวนเดอพาเลน, แวนเฮอวาร์ด, และ ซีเอลฮุส (Manninkhof, Van der Valk, Van der Palen, Van Herwaarden, Zielhuis, 2004) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกี่ยวกับการจัดการตนเอง โดยเน้นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ตั้งแต่ปี 1985 จนถึงปัจจุบัน จำนวน 395 เรื่อง พบว่าการให้ความรู้ด้านการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น ลดปริมาณการใช้ยาโดยไม่จำเป็น และจากการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ของ โบบิว, จูลิน, และ มาลไทส์ (Bourbeau, Julien, & Maltais, 2003) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 191 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นระยะเวลา 7-8 สัปดาห์ มีการสอนทักษะและให้ลงมือปฏิบัติ พร้อมทั้งให้คู่มือ ในเรื่องการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การรับประทานยาคอร์ติโคสเตียรอยด์เมื่ออาการกำเริบ การออกกำลังกายที่บ้าน ระยะเวลาศึกษา 12 เดือน โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์เดือนละครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลอง สามารถลดจำนวนครั้งของการเข้าโรงพยาบาลร้อยละ 57.1 ลดการใช้บริการในห้องฉุกเฉินร้อยละ 41 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สำหรับในประเทศไทย จุฬารัตน์ คำพานุศย์ (2550) ได้ทำการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน กลุ่มควบคุม 8 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้กรอบแนวคิดของ คานเฟอร์ และ เกลลิก (Kanfer & Gaelick, 1986) เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผลหลังการทดลองอีก 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการแนะนำตามปกติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอดดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีคะแนนการหายใจลำบาก และความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวมีข้อจำกัดในเรื่องกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย หากต้องการที่จะเพิ่มความน่าเชื่อถือของการศึกษาในเรื่องนี้ก็ควรจะต้องเพิ่มในเรื่องจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ถึงแม้ว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่การศึกษาในผู้ป่วยผู้สูงอายุมีน้อย ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการตนเองจะต้องอาศัยสมรรถนะทั้งทางกาย และสติปัญญาในการรับข้อมูลและลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราหลายประการ

เช่นปัญหาการได้ยิน การมองเห็น และการจำ เป็นต้น ที่อาจเป็นข้อจำกัดในการจัดการตนเองได้ อย่างไรก็ตามการจัดการตนเอง น่าจะนำไปใช้ในผู้ป่วยผู้สูงอายุ และช่วยชะลอความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ซึ่งผลของการศึกษาจะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อช่วยให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้นและลดอาการหายใจลำบาก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่าง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
3. เพื่อเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่าง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย มากกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
3. ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมี อาการหายใจลำบากน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีอาการหายใจลำบากน้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง (experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (two groups pre-post test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และ อาการหายใจลำบาก ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2554

นิยามศัพท์

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง รูปแบบกิจกรรมให้ความรู้ เสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง โดยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้ ในการจัดการตนเอง 3 ด้านประกอบด้วย 1) การจัดการทางการแพทย์ ได้แก่ การจัดการด้านการสว่นพลังงาน การจัดการกับอาการเหนื่อยหอบ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การรับประทานยา และการใช้ยา 2) การจัดการในบทบาทของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการปรับเปลี่ยนและการสร้างพฤติกรรม ให้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย โดยเน้นเรื่องการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุกับบุคลากรสุขภาพ และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุต้องมีการจัดการกับปัญหาทางด้านอารมณ์ ที่เป็นผลกระทบจากความเจ็บป่วย โดยการฝึกทักษะ 6 อย่างได้แก่ 1) ทักษะการแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มีการระบุปัญหาที่พบด้วยตนเอง หาแนวทางการแก้ปัญหาที่สามารถเป็นไปได้ มีการดำเนินการแก้ไขและประเมินผลด้วยตนเอง 2) ทักษะการตัดสินใจ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องมีการตัดสินใจในแต่ละวันต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้น โดยอาศัยพื้นฐานจากการมีข้อมูลที่เหมาะสมและเพียงพอ 3) ทักษะการใช้แหล่งข้อมูลหรือแหล่งชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทราบถึงแหล่งข้อมูลและวิธีการที่จะใช้แหล่งข้อมูลเหล่านั้น 4) ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ด้านการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กับบุคลากรสุขภาพ โดยให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้มีส่วนร่วมในการรักษากับบุคลากรสุขภาพ 5) ทักษะการลงมือปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเอง เป็นทักษะการเรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรม โดยต้องมีการวางแผนในระยะสั้น 6) การปรับแนวทางหรือวิธีการให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยจะส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยการเรียนรู้จากการได้ลงมือ

ปฏิบัติด้วยตนเอง การเรียนรู้จากความสำเร็จของผู้อื่น จากการนำเสนอวิธีที่มีตัวแบบสัญลักษณ์ การชักจูงด้วยคำพูดที่ทำให้เชื่อว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้รับการประเมินความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ ร่วมด้วยทุกครั้ง ในการเข้าร่วมโปรแกรม

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย หมายถึง ความสามารถของร่างกายในการใช้ปริมาณออกซิเจนสูงสุด เพื่อนำไปใช้ในการสร้างพลังงาน ของกล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆ ซึ่งแสดงออกโดย การทำกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถทำได้ ประเมินโดย อ้อม จากระยะทางในการเดินบนพื้นราบได้ไกลที่สุดภายในเวลา 6 นาที มีหน่วยวัดเป็นเมตร (six minute walk test [6MWT]) (ATS, 2002)

อาการหายใจลำบาก หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับความยากลำบากในการหายใจของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ต้องใช้แรงในการหายใจที่เพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ และมีการใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ ซึ่งเป็นอาการที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทรมานจากการหายใจที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ประเมินจาก แบบประเมินอาการหายใจลำบาก (Medical Research Council dyspnea scale [MRC]) สร้างโดย เฟลทเชอร์, เอลเมส, และ วูด ในปี 1959 (Fletcher, Elmes, & Wood, 1959) ฉบับภาษาไทย แปลโดยผู้วิจัย

ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

การดูแลตามปกติ หมายถึง การให้การดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ดำเนินการโดยพยาบาลประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยการให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางในการแก้ปัญหาเป็นรายบุคคล และการให้ความรู้ทั่วไป เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง