

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease [COPD]) คือ โรคที่มีการจำกัดการไหลเวียนอากาศที่เกิดขึ้นอย่างถาวร (persistent airflow limitation) ซึ่งเป็นผลจากการตอบสนองต่อการอักเสบเรื้อรังที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในทางเดินหายใจและปอด จากการได้รับก๊าซหรือสารพิษ (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2011) ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก ปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงถึง 210 ล้านคนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้ถึง 3 ล้านคนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization [WHO], 2009) ทั้งนี้ยังคาดการณ์ว่าจะมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 30 ในอีก 10 ปีข้างหน้า นอกเสียจากจะมีการจัดการป้องกัน และรณรงค์อย่างจริงจัง โดยเฉพาะพฤติกรรมสูบบุหรี่ซึ่งถือเป็นสาเหตุหลักของโรค (WHO, 2012) และได้มีการคาดการณ์ว่าโรคนี้จะเป็สาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปี ค.ศ. 2030 (Larsson, 2007) ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2008 มีผู้ป่วยสูงถึง 13.1 ล้านคน และพบว่าปี ค.ศ. 2007 มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคนี้สูงถึง 124,477 คน นับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประเทศ (American Lung Association [ALA], 2011) สำหรับประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1.5 ล้านคน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายจากการรักษาถึง 12,735 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของรายได้ประชาชาติ และพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นจาก 0.07 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2532 เป็น 3.8 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2552 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2554)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นของระบบทางเดินหายใจ (obstructive pulmonary disease) เป็นโรคที่มีลักษณะของการจำกัดการไหลเวียนของอากาศจากปฏิกิริยาการอักเสบที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังจากการสูดควันบุหรี่ ฝุ่น หรือก๊าซพิษอื่น ๆ มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมและเนื้อปอด ทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดลมขนาดเล็ก เกิดพังผืดที่หลอดลม (airway fibrosis) เกิดการตีบแคบของหลอดลม ทำให้แรงต้านในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น และเกิดการทำลายโครงสร้างของปอด ส่งผลทำให้ความยืดหยุ่นของปอดลดลง จากพยาธิสภาพดังกล่าวส่งผลทำให้เกิดการจำกัด

การไหลเวียนของอากาศ (GOLD, 2011) ทำให้มีอากาศคั่งค้างอยู่ในปอดขณะที่ผู้ป่วยหายใจออก ผู้ป่วยจึงต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นจนเกิดภาวะเรื้อรังของโรค อาจมีอาการไอร่วมกับมีเสมหะ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) และเมื่อโรคดำเนินไปมากขึ้น สมรรถภาพปอดจะลดลงไปเรื่อย ๆ หากมีสิ่งกระตุ้น เช่น มลภาวะ การติดเชื้อในทางเดินหายใจ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบของโรคตามมา (วัชรานุกุลสวัสดิ์, 2555)

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ โดยผลกระทบด้านร่างกายเป็นผลมาจากภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ และคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง ร่วมกับหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานลดลงเนื่องจากภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อส่วนปลายลดลง เกิดการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงจนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายได้ตามปกติ (Hilling & Smith, 1995) และขณะที่มีอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยจะมีการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายจึงยิ่งลดลง (Fabio, Thierry, Martijn, Vanessa, Marc, & Rik, 2005) และขีดจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกายจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อโรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในระยะกำเริบของโรค (Truesdell, 2000) ผลกระทบทางด้านจิตสังคมเกิดจากอาการหายใจลำบากส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รวมถึงบทบาทหน้าที่ และการมีส่วนร่วมในสังคมลดลงจากการสูญเสียความสามารถต่าง ๆ ที่มีอยู่เดิม ก่อให้เกิดความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในระดับต่ำ (Gudmundsson, Gislason, Janson, Lindberg, Ulrik, & Brondum, 2006) แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งส่งผลทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจเกิดจากผู้ป่วยมักมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครอบครัวยากจนได้จากการประกอบอาชีพ และต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น จากผลกระทบต่าง ๆ โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านร่างกายมีผลทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งบ่งบอกถึงประสิทธิภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง (Ries, 2006)

