

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นับวันจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Luckmann, 1997) คาดว่าทั่วโลกจะมีประมาณ 32 ล้านคน (Ketelaars, 1996) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ เพราะเป็นกลุ่มอาการของโรคระบบหายใจที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Buchi et al., 1997) เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุป่วย และมีความพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ (Narsavage, 1997) มีผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง และต่ำกว่าผู้ป่วยเรื้อรังประเภทอื่น (Anderson, 1995)

สำหรับประเทศไทย สถิติการสูบบุหรี่ของคนไทยมีจำนวนสูงมากขึ้นโดยเฉพาะภาคกลางและภาคใต้ จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2539 ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีจำนวน 11,254,270 คน เท่ากับร้อยละ 1 ของผู้สูบบุหรี่ของโลกที่มีทั้งหมด 1100 ล้านคน แม้สาเหตุการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สาเหตุส่งเสริมที่สำคัญที่สุดและพบมากที่สุดคือการสูบบุหรี่ (Subramanian & Guntupalli, 1994) พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ (Fiel, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของลิ้มทองกุลและคณะ (Limthongkul, Wongtim, Udompanich, Charoenlap & Nuchprayoon, 1991) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตั้งแต่ปี 2525-2529 ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญคือการสูบบุหรี่ ซึ่งพบในผู้ป่วยถึงร้อยละ 94 โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประวัติการสูบบุหรี่วันละ 1.15 ซองเป็นเวลานาน 43 ปี การเจ็บป่วยผู้ป่วยเริ่มมีอาการไอเรื้อรังเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป (สุวรรณรัตน์, 2542) เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการแล้วไม่สามารถหยุดยั้งหรือรักษาให้หายขาดได้ คนที่เป็นโรคนี้อาจมีความรู้สึกผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาเพราะเหนื่อยง่าย กิจกรรมหลายอย่างถูกจำกัด ขาดความเป็นอิสระ อาการหายใจลำบากทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวต่อการสูญเสียชีวิต (Devito, 1990) เพราะรู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคามและไม่มีความปลอดภัย (Gradon & Ross, 1995) ผู้ป่วยลดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมและพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทำให้รู้สึกถูกคุกคามต่อศักดิ์ศรีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Leidy & Traver, 1995) ปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่ทวีความรุนแรงตามความก้าวหน้าของโรค ร่วมกับการต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงในชีวิตมากมาย ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมีคุณภาพชีวิตลดลง ได้รับความทุกข์ทรมานในชีวิตมากขึ้น ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยทั้ง

ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในช่วงที่เหลือได้อย่างมีคุณค่ามากที่สุด ถือเป็นเป้าหมายสำคัญนอกเหนือไปจากการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และคุณภาพชีวิตเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการที่สำคัญ ที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Engstrom, Persson, Larson, Ryden & Sullivan, 1996; Saroea, 1993) และมีความสำคัญต่อการวิเคราะห์คุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยเคยได้รับ (Walters, 1994) อันจะนำไปสู่การพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพบริการผู้ป่วยต่อไป

คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม (Holmes & Dickerson, 1987) เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับเวลาและสถานการณ์ (Sutcliffe & Holmes, 1991) และมีความเป็นอัตนัย (subjectivity) เพราะเกี่ยวข้องกับและสัมพันธ์กับปรากฏการณ์ทางจิตวิสัยของบุคคลโดยเฉพาะ เช่น สภาพร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางด้านร่างกาย จิตสังคม และการรับรู้ความสุขในชีวิต บุคคลที่มีประสบการณ์ชีวิตโดยตรงเพียงผู้เดียว เป็นผู้ที่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของตนเองได้ถูกต้องทั้งหมด (Parse, 1994) ดังนั้นการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งต้องการรับรู้และเข้าใจคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างลึกซึ้งและถูกต้อง จำเป็นต้องประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยโดยตรง (Curtis, Deyo & Hudson, 1994)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยหรือความรุนแรงของโรค การรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพและผลกระทบ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่และแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วย เช่น สถิติปัญญา ภาวะอารมณ์ ฐานะทางเศรษฐกิจ (Miller, 1992) อาการหายใจลำบากเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง ทำให้ประสบปัญหาด้านการนอนหลับพักผ่อน (Curtis et al., 1994) มีข้อจำกัดด้านร่างกาย และภาวะกดดันด้านจิตวิญญาณ (Engstrom et al., 1996) ต้องแยกตัวจากสังคม (Leidy & Traver, 1995) ผลของการปรับชุดเซย์ด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่า ความภาคภูมิใจในตนเอง (Nicolas & Leuner, 1992) และอาการหายใจลำบากมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมกรรมการตอบสนองทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง เพราะรู้ว่าอาการหายใจลำบากเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและทำให้เสียชีวิตได้ (Saroea, 1993)

ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งด้านร่างกายและจิตใจต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกันตลอดเวลา ส่งผลต่อการรับรู้ความสุขในชีวิตทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตได้แตกต่างกัน เนื่องจากความสามารถทางด้านร่างกายจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ในขณะที่ความสามารถทางด้านจิตสังคมจะขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของผู้ป่วย (Curtis et al., 1994) จึงทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ที่มีความรุนแรงของโรคเหมือนกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันได้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ได้ต่ำกว่าศักยภาพของตนเอง และต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าผู้ที่มีความรุนแรงของโรคมักกว่า บางรายมีภาวะซึมเศร้ามาก และรับรู้ความสุขความพึงพอใจในชีวิตต่ำ เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ แต่ผู้ที่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ดี ลดการพึ่งพาผู้อื่น จะมีความพึงพอใจในชีวิต รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Leidy & Haase, 1996) เช่นเดียวกับผู้ที่สามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้ จะสามารถลดภาวะกดดันจากการใช้ชีวิต ทำให้มีความพึงพอใจ รับรู้ความสุขในชีวิตเพิ่มมากขึ้น (Scherer & Schmieder, 1996)

การศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้เริ่มมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 (Curtis et al., 1994) เป็นการศึกษาเชิงปริมาณในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ แบ่งตามความรุนแรงของโรค วิธีการดูแลรักษาที่ได้รับเพื่อควบคุมอาการหายใจลำบาก และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต โดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลหลายชนิดประกอบกัน (fragment approach) อันเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (King et al., 1995) เช่นการศึกษาเรื่องตัวชี้วัด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ต้องใช้เครื่องมือวัดมิติทางด้านร่างกาย ร่วมกับเครื่องมือวัดมิติด้านจิตใจ และมิติทางสังคม เศรษฐกิจ (Ketelaars et al., 1996) ผู้ป่วยผู้สูงอายุต้องใช้เวลานานในการตอบแบบสอบถาม ทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย และมีความรู้สึกนึกคิดเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ตัวชี้วัดทางวัตถุวิสัยที่ใช้กันมากในการประเมินคุณภาพชีวิตเป็นการวัดทางกายภาพ ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีประสบการณ์ชีวิตและรับรู้ต่อประสบการณ์นั้นอย่างไร (Oleson, 1990) การศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงปริมาณจึงไม่สามารถประเมินการรับรู้ด้วยตนเองของผู้ป่วยต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิตอันเป็นคุณภาพชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ทั้งหมด การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเชิงคุณภาพ จึงเป็นวิธีการเหมาะสมที่จะได้มาซึ่งข้อมูลทั้งหมดที่ต้องการ

จากการทบทวนเอกสารการวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณในประเด็นของผลกระทบของโรค ( Anderson, 1995 ; Gift & McCrone, 1993 ; Keele – Card, Foxall & Barron, 1993 ; Lee, Gradon, & Ross, 1991 ; Leidy, 1995 ; Weaver & Narsavage, 1992) วิธีการรักษา (McSweeny, Grant, Heaton, Adams & Timms, 1982; Prigatano, Wight & levin, 1984; Stewart et al., 1989 ; Schrier et al., 1990; Gift, Moore & Soeken, 1992 ; Sassi & Damborn, 1995 ) ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพเท่าที่ค้นพบเป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Chalmer, 1984) ประสบการณ์การหายใจลำบากของผู้ป่วยขณะนอนในโรงพยาบาล (DeVito, 1990) ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ( Small & Gradon, 1993) ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ( Leidy & Haase, 1996) สำหรับประเทศไทยมี

รายงานการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณในประเด็นการดูแลตนเองและความผาสุก ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (เกศรินทร์, 2534 ; ประสบสุข, 2534 ; วรรณระวี, 2534)ตามลำดับ ความเครียดและการเผชิญความเครียด (กองสิน, 2534) ความเข้มแข็งในการมองโลกกับการปรับตัว (จินดาวรรณ, 2539) การผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวล (นพพร, 2540) ต่อความทุกข์สบาย (สิรินาถ, 2541) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย (สุรางรัตน์, 2542) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (วราณี, 2542) ประเด็นของคุณภาพชีวิตเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตที่สูญเสียไป (จารุณี, 2542) การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต (นิรามัย, 2535) ส่วนการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพมีเพียงการศึกษาเรื่องประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วย (มนัสวี, 2542) ยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเท่าที่มีการศึกษาเป็นเครื่องมือเพื่อใช้สำหรับผู้ป่วยในสังคมตะวันตกทั้งสิ้น แต่ผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มที่อยู่ในสังคมและวัฒนธรรมไทย มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตแตกต่างจากสังคมและวัฒนธรรมตะวันตก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยให้ระเบียบวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอริแมนนิติก ซึ่งเน้นความละเอียดลึกซึ้งในการค้นหาความหมายของประสบการณ์ชีวิตของบุคคล โดยคาดหวังว่านอกเหนือจากความเข้าใจที่ลึกซึ้งแล้ว ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพบริการที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

## วัตถุประสงค์

เพื่อบรรยายและอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

## คำถามการวิจัย

1. ความหมายของคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างไร
2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอะไรบ้าง
3. ผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างไร
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอะไรบ้าง

## กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological method) แบบเฮร์เมนิวติก (hermeneutic phenomenology) เพื่อบรรยายและอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามการให้ความหมายประสบการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นจริงของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยเรื้อรังประเภทอื่น เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถาม และได้ศึกษาปรัชญาของรูปแบบการวิจัย เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามได้อย่างครอบคลุมและวางแผนการวิจัยได้ถูกต้อง แต่ไม่ได้ใช้แนวคิดดังกล่าวมาควบคุมการศึกษาวิจัยแต่อย่างใด

## นิยามศัพท์

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกในทางบวก ความรู้สึกที่ดีในชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้ ให้ความหมาย และประเมินด้วยตนเอง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 3 และ 4 โดยความรุนแรงระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมมาก แต่สามารถดูแลตนเองได้ เดินที่ราบไม่ได้เท่ากับคนปกติ เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น และต้องหยุดพักเมื่อขึ้นตึก 2 ชั้น ความรุนแรงระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเป็นอย่างมาก แต่สามารถดูแลตนเองได้ เดินทางไกลกว่า 100 หลาไม่ได้ ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น ซึ่งวินิจฉัยโดยผู้วิจัยประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์และตรวจสอบโดยอายุรแพทย์ ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่พักอยู่ที่บ้านผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลกับอายุรแพทย์ในภายหลังเพื่อสรุปความรุนแรงของโรค

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต หมายถึงสิ่งที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำหนดมาจากความต้องการพื้นฐาน เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้ หรือให้มีสภาพที่พอสัญญ์ได้ในบริบทของตนเอง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต หมายถึง ปัจจัยด้านประชากร ด้านสุขภาพ ด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่มีผลในทางบวกหรือทางลบ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นหรือเลวลง

## ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในบริบทที่ศึกษา
2. ได้รับข้อมูลเบื้องต้นสำหรับพยาบาลในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทอื่น