

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) เป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2545 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิต 21.1 คนต่อประชากร 100,000 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) และจากสถิติการมารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงฆ์ตลอดปี พ.ศ. 2545 พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากเป็นอันดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 4.08 รองจากโรคที่เกี่ยวกับฟันและความผิดปกติของฟัน และโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 7.01 และ ร้อยละ 4.25 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสงฆ์, 2545) ซึ่งในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้อาการหายใจลำบากเป็นอาการสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ (McCarley, 1999: 231) การควบคุมอาการหายใจลำบากในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นจุดประสงค์สำคัญของการรักษาพยาบาล (Esmond, 2001: 110) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้จึงเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการของตนเอง ซึ่งจะทำการพยาบาลมีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพียงพอในการลดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาการหายใจลำบากเป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีความลำบากในการหายใจหรือรู้สึกหายใจไม่เต็มอิ่ม ซึ่งผู้อื่นไม่สามารถมองเห็นได้จากการสังเกต อาการหายใจลำบากเกิดจากปัจจัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และความทนทานต่ออาการหายใจลำบากซึ่งมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย (Gift, 1990: 956) รายงานการศึกษาเกือบทั้งหมดพบว่าการรายงานระดับอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับหน้าที่การทำงานของปอดเพียงเล็กน้อย และอาการหายใจลำบากก็แตกต่างไปจากการทำหน้าที่ผิดปกติของปอด (lung dysfunction) (McCarley, 1999: 232) ซึ่งสอดคล้องกับ Steel and Shaver (1992) ที่กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่ออาการหายใจลำบากคือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคล ดังนั้นอาการหายใจลำบากจึงเป็นการรับรู้และการรายงานของผู้ป่วยเอง (Stulbarg & Adams, 1994 cite in Supapron Duanagpaeng, 2002: 12) สภาวะจิตใจของผู้ป่วยจึงสัมพันธ์กับการรายงานอาการของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Gift, 1999 cite in Gift and Pugh, 1993: 377)

อาการหายใจลำบากทำให้ผู้ป่วยต้องออกแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยค่อยๆ ลดกิจกรรมทางกายลง (physical activity) เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงอาการหายใจลำบาก แบบแผนชีวิตจึงเปลี่ยนไปเป็นการอยู่นิ่งๆ สภาพร่างกายเสื่อมลงและมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Leidy, 1994 cite in Larson, 1998: 255; Woo, 2002: 530) จากการที่อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับความกลัวทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่างๆ และแยกตัวจากสังคม (Williams, 1990 cite in Esmond, 2001: 110) ซึ่งจะยิ่งทำให้หน้าที่ของร่างกายลดลง และมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น (Berry et al., 2003: 60) และเมื่อมีอาการหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อความผาสุกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมมากยิ่งขึ้น (Gift, Plaut and Jacox, 1986) ทำให้รู้สึกสิ้นหวังช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (Taylor, 1983 cite in Esmond, 2001: 115) และพบว่าอาการหายใจลำบากเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อภาพรวมของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Suvimon Tanpradech, 2000: 49) โดยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและเพิ่มอัตราเสี่ยงในการเสียชีวิต (Fuchs-liment et al., 2001)

จากการศึกษาของ Supapron Duangpaeng (2002) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทยสามารถพัฒนาตนเองเป็นผู้เชี่ยวชาญในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองได้ โดยมีการพัฒนากระบวนการของความรู้ ความสามารถและทักษะเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากเรื้อรัง ซึ่งกระบวนการนี้จะไม่หยุดนิ่งและมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา โดยที่ผู้ป่วยแต่ละรายจะให้ความหมายของโรคหรืออาการที่แตกต่างกัน ทำให้มีการตอบสนองต่ออาการหายใจลำบาก และมีการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่แตกต่างกันออกไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Carrieri & Janeson-Bjerklie (1986) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีการลองผิดลองถูกเพื่อหากลวิธีต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับช่วงที่มีอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง แต่จากการศึกษาของ Supapron Duangpaeng (2002) ยังพบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ และทักษะที่จำเป็น ดังนั้นการปฏิบัติพยาบาลที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยแต่ละราย โดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ พยาบาลก็จะเข้าใจการให้ความหมาย การรับรู้ และการประเมินอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยซึ่งมีความแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย นั่นคือผู้ป่วยต้องได้รับการพัฒนาความสามารถในการจัดการกับอาการที่ตรงกับความต้องการของตนเอง เพราะการรับรู้เป็นการแปลความของข้อมูลผ่านกระบวนการตระหนักรู้ของแต่ละบุคคลจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลประกอบไปด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย และมีงานวิจัยจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นว่าการเข้าใจอาการของผู้ป่วยมีความสำคัญ