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional capacity) หมายถึง ประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการแสดงถึงความสามารถของร่างกายในการนำออกซิเจนเข้าสู่ปอดและหัวใจ เพื่อนำไปใช้ในการทำงานของกล้ามเนื้อและอวัยวะต่าง ๆ (Kalathiveetil, 2006) ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง

(Fabio et al., 2005; GOLD, 2009) เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากจนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ (Meek & Lareau, 2003) โดยเฉพาะเมื่อมีอาการกำเริบของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการสุขภาพก่อนวันนัด

การใช้บริการสุขภาพ (health care utilization) หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปใช้บริการ หรือ ได้รับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพทั้งของภาครัฐและเอกชนก่อนวันนัด เนื่องจากอาการกำเริบของโรค ซึ่งมีตัวชี้วัดการใช้บริการ ได้แก่ จำนวนครั้งของการมาใช้บริการ ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย อัตราครองเตียง ชนิดของบริการ เช่น บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยฉุกเฉิน (Maurana et al., 1989 อ้างใน กุศล สุนทรธาดา และวรัชย์ ทองไทย, 2539) ในสหรัฐอเมริกาพบว่าในแต่ละปี ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการเข้าใช้บริการทางการแพทย์ 15.4 ล้านครั้ง การเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน 1.5 ล้านครั้ง และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ต้องเข้านอนโรงพยาบาลถึง 636,000 ครั้ง (National Heart, Lung and Blood Institute, 2007) โดยมีค่าใช้จ่ายจากการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินเฉลี่ยรายละ 647 เหรียญสหรัฐ ค่าใช้จ่ายจากการเข้านอนโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยสามัญ เฉลี่ยรายละ 7,242 เหรียญสหรัฐ และค่าใช้จ่ายจากการเข้านอนโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยวิกฤต เฉลี่ยรายละ 20,757 เหรียญสหรัฐ (Dalal, Shah, D'Souza, & Rane, 2011) สำหรับในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจมีอัตราการมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง โดยมีอัตรา 493.2 คนต่อประชากร 1,000 คน และพบอัตราการเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคหอบหืดเรื้อรัง อหิวาต์ และปอดอุดกั้นแบบเรื้อรัง เท่ากับ 351.36 คนต่อประชากร 100,000 คน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2554) จึงส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก โดยสาเหตุสำคัญของการใช้บริการสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือการเกิดอาการกำเริบของโรค ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง เพิ่มความถี่ของการเกิดอาการกำเริบของโรค และทำให้ต้องกลับมาใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล (ชิ คาร์ตัน เกตุ สุริยา, 2547 ; Garcia-Aymerich, Ferrero, Felez, Izquierdo, Marrsdes, & Anto, 2003) ดังนั้นเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงควรเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดการเกิดอาการกำเริบ และลดการใช้บริการสุขภาพ

