

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์อาการหายใจลำบาก วิธีการจัดการกับอาการ ผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลกระทบ และการรักษา
2. แนวคิดเกี่ยวกับแบบจำลองการจัดการกับอาการของโรค และคณะ
3. ประสบการณ์อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. วิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
5. ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
6. ปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการหายใจลำบาก และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แนวคิดเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลกระทบ และการรักษา

แนวคิดเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง กลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดลม หรือเนื้อปอดทำให้หลอดลมตีบแคบ หรืออุดกั้นการไหลของอากาศออกจากปอดอย่างเต็มที่ลดลง มีการคั่งค้างของอากาศในปอดเพิ่มขึ้น การดำเนินของโรคจะค่อยๆ เพลดลงโดยไม่มีคืนสู่สภาพปกติ โรคที่สำคัญในกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2541; วิกิซัน, ศักดิ์ชัย, ประดิษฐ์ และสมเกียรติ, 2544; สมเกียรติ, 2545; สุทธิมา และสุชัย, 2545) สองโรคนี้มีลักษณะทางคลินิกบางอย่างคล้ายคลึงกัน ซึ่งมักพบเป็นร่วมกันยากในการที่จะวินิจฉัยแยกจากกันได้ โดยเฉพาะ (สมจิต, 2541) สำหรับโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพองที่สามารถให้การวินิจฉัยโรคแน่นอน ไม่รวมไว้ในกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิกิซัน, ศักดิ์ชัย, ประดิษฐ์ และสมเกียรติ, 2544) การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถวินิจฉัยได้จาก ประวัติการสูบบุหรี่ ไอเรื้อรัง ไอมีเสมหะ มักมีอาการไอในช่วงเช้าและหอบเหนื่อยหรือหายใจลำบากเป็นระยะเวลานานๆ การตรวจร่างกายมีอาการแสดงของหลอดลมตีบ ได้แก่ การมีทรวงอกรูปถัง เคาะ

ทรวงอกได้เสียงโปร่งกว่าปกติ และมีเสียงหายใจออกยาวกว่าปกติ (วิศิษฎ์, ศักดิ์ชัย, ประดิษฐ์ และสมเกียรติ, 2544; สุทธิมา และสุชัย, 2545)

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคนี้ยังไม่ทราบแน่นอน แต่เชื่อว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหรือทำให้อาการของโรคเลวลง ที่สำคัญที่สุด คือ การสูบบุหรี่ จากการศึกษาระบาดวิทยา พบว่า ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีประวัติสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ในปริมาณมากหรือระยะเวลาที่สูบนานมีโอกาสเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและอาการรุนแรงกว่าผู้ที่สูบในปริมาณน้อยหรือระยะเวลาที่สั้นกว่า (สมชัย และนันทา, 2531) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ การติดเชื้อของปอดและทางเดินหายใจเรื้อรัง มลพิษทางอากาศ การแพ้สารต่างๆ (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2541; ลิวรรณ, 2542; วิศิษฎ์, ศักดิ์ชัย, ประดิษฐ์ และสมเกียรติ, 2544; สมเกียรติ, 2545; สมจิต, 2541)

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างถาวร อาการที่พบบ่อย ได้แก่ หอบเหนื่อย โดยเฉพาะเวลาต้องออกแรงมากขึ้น มีเสมหะในหลอดลม ไอเป็นพักๆ และอ่อนเพลียหลังออกแรง (Parson, 1990 อ้างตาม อารมณ์พรรณ, 2546) การที่มีถุงลมบางส่วนโป่งพองบางส่วนแฟบ ทำให้การระบายอากาศในถุงลมไม่เท่ากัน การขยายของทรวงอกลดลงจากการอุดกั้นของหลอดลม มีอากาศขังอยู่ในปอด และทรวงอกจะขยายมากขึ้น มีการทำลายของเนื้อปอดและปอดจะสูญเสียความยืดหยุ่น เป็นสาเหตุให้ความดันในปอดสูงขึ้น ทำให้เกิดแรงในทรวงอกกดหลอดลมให้ตีบแคบหรือปิดเร็วกว่าปกติ (กิตติวราห์, 2539) ทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบาก โดยเฉพาะเวลาหายใจออก (วิศิษฎ์, ศักดิ์ชัย, ประดิษฐ์ และสมเกียรติ, 2544) เมื่อการระบายอากาศในถุงลมลดลงอย่างมากและเป็นอย่างถาวรจะเกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์และขาดออกซิเจน ร่างกายเป็นกรดจากการหายใจได้อย่างเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคปอด (Corpulmonale) และภาวะหายใจล้มเหลว หดสติ และถึงแก่กรรมได้ (สมเกียรติ, 2545; สมจิต, 2541)

สำหรับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจแบ่งออกได้เป็น เป็น 5 ระดับโดยใช้ความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์แบ่งตามสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (กึ่งแก้ว, 2539; American Lung Association, 1975, cited in Dudley, Glaser, Jorgenson & Logan, 1980 อ้างตามสมจิต, 2541)

ความรุนแรงระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเล็กน้อย หรือปานกลาง เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแผนในการดำรงชีวิตเดินในที่ราบได้ เหนื่อยเมื่อเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันได ค่า FEV₁ ประมาณ 3 ลิตร หรือมากกว่า

ความรุนแรงระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมมากขึ้น แต่สามารถดูแลตนเองได้ดี เดินที่ราบได้แต่ไม่กระโดด กระเด้งเท่าคนปกติ เหนื่อยเมื่อเดินขึ้นที่สูงหรือบันได ค่า FEV_1 ประมาณ 2.4 ลิตร

ความรุนแรงระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมมากขึ้น แต่สามารถดูแลตนเองได้ เดินในที่ราบไม่ได้เท่ากับคนปกติ เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น และต้องหยุดพักเมื่อขึ้นตึก 2 ชั้น ค่า FEV_1 ประมาณ 1.8 ลิตร

ความรุนแรงระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเป็นอย่างมาก แต่ดูแลตนเองได้ เดินทางราบมากกว่า 100 หลาไม่ได้ ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น ค่า FEV_1 ประมาณ 1.2 ลิตร

ความรุนแรงระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมอย่างรุนแรง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เดินเพียง 2-3 ก้าว หรือแค่นั่งก็เหนื่อย เดินช้ามากๆ ได้ 50 หลาก็มีอาการเหนื่อยหอบมาก ค่า FEV_1 ประมาณ 0.6 ลิตร หรือต่ำกว่า

แต่เนื่องจากการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการใช้ค่า FEV_1 ทำได้ยากมากในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการใช้ค่า Peak flow ปกติต้องไม่ต่ำกว่า 600 มิลลิลิตรต่อนาที (นันทา และสมชัย, 2531) คะแนนต่ำกว่า 600 มิลลิลิตรต่อนาที แปลผลว่า สมรรถภาพในการทำงานของปอดต่ำ คะแนนยิ่งต่ำบ่งชี้ว่าอาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น และจากการศึกษาของเฟอร์กูซัน และคณะ (Ferguson et al., 2000) พบว่า การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการใช้ค่า FEV_1 หรือค่า Peak flow ไม่มีความแตกต่างกันในการให้การรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าค่า Peak flow สามารถประเมินผลในการรักษาได้สะดวกรวดเร็วกว่าค่า FEV_1

จะเห็นได้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพยาธิสภาพของการอุดกั้นของทางเดินหายใจที่ไม่อาจกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้มีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ การรักษาเป็นเพียงการประคับประคอง และชะลอพยาธิสภาพไม่ให้ดำเนินไปอย่างรวดเร็ว หวังผลให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้สมควรแก่สภาพ (วิศิษฐ์, ศักดิ์ชัย, ประดิษฐ์ และสมเกียรติ, 2544; สมเกียรติ, 2545) การควบคุมการหายใจลำบากให้สงบผู้ป่วยต้องสามารถแยกแยะและหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก เลือกรักษาการควบคุมอาการหายใจลำบากได้อย่างเหมาะสม และสามารถตัดสินใจไปพบแพทย์เมื่อไม่สามารถแก้ไขอาการได้ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการหายใจลำบากและการกำเริบของโรคอันเนื่องมาจากการตีบแคบของหลอดลม

ผลกระทบ

ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะค่อยๆ เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากอย่างเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก

1. ผลกระทบด้านร่างกาย จากกระบวนการของโรคที่ค่อยๆ เปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และเป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีอาการไอมีเสมหะในตอนเช้า หายใจมีเสียงวี๊ด และมีอาการคั่งค้างในหลอดลม (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2541; วิศิษฐ์, ศักดิ์ชัย, ประดิษฐ์ และสมเกียรติ, 2544; สมเกียรติ, 2545; สุทธิมา และสุชัย, 2545; Carrieri & Janson-Bjerklie, 1984 อ้างตามยุบล, 2541) อาการของโรคจะมากขึ้นเมื่อต้องออกแรง เช่น อาบน้ำ แต่งตัว การหิวผม เพราะเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้แขน ซึ่งเป็นส่วนที่ต้องใช้พลังงานมากกว่าอวัยวะส่วนล่าง ในรายที่มีอาการของโรครุนแรงมากทำให้เกิดแรงดันในหลอดเลือดปอดสูง ส่งผลให้หัวใจห้องขวาทำงานหนักทำให้เกิดหัวใจห้องขวาล้มเหลว (corpulmonale) จากที่ระบบการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดเสื่อมสภาพ รวมทั้งกระดูกและกล้ามเนื้อสูญเสียหน้าที่ทำให้ร่างกายเกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันลดลง (Gift & Pugh, 1993) นอกจากนี้ปัญหาเรื่องการขาดออกซิเจนอย่างเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีความจำเสื่อม หลงลืม และหมดสติได้

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีการตอบสนองทางอารมณ์หลายอย่าง จากภาวะหายใจลำบาก เช่น ตกใจ วิดกกังวล กลัว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากที่รุนแรง เมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้น อาการหายใจลำบากยิ่งรุนแรงขึ้น ไม่สามารถควบคุมได้ โดยผู้หญิงจะคำนึงถึงภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงมากกว่าผู้ชาย แต่ผู้ชายจะคำนึงถึงอาการหายใจลำบากมากกว่าผู้หญิง เพราะมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่า เนื่องจากจะต้องหารายได้ใน การดูแลครอบครัว เป็นส่วนมาก นอกจากนี้อาการหายใจลำบากเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (อัมพรพรรณ, สุวรรณ, เจียมจิต, วลัยพร, ประสบสุข และอุไรวรรณ, 2541; Haworth & Dluhy, 2001; O'Neill & Morrow, 2001)

3. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการสำคัญ คือ อาการหายใจลำบาก ซึ่งอาการกำเริบได้ตลอดเวลา ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินและหอผู้ป่วยหนักบ่อยครั้ง (From & Varon, 1994 อ้างตามอรุณพรรณ, 2546) ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัว และรัฐมากที่สุด ดังการศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พบว่า ผู้ป่วยนอก 1 ราย ต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 140 บาทต่อสัปดาห์ และเสียค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 1,270 บาทต่อวัน (วัฒนา อ้างตามประภิต, 2531) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรางรัตน์ (2542) ในเรื่องค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสาเหตุจากการสูบบุหรี่ พบว่า ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก 367.71 บาท/เดือน และ 819.5 บาท/เดือนในการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน อายุมากขึ้นจะเสียค่าใช้จ่ายลดลงแต่ระยะเวลาการเจ็บป่วยจะยาวนานขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น คาดว่าในปี ค.ศ.2020 คาดว่า จะมีผู้ที่เจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น และบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพ (Rennard & Farmer, 2002) สำหรับประเทศไทย ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ร้อยละ 25-65 ของงบประมาณทั้งหมดที่ใช้ในการสาธารณสุขของประเทศ

4. ผลกระทบทางด้านสังคมจากพยาธิสภาพของโรคทำให้อาการหายใจลำบากเกิดขึ้นตลอดเวลา ไม่สามารถดำรงชีวิตปกติสุขได้ จะมีอาการหายใจลำบากมากขึ้นเมื่อต้องอยู่ในที่แออัด มีฝุ่นละออง ควันบุหรี่ ทำให้อยู่ในสังคมไม่ได้นาน เกิดความพร่องในการทำหน้าที่ในสังคม ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยต้องแยกตัวจากสังคม ดังการศึกษาของแชลเมอร์ (Chaimers, 1984 อ้างตามดวงรัตน์, 2540) ที่ทำการวิจัยเชิงคุณภาพถึงผลกระทบของ โรคต่อผู้ป่วย และครอบครัว และกลยุทธ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการปรับตัว ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคในระดับน้อย ปานกลาง และมาก จำนวน 30 ราย พบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยตระหนักเป็นอันดับแรกคือ ความสามารถในการดำรงบทบาทในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดมากในการต้องออกจากงานก่อนถึงเวลาอันควร สัมพันธภาพในบทบาทของสามี ภรรยา บิดา มารดา ญาติ และเพื่อนเปลี่ยนไป บางครั้งต้องให้ คนในครอบครัวไปเรียนขับรถเพื่อทำหน้าที่แทนตนหรือต้องให้บุตรที่ยังเล็กต้องทำหน้าที่แทน ทำให้เกิดความซับซ้อนใจที่ไม่สามารถทำหน้าที่ปกป้องคุ้มครองบุตรได้ การเข้าสังคมก็เปลี่ยนไป ผู้ป่วยจะหายใจลำบากเมื่อ โดนฝุ่นละอองหรือควันบุหรี่ ทำให้ต้องอยู่บ้าน หรือเข้าสังคมได้ ช่วงเวลาสั้นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของประภิต (2531) พบว่า บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากขณะอยู่ท่ามกลางผู้คนที่พลุกพล่าน อยู่ในที่อับทึบหรือขณะกำลังอาบน้ำ

การรักษา

การรักษาแบ่งได้เป็น 2 วิธีใหญ่ๆ คือ การรักษาโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา ยาที่ใช้ในการรักษาและความคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมี 2 ชนิด คือยาที่ออกฤทธิ์เร็วใช้ในการบรรเทาอาการหอบเหนื่อย และช่วยให้ปอดทำงานดีขึ้น และยาที่ออกฤทธิ์ป้องกันในระยะยาว ยาที่ออกฤทธิ์ในการบรรเทาอาการหอบเหนื่อย เช่น ยาเสริมฤทธิ์เบต้าทูจะออกฤทธิ์เร็ว และระยะสั้น (short-acting beta2-agonists) ยาด้าน

โคลิเนอร์จิก (Anticholinergic) และทีโอฟีลีนชนิดออกฤทธิ์เร็ว และระยะสั้น (short-acting theophylline) สำหรับยาที่ออกฤทธิ์ป้องกันอาการหอบเหนื่อยในระยะยาว (Long-term preventive medication) ได้แก่ ยาต้านการอักเสบ (Anti-inflammatory agents) คอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) ยาเสริมฤทธิ์เบต้าพวงชนิดออกฤทธิ์ช้าและระยะยาว (Sustained-release theophylline) (สุทธิมา และสุชัย, 2545) ในการรักษาด้วยยาจะต้องเป็นไปตามระดับความรุนแรงของอาการ เพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยยาได้น้อยที่สุด สำหรับการรักษาโดยไม่ใช้ยานั้นจะเป็นการบริหารการหายใจ โดยฝึกให้ผู้ป่วยหายใจด้วยกลัมน้ำทอ้งและกระบังลม และหายใจออกช้าๆ ขณะห่อปาก เป็นการช่วยให้แรงดันในหลอดลมลดลงซึ่งขณะหายใจออกหลอดลมจึงไม่ปิดเร็ว ทำให้ลมค้างในปอดน้อย การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น (พูนเกษม, 2543) การฝึกให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย การให้ออกซิเจนและการให้สูดศึกษาถือเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงควรได้รับรู้ถึงสาเหตุการดำเนินของโรคและการแก้ไข เพราะอาการส่วนใหญ่ มักเกิดขึ้นที่บ้านและเกิดในเวลากลางคืน ผู้ป่วยจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อแก้ไขบรรเทา หรือควบคุมอาการหายใจลำบากและป้องกันไม่ให้เกิดอาการหายใจลำบาก

แนวคิดเกี่ยวกับแบบจำลองการจัดการกับอาการของดอर्ट และคณะ (Dodd et al., 2001)

การวิจัยครั้งนี้ใช้ กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของดอर्ट และคณะ (Dodd et al., 2001) ในการทดสอบพื้นฐานความรู้ (Lenz et al., 1997) เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ความสัมพันธ์ของประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการและผลลัพธ์การจัดการกับอาการรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกรอบแนวคิดดังกล่าวได้กำหนดข้อตกลงเบื้องต้น (Model assumption) ไว้ดังนี้