โดยมีการศึกษาทั้งในผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยที่มีอาการของระบบหายใจเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง เป็นต้น (Larson, 1994)

ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการปฏิบัติการพยาบาลขององค์การอนามัยโลกได้เน้นว่าบทบาทที่สำคัญมากของพยาบาลคือการจัดการกับอาการต่างๆ และร่วมกันค้นหาวิธีการจัดการหรือบรรเทาเบาบางอาการนั้นๆ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) และจากแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Dodd et al., 2001) ที่มุ่งเน้นแนวคิดหลักสามแนวคิดคือ แนวคิดประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย (Symptom Experience) แนวคิดกลวิธีในการจัดการกับอาการเจ็บป่วย (Symptom Management Strategies) และแนวคิดผลลัพธ์จากอาการเจ็บป่วย (Outcomes) โดยพบว่าอาการเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยรู้สึกและตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีวิตสังคม เป็นการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเอง และมีแนวคิดว่าการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เน้นเพียงการหาสาเหตุของโรคนั้น ไม่เพียงพอที่จะควบคุมอาการซึ่งทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานได้ แต่ควรมีการจัดการทั้งสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กัน และพยาบาลก็มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นถ้าพยาบาลเห็นความสำคัญของการประเมินการรับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยจะทำให้เกิดการรับรู้ที่ตรงกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลบรรลุเป้าหมาย

ได้มีผู้นำแบบจำลองการจัดการกับอาการ ไปพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดสำหรับการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Rungrawee Navichareem, 1999) โรคหอบหืด (Piyathida Duangjai, 1999) โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Papaporn Chukumnerd, 1999) โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น (Supaporn Inthisang, 1999) โรคปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติดิส คารินิไอ (Sureeporn Thanasilp, 2001) ผู้ป่วยลิ้นหัวใจพิการ (Supatra Buatee, 2001) โดยการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยการจัดการกระทำให้กับกลุ่มตัวอย่างที่เน้นการปรับประสบการณ์การเจ็บป่วย ผลพบว่าทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่แนวคิดดังกล่าว ยังไม่ได้มีการนำมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมีอาการหายใจลำบาก และจากการที่อาการหายใจลำบากเป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่ละคนรับรู้ และประเมินแล้วจึงเกิดการตอบสนองต่ออาการดังกล่าว แต่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเองยังรับรู้อาการหายใจลำบากไม่ถูกต้อง ซึ่งทำให้การจัดการกับอาการหายใจลำบากไม่มีประสิทธิภาพ (Gift, 1990: 955 ; Weiner et al., 2000 : 673) และพบว่าผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค เช่น โรคทางระบบประสาท โรคหัวใจ โรคหอบหืด ก็จะอธิบายความหมายของอาการหายใจลำบากที่มีลักษณะแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของโรคนั้นๆ และความแตกต่างระหว่างบุคคลที่มีพื้นฐานทางด้านวัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม และการศึกษาที่แตกต่างกัน (Simon et al., 1990) และสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้วพบว่าผู้ป่วยจะรายงานการต้องออกแรงในการหายใจ ระดับความ

รุนแรงและความทุกข์ทรมานในการหายใจที่สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคหอบหืดที่อาการคงที่ (Meek et al., 2003: 344) ดังนั้นการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงต้องใช้การจัดการที่แตกต่างไปจากอาการหายใจลำบากในโรคอื่นๆ

การที่พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก จึงควรตระหนักในประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย โดยเฉพาะในพระภิกษุสงฆ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันกับบุคคลทั่วไป กล่าวคือพระภิกษุสงฆ์จะมีการปฏิบัติด้วยการฝึกสมาธิเป็นกิจวัตร ซึ่งจากการศึกษาของ Dudley et al (1980: 546) พบว่าปฏิบัติสมาธิครั้งละ 20 นาที วันละ 2 ครั้ง ก่อนหรือหลังรับประทานอาหารช่วยให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลง และลดการใช้ออกซิเจน ทำให้การหายใจช้าลงและอยู่ในภาวะปกติ ส่งผลให้อาการหายใจลำบากลดลง นอกจากนี้แล้วการบริหารการหายใจโดยการห่อปาก ซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งในการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใดๆ ช่วย และผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคทุกระดับสามารถปฏิบัติได้โดยไม่เกิดผลข้างเคียงใดๆ พบว่าช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มปริมาตรความจุปอด ลดปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง เพิ่มปริมาณก๊าซออกซิเจนในเลือดแดง และเพิ่มความสามารถในการออกกำลังกายจึงทำให้อาการหายใจลำบากลดลง (Casciari et al., 1981; Mueller, Petty and Filley, 1970; Thomus et al., 1966; Tiep et al., 1986 cite in Truesdell, 2000: 180) ดังนั้นการนำทักษะการหายใจโดยการห่อปาก และการนำสมาธิที่พระภิกษุปฏิบัติเป็นกิจวัตรอยู่แล้วมาใช้ในพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะทำให้การจัดการกับอาการหายใจลำบากในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์พระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 3 รูปที่โรงพยาบาลสงฆ์ เกี่ยวกับประสบการณ์อาการหายใจลำบากในกลุ่มพระภิกษุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยยังไม่ทราบ่วิธีการหายใจโดยการห่อปากจะไปช่วยลดอาการหายใจลำบากได้อย่างไร จึงไม่มั่นใจที่จะนำไปปฏิบัติ และการทำสมาธิทราบว่าจะช่วยทำให้ผ่อนคลายแต่ไม่ทราบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการหายใจลำบาก (ไพรวลัย โศตรตะ, 2545) ดังนั้นจึงอาจทำให้การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคและควบคุมอาการหายใจลำบากน้อยกว่าที่ควรจะเป็น นอกจากนี้จากการสังเกตของผู้วิจัยยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอันได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในเรื่องการใช้ยา การบริหารการหายใจ การมาตรวจตามนัด โดยทั่วไปยังเป็นการสื่อสารที่เน้นที่พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลฝ่ายเดียว

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองซึ่งประกอบด้วย การมองอาการผ่านมุมมองประสบการณ์ของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่ละคนที่มีความเป็นบุคคลซึ่งประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ สุขภาพหรือความเจ็บป่วยและ

สภาพแวดล้อมซึ่งแตกต่างกันมาเป็นแนวทางในการจัดการกับอาการหายใจลำบากซึ่งเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับจิตสังคม โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนเริ่มเข้าใจความหมายของอาการหายใจลำบากด้วยตัวผู้ป่วยเอง และเลือกวิธีการที่จะลดอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง ในขณะที่พยาบาลจะเป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วย โดยรับฟังอย่างใส่ใจและช่วยประเมินทักษะของผู้ป่วย รวมทั้งการให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะที่จำเป็น และเป็นที่ต้องการในการจัดการกับอาการหายใจลำบากให้กับพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยจะสามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้วการควบคุมอาการหายใจลำบากถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการที่จะควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ซึ่งจะส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลมีความครอบคลุม และมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองมีอาการหายใจลำบากน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ นั่นคือการศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลง และทำให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น

ปัญหาการวิจัย

1. อาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. อาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

อาการหายใจลำบากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ มากมายทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ลักษณะการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม จึงทำให้อาการหายใจลำบากมีระดับที่แตกต่างกัน (Steel and Shaver, 1992: 72) และเนื่องจากอาการหายใจลำบากเป็นการรับรู้ของบุคคลซึ่งแต่ละบุคคลก็มีความแตกต่างกัน เมื่อผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากไม่ถูกต้อง รับรู้ถึงการควบคุมอาการไม่ได้และรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ผู้ป่วยจึงไม่เกิดการตระหนักรู้และไม่มีความหวังที่จะควบคุมอาการให้ลดลง ทำให้มีผลต่อสภาวะอารมณ์เกิดความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้าซึ่งจะยิ่งส่งผลให้อาการหายใจลำบากรุนแรงมากขึ้น และอาการของโรคก็ยิ่งจะรุนแรงขึ้นตามมา (Dahlmann, 2003) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีประสบการณ์อาการหายใจลำบากจะมีการตอบสนองด้านร่างกายต่ออาการ โดยถ้าผู้ป่วยประเมินและรู้ว่าอาการหายใจลำบากเป็นภาวะคุกคามก็อาจจะทำให้มีการตอบสนองทางด้านร่างกายโดยการเพิ่มการหายใจ ส่งผลให้มีการส่งสัญญาณประสาทนำเข้าไปในระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มขึ้นเป็นผลให้การรับรู้ของอาการหายใจเพิ่มขึ้น (Dodd et al., 2001: 672)