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปัจจุบันมีหลากหลายวิธี ทั้งการรักษาโดยใช้ยา ได้แก่ ยาขยายหลอดลม ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ และการรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้ออกซิเจน การส่งเสริมภาวะโภชนาการที่เหมาะสม และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553; GOLD, 2009) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคุมอาการ ลดอาการกำเริบของโรค สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตได้อย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และคงไว้ซึ่งศักยภาพในการพึ่งตนเอง ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับและแนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, 2548; American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation [AACVPR], 1998; GOLD, 2009) และมีหลักฐานทางการวิจัยมากมายที่ยืนยันผลลัพธ์ที่ดีของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีหลากหลายรูปแบบ (ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, 2548) เช่น รูปแบบการให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลตนเอง ซึ่งมีทั้งการให้ความรู้ในห้องเรียน การสอนแบบสาธิต (coaching) ทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม การติดตามเยี่ยม และให้ความรู้ที่บ้าน รูปแบบการออกกำลังกายร่วมกับการให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลตนเอง และรูปแบบการออกกำลังกายร่วมกับการให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลตนเอง และการบำบัดด้านพฤติกรรม และจิตสังคม ซึ่งภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดพบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการออกกำลังกาย และความทนในการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มขึ้น (วราภรณ์ บุญมา, 2548; ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, 2548; Lacasse, Goldstein, Lasserson, & Martin, 2009) อาการหายใจลำบากลดลง (ณัชชา กิ่งคำ, 2550; ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, 2548) และมีความพึงพอใจที่ดีขึ้น (กมลวรรณ จันตระกูล, 2547; โชติยา สังเสวก, 2550; ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, 2548; Lacasse, Goldstein, Lasserson, & Martin, 2009) นอกจากนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดยังช่วยลดการเกิดอาการกำเริบ ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ และลดจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, 2548; อจิรวดี ห้อยยี่ภู่, 2552; Derom, Marchand, & Troosters, 2007; Lacasse et al., 2009; Liddell & Webber, 2010; Rubi et al., 2010) แต่จากการศึกษายังพบว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดรูปแบบต่าง ๆ ในระยะสั้นนั้นไม่สามารถที่จะคงไว้ซึ่งผลลัพธ์ และก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ (Moullec, Ninot, Varray, Desplan, Hayot, & Prefaut, 2008) และในทางปฏิบัติยังพบว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพปอดไม่ต่อเนื่อง (สังวาล ชุมภูเทพ, 2550; สมัยพร อาชาล, 2553) แม้จะได้รับการสอนและฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแล้วจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาใช้บริการสุขภาพซ้ำภายหลังจำหน่าย ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะการกลับไปสูบบุหรี่ มีภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม มีการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง และขาดการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง (Zhenying, Chung, Philip, Cheng, & Pin, 2006) จึงจำเป็นต้องหาวิธีการเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างสม่ำเสมอเป็นกิจวัตร (Ries, Kaplan, Myers, & Prewitt, 2003; Heppner, Morgan, Kaplan, & Ries, 2006; Moullec et al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ได้มีการศึกษาเพื่อหากลยุทธ์หรือวิธีการที่จะคงไว้ซึ่งผลลัพธ์ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เช่น การสนับสนุนจากโรงพยาบาลร่วมกับ

การประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชน (Cockram, Cecins, & Jenkins, 2006 ; Moulllec et al., 2008) การสนับสนุนทางโทรศัพท์ (Ries et al., 2003; Heppner et al., 2006) การใช้พยาบาลติดตามเยี่ยมที่บ้าน (Grosbois et al., 1999) รวมถึงการใช้กระบวนการกลุ่ม (Moulllec et al., 2008) ซึ่งวิธีการดังกล่าวส่วนใหญ่จะเน้นที่บทบาทและความรับผิดชอบของบุคลากรทีมสุขภาพเป็นสำคัญ ทำให้ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมหรือหลังพ้นระยะที่มีการกระตุ้นจากบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วยขาดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จึงไม่สามารถคงไว้ซึ่งผลลัพธ์ตามเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะบรรลุเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้นั้น สิ่งสำคัญคือ บุคลากรทีมสุขภาพต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการคงอยู่ของความรู้ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง (AACVPR, 1998) โดยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ทั้งในด้านการออกกำลังกาย การช้ยา การใช้ออกซิเจน การฝึกบริหารการหายใจ และการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต (Ries et al., 2003) ซึ่งขึ้นอยู่กับศักยภาพ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยแต่ละคน (Ries et al., 2007)

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง ถือเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมอาการ ความรุนแรง และลดผลกระทบที่เกิดจากโรค (Creer, 2000; Riegel, Carlson, & Glaser, 2000; Holman & Lorig, 2000) ซึ่งแคนเฟออร์ (Kanfer, 1980) เชื่อว่าไม่มีใครสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนอื่นได้นอกจากตัวบุคคลเอง บุคลากรทีมสุขภาพมีบทบาทเพียงกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเองเพื่อไปสู่พฤติกรรมใหม่ โดยได้พัฒนากระบวนการในการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 1) การกำกับติดตามตนเอง (self-monitoring) คือการสังเกต คิดพิจารณาอย่างรอบคอบ และติดตามตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมาย 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) คือ การเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจว่าพฤติกรรมไหนดีหรือล้มเหลว แล้วนำไปสู่การปรับเปลี่ยนหรือคงพฤติกรรมนั้นไว้ และ 3) การให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement) เป็นการเสริมแรงแก่ตนเองเมื่อประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งสำเร็จ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่มุ่งให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาพบว่า มีผู้นำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟออร์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น วารี กังใจ (Kangchai, 2002) นำแนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุสตรีที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดปัสสาวะราด/กลั้นไม่ทัน พบว่าผู้ป่วยมีความดีของ