1. การศึกษาประสบการณ์อาการของบุคคลต้องมาจากการรับรู้อาการของบุคคลนั้น กล่าวคือ ต้องเป็นการรายงานโดยตรงจากบุคคลที่กำลังประสบอาการ (self-report)
2. กรอบแนวคิดนี้ไม่ได้จำกัดเฉพาะการอธิบายประสบการณ์อาการของผู้ที่มีอาการ เกิดขึ้นแล้วเท่านั้น แต่สามารถนำไปใช้กับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการที่จะเกิดอาการได้ด้วย
3. ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสารอาจมีการรับรู้อาการเกิดขึ้นแต่ไม่สามารถสื่อสารออกมาได้ต้องอาศัยการแปลความ/ตีความจากผู้ดูแลที่ใกล้ชิดผู้ป่วย
4. การจัดการกับอาการมีจุดมุ่งหมายเพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับบุคคล กลุ่มครอบครัว และสภาพแวดล้อมในการทำงาน
5. การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาขึ้นกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

กรอบแนวคิดนี้มององค์ประกอบสำคัญของศาสตร์ต่อการพยาบาล คือ บุคคล ภาวะสุขภาพ
ภาพ

และการเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อตัวแปรหลัก คือ ประสบ
การณ์อาการ การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการกับอาการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประสบการณ์อาการ (symptom experience) ได้แก่ 1) การรับรู้อาการ (perception of symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ และรู้สึกว่าร่ากาย หรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม 2) การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีการพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการ สาเหตุ การรักษา และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และ 3) การตอบสนองต่ออาการ (response of symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมและสังคม รวมทั้งพฤติกรรม

2. การจัดการกับอาการ (symptom management strategies) คือ กระบวนการที่เป็นพลวัตร มีการเปลี่ยนแปลงที่ขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความต้องการ และการตอบสนองของแต่ละบุคคลในการจัดการกับอาการ โดยตัวบุคคลเป็นผู้ตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติ ระยะเวลาที่ปฏิบัติ ความถี่ในการปฏิบัติ และเหตุผลของการปฏิบัติ

3. ผลลัพธ์ (outcomes) การรับรู้ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการจัดการกับอาการ ผลลัพธ์ที่บ่งชี้หรือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการกับอาการที่สำคัญมี 8 ประการ คือ 1) สภาพอาการ 2) การทำหน้าที่ของร่างกาย 3) สภาพอารมณ์ 4) ค่าใช้จ่าย 5) การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน 6) อัตราการตาย 7) คุณภาพชีวิต และ 8) การดูแลตนเอง

4. องค์ประกอบด้านบุคคล (person domain) ได้แก่ ลักษณะบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา เป็นต้น ลักษณะทางจิตใจ ลักษณะทางสังคม และลักษณะทางสรีรวิทยา ซึ่งมีผลต่อการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

5. องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (health and illness domain) ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ภาวะทางสุขภาพ โรค อุบัติเหตุ และการไร้ความสามารถหรือพิการ ซึ่งมีผลกระทบต่อโดยตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

6. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) ได้แก่ 1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น บริเวณรอบบ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล เป็นต้น 2) สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น และ 3) ลักษณะทางวัฒนธรรมของสิ่งแวดล้อม เช่น ความเชื่อ การให้คุณค่า และการปฏิบัติที่มีลักษณะเฉพาะ เป็นต้น สิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วย และมีผลต่อการเลือกหรือตัดสินใจในการดูแลรักษา

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า คุณสมบัตินบุคคลในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์อาการ การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดังนี้

เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย อาจมีผลต่อการดูแลตนเอง และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งจากการศึกษาของอัมพรพรรณ, เจียมจิต, ศิริพร, วลัยพร, ศรีเทียน, อัจฉรา และคณะ (2539) พบว่า คะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพศชายและเพศหญิงโดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่จากการศึกษาของนาถอนงค์ (2537) เรื่องผลการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า เพศชายมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง

อายุ เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสามารถในการตัดสินใจที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการ และมีความเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษา (อัมพรพรรณ, เจียมจิต, ศิริพร, วลัยพร, ศรีเทียน, อัจฉรา และคณะ, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาของแอนเดอร์สัน (Anderson, 1995) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อายุมากจะมีการรับรู้ที่ดีกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย และจากการศึกษาของมานา, วิไลวรรณ และกรองพุทธ (2544) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วไต พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 36 มีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดี เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนถึงวัยชรา ซึ่งเป็นวัยที่มีพัฒนาการสูงสุดและคงที่ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ และรุ่งทิพย์ (2542) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทางลบกับการดูแลตนเอง

ระดับการศึกษา เนื่องจากความรู้เป็นแหล่งที่ทำให้บุคคลมีความเข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจและสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมและสามารถเลือกที่จะปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของประสพสุข (2534) และเกศรินทร์ (2534) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าผู้ที่มีศึกษาน้อย และการศึกษาของวรรณระวี (2534) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ และรุ่งทิพย์ (2542) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ที่มีการศึกษามีการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการบำรุงรักษาภาวะสุขภาพกายให้ดีอยู่เสมอ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของวรรณิ, เบญจพร, กาญจนี, ชุติมา และพัฒนวิดี (2545) ที่ศึกษาสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร จำนวน 150 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดี เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยส่วนใหญ่จะไม่ได้ออกไปทำงานนอกบ้านและการอยู่ในที่ชุมชนแออัดจะอยู่ใกล้เคียงกับเพื่อนบ้าน ซึ่งมีการสนทนาแลกเปลี่ยนเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งเรื่องสุขภาพด้วย ทำให้มีการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้เมื่อไปรับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพจะมีเวลาในการรับฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพจากเจ้าหน้าที่และได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองจากนักศึกษาพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไปเยี่ยมบ้าน

อาชีพ เป็นแหล่งที่มาของรายได้ในการเอื้ออำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองของบุคคล การมีรายได้สูงจะช่วยให้บุคคลมีโอกาสติดต่อกับสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่างๆ เพื่อเตรียมความรู้ และประสบการณ์ของตนเองและเอื้อให้บุคคลเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลตนเอง (Pender, 1996 อ้างตาม พวงผกา, 2544) และการศึกษาเอเจิล และคณะ (Agle et al., 1977 อ้างตามพวงผกา, 2544) ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและยากต่อการกระตุ้นให้มีการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและเหมาะสม และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นจะต้องหลีกเลี่ยงจากฝุ่นละออง สี เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงแต่ในการลาออกจากอาชีพหรือตำแหน่งที่มีรายได้สูงขึ้นอยู่กับบุคคลแต่ละคน เนื่องจากว่า การลาออกจากอาชีพจะทำให้บุคคลต้องสูญเสียรายได้ และขาดความเชื่อมั่นในตนเองเพราะอาชีพสามารถบ่งบอกถึงฐานะทางสังคมได้

การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการกำเริบเนื่องจาก ควันบุหรี่จะทำลายถุงลมปอดทำให้เกิดอาการระคายเคืองและเกิดการอักเสบ แต่จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ไม่ได้เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย อาจเป็นไปได้ว่า ปฏิบัติการในการตอบสนองของปอดแต่ละคน ไม่เหมือนกัน และอาจขึ้นอยู่กับชนิดของบุหรี่ วิธีการสูบบุหรี่

ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความถี่ของการเกิดอาการ และการให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผล เพราะ ความสามารถในการดูแลตนเองพัฒนาตามระยะเวลา ประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้ฝึกฝนมาเป็นเวลานานในชีวิต (Orem, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ, อัมพรพรรณ, เขียมจิต, การุณย์ และพ่องเพ็ญ (2540) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรและความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอดส์ พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสามารถในการดูแลตนเอง

ความถี่ของการเกิดอาการ ความถี่ในการเกิดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ในผู้ป่วยบางรายจะมีอาการหายใจลำบากตลอดเวลา ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากก่นๆ ครั้งจะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่ำ แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากบ่อยๆ จะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูง ดังนั้นความถี่ของการเกิดอาการน่าจะมีผลต่อประสิทธิภาพการออกกำลังกาย การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากผู้ที่มีความถี่ของการเกิดอาการหายใจลำบากบ่อยๆ น่าจะมีการเรียนรู้วิธีการจัดการกับอาการได้ดีกว่าผู้ที่มีอาการหายใจลำบากนานๆ ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณระวี (2534) เรื่องความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง และการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเกศรินทร์ (2534) เรื่องการดูแลตนเอง และความผาสุกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความรุนแรงของโรคมีอิทธิพลในทางลบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และการศึกษาของสายพิน, วัฒนา, อรวมน และจุฬาร (2539) ที่ศึกษาความทุกข์จากความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความมีคุณค่าในตนเองและการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร พบว่า จำนวนครั้งที่เข้าโรงพยาบาลมีอิทธิพลโดยตรงในทางบวก คือผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยิ่งบ่อยครั้งจะยิ่งมีความทุกข์จากความเจ็บป่วยมาก เนื่องจาก จำนวนครั้งของการเข้าโรงพยาบาลเป็นดัชนีบ่งชี้การลุกลามของโรค คือ อาการแสดงของโรคมักเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น

ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ แต่เนื่องจากอาการของโรคทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองในระดับต่ำ ไม่กล้าทำกิจกรรมใดๆ ที่ต้องออกแรง แต่ในผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองดีและให้ความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคคลในการกระตุ้นให้เกิดอาการไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัย/ในชุมชน หรือระบบสนับสนุน เช่น ในบ้านที่ไม่มีที่บังแสง จะทำให้มีผลต่อการนอนหลับทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอเกิดอาการอ่อนเพลีย หรือในระบบสนับสนุนเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีหรือไม่ดีโดยเฉพาะการสนับสนุนของครอบครัว จากการศึกษาของนงลักษณ์, ประไพวรรณ และทัศนีย์ (2546) เรื่องความหวังในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า ลูกเป็นแหล่งสนับสนุนกำลังใจที่สำคัญ ทั้งด้านคำพูดและการปฏิบัติของลูกที่เอาใจใส่ดูแล ทำให้มีกำลังใจในการอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของวิณา, อัครอนงค์ และศิริรัตน์ (2546) ที่

ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และการศึกษาของสมบัติ, ยูพิน, ดวงฤดี และทิพาพร (2543) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุพิศตรา, ซอลดา และสาวิตรี (2540) ศึกษาเรื่องผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพอย่างมีแบบแผนต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับข้อมูลสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและมีคะแนนพลังอำนาจภายในตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของสายพิน, วัฒนา, อรวรรณ และจุฬาทพร (2539) เรื่องความทุกข์จากความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง และการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร จำนวน 101 ราย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมยิ่งมาก การสูญเสียพลังอำนาจยิ่งน้อย เนื่องจาก ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงและมีความมั่นใจในการควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของตนได้ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความพยายามที่จะรักษาสุขภาพและมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง

ประสบการณ์อาการ ในแต่ละบุคคล ซึ่ง จะมีความแตกต่างกัน ขึ้น อยู่กับการรับรู้

อาการ และการตอบสนองต่ออาการ ดังนี้

การรับรู้อาการ เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากที่เคยรู้สึก เช่น การรับรู้ต่อความปวดโดยการใช้ช่วงคะแนนเป็นตัวบอกถึงความรู้สึกว่าปวดมากน้อยเท่าไร หรือการรับรู้ถึงการมีอาการหายใจลำบาก โดยมีอาการไอ มีเสียงวี๊ด นำมาก่อนการเกิดอาการหายใจลำบากทำให้มีการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมานา, วิไลวรรณ และกรองพุทธ (2544) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วไต ศึกษาในผู้ป่วย 70 ราย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 แสดงว่า ผู้ป่วยที่ผ่าตัดนิ่วไตที่มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพดีจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีด้วย และการศึกษาของไวโคสกี และคูบส์ (Wichowski & Kubsch, 1997) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความร่วมมือในการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งผู้ใหญ่และเด็ก พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาพยาบาล นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้เกี่ยวกับ

สุขภาพดีจะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดด้วย แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของกฤษณา (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรม การแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูง อายุที่มารับบริการจาก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีเป็นครั้งแรก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเชิงบวกถึงโอกาสที่จะถึงแก่ชีวิตได้จากอาการเหนื่อยหอบและทำให้มีความทุกข์ทรมานรักษาไม่หาย จากการที่เป็น โรคเรื้อรังทำให้มีการแสวงหาการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมโดยการหาข้อมูลจากญาติหรือเพื่อนบ้านเพื่อการหาการรักษาวิธีอื่น และย้ายแหล่งการรักษาเพื่อการรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งบางครั้งอาจใช้แหล่งบริการทางสุขภาพ 2-3 ระบบพร้อมกัน

การประเมินอาการ เป็นสิ่งที่บุคคลบอกได้ถึง ความรุนแรงของอาการ ตำแหน่ง ความถี่ และการรักษาที่เกิดขึ้น เช่น ในผู้ป่วยโรคหืดถ้าผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของโรคได้เข้าผู้ป่วยก็จะได้รับการรักษาซ้ำ

การตอบสนองต่ออาการ เป็นการตอบสนองต่ออาการ หรือกลุ่มอาการทั้งทางด้านสรีระ จิต และพฤติกรรมเป็นความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้น 1 อาการ อาจมีการตอบสนองได้มากกว่า 1 ลักษณะ เช่น ในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ อาการหายใจลำบากจะมีการตอบสนองต่ออาการ คือ อัตราการหายใจเปลี่ยนไป นอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงบทบาท การแยกตัวจากสังคม เป็นต้น

การจัดการกับอาการ เป็นกระบวนการต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจนได้ผลที่น่าพอใจ โดยตัวบุคคล เป็นผู้ตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติ ระยะเวลาที่ปฏิบัติ ความถี่ในการปฏิบัติ และเหตุผลของการปฏิบัติ

ผลลัพธ์ เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์อาการ การจัดการกับอาการ โดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา สามารถประเมินออกมาได้ในรูปของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน/การทำงาน และสภาวะอารมณ์

จากกรอบแนวคิดอาการและการจัดการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) จะเห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้และประเมินอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ก็จะหาวิธีที่จะจัดการกับอาการเหล่านั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคนด้วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ได้มีการนำรูปแบบการจัดการกับอาการไปใช้กับผู้ป่วยหลากหลาย เช่น ประสบการณ์การจัดการกับอาการ ในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการโดย 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร 2) การใช้ยาแผนปัจจุบัน 3) การผ่อนคลาย 4) การใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร และพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการไปในทางที่ดี คือ ดีขึ้น ร้อยละ 78.2 (อภิตี, 2547) ในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีมีการจัดการกับความปวด ดังนี้ 1) การจัดทำที่ดี 2) การบีบนวด 3) การใช้ความร้อนประคบ 4) การรักษาตำราหลวง 5) การใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน

6) เบี่ยงเบนจิตใจให้อยู่ไกลความปวด 7) ใช้หลักศาสนา และ 8) การฝึกผ่อนคลาย (ปิยาภรณ์, 2544) นอกจากนี้การจัดการกับอาการด้วยตนเองแล้วยัง พบว่า มีการจัดการด้วยบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว (จูรี, 2544; ปิยาภรณ์, 2544; อนงค์, 2544; อภิรดี, 2547)

ประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบาก เป็นประสบการณ์ของบุคคลต่อความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการรักษาที่มีความต่อเนื่อง เกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ

อาการหายใจลำบาก เป็นอาการเด่นที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นอาการที่ผู้ป่วย บอกเล่าถึงการรับรู้ต่อ อาการหายใจที่ไม่ปกติ (ทรงขวัญ, 2542; อติสร, 2538) ก่อให้เกิดความทุกข์ รู้สึกหายใจขัด หายใจไม่โล่ง หายใจไม่พอ (ลินจง และวารุณี, 2539) แน่นอึดอัดในอก หายใจไม่ทันต้องใช้ความพยายามในการหายใจมากกว่าปกติ ต้องใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ และเหนื่อยกว่าปกติ (วิศิษฎ์, ศักดิ์ชัย, ประดิษฐ์ และสมเกียรติ, 2544; สมเกียรติ, 2545; รจนา, 2542 ; Gift, 1990; Luckmann, 1997; Gift & Pugh, 1993) และเมื่อมีอาการกำเริบก็ไม่สามารถให้ความหมายที่ชัดเจนได้ แต่ผู้ป่วยจะแปลความหมายของอาการตามความรู้สึกของตน และตอบสนองต่ออาการหายใจลำบากทั้งทางสรีระ อารมณ์ และพฤติกรรม (Gift, 1990) เมื่อรู้สึกว่าหายใจมีเสียงดังวี๊ด ใช้กล้ามเนื้อคอช่วยในการหายใจ ซิฟเจอร์เด็นรว์ เหงื่อแตก (Fitz Gerald & Gargreave, 1989 อ้างตามยุบล, 2541) แน่นอึดอัด คลื่นไส้ เบื่ออาหาร (Gift, 1990) วิดกกังวล โกรธ บางคนกลัวตาย ผู้ป่วยแต่ละคนอาจไม่มีทุกอาการในการเกิดอาการหายใจลำบาก แต่ครั้ง ปัจจัยทางอารมณ์สามารถเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบากได้ (Lebowitz et al., 1981 อ้างตามยุบล, 2541) นอกจากการตอบสนองทางอารมณ์และสรีระแล้วบุคคลจะมีพฤติกรรมเพื่อลดความคุกคามนั้นด้วยการทำกิจกรรมอย่างช้า หรืองดทำกิจกรรม (Steel & Shower, 1992 อ้างตามยุบล, 2541)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินอาการหายใจลำบากโดยการนับอัตราการหายใจใน 1 นาที เพราะรูปแบบการหายใจอาจไม่คงที่ในช่วงเวลาต่างๆ สาเหตุที่พบบ่อยของการเพิ่มขึ้นของอัตราการหายใจ เช่น ความสามารถในการยืดหยุ่นของปอดลดลง การเพิ่มงานในการหายใจ อาการปวดหรือวิดกกังวล ปกติอัตราการหายใจในผู้ใหญ่ในขณะพักประมาณ 12-20 ครั้ง/นาที (ธนวรร, 2539; บัวรอง, 2538; สันต์, 2545) แต่ถ้าพบว่าอัตราการหายใจของผู้ป่วยเร็วมากเป็นการบ่งบอกถึงความผิดปกติของปอดหรือระบบทางเดินหายใจ

วิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบาก เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆ ตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจของผู้ป่วย และยอมรับต่อการตอบสนองของกลยุทธ์ที่เกิดขึ้นลดการพึ่งพาเจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพ

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ทั้งก่อนการรักษา และระหว่างการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจะมีวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขควบคุมหรือบรรเทาอาการด้วยการรักษาโรค การจัดการกับอาการเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับบุคคล ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพโดยบุคคลมักหาวิธีการจัดการตนเองก่อน ถ้าทำไม่ได้แล้วจึงขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือผู้อื่นที่อยู่รอบข้าง

อาการหายใจลำบาก ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจากการหายใจไม่เต็มอิม โดยเฉพาะเมื่อมีกิจกรรม อาการเหนื่อยและอาการหายใจลำบากจะเป็นมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย (สมจิต, 2541) และจากการศึกษาของเกรย์ดอน, รอส, เวบสเตอร์, โกลด์สเทน และเอเวนดาโน (Graydon, Ross, Webster, Goldstein & Avendano, 1995) ที่ศึกษาปัจจัยที่พยากรณ์ความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 71 ราย โดยได้ทำการประเมินปัจจัยต่างๆ เช่น สภาพอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคม สมรรถภาพการทำหน้าที่ของปอด และอาการของโรค พบว่า อาการหายใจลำบาก มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความสามารถในการทำหน้าที่และกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยสูงเป็นอันดับหนึ่ง และเป็นตัวที่สามารถทำนายระดับความสามารถในการทำหน้าที่และกิจกรรมของผู้ป่วยได้ดีที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการที่ความสามารถในการทำหน้าที่ และกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยลดลงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่นเสมอ รู้สึกมีอาการป่วยและอ่อนแอตลอดเวลาไม่สามารถทำหน้าที่ได้ (Dudley et al., 1980 อ้างตามอาทรณ์พรรณ, 2546) ทำให้ประสบปัญหาในการดำเนินชีวิตจากการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ และกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้ตามปกติ (Lareau, Kohlman, Janson-Bjerklie & Roos, 1994) ผู้ป่วยจะมีการพัฒนาทักษะและวิธีการตลอดเวลาเพื่อจัดการกับอาการหายใจลำบาก จากการศึกษาของสุชาพร (2544) เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ด้าน สุขภาพเมื่ออาการกำเริบรุนแรงของผู้ป่วยโรคหืด พบว่า มีคะแนนในการปฏิบัติตัวโดยรวมสูง มีจำนวนครั้งของการเกิดอาการกำเริบรุนแรงต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของยุบล (2541) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ ผลจากอาการ และวิธีการจัดการกับอาการจับหืดของผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ในการจัดการกับอาการจะมีการพิจารณาไตร่ตรองกิจกรรมก่อนการทำซึ่งกิจกรรมที่เลือกใช้ส่วนใหญ่เมื่ออาการกำเริบรุนแรงคือ การหยุดกิจกรรม การใช้ยา การปรับการหายใจ การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การหาวิธีขจัดเสมหะให้มีประสิทธิภาพ และการควบคุมอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแมคสเวนนี่ และคณะ (McSweeny et.al., 1982 อ้างตาม ยุบล, 2541)

ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับออกซิเจนพบว่าผู้ป่วยที่ยังมีความวิตกกังวล สับสน ไม่สามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้ เพราะอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ดังนั้นการลดอาการหายใจลำบากด้วยการฝึกการหายใจจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้ ดังการศึกษาของ โจนนากา (2539) ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดทำให้ร่างกายทนต่อการออกกำลังกายได้ดี ทำให้ระบบประสาทและกล้ามเนื้อมีการประสานกันดีขึ้น และลดการรับรู้ต่ออาการหอบเหนื่อยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพรพรรณ, สุวรรณ, เจริญจิต, วัลย์พร, ประสพสุข และอุไรวรรณ (2541) ในการศึกษาผลการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตัวเองผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ทำให้สามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้ดีขึ้น ความเหนื่อยล้าลดลง สมรรถภาพการทำงานของปอดดีขึ้น มีความวิตกกังวลในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ป่วยจะมีการเลือกใช้วิธีการจัดการกับอาการกับอาการหายใจลำบากเรื้อรังครั้งนี้โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ การใช้วิธีการแก้ไข บรรเทา หรือควบคุมอาการหายใจลำบาก และวิธีการปรับตัวระยะยาวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการหายใจลำบากดังนี้

วิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบาก

1. หยุดทำกิจกรรมและการจัดท่า โดยการอยู่นิ่งๆ หรือเคลื่อนไหวช้าๆ โดยผู้ป่วยจะมีการนั่งโน้มตัวไปข้างหน้า เนื่องจากการ ในการนั่งทำให้กระบังลมหย่อนตัว ช่วยให้ออกหายใจได้มากขึ้น (สมจิต, 2541; อัมพรพรรณ, 2542)

2. การปรับวิธีการหายใจ โดยผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง ใช้วิธีการหายใจเป่าปากหรือการหายใจด้วยกลัมน้ำห้อง เนื่องจากเมื่อเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบผู้ป่วยจะมีการปรับรูปแบบการหายใจโดยมีการหายใจเร็วขึ้น บางรายหายใจไม่สม่ำเสมอ (ชูศักดิ์, 2538) ทำให้ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกในแต่ละครั้งลดลง ทำให้กลัมน้ำที่ใช้ในการหายใจต้องทำงานมากขึ้น ดังนั้นในการฝึกการหายใจโดยการเป่าปาก และหรือการหายใจโดยการใช้กลัมน้ำห้อง พบว่า อัตราการหายใจลดลงและปริมาตรในการหายใจเข้าออกแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น (Mueller, Petty, Thomas & Filey, 1970 อ้างตามดราวรรณ, วรรณิกัร และศิริพร, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดราวรรณ, วรรณิกัร และศิริพร (2546) ที่ศึกษาผลของการหายใจต่อสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ฝึกปฏิบัติการบริหารการหายใจมีปริมาตรของอากาศที่สามารถหายใจออกได้เร็วและแรงเพิ่มขึ้นจากก่อนการฝึกปฏิบัติการบริหารการหายใจอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และการศึกษา

ของจันทร์จิรา (2544) ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การออกกำลังกายร่วมกับกายบำบัดแบบเป่าปาก ทำให้ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อในการหายใจที่แข็งแรงและยืดหยุ่นได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลงและมีความทนต่อการออกกำลังกายได้ดีขึ้น และการศึกษาของ สทริงบอส, पोสมาร์, อาร์ลทีนา, กิมิโนและโคเตอร์ (Strijbos, Postma, Altena, Gimeno & Koeter, 1996) พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการหายใจลำบาก มีความทนในการออกกำลังกายและการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น เปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตจากการนั่งเฉยอยู่กับที่มามีกิจกรรมมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและรู้สึกมีคุณค่า

3. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นเทคนิคการผ่อนคลายที่ถูกรนำมาใช้ในการลดอาการหายใจลำบาก เนื่องจาก ในขณะที่มีการผ่อนคลาย จะพบว่า อัตราการหายใจจะช้าลง และจังหวะการหายใจจะสม่ำเสมอ ปริมาตรอากาศหายใจเข้าออกในแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการหายใจที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Dudley, et. al., 1980 อ้างตามอาภรณ์พรรณ, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของอารยา (2536) ที่ศึกษาผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ออาการหายใจลำบาก และความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า อาการหายใจลำบากและความวิตกกังวลหลังการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อน้อยกว่าก่อนการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. การหนีจากสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการ โดยเฉพาะสารก่อภูมิแพ้ต่างๆ เช่น ไรฝุ่น ฝุ่นละออง สารเคมี จำเป็นจะต้องหลีกเลี่ยง เพราะกระตุ้นให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุทางเดินหายใจ ทำให้ขนกวัดในจมูกทำงานผิดปกติทำให้อาการกำเริบรุนแรงขึ้น (อรทัย และมนตรี, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญาลักษณ์ (2544) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 102 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.7 เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งว่าการหลีกเลี่ยงจากการอยู่ในที่มีฝุ่นควันมากๆ เป็นประจำ และการเลิกสูบบุหรี่จะช่วยลดการเกิดอาการหายใจลำบาก สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติมากขึ้น

5. การลดความเครียด ด้วยวิธีการต่างๆ พยายามผ่อนคลายด้วยการตั้งสติ ควบคุมตนเองให้สงบ สวดมนต์ นั่งสมาธิ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในการเกิดอาการหายใจลำบาก ทำให้ต้องระมัดระวังในการทำกิจกรรม ดังนั้นการที่ผู้ป่วยรู้จักจัดการกับความเครียดได้เหมาะสมจะช่วยลดการเกิดอาการหายใจลำบาก เนื่องจาก ความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก จากการศึกษาของสุนันทา (2540) ที่ศึกษาผลของการทำสมาธิชนิดอานา

ปานสติแบบผ่อนคลายเป็นการลดความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า การฝึกอานาปานสติแบบผ่อนคลายเป็นการลดความเครียดและลดอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ และการศึกษาของศศิมา และผจงพร (2540) ที่ศึกษาความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีการจัดการกับความเครียดโดยการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว และการยอมรับสภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข

6. การหาวิธีจัดเสมหะให้มีประสิทธิภาพ เมื่อมีเสมหะค้างอยู่ในปอดทำให้อากาศไม่สามารถผ่านเข้าไปถึงผนังถุงลม ทำให้ร่างกายมีภาวะพร่องออกซิเจน เกิดอาการหายใจลำบาก นอกจากนี้ถ้าเสมหะค้างอยู่นานๆ ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ (สุมนา, 2537)

วิธีการที่ใช้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการหายใจลำบาก

1. การจัดการเรื่องยา และการพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องมีชีวิตอยู่กับโรคตลอดชีวิต และต้องรับการรักษาเป็นเวลานานด้วยยาหลายชนิดจึงจะควบคุมอาการของโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาพร (2544) ศึกษาการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและอาการกำเริบรุนแรงของผู้ป่วยโรคหืด พบว่าผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และเทคนิคการไอขยายปอดสูงจะมีอาการกำเริบรุนแรงในรอบปีลดลง แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของวิศิษฐ์ (2534) พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการเท่านั้น และมีการไอขยายไม่ถูกต้อง

2. การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การหลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้ การออกกำลังกาย ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเชื่อว่าเป็นผลดีกับการหายใจ

3. การป้องกัน และรักษาการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ

4. การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรง

5. การจัดการกับอารมณ์

6. การวางแผนการใช้บริการยามฉุกเฉิน

7. การวางแผนเรื่องค่าใช้จ่าย

ส่วนการศึกษาของเจนนสัน-เบิร์กกลี และชเนล (Janson-Bjerklie & Shnell, 1988 อ้างตาม ยุกต, 2541) เกี่ยวกับวิธีจัดการกับอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคหืด 30 ราย พบว่าวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ ได้แก่ รักษาด้วยตนเอง เช่น การอาบน้ำอุ่น การสูดอากาศบริสุทธิ์ การดื่มน้ำอุ่น การซื้อยามาใช้เอง การอยู่คนเดียว และเทคนิคการผ่อนคลายเป็นการนั่งสมาธิ การผ่อนคลายเป็นการหาแรงสนับสนุนทางสังคม การหย่อนใจและการเบี่ยงเบนความสนใจ

ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการหายใจลำบาก

ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการหายใจลำบาก เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์อาการหายใจลำบากและการจัดการกับอาการซึ่งจะประเมินออกมาในรูปแบบของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน/การทำงาน และสภาวะอารมณ์ ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีรายละเอียดดังนี้

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน/การทำงาน เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วย ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน/การทำงานลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอาการสำคัญ คือ อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและมักเกิดขึ้นในเวลากลางคืนซึ่งรบกวนการนอนหลับ (Janson-Bjerklie et al., 1993 อ้างตาม ยุกต, 2541) ทำให้ร่างกายเกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การเล่นเกม แบบแผนการดำเนินชีวิต ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Sheffer, 1991 อ้างตาม ยุกต, 2541) โดยผู้ป่วยจะอดทนกับอาการหายใจลำบากนานถึง 16 ชั่วโมงก่อนที่จะมาโรงพยาบาล มีการจัดการกับอาการด้วยตนเอง (สุภาพ, 2543) และในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้ จะใช้บริการทางสุขภาพในแผนกฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาลน้อยลง (Mapel, Herley, Frost, Petersen, Picchi & Coultas, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของโบเวน และคณะ (Bowen, Votto, Thrall, Haggerty MCH Stockdiddle-Woolley, Bandyopadhy, & ZuWallack., 2000) พบว่า การจัดการกับอาการหายใจลำบากที่ดีทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้มาก สอดคล้องกับการศึกษาของโธมัส (2539) ที่ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคหอบหืดเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง แข็งแรงขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ดูแลตนเองไม่ให้อาการลุกลามไปสู่ระยะรุนแรงของโรค สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ การศึกษาของเกสรีนทร์ (2534) ที่ศึกษาการดูแลตนเอง และความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้ ในการศึกษา ครั้งนี้ ศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (function ability) หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันของบุคคลได้ด้วยตนเอง (สุทธิชัย, 2542) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ กิจกรรมในชีวิตประจำวันพื้นฐาน (basic activity of daily living) ได้แก่ ความสามารถในการแต่งตัว การรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำหรือการอาบน้ำ และดูแลความสะอาดของร่างกาย โดยเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตและมีความเป็นอิสระสามารถปฏิบัติได้ภายในบ้าน อีกระดับหนึ่งคือกิจกรรมในชีวิตประจำวันต่อเนื่อง (extended or instrumental activity of daily living) เช่น การไปจ่ายตลาด ความสามารถในการประกอบอาหาร ความสามารถในการใช้บริการขนส่ง

สาธาณะ เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชน (สุทธิชัย, 2542)

นาคากาวา-โคแกน (Nakagawa-Kogan, 1996 อ้างตามศิริรัตน์, 2545) กล่าวว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม หมายถึง ทักษะและความสามารถในการประกอบกิจกรรม ในชีวิตประจำวันของบุคคล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งประกอบไปด้วย กิจกรรมประจำวัน ส่วนบุคคล กิจกรรมในบ้าน กิจกรรมเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ กิจกรรมความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม และกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ ซึ่งครอบคลุมในทุกๆ ด้านของกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และตอบสนองความต้องการของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สามารถให้ความหมายของความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบากเรื้อรังในงานวิจัยครั้งนี้ได้ว่า หมายถึง การช่วยเหลือตนเองในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันในโรงพยาบาลโดยใช้ทั้งทักษะและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ในโรงพยาบาล คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันส่วนบุคคล ประกอบด้วย กิจกรรมการเดินและการเคลื่อนย้าย กิจกรรมการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและการใช้ห้องสุขาหรือกระโถน กิจกรรมการอาบน้ำเช็ดตัวด้วยตนเอง และสุขวิทยาส่วนบุคคล (Craren & Hirnle, 2000 อ้างตามศิริรัตน์, 2545; ทศนีย์, 2537; สุทธิชัย, 2542)

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน

เป็นการประเมินความสามารถทางด้านร่างกาย หรือความสามารถในการทำงานของร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้กับผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินในปัจจุบันมีอยู่หลายชนิดสามารถพิจารณาเลือกใช้กับกลุ่มของผู้ป่วยต่างๆ ได้ตามความเหมาะสม ดังนี้

The Katz Index of ADL เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยแคทซ์ ฟอร์ด มอสโควิทซ์ แจ็คสัน และเจฟฟี (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963 อ้างตามศิริรัตน์, 2545) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง หรือใช้เป็นแบบสังเกตในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย และการรับประทานอาหาร มีการให้คะแนนเป็น 2 ลักษณะ คือ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง และต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือ ซึ่งเครื่องมือนี้นิยมใช้ในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่มีเจ็บป่วยเรื้อรัง

ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (The Barthel ADL Index) สร้างโดยมาร์โฮนี และบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965 อ้างตามศิริรัตน์, 2545) มีลักษณะเป็นแบบประเมินด้วยตนเอง มีกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การเคลื่อนย้ายตนเองขึ้นลง

จากเตียง การอาบน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได การเดิน การใช้ห้องสุขาหรือหม้อนอน การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ โดยแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความต้องการการช่วยเหลือในกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งแบบวัดนี้มีคะแนนเท่ากับ 20 คะแนน คะแนนมากแสดงถึงระดับความต้องการการช่วยเหลือที่น้อย

แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของพรสวรรค์ (2544) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (Perception of Functional Ability Scale : PEAS) ซึ่งสร้างโดยนาคาอากาวา-โคแกน (Nakagawa-Kogan, 1996 อ้างตามศิริรัตน์, 2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ แบ่งเป็น 5 หมวด ได้แก่ หมวดกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล 5 ข้อ หมวดกิจกรรมในบ้าน 5 ข้อ หมวดกิจกรรมเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ 4 ข้อ หมวดกิจกรรมความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม 5 ข้อ และหมวดกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ 4 ข้อ มีการวัดคะแนนเป็นแบบ visual analogue scales ซึ่งมีลักษณะเป็นแนวเส้นตรงแนวนอนมีความยาว 10 เซนติเมตร โดยบนเส้นตรงจะกำหนดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ตั้งแต่ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ด้วยตนเองได้เลยแทนค่าคะแนนเป็น 0 ไปจนถึงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้มากที่สุดมีค่าคะแนนเป็น 100 สำหรับคุณภาพของเครื่องมือ ได้นำมาคำนวณหาความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ (interrater agreement) และคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ซึ่งได้ค่าเท่ากับ .85 และ .81 ตามลำดับ และได้นำไปทดสอบ หาค่าความเที่ยงโดยวิธีหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .96

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบากเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (The Barthel ADL Index) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสุทธิชัย (2544) ที่ศึกษาในการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้นำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น และค่าความเที่ยงตรงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .80 ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วย 10 กิจกรรม แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ประเมินผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลจึงตัดกิจกรรมการขึ้นลงบันไดออกไปจึงเหลือเพียง 9 กิจกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ โดยมีคะแนนเต็ม 18 คะแนน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมการเดินและการเคลื่อนย้าย 2 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ

การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและการใช้ห้องสุขาหรือกระโถน 5 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมการอาบน้ำเช็ดตัวด้วยตนเอง และการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล 2 ข้อ

2. **สภาวะอารมณ์** บุคคลจะมีอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น ใดขึ้นอยู่กับความศรัทธา ความไว้วางใจ ความเชื่อมั่น ในตนเองและโชคชะตา โดยมีการใช้เหตุผลในการพิจารณา ไตร่ตรองประเมินสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งถ้าบุคคลเลือกการรับรู้ข้อมูลในทางบวกทำให้มีความอดทนที่จะปรับสภาพต่างๆ ของร่างกาย และจิตใจ เพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาพดี แต่ถ้าบุคคลเลือกรับข้อมูลในทางลบบุคคลจะรู้สึก ถูก กุ๊ก คามจนไม่สามารถรับได้ เช่น ในผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยมากเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก อาการตื่นเต้นและวิตกกังวลจะพบได้สูงในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก ซึ่งความกลัวและความวิตกกังวลจะเกิดคู่กับอาการหายใจลำบากและอาการวิตกกังวลจะลดลงเมื่ออาการหายใจลำบากได้รับการแก้ไข (Gift, 1991) และเมื่อผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองมีความสำคัญกับครอบครัวผู้ป่วยจะมีการปรับตัวโดยการเพิ่มความเชื่อมั่นในสมรรถภาพของร่างกายและให้ความร่วมมือต่อการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของยุบล (2541) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ ผลจากอาการ และวิธีจัดการกับอาการจับหืดของผู้ป่วยโรคหืด พบว่า เมื่อเกิดอาการจับหืดจะทำให้รู้สึกหงุดหงิดง่าย โมโหง่าย กลัว วิตกกังวล หายใจไม่ออก รู้สึกเหมือนจะตายทรมานมาก และการศึกษาของกิฟท์ และพัคส์ (Gift & Pugh, 1993) พบว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตกใจกลัว วิตกกังวล รู้สึกโกรธ

การประเมินสภาวะอารมณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาสภาวะอารมณ์โดยรวมไม่ได้ศึกษาเฉพาะอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่งเท่านั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือการประเมินสภาวะอารมณ์ของ POMS (The Profile of Mood States) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยเพชรพิเชฐเชียร (Petpichetchian, 2001) โดยผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่น และค่าความเที่ยงตรงในแต่ละด้านได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .83 - .95 แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ โดยมีคะแนนเต็ม 120 คะแนน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเลือกศึกษาในปัจจัยต่างๆ ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลศึกษาในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การสูบบุหรี่ เป็นต้น ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยประกอบด้วย ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การให้ความร่วมมือต่อ

การรักษา และความถี่ของการเกิดอาการหายใจลำบาก สำหรับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย สภาพความเป็นอยู่ในบ้าน/ในชุมชน ระบบสนับสนุน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และการสูบบุหรี่

1. เพศ จากการศึกษาของแจนสัน-เบิร์กกี และคณะ (Janson-Bjerklie, FerketicH, Benner, & Becker, 1992) พบว่าเพศหญิงจะมีการรับรู้อาการหายใจลำบากรุนแรงกว่าเพศชาย อาการที่เกิดขึ้นขณะที่มีอาการหายใจลำบาก คือ กลัว แน่นหน้าอก เบื่ออาหาร ตาลาย คั้นยุบยิบและใจเต้นแรง มีอาการตาลายและใจเต้นแรงกว่าเพศชาย ส่วนเพศชายจะมีอาการชาและคั้นยุบยิบมากกว่าเพศหญิง สำหรับการศึกษาของยูล (2541) เรื่องประสบการณ์การมีอาการ ผลจากอาการ และวิธีการจัดการกับอาการจับหืดของผู้ป่วยโรคหืด พบว่า อาการที่เกิดขึ้นเมื่อมีอาการหายใจลำบากคือ กลัว โกรธ กังวล กลัวตาย และมักมีอาการนำก่อนอาการหายใจลำบาก เช่น ไอ มีเสมหะ

2. อายุ จากการศึกษาของอัมพรพรรณ, เจียมจิต, ศิริพร, วลัยพร, ศรีเทียน, อัจฉรา และคณะ (2539) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะรับรู้อาการจับหืดรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่อายุมากที่มีระดับการอุดกั้นของทางเดินหายใจเท่ากัน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อายุมากจะมีการดูแลตัวเองดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Anderson, 1995; Lambert & Lambert, 1979 อ้างตาม อัมพรพรรณ, เจียมจิต, ศิริพร, วลัยพร, ศรีเทียน, อัจฉรา และคณะ, 2539)

3. ระดับการศึกษา จากการศึกษาความวิตกกังวลและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของประสพสุข (2534) พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี ทำให้มีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เชนัญกับปัญหาได้ ช่วยในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพในการดูแลตนเองตลอดจนการเลือกใช้แหล่งบริการทางสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีศึกษาน้อย ทำให้มีชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของรัชสุรีย์ (2536) พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาสูง มีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของเกสรินทร์ (2534) ที่พบว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

4. อาชีพ อาชีพเป็นการประกอบกรเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงในชีวิต การประกอบอาชีพทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ และได้รับการยอมรับว่าเป็นคนมีคุณค่า และสามารถบอกถึงสถานะทางสังคมได้ แต่เมื่อผู้ป่วย

มีอาการของโรคกำเริบขึ้นไม่สามารถจะปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายได้ ยุ่งในอาชีพที่ต้องสัมผัสกับฝุ่นละอองก็จะยิ่งทำให้อาการหายใจลำบากรุนแรงขึ้น เช่น การทำเหมืองแร่ถ่านหิน โรงงานอุตสาหกรรม โรงงานทอผ้า (สมเกียรติ และชัยเวช, 2542) ทำให้ต้องลาออกจากงานที่ทำประจำ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียรายได้ ครอบครัวต้องมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าแสดงออกถึงความเจ็บป่วยออกมามากมาย และไม่กล้าที่จะเรียกร้องความต้องการต่างๆ เนื่องจากว่า ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้เอง อาชีพจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

5. การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการศึกษาในระดับวิทยา พบว่า ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีประวัติการสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ใน

ปริมาณมากหรือระยะเวลาที่สูบนานมีโอกาสดเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอาการรุนแรงกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณน้อยหรือระยะเวลาสั้นกว่า (สมชัย และนันทา, 2531) สอดคล้องกับอัมพรพรรณ (2542) พบว่าเมื่อสูบบุหรี่ไประยะหนึ่งเซลล์ขนกวัดที่เยื่อหลอดลมถูกทำลายทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ปอดช้า และลดน้อยลงเกิดการสะสมของสารพิษทำให้เกิดการอักเสบของหลอดลมอย่างเรื้อรัง มีการทำลายถุงลมปอดทำให้เกิดอาการไอ นอกจากนี้ผลการศึกษาร้อยละ 90 ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีประวัติการสูบบุหรี่ แต่ประมาณร้อยละ 10-15 ของผู้สูบบุหรี่ที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าปฏิกิริยาการตอบสนองของปอดในแต่ละคน ไม่เหมือนกัน และอาจขึ้นอยู่กับชนิดของบุหรี่ วิธีการสูบ เช่น อัดควันบุหรี่หรือไม่ สภาพร่างกายของแต่ละบุคคล

ปัจจัยด้านสุขภาพ และความเจ็บป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความก้าวหน้าของโรคจะค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้าๆ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ ประกอบด้วยระยะเวลาการป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การให้ความร่วมมือต่อการรักษา และความถี่ของการเกิดอาการหายใจลำบาก

1.ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพราะธรรมชาติของบุคคลจะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ระยะเวลาที่นานขึ้นจะช่วยทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี ผลการปรับตัวที่ดีทำให้มีการจัดการกับอาการที่ดี โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองจะพัฒนาตามระยะเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ, อัมพรพรรณ, เจียมจิต, การุณย์ และผ่องเพ็ญ (2540) พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยของผู้ป่วย

โรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในทิศทางบวกในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของวรณี, เบญจพร, กาญจณี, ชูติมา และ พัฒนวัต (2545) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานจะทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้การจัดการกับอาการได้ดีกว่าและทำให้ปรับตัวได้ดี และการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้การจัดการกับอาการได้ดี

2. การให้ความร่วมมือต่อการรักษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการควบคุมอาการหายใจลำบากไม่ให้อาการกำเริบรุนแรง จากการศึกษาของชญญา ลักษณ์ (2544) เรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ศึกษาในผู้ป่วย 102 ราย พบว่า ร้อยละ 58.8 มีพฤติกรรมด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลในระดับดีมาก และร้อยละ 89.2 มีพฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นในระดับดีมาก

3. ความถี่ของการเกิดอาการหายใจลำบาก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการนำสำคัญ คือ อาการหายใจลำบากซึ่งอาการอาจจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปโดยการใช้เวลาหลายวันหรือหลายสัปดาห์อาจเกิดจากการสัมผัสกับสารก่อภูมิแพ้หรือเกิดจากการติดเชื้อในทางเดินหายใจ ผู้ป่วยมักตัดสินใจมาพบแพทย์เมื่ออาการกำเริบรุนแรงมากขึ้นหรือผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้นมาทันทีทันใด เช่น เกิดหลังจากออกกำลังกาย กังวล ดีใจหรือเสียใจ เมื่อเกิดอาการผู้ป่วยจะมีลักษณะสำคัญคือ อาการหายใจขัด แน่นอึดอัดในอก ไอ ไข้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ และหายใจมีเสียงวี๊ด

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นสภาพความเป็นอยู่ในบ้าน/ชุมชน และระบบสนับสนุนล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบาก

1. สภาพความเป็นอยู่ในบ้าน/ชุมชน ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก และเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบเหนื่อยพลัน เช่น ไรฝุ่น ฝุ่นบ้าน ขนสัตว์ แมลงสาบ เกสรดอกไม้ ควันบุหรี่ การเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศร้อน หนาว ฝนตก ควันไฟ สีและยาขัดเงา ฝุ่นละออง ควันจากโรงงาน เป็นต้น (ชัยเวช, 2542; สมจิต, 2541; สมเกียรติ และชัยเวช, 2542) และเนื่องจาก บุคคลไม่สามารถดำรงชีวิตโดยปราศจากการมีสังคมได้จำเป็นต้องมีการพบปะ แลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่นๆ ต้องเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ทำให้การดำรงบทบาทในครอบครัวและสังคมลดลง เนื่องจาก ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้การเข้าสังคมต้องเปลี่ยนแปลงไป เพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับฝุ่นละอองหรือควันบุหรี่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากต้องแยกตัวจากสังคม (ดวงรัตน์, 2540)

2. ระบบสนับสนุน เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อไม่สามารถจัดการกับอาการได้ด้วยตัวผู้ป่วยเองไม่ว่าจะเป็น การสนับสนุนจากครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่ที่มรสภาพล้วนแต่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย จากการศึกษาของ ประสบสุข (2534) เรื่องความวิตกกังวลและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และวรรณระวี (2534) เรื่องความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การมีชีวิตคู่จะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาได้ดี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต (2536) สถานภาพสมรสเป็นสิ่งที่ประเมินว่าผู้ป่วยมีแหล่งช่วยเหลือจากสังคมมากน้อยเพียงใด การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือได้รับกำลังใจในการตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง จะช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น จากการศึกษาของสุนทรี, เสาวลักษณ์ และพวงพร (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับการสนับสนุนจากคู่สมรส พบว่า ร้อยละ 88 ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นอย่างดีถึงปานกลาง การสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางอารมณ์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ทำให้เกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ และเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะของโรคได้

สรุปการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น โรคระบบทางเดินหายใจ ที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีระยะสงบ และระยะกำเริบ เมื่อเกิดอาการกำเริบอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ คือ อาการหายใจลำบากซึ่งเป็นความรู้สึกหายใจไม่เต็มอิม หายใจไม่สะดวก นอกจากนั้นยังมีอาการอื่นๆ เกิดขึ้นร่วมด้วยได้แก่ ไอ แน่นอึดอัด หายใจมีเสียงวี๊ด เหนื่อยออก ใจสั่น เป็นต้น ซึ่งอาการส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นที่บ้านเวลากลางคืน และเข้ามิดทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องเสียค่าใช้จ่ายบ่อยครั้งในการพบแพทย์ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ เมื่อผู้ป่วยมีประสบการณ์การมีอาการและแปลความหมายของอาการหายใจลำบากตามความคิด ของตนเกี่ยวกับอันตรายและความรุนแรงของอาการ ผู้ป่วยจะพัฒนาวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการหายใจลำบากและแก้ไขบรรเทาหรือควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา ดังนั้นการศึกษาประสบการณ์อาการ การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในมุมมองของผู้ป่วยเพื่อจะได้ทราบถึงปัญหา และให้แนวทางในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอย่างปกติกับโรค