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001: 668-676) กล่าวว่าอาการเป็นการรับรู้ประสบการณ์ที่เป็นผลสะท้อนของการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางจิตสังคม (Biopsychosocial) และเป็นการรับรู้หรือการตระหนักของแต่ละบุคคล อาการเป็นสิ่งสำคัญที่บอกแนวทางที่ทำให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลต้องเข้าใจผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการ จากการสังเกต การวัด และจากรายงานซึ่งจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการจัดการกับอาการ แบบจำลองการจัดการกับอาการกล่าวถึง 3 แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กันคือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของอาการ โดยให้ผู้ป่วยได้ค่อยๆ ผ่านเข้าสู่กระบวนการตระหนักรู้จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถให้ความหมาย และความสัมพันธ์ของสาเหตุของอาการจนเกิดเป็นความเข้าใจ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลคือการทำความเข้าใจกับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโดยการรับฟัง และสอบถามจากผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง นอกจากนั้นยังต้องประเมินผู้ป่วยทั้งจากทางตรงและทางอ้อม 2) กลวิธีการจัดการกับอาการ (Symptom Management Strategies) กลวิธีในการจัดการมุ่งไปที่การปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะให้ความรู้และทักษะที่ถูกต้องให้การสนับสนุนด้วยวิธีการต่างๆ และการรักษาด้วยยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง และการจัดการกับอาการยังเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาหรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมและต้องการของผู้ป่วยสำหรับกลวิธีนั้นๆ ในการจัดการกับ

อาการ และ 3) ผลลัพธ์ (outcomes) โดยเป้าหมายในการควบคุมอาการก็คือการหลีกเลี่ยงหรือชะลอผลลัพธ์ด้านลบทางชีววิทยาทางการแพทย์ให้เกิดซ้ำที่สุด โดยพยาบาลและผู้ป่วยแต่ละรายจะพิจารณาผลลัพธ์ร่วมกัน

สัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ทราบการตระหนักรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน โดย Joos and Hickam (1990 cite in Supapron Duangpaeng, 2002: 205) พบว่าสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังช่วยเพิ่มการติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ฟังพอใจ และให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Supapron Duangpaeng (2002: 205-206) ที่พบว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจในการตัดสินใจให้ช่วยเหลือเมื่ออาการหายใจลำบากเกิดขึ้น ผู้ป่วยกล้าที่จะถามคำถามหรือขอคำแนะนำเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากที่เรื้อรังของตนเอง ซึ่งผลที่ตามมาคือทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถเพียงพอในการที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อที่จะจัดการกับอาการหายใจลำบากจนทำให้อาการหายใจลำบากลดลง ดังนั้นพยาบาลจึงควรจะได้สอบถามผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้อธิบายถึงความยากลำบากในการหายใจจากตัวผู้ป่วยเอง และประเมินการตอบสนองต่ออาการหายใจลำบากดังกล่าว (Spector, 2002)

สำหรับทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก พบว่าการบริหารการหายใจโดยการห่อปากทำให้อาการหายใจลำบากลดลง (Casciari et al., 1981; Mueller, Petty and Filley, 1970; Thomus et al., 1966; Tiep et al., 1986 cite in Truesdell, 2000: 180) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิรินาด มีเจริญ (2541) ที่พบว่าการใช้เทคนิคผ่อนคลายโดยการทำสมาธิร่วมกับการหายใจโดยการห่อปากช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากอาการหายใจลำบาก ซึ่งภายหลังการใช้เทคนิคดังกล่าววันละ 2 ครั้ง ในเวลาเช้า และ ในเวลาเย็น โดยใช้เวลานานครั้งละ 20 นาที เป็นเวลา 6 วัน ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยบรรเทาจากอาการหายใจลำบาก

ดังนั้นการจัดการกับอาการจึงเป็นกระบวนการที่อาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินสภาพหรือปัญหาของผู้ป่วย การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล ทั้งนี้ในการประเมินปัญหานั้นเน้นที่การประเมินประสบการณ์การเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วย พยาบาลวางแผนให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถในการจัดการกับอาการด้วยตนเองได้ และให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการกับอาการ โดยมีพยาบาลติดตามและประเมินผล

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง (Self-Symptom Management) สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากแบบจำลองการจัด

การกับอาการของ Dodd et al (2001) โดยโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากนี้ประกอบด้วย

1. การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก เริ่มด้วยการที่ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้เล่าประสบการณ์ในเรื่องอาการหายใจลำบาก โดยยอมรับในความเป็นบุคคลด้วยการแสดงท่าทีที่เป็นกันเองและยอมรับฟังความคิดเห็น และในการประเมินนั้นจะให้ผู้ป่วยแต่ละคนประเมินว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่คุณเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติหรือไม่ ในขณะที่เดียวกันพยาบาลจะให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ของคนกับสิ่งแวดล้อม โดยตระหนักว่าผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันจากปัจจัยต่างๆ ทำให้บุคคลมีการปรับตัว และตอบสนองต่อการเกิดอาการหายใจลำบากที่แตกต่างกัน และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะทำให้พยาบาลเข้าใจความคิด ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน และผู้ป่วยเองก็จะเกิดความไว้วางใจพยาบาล และกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลของตนเอง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ฟังพอใจ และให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำต่อไป

2. การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยหลังจากให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากแล้ว ให้ผู้ป่วยได้ระบุประสบการณ์ก่อนการเกิดอาการหายใจลำบาก ขณะเกิดอาการหายใจลำบาก และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ การปรับการรับรู้ของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ทำได้โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก และการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยข้อมูลที่ให้มีความเหมาะสม มีความจำเป็น เฉพาะเจาะจงและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน และในระหว่างพูดคุยจะมีการให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยซักถามหรือให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ โดยเพิ่มความรู้เรื่องโรคและความรู้ในการจัดการกับอาการ โดยพยาบาลจะเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้นหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

3. การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยการควบคุมอาการหายใจลำบากที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล โดยการสอนทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับอาการหายใจลำบากเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย เช่น การบริหารการหายใจโดยการห่อปาก การใช้ยาและการผ่อนคลาย และทั้งนี้ในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ที่มีการทำสมาธิเป็นปกติและปฏิบัติได้คืออยู่แล้ว ถ้าได้นำมาเป็นข้อมูลเสริมแรงให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการที่จะปฏิบัติต่อไป ก็จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้นในการที่จะจัดการกับอาการหายใจลำบาก

4. ปฏิบัติการในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยได้ฝึกบริหารการหายใจโดยการห่อปากที่วัด และปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบากจากความรู้ และทักษะที่ได้รับจากพยาบาล เมื่อผู้ป่วยถูกสอนให้ฝึกบริหารการหายใจโดยการห่อเป่าปาก

อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในเวลาเช้า และ ในเวลาเย็น โดยใช้เวลานานครั้งละ 20 นาทีเป็นเวลา 5 สัปดาห์ จะช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากอาการหายใจลำบาก และจากการที่การหายใจโดยการห่อปากซึ่งเป็นวิธีการลดอาการหายใจลำบากที่ไม่ต้องเสียดค่าใช้จ่ายใดๆ จึงเหมาะสำหรับพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยสามารถจะปฏิบัติได้ตลอดเวลาเมื่ออาการหายใจลำบากเกิดขึ้นเพื่อที่จะป้องกันและลดอาการหายใจลำบาก

5. การประเมินผลการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลเพื่อร่วมกันวางแผนในการควบคุมอาการหายใจลำบากต่อไป และในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองนี้จะเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการหายใจลำบากก็จะเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าเมื่อผู้ป่วยมีกลวิธีในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการประเมินอาการหายใจลำบาก ทำให้มีการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทนทานต่ออาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น และในที่สุดก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากน้อยลงตามมา

สมมติฐานการวิจัย

1. พระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วม โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองหลังสิ้นสุดโปรแกรมจะมีอาการหายใจลำบากน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. พระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วม โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองจะมีอาการหายใจลำบากน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research Design) แบบแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest (before-after) Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำการศึกษาในพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ (อายุ 35-59 ปี) ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ประชากรที่กำหนดระหว่างวันที่ 9 มีนาคม ถึง วันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2547 โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาล

ตามปกติ ขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดโปรแกรม 5 สัปดาห์ โดยติดตามผลการปฏิบัติในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองพร้อมกับกระตุ้นเตือน และให้กำลังใจในการปฏิบัติเพื่อจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 3 และ สัปดาห์ที่ 5 หลังจากการพบกับผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

2.2 ตัวแปรตาม คือ อาการหายใจลำบาก

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดความสามารถในการควบคุม และป้องกันอาการหายใจลำบากด้วยตนเองอย่างมีระบบที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยรายบุคคล โดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al (2001) เป็นกรอบแนวคิด โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้เล่าประสบการณ์ในเรื่องอาการหายใจลำบาก โดยให้ผู้ป่วยได้ระบุประสบการณ์ก่อนการเกิดอาการหายใจลำบาก ขณะเกิดอาการหายใจลำบาก การประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก และการตอบสนองต่ออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยแต่ละราย และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ โดยพยาบาลยอมรับในความเป็นบุคคล แสดงท่าทีที่เป็นกันเองและยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย

1.2 การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยหลังจากให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากแล้ว ในระหว่างพูดคุยมีการให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยซักถามหรือให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ โดยเพิ่มความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบากเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้อาการหายใจลำบากรุนแรงมากขึ้น และ วิธีการป้องกันและควบคุมอาการหายใจลำบาก รวมทั้งการสอนการหายใจโดยการห่อปาก ตลอดจนมีการแจกคู่มือการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.3 การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดการอาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นการฝึกทักษะโดยการสาธิตและสาธิตย้อน

กลับโดยผู้วิจัยในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ และเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในเรื่องการหายใจโดยการห่อปากและ การฝึกการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม

1.4 ผู้ป่วยปฏิบัติการในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองที่วัด โดยเป็นการปฏิบัติการหายใจโดยการห่อปากทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในเวลาเช้า และเย็น ครั้งละ 20 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์

1.5 การประเมินผลในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก เป็นการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการกับอาการด้วยตนเองว่าได้ผลเป็นอย่างไรบ้างเพื่อร่วมกันวางแผนในการควบคุมอาการหายใจลำบากต่อไป

ผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1, 3 และ 5 โดยในการพบผู้ป่วยแต่ละครั้งจะใช้เวลาในการพบกับผู้ป่วยครั้งแรกประมาณ 45 นาที ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ประมาณครั้งละ 20 นาที เพื่อประเมินการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย และกระตุ้นเตือนพร้อมกับให้กำลังใจเพื่อให้คงการปฏิบัติในการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อไป ซึ่งตลอดระยะเวลาตั้งแต่เริ่มโปรแกรมจนถึงสิ้นสุดโปรแกรมใช้เวลารวม 5 สัปดาห์

2. อาการหายใจลำบาก หมายถึง การรับรู้ถึงภาวะที่หายใจไม่อิ่ม มีความยากลำบากในการหายใจ ซึ่งจะเป็นการรายงานด้วยตัวของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่ามีระดับมากน้อยเพียงใด โดยจะทำเครื่องหมาย ณ จุดที่ตนเองรับรู้ว่ามีระดับความยากลำบากในการหายใจหายใจไม่อิ่ม ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการหายใจลำบาก (Dyspnea Visual Analogue Scale, DVAS) ในแนวตั้งของ Hayes and Patterson (1921 cite in Gift, 1989) คะแนนมากหมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะที่หายใจไม่อิ่ม มีความยากลำบากในการหายใจมาก

3. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง คำแนะนำต่างๆที่พระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับจากเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลเป็นรายบุคคล ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ระหว่างที่มารับการตรวจรักษาพยาบาล ซึ่งได้แก่คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค และควบคุมอาการหายใจลำบากจากความรุนแรงของโรค

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองสำหรับพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น