การกลืนปีศาจจะไม่อยู่ลดลง ช่วยลดผลกระทบทางด้านจิตสังคมได้ และจุฬารักษ์ คำพานุศย์ (2550) ได้ประยุกต์ใช้การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยให้ปฏิบัติตามกระบวนการจัดการตนเองได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง พบว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติการจัดการตนเองและสมรรถภาพปอดสูงขึ้น มีอาการหายใจลำบาก และความวิตกกังวลลดลง และในระยะติดตามผลภายหลังการทดลองเสร็จสิ้น 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลอง นอกจากนี้ยังพบว่าแนวคิดการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถควบคุมอาการ และความรุนแรงของโรค ช่วยลดความต้องการในการใช้ยา ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Clark, 2008; Janson, McGrath, Covington, Cheng, & Boushey, 2009; Powers, Olsen, Oddone, & Bosworth, 2009) และยังส่งผลต่อพฤติกรรมในระยะยาวของผู้ป่วย ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ (Sol, van der Graaf, Brouwer, Hickox, & Visseren, 2010) ดังนั้นหากส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างเหมาะสม ก็จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น และลดการใช้บริการสุขภาพ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการใช้บริการสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพัฒนาการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1980) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่เน้นการใช้ศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และจัดการกับโรคเรื้อรังของตนเอง สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยซึ่งมีความจำเป็นอย่างมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีขั้นตอนในการนำไปใช้ที่ชัดเจน ไม่ซับซ้อน ผู้ป่วยสามารถเข้าใจ และปฏิบัติได้ง่าย โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการกำกับติดตามตนเอง ประเมินตนเอง และให้แรงเสริมตนเอง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และลดการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วย และผลการศึกษาคั้งนี้จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปเป็นแนวทางในการยกระดับคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
3. เพื่อเปรียบเทียบการใช้บริการสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมากกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
3. จำนวนครั้งของการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. จำนวนครั้งของการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดน้อยกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre and post test design) เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการใช้

บริการสุขภาพในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556

นียมศัพท์

การส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด หมายถึง วิธีการสนับสนุนให้ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างถูกต้อง และต่อเนื่องสม่ำเสมอที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1980) โดยมีขั้นตอนของการจัดการตนเอง คือ 1) การกำกับติดตามตนเอง 2) การประเมินตนเอง และ 3) การให้แรงเสริมตนเอง ซึ่งการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะการดำเนินการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีระยะเวลา 6 สัปดาห์ และระยะการติดตามประเมินผล มีระยะเวลา 8 สัปดาห์

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย หมายถึง ประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการแสดงถึงความสามารถของร่างกายในการนำออกซิเจนเข้าสู่ปอดและหัวใจ เพื่อนำไปใช้ในการทำงานของกล้ามเนื้อและอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งประเมินโดยอ้อมจากระยะทางการเดินบนทางราบเป็นเมตรในเวลา 6 นาที รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกระยะทางการเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที

การใช้บริการสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับบริการจากแหล่งบริการสุขภาพทั้งของภาครัฐและเอกชนก่อนวันนัด เนื่องจากอาการกำเริบของโรค สำหรับการศึกษานี้ ประเมินจากจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน (admission) และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก (out-patient department visit) หรือแผนกฉุกเฉิน (emergency department visit) ก่อนวันนัดภายใน 2 เดือนที่ผ่านมา รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกจำนวนครั้งของการใช้บริการสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง บุคคลที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร โดยมีความรุนแรงของโรคระดับ 3 และ 4 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคปอดแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ ขณะรอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุการเกิดโรค การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการมาตรวจตามนัด