

ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Self-care Experiences of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

มนัสวี อดุลยรัตน์

Manussavee Adulyarat

Order Key.....	21308
BIB Key.....	161189

เลขหมู่.....	RC ๕๕6.03 ๕/36 ๕5๗ 2
เลขทะเบียน.....	๑. 2
.....	๕๔ ส.ค. 25๕2

วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

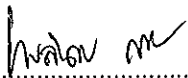
2542

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสพการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ชื่อผู้เขียน นางมนัสวี อุดลยรัตน์
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

คณะกรรมการที่ปรึกษา



.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิต)

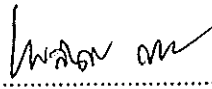


.....กรรมการ
(ดร. เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

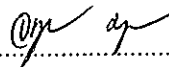
คณะกรรมการสอบ



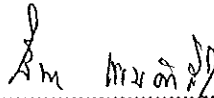
.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิต)



.....กรรมการ
(ดร. เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)



.....กรรมการ
(อาจารย์จากรุวรรณ มานะสุการ)



.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ นพ.กฤษา ธรรมคำภีร์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่



.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. ก้าน จันท์พรหมมา)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสพการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ชื่อผู้เขียน นางมนัสวี อุดลยรัตน์
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา 2541

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบาย ประสพการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งจำนวน 10 ราย เป็นเพศชายและเพศหญิงกลุ่มละ 5 ราย ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเทป ระหว่างเดือนมีนาคม 2541 ถึง เดือนธันวาคม 2541 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยดัดแปลงขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซซี (Colaizzi)

ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความหมาย สอดคล้องกันใน 5 ลักษณะ คือ 1) พยายามให้อยู่ดีกินดี 2) ทำอย่างไรก็ได้ให้หายจากโรค 3) ทำตน เป็นที่พึ่งแห่งตน 4) ปฏิบัติตัวดีต่อชีวิตให้ยืนยาว และ 5) ประคองตัว โดยมีการดูแลตนเอง 5 ลักษณะ คือ 1) สุวีถีชีวิตใหม่ ระวังภัยแห่งโรค (กินอยู่พอเหมาะพอสมกลมกลืนกับโรค และดำเนินชีวิตด้วยความ ไม่ประมาท) 2) มุ่งหาการรักษาเรื่อยไป ไม่ห่อถอย (รักษาอย่างต่อเนื่อง ฟังฟังพญามีปัญญาตะวันออก) 3) ปรับสภาพจิต (ยึดจิตเหนี่ยวใจ และปรับจิตปล่อยใจ) 4) สังสมวิธีการด้วยตนเอง (ฝึกการหายใจ และ พลิกลายตะแคงขวาทำท่าเหมาะสม) และ 5) ขอความช่วยเหลือ เมื่อช่วยตัวเองไม่ได้ สำหรับปัจจัย ส่งเสริมการดูแลตนเองมี 3 ลักษณะ คือ 1) แรงกายแรงจิตจากภรรยาและคนซิดใกล้ 2) พลังหวัง เพื่อหาย และ 3) ถึงตายแน่ถ้าไม่แก้ไข และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองมี 4 ลักษณะ คือ 1) เกิดเป็นคนจนต้องทนกับโรค 2) ขาดคนเฝ้าयरักษาหัวใจ 3) สิ่งแวดล้อมที่เหนือการควบคุม (มลภาวะ และอากาศขึ้นเนื่องจากฝนตกมากของภาคใต้) และ 4) เริ่มต้นดูแลตนเองเมื่อสาย

ผลการศึกษานี้ ทำให้เกิดความเข้าใจการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้น สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่สอดคล้อง กับบริบทของผู้ป่วยที่เป็นจริง และเป็นแนวทางสำหรับการบริหารการพยาบาล การศึกษาการพยาบาล รวมทั้งการวิจัยทางการพยาบาลในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป

Thesis Title Self-care Experiences of Patients with Chronic Obstructive
Pulmonary Disease
Author Ms. Manussavee Adulyarat
Major Program Adult Nursing
Academic Year 1998

Abstract

This phenomenological study aimed to describe and explain self-care experiences of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Ten participants consisted of five males and five females who were recruited by purposive sampling. Data were obtained by in-depth interviews and non-participant observation in conjunction with field notes and tape-recording from March to December 1998. The Colaizzi's method was modified for data interpretation and data analysis.

The study showed that the participants shared similar meanings of self-care in five perspectives which included : 1) trying to live with the disease, 2) doing everything to be free from the disease, 3) being self reliance, 4) good practicing to prolong life, and 5) maintaining life. Five perspectives of self-care activities were : 1) changing to new life style (adequate daily living activities, and living carefully), 2) continuing to seek new treatment (using modern medicine, and accompanying on eastern wisdom), 3) maintaining emotional status (spiritual connectedness, and relaxing and releasing), 4) developing own strategies (breathing exercise, and changing position), and 5) seeking help when self-help deficit. Participants identified three facilitating factors for self-care which were : 1) supporting from significant others, 2) power of hope, and 3) dying if not resolving. In addition, participants identified four inhibiting factors which were : 1) living with poverty, 2) lacking support, 3) beyonding control (pollution, and rainy season in the south), and 4) delayed beginning of self-care.

The result of this study provides an understanding of self-care experiences of patients with chronic obstructive pulmonary disease, and will be useful for improving

and promoting self-care experiences of the patients. In addition, it provides a guideline to improve nursing care, nursing management, nursing education ,and nursing research.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จากรองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา เชาวลิต และ ดร. เพลินพิศ ฐานีวิพัฒนานนท์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา โดยเฉพาะให้เวลาในการตรวจสอบ ฝึกฝนผู้วิจัย จนกระทั่งมีความเข้าใจการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา และคอยกระตุ้น เป็นกำลังใจตลอดการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง อบอุ่น ประทับใจ และระลึกถึงพระคุณอาจารย์ ทั้งสองท่าน จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์อย่างสูง รวมทั้งคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือนักวิจัย อาจารย์จากรุวรรณ มานะสุการ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ กฤษา ธรรมคำภีร์ ดร. วันดี สุทธิรังษี และอาจารย์แสงอรุณ สุขเกษม ที่ช่วยเหลือแนะนำให้วิทยานิพนธ์ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อัจฉรีย์อัปดุลฮามิด และอัจญะฮ์มัมมูนะ อุเต็น บุพการีผู้ให้กำเนิด ฝั่อบรมพื้นฐานความใฝ่รู้ และปลูกฝังความมีคุณธรรมให้กับลูกๆ มาด้วยความเมตตา ด้วยความรัก ห่วงใย ตลอดมามิขาดสาย สุดท้ายจะเปรียบได้ ขอขอบคุณพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ กัลยาณมิตรผู้ช่วยเหลือในการต่อเติมกำลังใจและแต่งแต้มชีวิตให้มีชีวาตลอดเวลาที่ศึกษา ขอขอบคุณ อาจารย์โซมพัทธ์ มณีวัต และอาจารย์ขวัญตา บาลทิพย์ ช่วยในการพิมพ์ ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทุนการวิจัยบางส่วน

คุณูปการอันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขออุทิศแต่ความมุ่งมั่นในการต่อสู้เพื่อการดูแลตนเอง ด้วยความอดทนมิท้อถอยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกท่าน และครอบครัวอดุลยรัตน์ นับแต่ที่ ร้อยโทสุรภาพล เมตินา อีสัน และนัจมีย์ ผู้อยู่เบื้องหลัง เป็นพลังในการศึกษามาโดยตลอด

มนัสวี อดุลยรัตน์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(4)
กิตติกรรมประกาศ.....	(6)
สารบัญ.....	(7)
รายการตาราง.....	(9)
รายการภาพประกอบ.....	(10)
บทที่	
1 บทนำ	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	4
นิยามศัพท์.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	6
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	15
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง.....	26
การดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	29
แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	42
3 วิธีการวิจัย.....	46
แบบการวิจัย.....	46
สถานที่ศึกษา.....	46
ผู้ให้ข้อมูล.....	47
เครื่องมือในการวิจัย.....	47
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	48
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	51

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	53
ผลการวิจัย.....	53
ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล.....	53
ประสบการณ์การดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	60
1. ความหมายของการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	61
2. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	65
3. ปัจจัยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	86
4. ปัจจัยอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	90
การอภิปรายผล.....	94
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	115
สรุปผลการวิจัย.....	115
ข้อเสนอแนะ.....	116
บรรณานุกรม.....	120
ภาคผนวก.....	139
ภาคผนวก ก. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	140
ภาคผนวก ข. แสดงข้อมูลทั่วไป.....	142
ภาคผนวก ค. การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล.....	144
ภาคผนวก ง. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเครื่องมือวิจัย.....	145
ประวัติผู้เขียน.....	146

รายการตาราง

หน้า

ตาราง

1	แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล	54
---	---------------------------------------	----

รายการภาพประกอบ

หน้า

ภาพประกอบ

1. ปรากฏการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง..... 62

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหา : ความเจ็บมาและความสำคัญ

โรคระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อย และเป็นปัญหาการเจ็บป่วยอันดับแรกของผู้ป่วยนอกที่ต้องมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease) (โคมณา, 2539 : 43) นับได้ว่าเป็นอุบัติการณ์ของโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 ทั้งในสหรัฐอเมริกาและแคนาดา และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 6 ในผู้ชาย อันดับที่ 8 ในผู้หญิง อุบัติการณ์ในผู้ชายเป็น 2 เท่าของผู้หญิง (Oyalowo, 1996 : 39) จากการสรุปสถิติสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย พ.ศ.2537-2538 พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเจ็บป่วย อันดับ 2 รองจากลำไส้อักเสบและโรคท้องร่วงอื่นๆ คิดเป็น 192.1 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งเลื่อนมาจากอันดับ 4 ของปี พ.ศ. 2533-2535 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2537-2538 : 17) นอกจากนี้จากสถิติผู้ป่วยใหม่โรงพยาบาลโรคทรวงอก ปี พ.ศ.2534-2538 พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 21-23 ต่อปี (โคมณา, 2539 : 43)

ความเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร โดยมักเสียชีวิตในช่วงอายุ 35-74 ปี จากสถิติใน 24 ประเทศ ซึ่งเป็นกลุ่มประเทศอุตสาหกรรม (Oyalowo, 1996 : 36) โรคนี้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (ประสพสุข, 2534 : 10-12) มีการพยากรณ์โรคเร็วกว่ามะเร็งหลายชนิด พยาธิสภาพก้าวหน้า และรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากปอดถูกทำลายอย่างถาวร (วิศิษฐ์, 2530 : 536; Graydon & Ross, 1995 : 525) เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหายใจลำบาก ซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต เนื่องจากการหายใจหมายถึงชีวิตตามความรู้สึกของมนุษย์ และเป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน (basic need) ขั้นแรกตามทฤษฎีมาสโลว์ (Hoeman, 1996 : 10) เมื่อเกิดภาวะหายใจลำบากส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาด้านจิตใจ เกิดความกลัว (DeVito, 1990 : 188; Blanck & Matassarini - Jacobs, 1993 : 1034) เพราะรู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคาม และไม่มีความปลอดภัย (Graydon & Ross, 1995 : 525) นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่สามารถออกกำลังกายอย่างคนปกติได้ เนื่องจากการออกแรงเพียงเล็กน้อยก็ทำให้รู้สึกเหนื่อย ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 45 ของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยต้องพึ่งพาคูคณอื่นมากขึ้น คุกคามต่อศักดิ์ศรี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เป็นตัวของตัวเอง (Weaver & Narsavage, 1994 : 286-291; Leidy & Traver, 1995 :

535-546) ผู้ป่วยจะกลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวการเสียชีวิต รู้สึกโดดเดี่ยว มีความวิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้า มีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม และพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีความคับข้องใจ เนื่องจากการแสดงอารมณ์โกรธหรือการแสดงความรู้สึกทางอารมณ์เหมือนบุคคลปกติ นำสู่ภาวะการหายใจลำบาก และทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น (ประสพสุข, 2534 : 15-18; Dudley, et al., 1980 : 413-420) นอกจากนี้การรับรู้ในสมรรถนะของตนเอง (perceived self efficacy) ต่ำ คิดว่าตัวเองไม่มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดการละเว้นที่จะปฏิบัติกิจกรรมตามปกติหรือกระทำการกิจกรรมลดลง เช่น การประกอบกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ การมีเพศสัมพันธ์ และรู้สึกว่าตนเองป่วยตลอดเวลา (Wigal, et al., 1991 : 1193-1196) สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เป็นภาระกับครอบครัว สัมพันธภาพในบทบาทของสามี ภรรยา บิดา มารดา และญาติเปลี่ยนไป ต้องให้ผู้อื่นมาทำหน้าที่แทนผู้ป่วยบางรายจึงรู้สึกผิด รู้สึกไร้พลังอำนาจ (powerlessness) และการเข้าสังคมเปลี่ยนไป เนื่องจากการออกนอกบ้านเมื่อโดนฝนหรือควันทูหรือจะทำให้หายใจลำบาก บางครั้งต้องออกงานสังคมทั้งครอบครัวทำให้ครอบครัวหมดความสุข เพราะต้องรีบกลับตามไปด้วย (Chalmer, 1984 : 35-58)

นอกจากปัญหาการดำรงบทบาทในครอบครัวและสังคมแล้ว การดูแลตนเองไม่เหมาะสมยังทำให้อาการของโรคดำเนินสู่ระยะรุนแรง ซึ่งจากการศึกษาในหอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจของโรงพยาบาลโรคทรวงอก พบว่าร้อยละ 45 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่จำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจในระยะรุนแรงของโรค (โจนนา, 2539 : 44) หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของหัวใจวายจากโรคปอด (corpulmonale) และภาวะหัวใจวาย (congestive heart failure) ได้ในที่สุด (Blanck & Matassarini - Jacobs, 1993 : 1030; Bear & Myers, 1994 : 620) ทำให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายต่อปีเป็นจำนวนมาก ขณะที่ผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาลเมื่อโรคกำเริบ ซึ่งวัฒนา (2530 อ้างตาม ประกิจ, 2531 : 125) ได้ศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยนอกหนึ่งรายต้องเสียค่ารักษาเฉลี่ยต่อสัปดาห์คิดเป็นเงิน 140 บาท และค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยวันละ 1,270 บาท รวมค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อการอยู่โรงพยาบาลหนึ่งครั้งเป็นเงิน 17,600 บาทต่อราย ทั้งนี้เป็นการคำนวณค่าใช้จ่ายเฉพาะในการรักษาพยาบาล รวมกับค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล เมื่อคำนวณทั้งประเทศแล้วเป็นเงินปีละหลายพันล้านบาท ที่ผู้ป่วยและรัฐต้องเสียไป ค่าใช้จ่ายนี้ไม่รวมค่าพาหนะในการเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พักผู้ป่วยและญาติ ค่าสูญเสียจากการขาดรายได้ การออกจางานก่อนกำหนดแล้วยังมีค่าใช้จ่ายเพิ่มจากค่ารักษาพยาบาลตลอดชีวิต ล้วนก่อปัญหาต่อผู้ป่วยที่มีฐานะปานกลางและยากจน

ปัญหาผลกระทบที่มีมากมายทั้งกาย จิต เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาลอยู่ตลอดชีวิต เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของโรคนี้ เป็นภาวะเจ็บป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพ การดูแลรักษาและการช่วยเหลือเป็นระยะเวลานาน ซึ่งแพทย์

และพยาบาลมีส่วนช่วยเพียงบางส่วนเท่านั้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะของโรคด้วยตัวเองและครอบครัว การดูแลตนเองจึงจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากในภาวะเจ็บป่วยพฤติกรรม การดูแลตนเองที่จะต้องปฏิบัติมีมากขึ้น และสลับซับซ้อนเพิ่มขึ้น ในขณะที่ภาวะของโรคนี้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพ (จารุวรรณ, 2535 : 28-41) ทำให้ไม่สามารถช่วยตัวเองแม้แต่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Braden, 1993 : 40) และงานอาชีพได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น โดยเฉพาะสถานการณ์ที่โรคกำเริบ ผู้ป่วยแต่ละคนจะเกิดความคับข้องใจหรือทำทายนั่นขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นสามารถเผชิญหรือพัฒนาความรับผิดชอบต่อตัวเองให้อยู่ร่วมในสังคมได้หรือไม่ ผู้ป่วยบางรายจึงเรียนรู้ที่จะจัดการกับตนเอง (self-management) เกี่ยวกับเงื่อนไขชีวิตเหล่านั้น เพื่อควบคุมปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น (Carter, 1993 : 67) โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยสนับสนุนให้การดำเนินของโรครุนแรงยิ่งขึ้น และเรียนรู้วิธีแก้ไขปัญหาหรือปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมเมื่ออาการของโรคกำเริบ และปรับเปลี่ยนนิสัยตลอดจนพฤติกรรมต่างๆ ที่ขัดกับโรค ดังนั้นการดูแลตนเองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่เกิดอาการรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น (โฉมณา, 2539 : 43) ลดการพึ่งพาบุคคลอื่น ไม่เป็นภาระให้กับครอบครัว คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมในสังคมอย่างมีความสุขตามอัตภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ในต่างประเทศมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Kinsman, et al., 1983) ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยและครอบครัว และกลยุทธ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการปรับตัว (Chalmers, 1984) และภาวะหายใจลำบากของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบในขณะอยู่โรงพยาบาล (DeVito, 1990) ซึ่งในขณะหายใจลำบากผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้เลย แม้แต่กิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองตามปกติ (usual self-care activities) ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพในประเทศไทยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เน้นไปที่การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในระหว่างหย่าออกจากเครื่องช่วยหายใจ (แสงอรุณ, 2533) และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการดูแลตนเอง เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส และระดับความรุนแรงของโรค (เกศรินทร์, 2534; ประสบสุข, 2534; วรธรเวที, 2534) ยังไม่พบรายงานการศึกษาที่อธิบายถึงการดูแลตนเองจากประสบการณ์ของผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำความเข้าใจถึงประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในทัศนะของผู้ป่วย จากคำอธิบายบนพื้นฐานการให้ความหมายประสบการณ์ และสถานการณ์ชีวิตของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมองปัญหาความเจ็บป่วยให้เชื่อมโยงกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลตนเอง การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งจะเป็นความรู้

พื้นฐานในการทำความเข้าใจการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่อยู่บนรากฐานความคิดของผู้มีประสบการณ์จริง (emic view) ในบริบทที่เป็นอยู่ และความรู้ ความเข้าใจ ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมพัฒนาการใช้กลยุทธ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้เต็มศักยภาพ ตรงตามทักษะของผู้ป่วยในบริบทสังคมไทย และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแผนพัฒนา ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข ซึ่งมุ่งให้ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง อันจะนำไปสู่ประโยชน์สูงสุดตามสภาพสังคม และเศรษฐกิจยุคปัจจุบัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำถามการวิจัย

1. ความหมายของการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างไร
2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีประสบการณ์การดูแลตนเองอย่างไร
3. ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ปรัชญาและระเบียบวิธีการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) ตามแนวคิดเฮร์มีนิวติก (hermeneutic) ของนักปรัชญาไฮด์เกออร์ เป็นกรอบแนวคิดด้านวิธีการวิจัย เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามการให้ความหมาย ประสบการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นจริงของผู้ให้ข้อมูล และใช้แนวคิดการดูแลตนเอง เป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถาม ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย เพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้อย่างครอบคลุม และสามารถวางแผนการปฏิบัติงานภาคสนามได้อย่างถูกต้อง ตามขั้นตอนของการศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเอง

นิยามศัพท์

ประสบการณ์การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกระทำเพื่อดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการควบคุมโรค ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการกระทำเพื่อการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้ความหมาย และความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมนั้น

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคทางเดินอากาศอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง และโรคหืดเรื้อรัง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์การดูแลตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการวางแผนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ถูกต้องตรงกับความต้องการของผู้ป่วย
3. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง
4. การดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
5. แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease : COPD) เป็นกลุ่มโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งมีความผิดปกติของลมหายใจออก (expiratory flow) ทางเดินหายใจภายในปอดถูกอุดกั้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมหรือในเนื้อปอด ทำให้หลอดลมตีบแคบลงหรือตัน การอุดกั้นในปอดเกิดขึ้นแบบเรื้อรัง และมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่กลับสู่สภาพปกติ โดยการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นทั่วๆ ไปทั้งปอด แต่อาจเป็นเฉพาะแห่งก็ได้ การดำเนินโรคจะค่อยๆ เสื่อมลงเรื่อยๆ ซึ่งมีชื่อเรียกกลุ่มโรคต่างๆ กันดังนี้ คือ โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive airway disease : COAD) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive lung disease : COLD) โรคทางเดินอากาศอุดกั้นเรื้อรัง (chronic airflow or airways obstructive disease : CAO) และทางเดินอากาศจำกัดอย่างเรื้อรัง (chronic airflow limitation : CAL) เป็นต้น แม้ว่าชื่อเรียกมากมายแต่จะเห็นได้ว่าชื่อที่เป็นที่นิยมมากที่สุด คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ซึ่งหมายถึงโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) โรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) และโรคหืดเรื้อรัง (chronic asthmatic bronchitis) (ลินจง, 2539 : 85; Oyalowo, 1996 : 39-48) บางตำราไม่รวมโรคหืด (asthma) ไว้ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเนื่องจากพยาธิสภาพของปอดในโรคหืด สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ ส่วนโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่สามารถคืนกลับสู่สภาพปกติได้ (American Thoracic Society : ATS cited by Oyalowo, 1996 : 39-48)

สาเหตุที่แท้จริงในการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่ทราบ แต่เชื่อว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคและอาการของโรคเสถียรลำดับแรก คือ การสูบบุหรี่ ส่วนมลภาวะ เป็นปัจจัยลำดับรองลงมา (โณมนภา, 2539 :

43; ประดิษฐ์, 2531 : 54) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุส่งเสริมอื่นๆ เช่น ฝุ่นละออง อายุ พันธุกรรม การติดเชื้อทางเดินหายใจ ความผิดปกติในหลอดเลือดของปอดและภาวะภูมิแพ้ ในปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุสำคัญเกิดจากการสูบบุหรี่ ซึ่งขึ้นอยู่กับปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน และระยะเวลาในการสูบบุหรี่ด้วย (สมจิต, 2537 : 243; ประกิจ, 2531 : 116-117; ลินจง, 2539 : 87; Luckman & Sorensen, 1993 : 1026) ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ที่สูบบุหรี่หนักจะพัฒนาสู่การเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Hardy & Connolly, 1996 : 83) และอัตราการตายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ผู้สูบบุหรี่วันละ 2 ซอง มีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 22 เท่า ถ้าสูบบุหรี่นานเกิน 10 ปี พบว่าหลอดลมขนาดเล็กมีหน้าที่ผิดปกติ บุหรี่มีส่วนสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของการเสื่อมสมรรถภาพของปอด ซึ่งนิโคตินในควันบุหรี่ทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานการติดเชื้อของปอดและประสิทธิภาพในการขับไล่เชื้อโรคลดลง เนื่องจากในนักสูบบุหรี่และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประสิทธิภาพของสารมูกในการจับอนุภาคที่ผ่านเข้ามาและขับกลับออกไปโดยการพัดพาของขนที่ผิวเซลล์หลอดลม (ประมาณ 200 เส้นต่อเซลล์) ในอัตรานาที่ละ 20 มม.ลดลง (สุชัย และคณะ, 2535 : 566) ทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (lower respiratory infection) รุนแรงกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ เป็นที่น่าสนใจว่าบุหรี่ในเมืองไทยมีปริมาณคาร์บอนิลโคตินสูงกว่าบุหรี่ต่างประเทศ เป็นเพราะมาตรฐานบุหรี่ของไทยต่ำกว่า ทำให้คนไทยมีโอกาสเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้สูงกว่า (ประกิจ, 2531 : 122) อาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คืออาการไอและอาการหอบเหนื่อย (วิศิษฐ์, 2530 : 529-536; Niemeyer, 1985 : 432) ซึ่งอาการไอมิสมหะจะมีลักษณะเรื้อรัง พบได้ถึงร้อยละ 65 ของผู้ป่วยโรคนี้ ระยะแรกอาการไอจะเป็นตอนเช้าหรือหลังสูบบุหรี่ระยะต่อไป อาการไอจะมากขึ้นและเป็นบ่อย เสมหะจากสีขาวจะเป็นสีเหลืองหรือสีเขียวพร้อมทั้งมีปริมาณมากขึ้น ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อแทรกซ้อน (ลินจง, 2539 : 82) โดยปกติการไอช่วยขับเสมหะออกจากหลอดลมคอ ซึ่งจะช่วยกำจัดสิ่งแปลกปลอมที่ถูกจับไว้โดยสารมูกแล้วขับออกจากทางเดินอากาศหายใจ แต่ทั้งนี้ในโรคปอดที่มีอัตราอากาศไหลสูงสุด ช่วงหายใจออกลดลง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้ จะทำให้ประสิทธิภาพการไหลลดลง (สุชัย และคณะ, 2535 : 566-567)

ส่วนอาการหอบเหนื่อยหรือหายใจลำบาก (dyspnea) นั้น คินส์แมนและคณะ (Kinsman, et al., 1983 : 775) ศึกษาประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการในผู้ป่วยหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพอง ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพในผู้ป่วยจำนวน 146 คน และสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 29 คน พบว่าอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่ผู้ป่วยบอกมากที่สุดโดยพบเป็นบางครั้งร้อยละ 45 พบได้เสมอร้อยละ 25 และพบมากที่สุดร้อยละ 18 อาการหายใจลำบากมีชื่อเรียกต่าง ๆ กัน เช่น หายใจไม่เต็มอิ่ม หายใจไม่ทั่วท้อง แน่นอึดอัดในอก หายใจไม่ทัน ซึ่งหมายถึงความรู้สึกของบุคคลที่หายใจไม่สะดวก ต้องใช้ความพยายามในการหายใจ และเหนื่อยเหนื่อยมากกว่าปกติ (สมชัย และนันทา, 2531 : 307; Niemeyer, 1985 : 102; DeVito, 1990 : 187-188)

แคมเบลและโฮเวล (Cambell & Howell cited by Carrieri Janson-bjerklie & Jacobs, 1984 : 438; Niemeier, 1985 : 422) ได้อธิบายกลไกของภาวะหายใจลำบากด้วยมโนทัศน์ความไม่สัมพันธ์กันของการหายใจ (length-tension inappropriateness concept) ว่าบุคคลรับรู้ถึงการหายใจลำบากเนื่องจากขณะหายใจ ความยาวของกล้ามเนื้อหายใจ (length of the respiratory muscle) ยืดขยายมากกว่าปกติ ทำให้กล้ามเนื้อหายใจอ่อนล้า และแรงที่จะผลักดันให้มีการหายใจหรือแรงดึงของตัวรับกล้ามเนื้อ (tension of the stretch receptors) ไม่สัมพันธ์กัน ทำให้ต้องใช้แรงเพิ่มมากขึ้นในการหายใจแต่ละครั้ง ผู้ป่วยจึงเกิดอาการเหนื่อยหอบและอ่อนล้า ซึ่งจากการศึกษาของคินส์แมนและคณะ (Kinsman, et al., 1983 : 756) พบว่า อาการอ่อนล้าเป็นอาการที่ผู้ป่วยบอกร่องจากอาการหายใจลำบาก โดยพบเป็นบางครั้งร้อยละ 48 พบได้เสมอร้อยละ 29 และพบมากที่สุดร้อยละ 14 นอกจากนี้อาการหายใจลำบากและอาการอ่อนล้าที่เรื้อรัง (chronic fatigue) ล้วนเป็นสิ่งคุกคามทางจิตใจ ทำให้เกิดความกลัว (DeVito, 1990 : 188) ตื่นตระหนก ลับสน โกรธ (Gift, 1990 : 955-965) วิดกกังวล ซึมเศร้า (Gift, 1993 : 58-59) สอดคล้องกับการศึกษาของแมคคินนีย์ (McKinney, 1994) ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมถอยหนี (withdraw) แยกตัวจากสังคม จะนำสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบคู่กับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสมอ ถึง 4 ใน 10 ราย และผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมาก จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าพบสูงขึ้นในภาวะหายใจลำบากอีกด้วย (Gift & Pugh, 1993 : 377)

จะเห็นได้ว่าภาวะหายใจลำบากนับเป็นอาการหลักในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งนำสู่อาการอื่นๆ (Gift, 1989 : 79) จากการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ป่วยหลอดลมอักเสบเรื้อรังหรือถุงลมโป่งพอง หรือทั้งสองอย่างร่วมกันจำนวน 96 คน ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลในระยะอาการกำเริบ พบว่า ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขณะหายใจลำบากในโรงพยาบาลมีประเด็นหลักดังนี้คือ กลัว (fear) รู้สึกไม่มีใครช่วยได้ (helplessness) ไม่มีชีวิตชีวา (loss of vitality) คิดวนเวียนอยู่กับการหายใจของตนเองหรือจุดสนใจทุกอย่างอยู่ที่การหายใจเท่านั้น (preoccupation) และรู้สึกคุ้นเคยต่อความรู้สึกของตนเองเมื่อมีอาการรุนแรงคนอื่นไม่สามารถรู้สึกอย่างนั้นได้ (legitimacy) ทำให้ผู้ป่วยคับข้องใจมาก (DeVito, 1990 : 186-191) นอกจากนี้ในขณะที่ผู้ป่วยมีภาวะหายใจหอบเหนื่อย ยังมีอาการอื่นๆ เกิดร่วมด้วย อาทิ ความอยากอาหารลดลง รู้สึกซูบผอมเมื่อ ปวดเมื่อยไปทั้งตัว (Gift, 1989 : 79) นอนไม่หลับ บวม ชุนเคือง ความจำเสื่อม และรู้สึกสูญเสีย ความหวัง (Kinsman, et al., 1983 : 756; DeVito, 1990 : 187)

ภาวะหายใจลำบากสามารถประเมินได้จากการตรวจด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์ ทำให้ผู้ป่วยประเมินอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง และการสังเกตการหายใจของผู้ป่วย ดังนี้

1. การตรวจวัดด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์ การตรวจสมรรถภาพปอดด้วยมาตรวัดการหายใจ (spirometer) โดยวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ (forced vital capacity : FVC) โดยบันทึกเทียบกับช่วงเวลา เรียกว่า สไปโรแกรม (spirogram)

(อรรถ และสมชัย, 2531 : 165; สมจิต, 2537 : 248) ปกติ FVC จะมีค่าประมาณ 4,800 มิลลิลิตร ค่า FVC จะลดลงในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ และมีอากาศขังอยู่ในปอดมาก ส่วนสไปโรแกรม จะบันทึกปริมาตรอากาศหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (the 1 second forced expiratory volume : FEV1) บวกถึงอัตราไหลของอากาศหายใจออกและระดับการอุดกั้นของทางเดินหายใจ คนปกติ จะมีค่า FEV1 ร้อยละ 75 ของอากาศหายใจออกทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจค่า FEV1 ลดลง เริ่มมีอาการหายใจเหนื่อยหอบเมื่อ FEV1 ลดลงเหลือ 1.5-2 ลิตร และหอบชัดเจนเมื่อ FEV1 ประมาณ 1-1.5 ลิตร (พูนเกษม, 2531 : 285)

การตรวจสมรรถภาพของปอดยังสามารถวัดได้จากอัตราไหลสูงสุดของอากาศหายใจออก (peak expiratory flow rate : PEFR) โดยใช้เครื่องมือ เช่น ไรท์ พีค โพล มิเตอร์ (wright peak flow meter) สามารถวัดได้ง่ายและสะดวก ซึ่งค่า PEFR นี้ขึ้นอยู่กับเพศ อายุ และความสูง ค่าสูงสุดในอายุ 25-40 ปี โดยเพศชายประมาณ 600-650 ลิตร/นาที และเพศหญิงประมาณ 400-450 ลิตร/นาที (นันทา และสมชัย, 2531 : 274) ซึ่งค่าที่วัดได้จากการตรวจสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะต่ำกว่าคนปกติ จากแรงต้านทานในหลอดลมสูงขึ้น แต่การตรวจร่างกายจะปกติในรายที่มีอาการไม่รุนแรง ดังนั้นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะวินิจฉัยไม่ได้ถ้าไม่ใช้มาตรวัดการหายใจ (Pierson, 1992 : 685) บางครั้งอาจเป็นการวินิจฉัยผิดพลาดได้ เช่น ในผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่ร้อยละ 10-20 จะพบการอุดกั้นของทางเดินอากาศ (airflow obstruction) แต่นั่นไม่ได้หมายความว่า เป็นโรค เพราะว่ายพยาธิสภาพไม่เป็นอย่างถาวร แต่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ (reversible) เมื่อหยุดสูบบุหรี่

2. การให้ผู้ป่วยประเมินอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง โดยใช้มาตรวัดด้วยสายตาเชิงเส้น (visual analogue scale : VAS) ซึ่งอาการหายใจลำบากเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วย ไม่มีผู้ได้รับรู้อาการ ได้ดีกว่าตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นการใช้ VAS จึงเป็นการวัดโดยตรง (subjective measurment) หรือการประเมินภาวะหายใจลำบากของกิฟท์ (dyspnea assessment guide : DAG) (Gift, 1989 : 82-83) ซึ่งส่วนแรกผู้ป่วยประเมินความรุนแรงด้วยตัวเอง โดยใช้มาตรวัดด้วยสายตาเชิงเส้นตามแนวตั้ง (vertical visual analogue scale) มีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวตั้งที่มีความยาว 10 เซนติเมตร ทุกตำแหน่งบนเส้นตรงนี้แสดงถึงความรู้สึกหายใจลำบากในระดับต่างๆ มีคะแนนตั้งแต่ 0-10 ตำแหน่งแรกอยู่ล่างสุด มีคะแนนเป็น 0 หมายถึง ไม่รู้สึกถึงอาการหายใจลำบากเลย ส่วนตำแหน่งบนสุดมีคะแนนเป็น 10 หมายถึง รู้สึกหายใจลำบากมากที่สุด ซึ่งมาตรวัดการหายใจแนวตั้งสามารถให้ได้ง่ายกว่าแนวนอนและสามารถประเมินภาวะหายใจลำบากได้ ส่วนที่ 2 เป็นการรายงานอาการด้วยตัวผู้ป่วยเอง (subjective symptoms) โดยผู้ป่วยจะเป็นคนให้คะแนน 1,2,3 ตามความรู้สึกถึงอาการ เช่น อ่อนล้า เบื่ออาหาร และ ส่วนที่ 3 เป็นอาการแสดงที่สังเกตได้ (objective sign)

3. การสังเกตการหายใจของผู้ป่วย โดยผู้ประเมินสังเกตอาการแสดงของผู้ป่วย จากแบบประเมิน ส่วนที่ 3 ของกฟทที่ได้แบ่งความรุนแรงของอาการหายใจลำบากเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ไม่มีการยกของไหล่ หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบาก

ระดับที่ 2 มีการยกของไหล่ไม่ชัดเจน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากเล็กน้อย

ระดับที่ 3 มีการยกของไหล่อย่างชัดเจน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากมาก

นอกจากนี้ภาวะหายใจลำบากสามารถประเมินได้จากระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งแบ่งตามระดับ การเสียหายที่ของร่างกายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Lung Association, 1975 : 393-398) มี 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 ไม่มีข้อจำกัดๆ สามารถทำงานได้ตามปกติ โดยไม่เหนื่อยหอบ

ระดับ 2 สามารถทำงานได้ ไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือบันไดได้เท่าคนวัยเดียวกัน แต่สามารถขึ้น ดึกสูง 1 ชั้นได้ โดยไม่เหนื่อยหอบ

ระดับ 3 ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่สามารถช่วยตนเองหรือดูแลตนเองได้ ไม่สามารถเดิน ทางราบได้เท่าคนวัยเดียวกัน เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น

ระดับ 4 ไม่สามารถทำงานได้ เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด เดินทางราบมากกว่า 100 หลา ไม่ได้ ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่ยังสามารถดูแลตนเองได้

ระดับ 5 ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ เดิน 2-3 ก้าว หรือลุกนั่งก็เหนื่อย เดินอย่างช้าๆ มากๆ ได้ 50 หลา ก็มีอาการเหนื่อยหอบมาก เหนื่อยหอบเมื่อแต่งตัวหรือพูด

ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อผู้ป่วยและครอบครัวมีมากมายทั้งกาย จิต เศรษฐกิจ และ สังคม เนื่องจากการดำเนินของโรคช้า ค่อยเป็นค่อยไปอย่างเรื้อรัง มีระยะเวลาจากเริ่มปอดอการจนเริ่ม มีอาการรุนแรงอาจยาวนานถึง 25-30 ปี (ดวงรัตน์, 2540 : 401) ดังนี้

1. ผลกระทบด้านกาย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพยาธิสภาพของปอดถูกทำลายอย่างถาวร ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพ ปกติได้ การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคเลวลงเรื่อยๆ พบการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดลมหนาขึ้น จากทรงเตี้ยโตมากกว่าปกติของต่อมมูก และจากการอักเสบ มีผลต่อระบบการหายใจ ทำให้เกิดความ บกพร่องของระบบการหายใจเป็นปัญหาหลัก (พีระยศ, 2539 : 26) ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก เป็นภาวะที่ การระบายอากาศในทางเดินหายใจลดลง ร่วมกับโครงสร้างที่ถูกทำลายจนทำให้ความยืดหยุ่นของ โครงสร้างและความอ่อนคลายลดลง ทำให้ร่างกายปรับสมดุลปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าหรือออกตอนที่ (minutes ventilation) ให้ลดลง และเพิ่มอัตราการหายใจ ทำให้สังเกตพบว่าผู้ป่วยมีภาวะหอบเหนื่อยได้

จะส่งผลกระทบต่อร่างกายมากมายเช่น อ่อนล้า (fatigue) เป็นลักษณะสำคัญของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Parson, 1990 : 17-23) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าความเหนื่อยล้าและเหนื่อยง่ายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นปัจจัยที่ทำให้มีการจำกัดของการออกกำลังกาย ต้องหยุดออกกำลังกายเพราะเหนื่อยล้ามาก ร้อยละ 71 และหยุดออกกำลังกายเพราะเหนื่อยล้ามากและเกิดการเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อขาร้อยละ 27 (Strijbos, et al., 1989 cited by Gift & Pugh, 1993) นอกจากนี้ทำให้ความทนในการทำกิจกรรมลดลง (Lareau & Larson, 1987 : 180) เหนื่อยง่าย ร่างกายอ่อนแอ ง่ายต่อการติดเชื้อโดยเฉพาะการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น เชื้อไข้หวัดใหญ่และเชื้อปอดบวม ซึ่งเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ทำอันตรายต่อเยื่อปอดและเม็ดเลือดขาวในปอด ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ (Pierson, 1992 : 679) และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการติดเชื้อปอดอักเสบ จะมีอัตราการตายสูงกว่าคนปกติถึงร้อยละ 40.2 (นันทาและสมชัย, 2531) และพบว่าร้อยละ 44 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีโรคร่วมดังนี้ โรคหลอดเลือดและหัวใจร้อยละ 40 วัณโรคร้อยละ 28.5 และแผลในกระเพาะอาหารร้อยละ 5.7 ซึ่งไม่มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่มีโรคร่วมเลย ร้อยละ 24 มีอาการของโรคดำเนินเข้าสู่ภาวะขั้นรุนแรงคือภาวะการหายใจล้มเหลว และร้อยละ 45 ของผู้ป่วยที่รับเข้ารับรักษาภายในหอผู้ป่วยหนักเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องมาใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจ (โณมนภา, 2539 : 44) สิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบที่สำคัญที่มีต่อระบบไหลเวียน เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้เนื้อที่หลอดเลือดฝอยในปอดที่รับเลือดลดลง นั่นคือ มีแรงดันเพิ่มขึ้นในระบบไหลเวียนเลือดแดงของปอด หัวใจซีกขวาต้องทำงานมากขึ้นเพื่อผลักดันให้เลือดไหลเวียนเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้หัวใจห้องขวามีผนังกล้ามเนื้อหัวใจหนาขึ้นและขยายตัวออกและในที่สุดทำงานล้มเหลว เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหัวใจเพราะปอด หรือเกิดภาวะหัวใจวาย (รังสรรค์ และบุญรัตน์, 2531 : 87; Blanck & Matassarini-Jacobs, 1993 : 1030; Bear & Myers, 1994 : 620)

ส่วนผลกระทบโดยตรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อระบบประสาทกลาง จากพยาธิสภาพของโรคทำให้เลือดมีออกซิเจนน้อย (hypoxia) (นิพนธ์, 2531 : 259; Blanck & Matassarini-Jacobs, 1993 : 1033) และคาร์บอนไดออกไซด์สูง (hypercapnia) มีผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนไปเนื่องจากภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง จะมีอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทได้หลายรูปแบบ อาทิ ปวดศีรษะตอนเช้า อิดโรย ความคิดอ่านเสื่อม ลับสนเป็นพักๆ หลงลืม สมองไม่สามารถสั่งให้ร่างกายดำรงสภาพท่าทางของร่างกายไว้ได้ กล้ามเนื้อกระตุก สั่น การเคลื่อนไหวสั่นผิดปกติ การที่สมองขาดออกซิเจนจะทำให้หน้าที่สมองเสื่อมเรื้อรัง อาจมีอาการเหมือนคนวิกลจริต และมีการหยุดหายใจขณะหลับเมื่อเกิดภาวะขาดออกซิเจนร่วมกับคาร์บอนไดออกไซด์สูง ถ้าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจนหยุดหายใจอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่สภาพหมดสติอย่างรวดเร็ว โดยทั่วไปจะหมดสติเมื่อสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอานเกิน 6 ชั่วโมง จะมีโอกาสฟื้นน้อยมาก ถ้าฟื้นก็มักอยู่ในสภาพเจ้าหญิงนิทรา (vegetative state) คือ ผู้ป่วยสามารถลืมตา

ได้ หายใจได้ ซึ่พจรและความดันเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ไม่สามารถติดต่อกับใครได้เพราะสมองส่วน
สั่งการของศูนย์ประสาทสูงได้สูญเสียหน้าที่ไปหมดสิ้น สภาพเช่นนี้เลวร้ายกว่าเสียชีวิตเพราะต้องมี
ผู้เฝ้าดูแลพยาบาลตลอดไป ช่วยตนเองไม่ได้เลย เป็นการสูญเสียอย่างมากต่อครอบครัว สังคม และ
เศรษฐกิจของประเทศ (นิพนธ์, 2531 : 260)

นอกจากนี้ยังพบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผลกระทบต่อระบบประสาท โดยเฉพาะไต แต่ก็ยังมี
การศึกษาเกี่ยวกับโรคนี้้น้อยมาก ซึ่งพยาธิสภาพของไตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า โกลเมอรูลัสมี
ขนาดใหญ่ขึ้น มีเซลล์แทรกมากทั่วไปและหลอดเลือดฝอยโป่งพอง ส่วนแรงดันของออกซิเจนที่ลดลงและ
แรงดันคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้น ทำให้การทำงานของไตเลวลง (ลีนา, 2531 : 272) นอกจากนี้ภาวะ
ออกซิเจนในเลือดต่ำ ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงระบบทางเดินอาหารน้อยลง ทำให้ความอยากอาหารลดลง
(Gift, 1989 : 79) คลื่นไส้ เป็นโรคกระเพาะอาหาร และผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบหลังรับประทานอาหาร
อาหารอิม เป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้น้ำหนักตัวลดลงได้
(Niemeyer, 1985 : 432) และยังพบว่าในขณะหายใจลำบาก มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนคือ มีระดับ
ของฮอร์โมนคอร์ติโซลสูงขึ้น (Gift & Pugh, 1993 : 375) จะเห็นได้ว่าผลกระทบต่อร่างกายที่มีต่อระบบ
ต่างๆ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นยังส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีผลต่อจิตใจมาก เพราะมีเหตุปัจจัยหลายประการที่ทำให้เกิด
ความเครียดหรือทำให้จิตใจไม่ปกติ (สมพร, 2531 : 379) ซึ่งการทำหน้าที่ของสมองมีความสัมพันธ์กับ
ระดับออกซิเจนในเลือด กล่าวคือ ภาวะที่มีออกซิเจนในเลือดต่ำทำให้การทำงานของสมองไม่ปกติ อาทิ การ
รับรู้ ความมั่นคงของอารมณ์ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สมองขาดออกซิเจน การติดเชื้อหรือ
สาเหตุอื่นๆ ที่ขัดขวางการทำงานของสมอง จะมีสภาพจิตสับสน ไม่มีสมาธิ ไม่เข้าใจเหตุการณ์รอบข้างได้ดี
เท่าที่ควร ความจำเสื่อม ไม่รู้จักบุคคล สถานที่และเวลา ผู้ป่วยมักมีอาการหวาดกลัวเพราะหิวแหว่
ประสาทหลอน ไม่นอนตามเวลาที่ควร เช่น นอนกลางวันตื่นขึ้นวุ่นวายกลางคืน เรียกว่า ภาวะเพ้อคลั่ง
ซึ่งผู้ป่วยพวกนี้มีแนวโน้มจะเสียชีวิตเพราะอาการนี้มักเป็นกับผู้ป่วยหนักและใกล้ตาย นอกจากนี้ยังมี
ผลกระทบที่สำคัญด้านจิตใจคือ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลต่ออาการที่เกิดขึ้น (Kinsman, et al., 1983 :
755-761; DeVito, 1990 : 187) เกิดความกลัวต่อการสูญเสียชีวิต (DeVito, 1990) ทำให้ผู้ป่วยลดความ
สนใจสิ่งต่างๆ ในชีวิต (Kinsman, et al., 1983) ไม่อยากทำอะไรเพราะรู้สึกตัวเองป่วยตลอดเวลา
(สมจิต, 2537) เกิดความรู้สึกต้องพึ่งพาศบุคคลอื่น เป็นภาระให้บุคคลอื่น และผู้ป่วยจะรู้สึกปวดร้าวมากใน
การที่ต้องออกจากงานก่อนเวลาอันควร (Chalmers, 1984 : 35-38) ปัญหาจิตใจเหล่านี้ส่งผลให้อาการ
ทางกายรุนแรงขึ้นเป็นวงจรร้าย (DeVito, 1990 : 180-189; Gift & Pugh, 1993 : 64-67) ซึ่งในภาวะ
หายใจลำบากจะพบภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น (Gift, 1992 : 796-798) และมีอัตราสูงขึ้นในผู้ป่วยที่ใช้

ยาสเตียรอยด์รักษา สอดคล้องกับการศึกษาของแมคคินนี่ (McKinney, 1994) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งพบภาวะซึมเศร้าคล้ายผู้ป่วยโรคนี้เสมอ และผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมาก มีพฤติกรรมถอยหนี (withdraw) แยกตัวออกจากสังคม (isolation) เมื่อแยกตัวและถอยหนีมากเป็นประจำ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยจะมองโลกในแง่ลบ ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หงุดหงิดง่าย เห็นเรื่องเล็กเป็นเรื่องใหญ่ สภาพจิตดังกล่าวไม่เป็นผลดีกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเลย ภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องที่พบได้เสมอ แต่ไม่ได้ตระหนักในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งพบได้มากกว่าคนปกติทั่วไป (Pierson, 1992 : 693)

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษานาน และเข้าออกโรงพยาบาลตลอดชีวิตเมื่อมีอาการของโรคกำเริบ ซึ่งร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยโรคนี้ อยู่ในวัยทำงาน (Kaplan, et al., 1994 : 366-368) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากและเหนื่อยหอบ จนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ การมีค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นจากการที่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลไปตลอดชีวิต และการขาดรายได้จะก่อปัญหาอย่างมากต่อผู้ป่วยที่มีฐานะปานกลาง และยากจน (ดวงรัตน์, 2540 : 201) ทั้งนี้เมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วประเทศแล้ว ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อการอยู่โรงพยาบาลหนึ่งครั้ง ที่ผู้ป่วยจ่ายร่วมกับรายจ่ายของโรงพยาบาลปีละหลายพันล้านบาท ซึ่งผู้ป่วยและรัฐจะต้องเสียไป โดยค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พักของผู้ป่วยและญาติในกรณีที่อยู่ต่างจังหวัด การสูญเสียจากการขาดรายได้ รวมถึงการต้องออกจากงานก่อนกำหนดเวลาของผู้ป่วย (ประภิต, 2531 : 125) นอกจากนี้ในภาวะที่โรคกำเริบดำเนินเข้าสู่ภาวะขั้นรุนแรงคือ ภาวะการหายใจล้มเหลว ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 24 ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534-2538 ของโรงพยาบาลโรคทรวงอก จำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลมคอเพื่อช่วยหายใจและเข้ารักษาภายในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 45 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (โคมณา, 2539 : 44) ยิ่งทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก เท่ากับเสียเศรษฐกิจของประเทศชาติเป็นอย่างยิ่ง

4. ผลกระทบด้านสังคม

จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยและครอบครัว และกลยุทธ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคในระดับน้อย ปานกลาง และมาก จำนวน 30 ราย พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยตระหนักเป็นอันดับแรกคือ ความสามารถในการดำรงบทบาทในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดร้าวใจมาก ที่ต้องออกจากงานก่อนเวลาอันควร สัมพันธภาพในบทบาทของสามี ภรรยา บิดา มารดา ญาติและเพื่อนเปลี่ยนไป บางครั้งผู้ป่วยต้องให้คนในครอบครัวเรียนขับรถ เพื่อที่จะทำหน้าที่แทนตนเอง ผู้ป่วยบางรายรู้สึกผิดที่ต้องใช้บุตรซึ่งยังเล็ก ทำหน้าที่แทนตนเองในทุกๆ เรื่อง (Chalmers, 1984 : 70-79) ทำให้รู้สึกไร้พลัง (powerlessness) และคับข้องใจ

(DeVito, 1990 : 189) ที่ไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลและปกป้องคุ้มครองบุตรได้ การเข้าสังคมก็เปลี่ยนไป ผู้ป่วยจะหายใจลำบากเมื่อโดนฝุ่นละอองหรือควันบุหรี่ ทำให้ต้องอยู่กับบ้านหรือเข้าสังคมได้ในช่วงสั้นๆ และการที่ต้องออกงานสังคมทั้งครอบครัว ก็อาจทำให้ครอบครัวหมดความสุขเพราะต้องรีบกลับตามไป ด้วย ทำให้เกิดปัญหาในการดำรงบทบาทในครอบครัวและสังคม (ดวงรัตน์, 2540 : 202) นอกจากนี้ปัญหา ด้านจิตใจ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม มีพฤติกรรมถอยหนี (McKinney, 1994 : 48-50) ทำให้มีผลกระทบต่อครอบครัว การประกอบอาชีพ และบทบาทการทำหน้าที่ ในสังคมได้ในที่สุด

จะเห็นได้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมตลอดชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นสำหรับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ และนับว่าเป็นเรื่องท้าทายเนื่องจากไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาจึงเป็นเพียง การช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการ และสามารถมีชีวิตอยู่ร่วมกับโรคได้ตามอัตรภาพ

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีใดที่สามารถรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้หายขาดได้ แม้แต่การผ่าตัด เปลี่ยนปอดและหัวใจก็ยังไม่บรรลุผลสำเร็จที่แท้จริง ซึ่งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้นำวิธีการผ่าตัดปอด ส่วนที่เสียออกแล้วนำปอดที่ดีของคนอื่นมาแทนก็ยังคงอยู่ในขั้นทดลองนำมาใช้ ดังนั้นการรักษาจึงเป็น เพียงการประคับประคองแก้ไขตามสภาพที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมี อาการน้อยที่สุด และสามารถใช้ชีวิตได้เป็นปกติหรือมีข้อจำกัดน้อยที่สุด รวมทั้งการหยุดยั้งหรือชะลอ พยาธิสภาพไม่ให้ดำเนินต่อไปอีกหรือดำเนินไปอย่างรวดเร็ว และบรรเทาอาการทั้งทางกาย และจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับสภาพ และพึ่งตนเองได้มากที่สุด ซึ่งมีวิธีการรักษาอยู่ 2 วิธีคือ การใช้ยาและ ไม่ใช้ยา ยาที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยาขยายหลอดลม (bronchodilator) และเป็นที่นิยมใช้มากในยุโรป (Oyalowo, 1996 : 42) ซึ่งผลการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของอารยา (2534 : 50) พบว่าชนิดของ ยาที่ผู้ป่วยได้รับจากโรงพยาบาลคือ ยาขยายหลอดลมถึงร้อยละ 85 นอกจากนั้นมียาปฏิชีวนะ (antibiotic) ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroid) ยาละลายเสมหะ (mucolytic) ยาขับเสมหะ (expectorant) และยาคลายกังวล (tranquilizer) ส่วนการรักษาโดยไม่ใช้ยานั้น ได้แก่ การกำจัดเสมหะ โดยให้น้ำดื่ม การทำกายภาพบำบัด การสอนไออย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยดูดเสมหะ นอกจากนี้ยังมีการ บริหารการหายใจ โดยฝึกให้ผู้ป่วยหายใจด้วยกล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม แล้วหายใจออกช้าๆ ขณะ ห่อปาก การฝึกให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย การให้ออกซิเจน และการให้สูทศึกษา ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ควรละเลย เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษานาน และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะ ต้องเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะโรค การรับรู้ถึงสาเหตุและการดำเนินของโรค ตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ เหมาะสม สามารถช่วยเหลือตนเองเพื่อลดอาการเหนื่อยหอบ และอาการหายใจลำบากด้วยวิธีการต่างๆ ได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีพยาธิสภาพที่ทำลายปอดอย่างถาวร ไม่สามารถคืนสู่สภาพปกติได้ การดำเนินโรคเลวลงเรื่อยๆ ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตทั้งชีวิตอยู่ร่วมกับเงื่อนโซ่ของโรคอย่างทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจ เนื่องจากความเรื้อรังของโรคทำให้ต้องใช้เวลารักษานานไม่มีที่สิ้นสุด ต้องพึ่งพาคะลอื่นในการทำกิจกรรมต่างๆ แม้แต่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถเข้าถึงสังคมได้ตามปกติ ทำให้รู้สึกหมดกำลังใจ คุณค่าในตนเองลดลง จะต้องปฏิบัติ การดูแลตนเองมากขึ้น และสลับซับซ้อนเพิ่มขึ้น ดังนั้นแนวคิดการดูแลตนเองจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งสำหรับ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะช่วยลดการพึ่งพาคะลอื่น ทำให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตาม ศักยภาพ ก่อเกิดความรู้สึกมีศักดิ์ศรี มีความภาคภูมิใจในตนเอง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และสามารถปรับตัวในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคได้อย่างมีความสุขเต็มศักยภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

วิวัฒนาการของการดูแลตนเอง

มนุษย์ทุกคนล้วนต้องเผชิญกับกฎเกณฑ์ธรรมชาติ กฎเกณฑ์สุขภาพ และกฎเกณฑ์สังคม กฎเกณฑ์เหล่านี้บางครั้งคุกคามสุขภาพ ชีวิต และการอยู่รอด ไม่ว่าจะเป็นภัยธรรมชาติภัยสังคม โดยเฉพาะภัยจากภาวะเจ็บป่วย เป็นที่มาของการดิ้นรนต่อสู้ และแสวงหาวิถีทางแก้ปัญหา เพื่อการดำรงอยู่ ของชีวิตและความสุขสบายตามอัตภาพ การแสวงหาวิถีทางเหล่านี้ ก่อเกิดความรู้บนพื้นฐานที่มีจาก ประสบการณ์ การสังเกต การคัดเลือก และการทดลองสิ่งสมกันมา ในที่สุดก็มีการถ่ายทอดเป็นวัฒนธรรม การแก้ปัญหาในการดำรงชีวิต กฎเกณฑ์ของชีวิตและสุขภาพเหล่านี้ ไพโรจน์ (2539 : 120) ให้ทัศนะว่าเป็น พื้นฐานที่ทำให้เกิดภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพ และความเจ็บป่วย ซึ่งภูมิปัญญาแห่งการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัวนี้เป็นการดูแลสุขภาพในระดับแรก มีพื้นฐานมาจากความรู้พื้นบ้าน วิชาการท้องถิ่นที่มีอยู่และจากเทคโนโลยีพื้นบ้าน รวมถึงการรวมกลุ่มของกลุ่มคนเป็นชุมชนใหญ่ขึ้น เพื่อการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้ ควบคู่กับการแสวงหาเพื่อหาวิธีแก้ปัญหาคความเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กับประวัติศาสตร์การพัฒนาสังคมอันยาวนานของมนุษย์นับตั้งแต่สมัยโบราณ นั่นคือ การพึ่งตนเองในทางสุขภาพอนามัยของประชาชน หรือ "การดูแลตนเอง" นั่นเอง

การดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของประชาชนโดยตรง ที่จะ จัดการดูแลสุขภาพ และความเจ็บป่วยของตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ตามแบบแผน วัฒนธรรมและความเชื่อที่ได้รับการปลูกฝังและถ่ายทอดต่อๆ กันมา โดยเริ่มตั้งแต่การให้ความหมายหรือ การอธิบายอาการของโรคที่เกิดขึ้น การวินิจฉัยอาการและความเชื่อของความเจ็บป่วย ตลอดจนขั้นตอน

และวิธีการรักษาอาการที่เกิดขึ้นในรูปแบบที่แตกต่างกันไปแต่ละสังคม รวมถึงแต่ละยุคสมัยของสังคมด้วย (มัลลิกา, 2530 : 2)

แนวคิดการดูแลตนเอง (self-care) มีรากฐานจากระบบการดูแลสุขภาพขึ้นอยู่กับแบบแผนของความเจ็บป่วย (Hill & Smith, 1990 : 3) ซึ่งแนวคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย มีการพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง เหมือนกระแสน้ำมีทั้งสูงขึ้นและต่ำลง กระแสการดูแลตนเองมีสูงมาก่อนจะมีแบบแผนการรักษาทางการแพทย์ การจัดการเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นไปตามความเชื่อในอำนาจลึกลับอำนาจเหนือธรรมชาติและภูติผีปีศาจ ฉะนั้นการจัดการด้านสุขภาพอนามัย จึงเป็นไปในรูปของการเซ่นไหว้ บวงสรวง และประกอบพิธีกรรมต่างๆ โดยผู้จัดการอาจเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือหัวหน้าชุมชน (มัลลิกา, 2530 : 2; Hill & Smith, 1990 : 5) หลังจากนั้นเน้นความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกับสิ่งแวดล้อม ส่วนชาวยุโรปใช้การสวดมนต์ในโบสถ์เพื่อป้องกันและรักษาโรค เนื่องจากเชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของบาปและการถูกลงโทษ

ต่อมาในศตวรรษที่ 14 และ 16 ความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคของมนุษย์มีเพิ่มขึ้น เชื่อว่าร่างกายเปรียบเสมือนเครื่องจักร ดังนั้นทัศนะเกี่ยวกับการเป็นโรค จึงเหมือนการถูกทำลายของเครื่องจักร ทัศนะนี้แพทย์จึงเปรียบเสมือนผู้ซ่อมเครื่องจักร (Engle, 1977 cited by Gray & Sergi, 1989 : 67)

จนกระทั่งถึงศตวรรษที่ 19 แนวคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย เน้นโรคเป็นเรื่องของชีวเคมี ซึ่งมีมากในยุโรป การศึกษาเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันวิทยา พยาธิวิทยา และเทคนิคการผ่าตัด มีความเป็นจริงมากขึ้น เชื่อว่าเชื้อโรคทำให้เจ็บป่วย จึงทำให้การดูแลสุขภาพเปลี่ยนแบบแผนไป ประชาชนเริ่มสนใจการรักษาด้วยแผนวิทยาศาสตร์ที่ทำโดยวิชาชีพแพทย์ จนกระทั่งกลายเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำรงชีวิต (มัลลิกา, 2530 : 3; Gray & Sergi, 1989 : 67) โดยห่างหายจากการสวดมนต์ แม้ว่าวิชาการแพทย์จะได้รับความสนใจจนบรรจุไว้ในมหาวิทยาลัย แต่ประชาชนส่วนใหญ่ยังใช้การประเมินตนเอง (self-assessment) การวินิจฉัยตนเอง (self-diagnosis) และการรักษาตนเอง (self-treatment) เพื่อป้องกันหรือค้นหาปัญหาสุขภาพ นั่นคือ การแสวงหาเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ปังบอกแนวคิดการดูแลตนเองยังคงมีอยู่

การปฏิเสศการแพทย์แผนปัจจุบันมีมากด้วยเหตุผลหลายประการ กล่าวคือ (1) แนวคิดแบบชีวการแพทย์ที่มีองค์ประกอบคือ ระบบบริการสาธารณสุขและวิชาชีพชั้นสูง ไม่อาจตอบปัญหาสาธารณสุขทุกปัญหาได้ (2) มีการเยียวยารักษาอื่นอีกมาก ที่มีศักยภาพและสามารถเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพอนามัย และ (3) บุคคลแต่ละคน ครอบครัว ญาติและชุมชน คือปัจจัยที่ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี มีระบบบริการสาธารณสุขหรือวิชาชีพแพทย์ แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองเป็นหนึ่งในกระแสนั้น (ลือชัย และ ทวีทอง, 2530 : 6) เริ่มมองว่าความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และการดูแลรักษาทางการแพทย์เน้นเหตุปัจจัยทางชีวภาพมากกว่าเหตุปัจจัยทางสังคม นั่นคือ มุ่งรักษาโรคมากกว่าคำนึงถึงความเป็นคน และการรักษา

ด้านจิตใจ นอกจากนี้การที่ประชาชนพึ่งพาระบบการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ แพทย์เท่านั้นเป็นผู้ตัดสินใจทำการรักษาเนื่องจากเป็นผู้รู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประชาชนอยู่ในภาวะจำยอมและไม่มีโอกาสรู้เรื่องความเจ็บป่วย และวิธีการรักษาที่แพทย์ใช้ นอกจากปฏิบัติตามแพทย์ ทำให้เกิดความรู้สึกถูกริดรอนสิทธิส่วนบุคคล เช่น สิทธิที่จะได้รับรู้เรื่องความเจ็บป่วย วิธีการรักษา ยา และสิทธิที่จะตายตามความต้องการ ไม่ว่าจะกลับไปตายบ้านท่ามกลางญาติพี่น้อง หรือการงดใช้เครื่องช่วยชีวิต เป็นต้น จึงเริ่มให้ความสนใจต่อแนวคิดการดูแลตนเองแพร่หลายขึ้น ดังนั้นในปลายปี ค.ศ. 1960 กระแสการดูแลตนเองจึงกลับมาอีกครั้ง (Gray & Sergi, 1989 : 67; Hill & Smith, 1990 : 5) เริ่มจากสังคมตะวันตกที่เคลื่อนไหวเพื่อช่วยตนเองด้านสุขภาพ (self-help in health) เน้นเรื่องการดูแลตนเองสำหรับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยให้ความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการดูแลตนเอง ซึ่งช่วยในการส่งเสริมสุขภาพ จากความเชื่อว่าบุคคลสามารถควบคุมตัวเองในเรื่องความเจ็บป่วย ซึ่งความคิดนี้เน้นความเจ็บป่วยเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล ดังนั้นทำให้มีการเข้าถึงปรัชญาของสุขภาพในมิติทางวัฒนธรรม ความหลากหลายทางสังคม ซึ่งอาจทำให้การดูแลตนเองมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยในกลางปี ค.ศ. 1970 รัฐบาลของสหรัฐอเมริกามีบทบาทในการส่งเสริมแนวคิดการดูแลตนเองด้วยการให้นิยามความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และมีการสนใจถึงสาเหตุของโรคที่มาจากปัจจัยอื่น นอกเหนือปัจจัยทางชีวภาพ ดังนั้นในปี ค.ศ. 1975 มีรายงานเกี่ยวกับวิถีชีวิตและปัจจัยทางจิตสังคมว่ามีอิทธิพลต่อภาวะความเจ็บป่วย และอัตราการตาย มีการนำหัวข้อการดูแลตนเองมาอภิปราย อาทิ อาหาร การมีน้ำหนักเกินกำหนด การออกกำลังกาย การมีอัลกอฮอล์ในกระแสเลือด การสูบบุหรี่ และปัจจัยสิ่งแวดล้อม โดยบรรจุไว้ในแผนเพื่อสุขภาพปี ค.ศ. 1977-1981 (Forward Plan for Health : 1977-1981) ของแผนสุขภาพ การศึกษา และสวัสดิการ (the Department of Health, Education and Welfare, 1979)

จนกระทั่งถึงต้นศตวรรษที่ 20 ประชาชนในสหรัฐอเมริกาเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงถูกนำมาใช้เพื่อป้องกันและต่อสู้กับโรค โดยมีวิชาชีพทางสังคมและนักมนุษยวิทยาทางการแพทย์ให้ความสนใจ และปลูกเร้าให้ประชาชนตระหนักว่า การดูแลสุขภาพตนเองหรือระบบการแพทย์ของประชาชน เป็นระบบที่มีมาก่อนระบบการแพทย์ตะวันตก ประชาชนสามารถให้การช่วยเหลือกันเองได้ในภาวะเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพดี ซึ่งถือว่าเป็นการจัดการในส่วนที่เป็นบทบาทของประชาชน ต่อมาในปี ค.ศ. 1979 มีการให้ความสำคัญของการดูแลตนเองโดยเน้นการป้องกันโรคโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชนนั้นจะทำให้เพิ่มมาตรฐานของสุขภาพ (standard of health) ซึ่งนิตยสารเพื่อสุขภาพทำนายว่า ภาวะความเจ็บป่วย และอัตราการตายของประชาชนอเมริกาจะลดลงร้อยละ 20-35 โดยใช้การปฏิบัติดูแลตนเอง (U.S. Department of health, Education and Welfare, 1979 cited by Gray & Sergi, 1989 : 68)

การจัดการในส่วนที่เป็นบทบาทของประชาชน อันประกอบด้วย การป้องกันสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลโดยตัวประชาชนเอง ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมภายในชุมชน โดยมีพื้นฐานจากแนวความคิดต่างๆ สรุปได้ดังนี้ (มัลลิกา, 2530 : 4; สาทวีร์, 2536 : 48)

1. สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาพร้อมๆ กับสังคม ฉะนั้นการดูแลจัดการด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงเป็นสิทธิหน้าที่ของประชาชน ครอบครัวและชุมชน
2. สุขภาพและความเจ็บป่วยจัดอยู่ในขอบข่ายทางวัฒนธรรม บุคคลแต่ละคนย่อมมีวิถีแก้ปัญหาที่แตกต่างกันไป แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาโรคภัยไข้เจ็บเดียวกัน ทั้งนี้เพราะบุคคลแต่ละคนมีประสบการณ์ ค่านิยม ความเชื่อเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยต่างกัน เช่น ความเชื่อในอดีตที่ถือว่าคนอ้วนคือ คนแข็งแรง แต่ปัจจุบันคนอ้วนหมายถึง คนที่เป็นโรค
3. ในชุมชนทุกชุมชนการแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยถูกกำหนดไว้แล้วโดยกฎเกณฑ์ทางสังคม สังคมเป็นผู้ตัดสินว่าใครป่วย ป่วยเป็นอะไรและควรจะทำอย่างไร ดังนั้นการรักษาเยียวยาจึงเป็นเรื่องของชุมชน และสังคมมากกว่าเฉพาะบุคคล
4. สังคมจำเป็นต้องจัดการเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง เนื่องจากบริการทางการแพทย์มีราคาแพง กระจายไม่ทั่วถึงประชาชนในชนบท และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง
5. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อการพึ่งตนเอง เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพของบุคคล ให้สามารถควบคุมและรับผิดชอบตนเอง

ความสำคัญของการดูแลตนเอง

องค์การอนามัยโลกกำหนดเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543" เพื่อยกฐานะทางสาธารณสุขของทั่วโลกให้ทุกคนมีสุขภาพดี โดยใช้นโยบายการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเชื่อว่าเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ดังนั้นการวางแผนและดำเนินงานด้านสาธารณสุข จึงควรเป็นหน้าที่ของบุคคลและชุมชน โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ การพึ่งตนเองในด้านสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาชุมชนของตนเอง มีการให้ความสำคัญต่อบทบาทของประชาชนโดยเน้นความสำคัญที่กลวิธีที่ทำให้ประชาชนเรียนรู้การพึ่งตนเอง และสืบเนื่องจากการจัดการประชุมระหว่างชาติ ณ เมืองอัลมา-อตา ในประเทศสาธารณรัฐรัสเซีย เมื่อปี 1978 ตกลงประกาศแถลงการณ์ว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีสร้างความเสมอภาคในเรื่องสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 (WHO/ UNICEF, 1978 : 50) รัฐบาลไทยประกาศนโยบายของประเทศมาตั้งแต่กลางแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) และส่งเสริมจริงจังเมื่อเริ่มแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 โดยมีแนวนโยบายที่ชัดเจนขึ้นในการสนับสนุนการพึ่งตนเองและความร่วมมือจากประชาชน โดยเฉพาะเรื่องการพึ่งตนเอง การใช้สมุนไพรและยาแผนโบราณ (เสม, 2539 : 116) ซึ่ง

ไม่ได้เน้นมากนักในแผนฉบับก่อน ทำให้มีผู้สนใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งถือเป็นหัวใจหลักของการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในฐานะเป็นกลวิธีของการนำไปสู่สุขภาพดีถ้วนหน้า

สภาพภาวะค่าใช้จ่ายทางการแพทย์แผนปัจจุบันมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4-6 อัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์จาก 30,174.5 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2521 เป็น 67,777.3 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2530 และคาดว่าจะเป็น 232,586.1 ล้านบาท ในปี 2543 (อำพล และสุวิทย์, 2531 : 31) โดยเฉพาะปี พ.ศ. 2537 ประเทศไทยมีรายจ่ายเพื่อสุขภาพเป็นเงิน 73 ดอลลาร์อเมริกัน หรือ 1,825 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเท่ากับร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ สัดส่วนรายจ่ายเพื่อสุขภาพซึ่งรัฐบาลออกให้ร้อยละ 22 ครั้วเรือน ไทยต้องจ่ายร้อยละ 78 ของรายจ่ายทั้งหมด ซึ่งนับว่าสูงมาก แม้ว่าประเทศไทยลงทุนในด้านสาธารณสุขสูง แต่สถานะทางสุขภาพของประชาชนยังไม่ดีนัก เช่น ยังคงมีอัตราตายทารก 34 ต่อพันเกิดมีชีวิต ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ย 68.9 ปี มีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 4,361 คน (ปี 2534) (เสมอ, 2539 : 118) ดังนั้นถ้าคนไทย 1 คนต้องจ่ายเงินค่าสุขภาพ 1,825 บาท จำนวนประชากร 59 ล้านคน จะเป็นเงิน 1 แสน 7 พันกว่าล้านบาท บ่งชี้ถึงความจำเป็นต้องแสวงหาทางเลือกที่จะลดค่าใช้จ่าย การดูแลตนเองน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะในบริบทของคนไทยมีการดูแลตนเองในลักษณะการเฝ้าระวังโรคที่จะเกิดขึ้นในครอบครัว โดยผู้เป็นบิดา มารดา ปู่ย่าตายาย เป็นนิสิตอันดิงมาแต่โบราณ เช่น อย่านอกแดดตากลม จะเจ็บป่วยง่าย อย่านอกหม้อไฟหรือ อาหารจะไม่ย่อย อย่านอนนอกมุ้งยุ่งจะกัด ถ้อยคำเหล่านี้ได้ยึดเป็นประจำ เพื่อเฝ้าระวังไม่ให้โรคเกิดขึ้น นับเป็นการดูแลตนเองในมิติของการทะนุบำรุงสุขภาพ ซึ่งน่าสนใจเนื่องจากการดูแลตนเองในปัจจุบันส่วนใหญ่เน้นในมิติของการรักษามากกว่า ทั้งๆ ที่มิติของการทะนุบำรุงสุขภาพตามวิถีชีวิตไทย เป็นการเฝ้าระวังมิให้โรคเกิดขึ้น ซึ่งเป็นการป้องกันเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาจ่ายสูงกว่าการป้องกันโรคเป็นจำนวนมาก นั่นคือเหตุผลของการดูแลสุขภาพตนเอง

สถิติขององค์การอนามัยโลกประเมินออกมาว่า ประชากรทั่วโลกร้อยละ 80 ใช้การรักษาแบบพื้นบ้าน (กาญจน, วิภา และอัญชลี, 2539 : 204) จะเห็นได้ว่ามีเพียงร้อยละ 20 ของประชากรโลกเท่านั้นที่ใช้การรักษาแบบตะวันตก ทั้งนี้เหตุผลที่สำคัญคือ เหตุผลทางเศรษฐกิจ (Hill & Smith, 1990 : 5) โดยเฉพาะประเทศไทยมีการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท กรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคอีสาน (พิมพ์วัลย์, เพ็ญจันทร์ และอรุณญา อ้างตาม ลือชัย และทวีทอง, 2533 : 156-206) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในพื้นที่ 2 หมู่บ้านของภาคอีสาน พบว่า ปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากการดูแลสุขภาพตนเองทุกประเภทเป็นทางเลือกที่ราคาถูกที่สุด กล่าวคือประมาณ 1 ใน 3 ที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเลย เมื่อเปรียบเทียบกับทางเลือกการรักษาเยียวยาด้วยวิธีอื่น โดยเฉพาะการรักษาแผนปัจจุบันเสียค่าใช้จ่ายสูงที่สุดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.4) จะมากกว่า 50 บาทต่อครั้ง แม้ว่าในทัศนะของแพทย์มองการรักษาจากสามัญชน

ว่าเป็นส่วนที่เพิ่มเติมจากการรักษาของแพทย์ แต่หลักฐานการศึกษากลับพบว่าการรักษาของแพทย์ต่างหากที่เป็นส่วนที่มาเสริมกับระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน (Kleinman, 1980 : 179-202) นอกจากนี้ประสิทธิภาพของการดูแลตนเองถูกมองว่าทำให้เกิดอันตรายจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ขณะที่การรักษาโดยวิชาชีพแพทย์ได้รับการยอมรับว่ามีคุณภาพที่แน่นอน ซึ่งถ้ามองแล้วการรักษาตนเองโดยวิธีพื้นบ้าน ไม่ว่าจะเป็นสมุนไพรหรือการปฏิบัติต่างๆ เช่น การบีบนวด การประคบร้อน กลับมีความปลอดภัยค่อนข้างสูงมากกว่า (มัลลิกา, 2530 : 23)

ในบริบทสังคมไทยพบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการแพทย์พื้นบ้านร้อยละ 50 ไปซื้อยาจากร้านขายยาหรือร้านขายของชำในหมู่บ้านโดยตรง ร้อยละ 25 ไปพบหมอตามคลินิกและไปโรงพยาบาล และร้อยละ 10 ไปหาสมุนไพรเพื่อการรักษา แม้จะมีการแก้ไขปัญหา ความยากจนของประชาชนก็ไม่ดีขึ้น รวมทั้งประเทศไทยมีแผนเศรษฐกิจและสังคมมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 แม้ในปี พ.ศ. 2539 คนรวยมากมีร้อยละ 20 คนรวยปานกลางร้อยละ 60 และคนจนร้อยละ 20 ยังคงสภาพความจริงที่ว่าคนรวยยิ่งรวยขึ้น คนจนยิ่งจนลง การช่วยตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยการซื้อยากินเองก็ยังคงสภาพร้อยละ 50 เช่นเดิม (เสม, 2539 : 115) ลักษณะเช่นนี้จะมีความคล้ายคลึงกันในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งโคลน์แมน (Kleinman, 1980 : 183) ศึกษาผู้ป่วย และการรักษาในบริบทของวัฒนธรรมได้หวั่น พบว่าในคาบ 1 เดือนก่อนการสำรวจได้รับการรักษาในครอบครัวเพียงอย่างเดียวถึงร้อยละ 73 ของจำนวนครั้งของความเจ็บป่วยทั้งหมด แต่สัดส่วนสูงขึ้นไปเป็นร้อยละ 93 ถ้านับการรักษาในครอบครัวเป็นแหล่งรักษาแรก และจากการศึกษาในประเทศไทย ซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศกำลังพัฒนาอาจกล่าวได้ว่า ผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบทค่อนข้างน่าพอใจ คือ ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 87.6 ที่หายหรือทุเลาได้โดยการรักษาตัวเองอย่างเดียว มีเพียงส่วนน้อยที่มีความซับซ้อนต้องการบริการในระดับสูงขึ้นไปจากผู้ปฏิบัติวิชาชีพ หากรวมการดูแลตนเองเป็นแหล่งบริการแรกจะมีถึงร้อยละ 93.6 และร้อยละ 80 เป็นความเจ็บป่วยเล็กน้อย ซึ่งพบว่าใช้การดูแลรักษาตนเอง (พิมพ์วัลย์, เพ็ญจันทร์ และอรุณญา, 2530 : 284) นอกจากนี้ศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองก็มีอยู่ไม่น้อย ซึ่งในด้านการรักษาก็มีการศึกษาของประยงค์ และคณะ (2536) เกี่ยวกับความเชื่อแผนโบราณและพฤติกรรมการรักษาพื้นบ้านของชาวบ้าน ตลอดจนข้อห้ามและการประกอบพิธีกรรม เพื่อความสบายของสมาชิกในครอบครัวของพ่อบ้านและแม่บ้านชาวกะเหรี่ยง โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ร้อยละ 84.2 เป็นความเจ็บป่วยเล็กน้อย ได้แก่ ไข้หวัด ปวดท้อง ร้อยละ 6 เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง หอบหืด เป็นต้น มีพฤติกรรมการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้าน จะมีเครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัว เครือญาติ และชุมชน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและรักษา วิธีการรักษาปฏิบัติไม่แตกต่างกันในการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต่างกันคือ จะเสี่ยงฝึมากที่สุด ส่วนวิธีการรักษาแผนปัจจุบัน รวมทั้งการปล่อยให้หายเองและการใช้วิธีนวดพบว่า การซื้อยารับประทานเองมากที่สุดเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ส่วนการเจ็บป่วยรุนแรงและเจ็บป่วยเรื้อรังจะใช้บริการจากโรงพยาบาล

ปรากฏการณ์ดังกล่าวยืนยันว่า การแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยเพื่อนำไปสู่การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดีนั้น ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงระบบเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างครอบคลุม แต่ต้องการวิธีการที่หลากหลายในการแก้ปัญหาโดยเฉพาะการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งดั้งเดิมคู่มา กับประชาชน นอกจากทดแทนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สมัยใหม่ที่มีราคาแพงแล้ว ยังเป็นวิสัยทัศน์สำหรับการพัฒนาที่ยั่งยืน มีผู้กล่าวว่าประเทศไทย จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนให้มีความสามารถดูแลรักษาสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ (ธรรมรักษ์, 2538 อ้างตาม ภัสสร, 2540 : 1-8) ช่วยให้พ้นจากการพึ่งรูปแบบการแพทย์ไปสู่การช่วยตนเอง หรือความรับผิดชอบส่วนบุคคลในการดูแลสุขภาพ ซึ่งไนซ์บิท (Naisbitt, 1982 cited by Gray & Sergi, 1989 : 68) กล่าวถึงแนวโน้ม 3 ประการของการดูแลตนเอง สำหรับบุคคลและครอบครัว ดังนี้

1. การปฏิบัติจนเป็นนิสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ช่วยให้ค้นพบความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง
2. การดูแลตนเองจะเป็นส่วนที่ช่วยตัวเองในด้านที่บุคลากรวิชาชีพไม่สามารถช่วยได้
3. เป็นขอบเขตใหม่ที่จะทำให้หลุดพ้นจากการใช้รูปแบบการแพทย์ และการรักษาความเจ็บป่วยในรูปแบบของตะวันตก ซึ่งใช้ยา การผ่าตัดและรักษาอาการเจ็บป่วยมากกว่ารักษาบุคคล (the whole person)

ดังนั้นเกรย์และเซอร์จิ (Gray & Sergi, 1989 : 68) เชื่อว่าการดูแลตนเองนั้นสามารถสะท้อนให้บุคลากรทางการแพทย์หันมาสนใจศึกษาความเป็นปัจเจกบุคคลและครอบครัว ส่วนด้านผู้รับบริการก็ตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้น รวมถึงการศึกษาปัจจัยการเคลื่อนไหวทางสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีด้วย โดยเฉพาะในสภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบัน ประชาชนต้องช่วยตัวเองในทุกๆ เรื่อง รวมถึงเรื่องสำคัญที่สุดคือดูแลสุขภาพ ถ้าสามารถกระทำได้ด้วยตัวเองก็จะสามารถลดรายจ่ายได้อย่างมหาศาลและการดูแลตนเองโดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงไม่ให้เกิดโรคกำเริบ สามารถลดความถี่ในการมารับการรักษา ลดความทุกข์ทรมาน ทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นแนวคิดการดูแลตนเอง จึงทวีความสำคัญในลักษณะของกลวิธีในการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543

ความหมายของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง (self-care) เริ่มใช้เมื่อไม่นานมานี้ มีรากฐานมาจากแนวคิดการช่วยตนเอง (self-help) ซึ่งนักปฏิรูปชาวรัสเซียได้บัญญัติศัพท์ขึ้นในศตวรรษที่ 18 เป็นการดูแลช่วยเหลือกันในเรื่องต่างๆ ไม่เฉพาะเรื่องสุขภาพ บางครั้งนักวิชาการใช้คำว่า การดูแลสุขภาพตนเอง (ทวิทอง, 2533 : 14) ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองหลายทัศนะ โดยในช่วงแรกเลวิน (Levin, 1976 : 11) ให้ทัศนะการดูแลสุขภาพตนเองเป็นเสมือนกระบวนการที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ

อนามัย การป้องกันโรค การวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยในขั้นปฐมภูมิด้วยตนเอง ส่วนนอร์ริส (Norris, 1977 : 486-489) ให้ความหมายการดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและครอบครัวมีโอกาสช่วยเหลือตนเอง และรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่เต็มศักยภาพเพื่อดำรงภาวะสุขภาพ โดยมีเหตุจากความไม่พอใจต่อการรักษาของแพทย์ที่เห็นผู้ป่วยเป็นเพียงวัตถุ ความตระหนักในศักยภาพการพัฒนาความสามารถเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพง ซึ่งฮิลและสมิทก็มองในลักษณะของเหตุผลทางเศรษฐกิจเช่นกัน และมองว่าการดูแลตนเองไม่ใช่การรักษาโรคแต่เป็นความสนใจที่จะปรับปรุงสุขภาพมากกว่า ดังนั้นความหมายของการดูแลตนเองในทัศนะของฮิลและสมิท (Hill & Smith, 1990 : 23) หมายถึง กระบวนการซึ่งมี 4 บทบาท คือ คงไว้ซึ่งสุขภาพ ป้องกันโรค วินิจฉัยตนเอง รักษาตนเอง และการมีส่วนร่วมในการรักษากับบุคลากรวิชาชีพ ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 97-112) กล่าวว่า การทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชนถือว่าเป็นความต้องการโดยทั่วไปในการที่จะคงไว้และส่งเสริมซึ่งชีวิตและสุขภาพ โดยการใช้ความสามารถของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในการพัฒนา ดังนั้นการดูแลตนเองทำให้เกิดการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ในทัศนะนี้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมพื้นฐานหรือการกระทำโดยบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนในการคงไว้หรือส่งเสริมให้มีสุขภาพดีที่ดีที่สุด (maximum health) รวมถึงกิจกรรมในการทะนุบำรุงและปรับปรุงตัวเองเพื่อรักษาสุขภาพส่วนบุคคล ทั้งนี้การดูแลตนเองยังรวมถึงการมีความรู้อย่างกว้างขวาง เช่น กลยุทธ์ที่สำคัญในการบรรลุเป้าหมายให้สุขภาพดี ซึ่งสโตโต และคณะ (Stoto, et al., 1990 cited by Pender, 1996 : 98) กล่าวว่า เป็นกิจกรรมโดยทั่วไปในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ที่บุคคลพัฒนาความสามารถของเขาเองให้มีสุขภาพดีที่สุด โดยไม่ต้องพึ่งพิงสุขภาพ

ทัศนะที่หลากหลายดังกล่าวในวิชาชีพการพยาบาลได้มีนักทฤษฎีสรางทฤษฎีทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1959 (Eben, et al., 1994 : 182) โดยโอเร็มได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นการที่บุคคลริเริ่มและจงใจกระทำตามเป้าหมาย (deliberate action) ตามความต้องการทั่วไปในแต่ละวันตามหน้าที่และพัฒนาการ ซึ่งมาจากหลายปัจจัยเช่น อายุ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ เสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม และผลจากการรักษาทางยา เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตนเอง เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ก่อนที่บุคคลจะตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองนั้น จะต้องผ่านการพิจารณาพิเคราะห์ความหมายของสิ่งที่ จะกระทำ ตัดสินใจลงมือปฏิบัติและเฝ้าดูผลของการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ถ้าไม่บรรลุเป้าหมายจะหยุดกระทำ หรือปรับเปลี่ยนการกระทำให้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ (สมจิต, 2539 : 45; Orem, 1995 : 104-105) โดยปกติผู้ใหญ่จะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วย หรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กอยู่ในระยะเริ่มพัฒนาการ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เมื่อความต้องการ

ด้านร่างกาย จิตใจและสติปัญญาเสื่อมถอยลง ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง แต่จากการศึกษาโดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี (อัมพรพรรณ และคณะ, 2539) ส่วนผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง บางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ และความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลตนเองเป็นการกระทำซึ่งบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ส่งเสริมให้ตัวเองมีชีวิตอยู่รอด มีภาวะสุขภาพและ สวัสดิภาพที่ดี ส่วนการดูแลบุคคลอื่นนั้นหมายถึง การที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพ และสวัสดิภาพของสมาชิกที่ต้องการพึ่งพา (Orem, 1995 : 104)

ลักษณะสำคัญของการดูแลตนเอง

ลักษณะสำคัญของการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Levin, 1976 อ้างตาม มัลลิกา, 2530 : 10) ดังนี้

1. การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชนที่มีขอบเขตจำกัดภายในตัวของมันเอง เป็นสิ่งสากลที่มีอยู่ทั่วไปโดยไม่ต้องมีการจัดองค์กร เป็นพฤติกรรมที่สลับซับซ้อนผสมผสานกับการอบรม ชักเสลาทางสังคม กระบวนการหล่อหลอมและการถ่ายทอดความรู้ของสังคม
2. การดูแลตนเองเป็นกระบวนการพื้นฐาน ซึ่งอยู่นอกเหนือกระบวนการจัดการทางการแพทย์ และสาธารณสุขของบุคลากรทางวิชาชีพ หากแต่การดูแลตนเองจะอยู่ภายใต้อิทธิพลตามธรรมชาติของ สถาบันทางสังคม ตามบริบทของโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองนั้นๆ
3. การดูแลตนเองเป็นความต่อเนื่องของพฤติกรรมดั้งเดิมที่เกี่ยวข้องกับชนบประเพณี และวิถี การดำรงชีวิตที่ส่งผลต่อการวินิจฉัยโรคด้วยตนเองและการรักษาตนเอง
4. กระบวนการประเมินผลด้านสุขภาพอนามัยเป็นสิ่งที่ปฏิบัติกันอยู่ตามธรรมชาติ และขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลที่อาจจะปฏิบัติตามหรือไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดทางวิชาชีพก็ได้
5. การดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งรวมถึงแต่การสังเกตด้วยตัวเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษาและการประเมินผล การรักษาด้วยตนเอง

โอเร็ม (Orem, 1995 : 461; สมจิต, 2537 : 523) อธิบายว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่เป็น กระบวนการที่สลับซับซ้อนกว่าจะออกมาเป็นการกระทำหรือพฤติกรรมที่สามารถมองเห็นได้ ซึ่งการดูแล ตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการพิจารณาและตัดสินใจ นำไปสู่การกระทำซึ่งบุคคลที่สามารถกระทำการ ดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีความรู้มาก่อน (antecedent knowledge) เกี่ยวกับ ตนเองและสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้การกระทำนั้นต้องเหมาะสมตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปด้วย ต้องรู้ก่อนว่าสิ่งที่ ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้ทั้งภายใน

และภายนอกที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของ ความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงสามารถวินิจฉัยพิจารณากระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมาย มีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือก กิจกรรมที่กระทำ และเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทั้งนี้ตามแนวคิดของ โอเร็ม (Orem, 1995 : 165) เน้นว่า ก่อนที่จะออกแบบและวางแผนที่จะกระทำ จะต้องอาศัยความรู้ นำมา ก่อน เป็นการตั้งใจพัฒนาการกระทำอย่างจริงจังและต่อเนื่องตามเป้าหมาย ซึ่งในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง มีภาวะเหนื่อยหอบ มีความอดทน ในการทำกิจกรรมลดลงตามระดับความรุนแรงของโรค ทำให้ แบบแผนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องเปลี่ยนแปลงไป ต้องมีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับภาวะของ โรค ดังนั้นในเมื่อการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมายเฉพาะ เมื่อปฏิบัติต่อเนื่องสักระยะ ก็จะเป็นนิสัยติดตัว เกิดการปฏิบัติดูแลตนเอง เพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและนิสัยของการปฏิบัติ เพื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้ บุคคลจะกระทำโดย ไม่ต้องใช้ความพยายาม หรือรู้สึกเป็นการอีกต่อไป จึงเหมาะสมอย่างยิ่งกับภาวะของผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง เมื่อสามารถดูแลตนเองเหมาะสมตามภาวะโรค ลดการพึ่งพาผู้อื่น สามารถพึ่งตนเอง รู้สึก ควบคุมเหตุการณ์ได้ จะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดปัญหาด้านจิตใจลงได้

ก่อนกระทำการดูแลตนเอง บุคคลจำเป็นต้องทราบความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด และความ สามารถในการดูแลตนเอง โดยที่ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดหมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเอง ทั้งหมดที่บุคคลควรกระทำภายในระยะเวลาหนึ่ง (สมจิต, 2537 : 27) ซึ่งประกอบด้วยการดูแลตนเอง ที่จำเป็น (self-care requisits) 3 ด้านคือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisits) เป็นการดูแลตนเองเพื่อ การส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิการของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคล ทุกคน ทุกวัย แต่ต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรม การดูแลตนเองที่ จำเป็นโดยทั่วไปคือ คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ การขยับถ่าย และการระบายให้เป็นไป ตามปกติ มีความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมกับการพักผ่อน และการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์ กับคนอื่น ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ ความผาสุก ส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึง ชีตที่สุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisits) เป็น การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการชีวิตของมนุษย์ในระยะต่างๆ และเหตุการณ์ในชีวิตที่มี ผลต่อการพัฒนาการ หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ มีพัฒนาการและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุน

กระบวนการของชีวิต และช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะ ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนา โดยการบรรเทาอารมณ์เครียด การปรับตัวทางสังคม ความเจ็บป่วยและความพิการ ตลอดจนการเจ็บป่วยขั้นสุดท้ายที่จะต้องเสียชีวิต

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วยหรือมีความพิการ (health deviation self-care requisites) เป็นความต้องการในผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีการทำหน้าที่ทางกายบกพร่อง หรือมีความผิดปกติแต่กำเนิด และ/หรือจากการวินิจฉัยหรือจากการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองในภาวะนี้ได้แก่ การรู้จักแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการ ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับ และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค ดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตน ตลอดจนความจำเป็นที่ต้องการความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาท หน้าที่และการพึ่งพาคือคนอื่น พัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเอง เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลการวินิจฉัยและการรักษา ในแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของตนให้ดีที่สุดที่สอดคล้องตามความสามารถที่เหลืออยู่

เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วย ก็ต้องดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วย ขณะเดียวกันยังต้องดูแลตนเองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป รวมทั้งการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ซึ่งต้องดัดแปลงให้สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วย เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ปกติ ส่งเสริมพัฒนาการและมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การที่บุคคลกระทำการดูแลตนเองต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) (สมจิต, 2537 : 31) โครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (capabilities for self-care operation) ประกอบด้วยความสามารถในการคาดการณ์ตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติการต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งสะท้อนอยู่ในระยะต่างๆ ของการดูแลตนเอง

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (power components : enabling capabilities for self-care) เป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ เฉพาะการกระทำอย่างจงใจเพื่อดูแลตนเอง (Orem & Talor, 1986 อ้างตาม สมจิต, 2537 : 34) ได้แก่ ความสนใจและความเอาใจใส่ในตนเอง ความสามารถในการควบคุมพลังงานด้านร่างกาย และการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจที่จะกระทำดูแลตนเอง มีทักษะในการตัดสินใจ มีความสามารถที่จะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ มีทักษะในการใช้

กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย ประกอบด้วยความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ หน้าที่ของประสาทรับรู้ การรับรู้ในเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความหวังใยในตนเองและการยอมรับตนเอง ระบบการจัดลำดับความสำคัญและสามารถที่จะจัดการกับตนเอง บุคคลที่ขาดความสามารถในระดับใดระดับหนึ่ง ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จริงจังและมีเป้าหมาย และไม่สามารถที่จะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเอง ไม่ว่าจะเป็นแนวคิดการดูแลตนเองโดยทั่วไปของนักสังคมศาสตร์หรือแนวคิดการดูแลตนเองในทางการแพทย์ นับเป็นกระบวนการที่ประชาชนรับผิดชอบสุขภาพตัวเองทั้งด้านคงไว้ซึ่งสุขภาพ ป้องกันโรค วินิจฉัยตนเอง รักษาตนเอง รวมทั้งการตัดสินใจที่จะเลือกสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อสุขภาพตนเอง เพื่อสามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยการพึ่งตนเอง ลดการพึ่งบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งไม่สามารถช่วยได้ครอบคลุมในทุกปัญหา โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมานภายใต้ไตเงื่อนไซของโรคตลอดชีวิต และจะต้องดูแลตนเองสลับซับซ้อนเพิ่มขึ้นตามภาวะโรค การดูแลตนเองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงจากอาการกำเริบของโรค ลดความถี่ในการรักษาพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาล และส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สามารถช่วยตัวเองได้เต็มศักยภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองมีทั้งปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ซึ่งพอจะสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองได้ดังนี้

1. อายุ ตามทัศนะของโอเร็ม (Orem, 1995 : 203) กล่าวว่า อายุช่วยให้ทราบถึงความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปและตามระยะของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับอายุเป็นลักษณะเส้นโค้งปกติ โดยวัยทารกการดูแลตนเองจะน้อยเพิ่มสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเรื่อยๆ ในวัยสูงอายุ

อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงพฤติกรรมตอบสนองต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ซึ่งแลมเบิร์ตและแลมเบิร์ต (Lambert & Lambert, 1979 อ้างตาม อัมพรพรรณ และคณะ, 2539 : 23) กล่าวว่าวัยของบุคคลที่มีความสามารถในการตัดสินใจได้เหมาะสมเกี่ยวกับการดูแล

ตนเองเพื่อภาวะสุขภาพที่ดีคือ บุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เพราะเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นยังเอาใจใส่ตนเอง และให้ความร่วมมือในการรักษาสูง จากการศึกษาของอัมพรพรรณ และคณะ (2539) ในผู้สูงอายุพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานด้านอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยด้านอายุในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน เอส แอล อี และต่อหีนชนิดเรื้อรัง ซึ่งลันแมนและคณะ (Lundman, et al., 1990) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่อายุมากมีคุณภาพในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยอายุน้อย เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยมีความวิตกกังวล รู้สึกขาดอิสระ รู้สึกไม่ปลอดภัย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และมีปัญหาในเรื่องการควบคุมอาหารมากกว่า เป็นผลให้การระทำการดูแลตนเองมีคุณภาพน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วย เอส แอล อี และโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังของบุษบา (2535) และ ชวลี (2534) ตามลำดับพบว่า อายุเป็นปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังศึกษาพบความแตกต่างของพฤติกรรมการรักษาตนเองในประชากรที่ต่างวัยคือ เด็กมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการรักษาตนเองเท่านั้น และการรักษาตนเองเป็นอันดับแรกมากกว่าผู้ใหญ่และคนชรา อาจกล่าวได้ว่า เมื่อกลุ่มคนวัยเด็กและวัยชราได้ลองรักษาตนเองแล้วไม่หาย มีแนวโน้มที่จะหาแหล่งบริการสาธารณสุขต่างๆ เร็วกว่าและมากกว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่ ทั้งนี้จะเป็นเพราะคนชรามักเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเคยทดลองตนเองมาก่อนแล้วไม่หาย จึงตัดสินใจแสวงหาการรักษาจากแหล่งอื่นๆ นอกจากนี้ความวิตกกังวลและการรับรู้ถึงความรุนแรงของวัยเด็กและวัยชราต่อโรคว่า วัยนี้เสี่ยงต่ออาการทรุดหนักส่งผลให้เด็กและคนชรา มีพฤติกรรมการรักษาตนเองสูงกว่าผู้ใหญ่ (พิมพัลย์, เพ็ญจันทร์ และอรัญญา, 2530 : 176) แต่ไม่สอดคล้องกับสุวรรณ และคณะ (2540) ซึ่งศึกษาปัจจัยคัดสรร และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าปัจจัยคัดสรรด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

2. เพศ เป็นปัจจัยด้านบุคคลมีผลต่อความต้องการการดูแลตนเองและเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยมซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1995 : 203-204) ซึ่งปัจจัยคัดสรร ด้านเพศ เป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเอชไอวี (สุวรรณ และคณะ, 2540) ที่น่าสนใจคือการศึกษาการดูแลตนเองเชิงคุณภาพในบริบทของคนไทยเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท กรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคอีสานของพิมพัลย์ เพ็ญจันทร์ และ อรัญญา (2530 : 286) พบว่าเพศชายจะมีพฤติกรรมการรักษาตนเองมากกว่าเพศหญิงอย่างเห็นได้ชัด โดยเพศชายดูแลสุขภาพตนเองถึงร้อยละ 90 เพศหญิงร้อยละ 85.8 ทั้งนี้จะเป็นเพราะเพศชายเป็นเพศที่ต้องรับผิดชอบการทำมาหากิน เช่น ทำนา ทำไร่ หรือไปรับจ้างนอกหมู่บ้านหรือในถิ่นไกลบ้าน อาชีพจึงเป็นเงื่อนไขกำหนดให้เพศชายอดทน รักษาด้วยตนเองเพื่อประทังอาการ ส่วนเพศหญิงในชนบทมักอยู่กับบ้านและหญิงมักไวต่อการรับรู้ภาวะที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของตนมากกว่าเพศชาย จึงเป็นเงื่อนไขให้แสวงหาบริการจากแหล่งอื่นได้ง่ายกว่า

3. สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการช่วยเหลือ เป็นกำลังใจทำให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ คู่สมรสจะช่วยเหลือแบ่งเบาภาระ ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งฮับบาร์ดและคณะ (Hubbard, et al., 1984) กล่าวว่ากลุ่มคนที่มีคู่ชีวิตจะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคนโสด ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ดีกว่า เนื่องจากคู่ชีวิตจะช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโสด หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่ มักขาดคนปลอบโยนให้กำลังใจ แต่กลุ่มผู้ป่วยสถานภาพสมรสคู่ จะได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรส (สมจิต, 2537 : 51-53) และเป็นปัจจัยทำให้การดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน (พรทิพย์, 2539 : 10-26)

4. ระยะเวลาในการศึกษา การศึกษามีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติในการดูแลตนเอง ซึ่งในการดูแลตนเองต้องอาศัยความรู้ก่อน ในการประกอบการพิจารณาตัดสินใจ (Orem, 1985 : 175; Orem, 1995 : 164) ทำให้มีการตัดสินใจที่ดีและถูกต้องเหมาะสม ต่างจากผู้มีการศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender, 1996 : 97-112) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุของอัมพรพรรณ และคณะ (2539) โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำและเป็นปัจจัยให้มีการดูแลตนเองแตกต่างกันในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (พรทิพย์, 2539) แต่ทั้งนี้ระดับการศึกษากลับไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคต่อหิน ชนิดเรื้อรัง (ชวลี, 2534) และผู้ป่วยโรคเอส แอล อี (บุษบา, 2535)

5. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จากการศึกษาในผู้สูงอายุ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล คือรายได้และทรัพย์สินของตนเอง (จำเรียง, นิตยา และวินัส, 2533; อัมพรพรรณ และคณะ, 2539)

6. การสนับสนุนทางสังคม ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (มารยาท, 2539) หรือเป็นปัจจัยทำให้การดูแลตนเองแตกต่างกันในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (พรทิพย์, 2539) โดยเฉพาะผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่เหล็กตามภายใน (พนิดา, 2539) และผู้ป่วยเบาหวาน (สมจิต และคณะ, 2540; นิตย และสุภาวดี, 2540; พรทิวา, ฉวีวรรณ และสุจิตรา, 2540) ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมการดูแลตนเองด้วยการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองสูงขึ้น ขณะเดียวกันจะเป็นการกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดอย่างเพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการที่จะเปลี่ยนแปลง หรือปรับปรุงสิ่งต่างๆ เพื่อการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (มาลี และคณะ, 2535 : 157)

7. ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า จากการศึกษาในผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะพบว่าความวิตกกังวลและความซึมเศร้าสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง (มรยาท, 2538) และความวิตกกังวลทำให้ลดความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด (รัชนี้, 2535)

8. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การตระหนักว่าตัวเองเป็นคนมีคุณค่าเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองได้ดีขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (พรทิพย์, 2539) และผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุน้อยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เป็นผลให้การกระทำการดูแลตนเองมีคุณภาพน้อย (Lundman, et al., 1990)

9. การรับรู้ในสมรรถนะของตนเอง จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีการรับรู้ในสมรรถนะของตนเองสูง พบว่าจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงเช่นกัน (ศรีสุตา, 2538)

การดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ชีวิตอยู่ภายใต้เงื่อนไขของโรค ให้เวลารักษานานและไม่หายขาด มีอาการของโรคกำเริบเป็นระยะๆ ตลอดเวลาอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น การดูแลตนเองนับว่าเป็นความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว จากการศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของแสงอรุณ (2533 : 1-17) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่เน้นเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างการหย่าออกจากเครื่องช่วยหายใจ โดยอาศัยทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ให้ผู้ป่วยจำนวน 5 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มดังกล่าวมีการดูแลตนเองในระหว่างการหย่าเครื่องช่วยหายใจในเรื่องต่างๆ ดังนี้คือการคงสภาพการทำงานของปอด (pulmonary stability) การประกอบกิจวัตรประจำวัน (functional ability) และการคงสภาพโภชนาการและการใช้พลังงานของร่างกาย (nutritional and energy expenditure stability) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัยสามารถสรุปความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ดังนี้ (แสงอรุณ, 2533 : 6-14; เกศรินทร์, 2534 : 13-15; ประสบสุข, 2534 : 12-13; วรรณวี, 2534 : 17-18; อัมพรพรรณ และคณะ, 2539 : 11-16)

1. การดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของปอด มีผลต่อการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ดังนั้นในสภาพที่ร่างกายมีทุนสำรองของปอดจำกัด และเหนื่อยง่ายจึงต้องมีการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด โดยมุ่งเน้นให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ ด้วยการปรับกิจกรรมและการพักผ่อน การฝึก และบริหารการหายใจ เป็นการฝึกกล้ามเนื้อหายใจเพื่อให้แข็งแรง

ไม่อ่อนล้าง่าย โดยการบริหารการหายใจด้วยการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง และกะบังลมช่วยในการหายใจ (pursed-lip and diaphragmatic breathing techniques) เป็นวิธีการช่วยตัวเอง (self-help technique) ที่มีประโยชน์ในการรักษาโรคเรื้อรังทางระบบการหายใจ ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้บ่อยที่สุดในการฝึกการหายใจเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจเพื่อเอาชนะการอุดกั้น กะบังลมมีความแข็งแรงขึ้น และช่วยให้ปอดว่างเพื่อรับอากาศใหม่และมีการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมได้ดีขึ้น ผู้ป่วยจึงมีอาการหายใจลำบาก ลดลงจากความตึงเครียดในท่อทางเดินหายใจขณะหายใจออก และความตึงเครียดในทางเดินอากาศขณะหายใจเข้าลดลงทำให้การหายใจออกยาวขึ้นเป็น 2 เท่าของการหายใจเข้า (Gift, 1993 : 58) ดังนั้นอัตราการหายใจจึงลดลงเนื่องจากการหดตัวของท่อทางเดินอากาศเล็กลดลงในขณะที่หายใจลำบากอีกด้วย (Carrieri, janson-Bjerklie & Jacobs, 1984 : 442; Lareau & Larson, 1987 : 187) การบริหารการหายใจควรทำวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น ครั้งละ 15 นาที สัปดาห์ละ 7 วัน ซึ่งทำควบคู่ไปกับการไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) เป็นการไอที่หลอดลมเปิดกว้างเต็มที่ เพื่อกำจัดเสมหะออกให้มากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้จะมีเสมหะอยู่ในทางเดินหายใจ อันเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้การระบายอากาศไม่ดี การไออย่างมีประสิทธิภาพทำได้โดยการหายใจเข้าออกลึกๆ อาจใช้มือกดบริเวณหน้าท้องเพื่อดันกะบังลมให้เคลื่อนขึ้นข้างบนโดยเร็วช่วยให้ไอได้แรงขึ้น หายใจเข้าเต็มที่แล้วกลั้นไว้ 1-2 วินาที และไอออกมาแรงๆ ติดต่อกัน ความเร็วของลมหายใจออกจะช่วยขับเสมหะได้ดี และจะได้ผลดียิ่ง จากนั้นจึงหายใจเข้าออกเบาๆ ซ้ำๆ หรืออาจใช้วิธีการไอออกเบาๆ ลึนๆ ติดต่อกันหลายๆ ครั้งก็ได้ ส่วนท่าที่เหมาะสมคือ ท่านั่งเอนไปข้างหน้า และผู้ป่วยควรดื่มน้ำอุ่นแทนน้ำเย็นเพื่อละลายเสมหะที่เหนียวข้น และป้องกันภาวะขาดน้ำซึ่งจะมีผลทำให้เสมหะเหนียวยากแก่การระบายออกจากทางเดินหายใจ ปริมาณน้ำที่ควรได้รับในแต่ละวันต้องเหมาะสม ไม่มากหรือน้อยจนเกินไป เนื่องจากปริมาณน้ำที่มากเกินไปจะทำให้เกิดผลเสียจากการคั่งของน้ำในปอด ส่วนปริมาณน้ำที่น้อยเกินไปเสมหะละลายยาก เพิ่มการใช้พลังงานในการเอาออก ดังนั้นปริมาณน้ำที่เหมาะสมควรได้รับอย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตรหรือ 8-10 แก้วต่อวัน นอกจากนี้คิม (Kim, 1984 : 333-340) ยังได้เสนอถึงความสำคัญของกล้ามเนื้อหายใจว่า มีบทบาทมากในการระบายอากาศ ดังนั้นการใช้กรอบแนวคิดการฝึกกล้ามเนื้อหายใจจะช่วยให้เกิดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ ลดการเกิดความอ่อนล้าของกล้ามเนื้อหายใจ (respiratory muscle fatigue) สามารถป้องกันการเกิดการหายใจไม่พอหรือล้มเหลวได้ และทำให้การระบายอากาศดีขึ้น กล้ามเนื้อสามารถรับออกซิเจนได้มากขึ้น อาการและอาการแสดงของโรคลดลง ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ จนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในที่สุด ซึ่งการฝึกกล้ามเนื้อหายใจเน้นที่กล้ามเนื้อหายใจเข้า เนื่องจากเป็นกล้ามเนื้อที่ทำงานให้เกิดปริมาตรอากาศในขณะที่หายใจสูงสุด แล้วยังพบว่าท่าตัวตรง (upright position) มีความตึงเครียดในเยื่อหุ้มปอดเป็นลบในส่วนบนของปอด (-10 มม.ปรอท) มากกว่าในส่วนฐานของปอด (-2 มม.ปรอท) ด้วยเหตุนี้ ส่วนบนของปอดจึงมีปริมาตรของอากาศเก็บไว้มากกว่า นั่นคือมีการระบายอากาศที่ดีขึ้นนั่นเอง ส่วนผู้ป่วย

ที่มีพยาธิสภาพที่ปอดเพียงข้างเดียว ทำนอนที่ดีที่สุดคือเอาปอดส่วนที่อยู่ล่างและทำนอนหงาย ยกเว้นคนที่ เป็นปอดอักเสบเป็นหนอง เพราะกลัวหนองจะมาติดปอดข้างที่ดี แต่ทั้งนี้ไม่ว่าผู้ป่วยจะเลือกทำนอนท่าใดก็ตาม การที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนได้เพียงพอ จะต้องเอาเสมหะออกให้หมดก่อนเสมอ (Robichaud, 1990 : 56-58) ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องกำจัดเสมหะโดยการใช้เทคนิคการไออย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็น การดูแลตนเองรูปแบบหนึ่งที่ต้องมีเพิ่มขึ้นจากวิถีชีวิตโดยปกติทั่วไป

2. การดูแลตนเองเพื่อคงความสามารถในการประกอบกิจกรรม

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีรูปแบบการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งนอกจากทำให้เกิดภาวะ หายใจลำบากแล้วปัญหาที่สำคัญคือ ทำให้ความทนในการทำกิจกรรมลดลง (Lareau & Larson, 1987 : 180) ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติงานและการมีบทบาทในสังคม ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีดำเนินชีวิตโดยการสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน การทำงานและการเข้าสังคมได้ตามสภาพ โดยปรับกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพ การพักผ่อนที่ เพียงพอ ตลอดจนการวางแผนล่วงหน้าในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อช่วยสงวนพลังงาน ลดการพึ่งพาบุคคล อื่น สามารถมีบทบาทและหน้าที่ที่มีต่อครอบครัวได้ตามศักยภาพ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนบทบาทในขณะมี เพศสัมพันธ์เป็นลักษณะยอมตาม เป็นต้น

การดูแลตนเองด้านการคงความสามารถในการประกอบกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย ของผู้ป่วยที่สำคัญที่สุดคือ การออกกำลังกาย จะช่วยรักษาความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ข้อต่อต่างๆ ให้มี การเคลื่อนไหว ซึ่งจากโปรแกรมการฟื้นฟูด้วยการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากจะ เพิ่มความแข็งแรงและความทนทานให้กับแขนแล้วยังทำให้การรับรู้ในภาวะหายใจลำบากและอ่อนล้าใน ขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงด้วย (Bauldoff, et al., 1996) นอกจากนี้การออกกำลังกายในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ช่วยให้การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดดีขึ้น เนื่องจากในระหว่างออกกำลังกาย ผลิตภัณฑ์ของคาร์บอนไดออกไซด์และการเผาผลาญออกซิเจนมีสูงขึ้น ดังนั้นเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของ คาร์บอนไดออกไซด์ และออกซิเจนการระบายอากาศจึงเพิ่มสูงขึ้นด้วย (Lareau & Larson, 1987 : 184) ทำให้มีอาการหอบเหนื่อยน้อยลง สามารถออกแรงเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เป็นการ เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นหลังออกกำลังกายไประยะหนึ่ง ซึ่งมีการศึกษาผลของการพยาบาลระบบ สนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของวารสาร (2536) พบความสามารถในการดูแลตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการ ออกกำลังกายและความสามารถในการควบคุมการเหนื่อยหอบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้ รูปแบบการวิจัยกลุ่มเดี่ยววัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกจาก โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่ จำนวน 43 ราย ได้ให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้รวมสองครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ห่างกัน 4 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการออกกำลังกาย และความสามารถในการควบคุมอาการเหนื่อยหอบมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการศึกษาของแสงอรุณ (2533 : 11) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในระหว่างการหย่าออกจากเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 4 ใน 5 ราย สามารถทำกิจกรรมได้เองโดยการบริหารกล้ามเนื้อต่างๆ บนเตียงด้วยการเกร็งและการผ่อนคลาย (progressive muscle relaxation) เพื่อเพิ่มสมรรถนะของกล้ามเนื้อและผ่อนคลายความเครียด สำหรับวิธีทดสอบสมรรถภาพร่างกายมีหลายวิธี เช่น การเดินบนลานวิ่งอยู่กับที่ หรือการปั่นจักรยานอยู่กับที่ (อัมพรพรรณ และคณะ, 2539 : 12) ส่วนวิธีที่มีประสิทธิภาพคือ การทดสอบการเดินบนพื้นราบ การทดสอบความสามารถสูงสุดในการออกกำลังกาย และแบบวัดผลกระหนบของความเจ็บป่วย โดยให้ผู้ป่วยรายงานการสูญเสียหน้าที่ด้วยตัวผู้ป่วยเอง (Lareau & Larson, 1987 : 179) ซึ่งการทดสอบความสามารถสูงสุดในการออกกำลังกาย ไม่เหมือนกับการเดินบนลานวิ่งอยู่กับที่หรือการปั่นจักรยาน เพราะผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นการทำหายที่จะได้ทำตามคู่มือให้ได้มากขึ้น วิธีนี้ใช้ปริมาณออกซิเจนที่ร่างกายใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ($VO_2 \max$) เป็นตัววัด ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ที่มีอาการรุนแรงสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับปริมาณออกซิเจนที่ร่างกายใช้ 7 ถึง 14 มล./กก./นาที ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการน้อยๆ ระดับปริมาณออกซิเจนที่ร่างกายใช้ 16 ถึง 22 มล./กก./นาที เป็นต้น ในขณะที่แบบวัดความเจ็บป่วยเน้นที่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหว การดูแลร่างกาย การปฏิสัมพันธ์ในสังคม การติดต่อสื่อสาร ความกระตือรือร้น อารมณ์ การพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหาร การจัดการในบ้านและการใช้เวลาว่าง เป็นต้น พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมีการสูญเสียหน้าที่ถึงร้อยละ 20 ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงระดับปานกลางมีการสูญเสียหน้าที่ร้อยละ 10 ส่วนการทดสอบการเดินบนพื้นราบ ใช้เวลา 12 นาที เป็นตัวกำหนดว่าผู้ป่วยสามารถเดินได้ระยะทางทั้งหมดเท่าไร โดยในช่วงเวลาดังกล่าว ผู้ป่วยจะหยุดได้เท่าที่ต้องการ ค่าที่ได้แสดงถึงความสามารถในการออกกำลังกายของผู้ป่วย จากแบบวัดทั้งสามแบบที่กล่าวมา ควรใช้มาตรวัดด้วยสายตาเชิงเส้นร่วมด้วย เนื่องจากใช้ได้ดีต่อการวัดความรู้สึกเหนื่อยหอบ เหมาะสำหรับติดตามผลการรักษาหรือผลการฝึกออกกำลังกายโปรแกรม (อารยา, 2534 : 38-47; Gift, 1989 : 79) แบบวัดชนิดนี้ ผู้ป่วยจะเป็นคนรายงานความรู้สึกเหนื่อยด้วยตัวเอง การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนิยมใช้วิธีธรรมชาติ ซึ่งได้แก่ การเดินบนพื้นราบค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาในการเดินจาก ครั้งละสั้นๆ ไปจนถึง 45-60 นาที แล้วจึงเพิ่มจากการเดินตามสบายเป็นการเดินให้เร็วขึ้น และประเมินผลโดยการดูระยะทางที่เดินได้ (ชัยเวช, 2538 : 1095) หรือใช้เวลา 5-8 นาที สำหรับการอุ่นเครื่อง ประกอบด้วยการยืดกล้ามเนื้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นและยังเป็นการเตรียมความพร้อมของกล้ามเนื้อ และฝึกในลักษณะการออกกำลังกายแบบใช้

ออกซิเจน ซึ่งต้องใช้ระยะเวลามากกว่า 20 นาที แต่ในผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพร่างกายสูงสามารถทำได้ถึงร้อยละ 70-80 ของความสามารถสูงสุด และใช้เวลาเพียงร้อยละ 60-65 ของความสามารถสูงสุด ควรเพิ่มระยะเวลาในการฝึกเป็น 45-60 นาที จากนั้นเข้าสู่ระยะผ่อนคลายเป็นเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดส่วนปลาย ลดการสะสมกรดแลคติกในกล้ามเนื้อ ทำให้ลดหรือป้องกันภาวะเมื่อยล้า สามารถฝึกด้วยการยืดกล้ามเนื้อเพื่อการผ่อนคลายของร่างกาย ระยะนี้ควรใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที โดยมีความถี่ในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพต่ำควรให้ออกกำลังกายทุกวัน วันละ 10-15 นาที ส่วนผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพสมควรฝึกเป็นเวลา 20-30 นาที 2-3 วันต่อสัปดาห์และทำต่อเนื่อง 3-4 สัปดาห์ (พีระยศ, 2539 : 30) ดังนั้นการดูแลตนเองเพื่อคงความสามารถในการประกอบกิจกรรม โดยเฉพาะการออกกำลังกาย นอกจากเพื่อความแข็งแรง ทนทาน และยืดหยุ่นแล้วที่สำคัญคือ ฝึกการทำงานของระบบไหลเวียนและปอด ตลอดจนช่วยปรับปรุงสภาพจิตใจให้รู้สึกมีความสุข และสนุกกับการฟื้นฟูสภาพตนเอง

3. การดูแลตนเองเพื่อคงสภาวะโภชนาการ

การดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีและมีทุนสำรอง มีความสำคัญในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากแบบแผนการหายใจที่เปลี่ยนไปทำให้ต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นกว่าปกติ ดังนั้นการขาดสารอาหารโปรตีน และพลังงานมีผลต่อการทำงานของระบบหายใจ (วิชัย, 2531 : 387) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงจะพบภาวะขาดสารอาหารและน้ำหนักลดได้บ่อย (Pierson, 1992 : 683) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการขาดสารอาหารได้แก่ ปริมาณอาหารที่บริโภคน้อย ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความอยากอาหารลดลง (Gift, 1989 : 79) การทำงานของระบบทางเดินอาหารในส่วนของ การย่อยและการดูดซึมลดลงจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน รวมทั้งผู้ป่วยมีอัตราเผาผลาญอาหารสูงกว่าปกติ เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นจากภาวะหอบเหนื่อย ใบบ่อยมีเสมหะมากและ อ่อนเพลีย ทำให้ความต้องการพลังงานสูงตามไปด้วย ดังนั้นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงต้องปรับอาหารและได้รับสารอาหารเพียงพอเหมาะสมกับการใช้พลังงาน (เกศรินทร์, 2534 : 14) อาหารที่เพียงพอเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยมีพลังงานในการปฏิบัติกิจกรรมตามปกติได้ ทำให้สามารถเข้าสังคมและรู้สึกดีเกี่ยวกับตัวเองที่ไม่ต้องพึ่งผู้อื่น (Neimeyer, 1985 : 432) สารอาหารที่ให้พลังงานคือ คาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมันมีผลต่ออัตราส่วนออกซิเจนที่ใช้ต่อคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดขึ้น (respiratory quotient : RQ) สารอาหารที่ดีสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรมีค่า RQ ต่ำคือ ใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญน้อยที่สุดและคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดจากการเผาผลาญน้อยที่สุดด้วย ซึ่งเมื่อพิจารณาค่า RQ ของสารอาหารต่างๆ พบว่า RQ ของโปรตีน 0.8 ไขมัน 0.7 และคาร์โบไฮเดรต 1 ดังนั้นไขมันจึงเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ แต่ยังเป็นที่ยกเถียงกันอยู่ส่วนใหญ่มองเห็นว่าผู้ป่วยควรได้รับพลังงานจากทั้งคาร์โบไฮเดรตและไขมันจำนวนสมดุลกับและได้โปรตีนในจำนวนที่เหมาะสม (ลินจง, 2539 : 96) การรับประทานอาหารแต่ละมื้อไม่ควรอึดเกินไป เพราะอาจทำให้เกิดปัญหาหอบเหนื่อยหลังอาหาร

ควรรับประทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น จำนวนมื้ออาหารอาจปรับเพิ่มจากเดิมเป็น 6 มื้อต่อวัน ซึ่งมีแคลอรีและโปรตีนสูง เกลื่อน้อย ผลไม้ และผักมาก แต่ไม่ทำให้เกิดก๊าซ เช่น ฟักทอง หอมใหญ่ น้อยหน่า ลูกพลับแห้ง เป็นต้น (Neimeyer, 1985 : 432) นอกจากนี้การจัดอาหารควรให้รับประทานชวนกิน สะอาด จะทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ (อัมพรพรรณ และคณะ, 2539 : 14) นอกจากนี้การมีพฤติกรรมรับประทานวิตามินที่จำเป็นนิสัย มีความสัมพันธ์กับอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและทำให้การทำงานของปอดดีขึ้น และในวัยกลางคนที่ได้รับวิตามินซี 100 มก./วัน จะทำให้ FEV₁ เพิ่มขึ้น 25 มล. (Burney, 1995 : 1292) ส่วนการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในระหว่างการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (แสงอรุณ, 2533; ดวงใจ, 2539) ก็พบว่าบทบาทของภาวะโภชนาการยิ่งทวีความสำคัญมากขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดวงใจรายงานว่าการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ 30-35 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม และอาหารควรประกอบด้วยคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 30-40 โปรตีนร้อยละ 30 และไขมันร้อยละ 30-40 ส่วนแสงอรุณพบว่า 1 ใน 5 ราย แม้ไม่มีภาวะขาดพลังงานจากอาหาร แต่ก็มีภาวะขาดอัลบูมินได้ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรได้รับน้ำในปริมาณไม่มากหรือน้อยเกินไป เพราะน้ำมากทำให้เลือดลดเข้าปอด เกิดการหายใจล้มเหลวได้ ส่วนน้ำน้อยเกิดภาวะขาดน้ำ การเผาผลาญอาหารลดลง เซลล์ยิ่งขาดพลังงาน เสมหะขับออกไม่ได้ การหายใจก็ไม่มีประสิทธิภาพก่อเกิดหายใจล้มเหลวได้อีก

4. การดูแลตนเองเพื่อพักผ่อนและผ่อนคลาย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะมีอาการเลวลงในตอนกลางคืน ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับจากการหายใจที่ผิดปกติ ต้องตื่นขึ้นมาเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย รูปแบบการนอนของผู้ป่วยจึงตื่นแล้วไม่หลับอีกบ่อยๆ (insomnia) และยังตื่นตั้งแต่เช้า (Blanck & Matassarini-Jacobs, 1993 : 1030) เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งการพักผ่อนที่ดีที่สุดคือ การนอนหลับ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ ก็จะต้องลดปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการพักผ่อนไม่เพียงพอ เช่น การไอซึ่งมีความคู่กับภาวะหายใจลำบาก (Neimeyer, 1985 : 431) ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ตลอดจนปัญหาเศรษฐกิจและปัญหาครอบครัว ดังนั้นการช่วยจัดสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้นอนไม่หลับ ส่งเสริมให้นอนหลับได้มากที่สุด เช่น การนอนหลับในท่าศีรษะสูงจะช่วยลดการไอได้ สิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ การถ่ายเทอากาศได้ดี หรือกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายในกลางวัน ซึ่งถ้านอนไม่หลับในตอนกลางคืน ผู้ป่วยบางรายอาจจับหลับในตอนกลางวันเป็นระยะๆ ซึ่งผู้ป่วยควรได้นอนหลับพักผ่อนประมาณคืนละ 6-8 ชั่วโมง นอกจากนี้สิ่งสำคัญคือการจัดการกับความเครียดทางอารมณ์ที่เกิดจากเป็นผู้ป่วยเรื้อรังและจากการดูแลตนเองที่ยุ่ยากซับซ้อน จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งการช่วยตัวเองเหล่านี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเรียนรู้ได้ด้วยตัวเอง เช่น การใช้สมาธิ การฟังธรรมะ และการใช้อารมณ์ขัน เป็นต้น (อัมพรพรรณ และคณะ, 2539 : 12-15) ดังเช่นการศึกษาของอารยา (2537) ถึงผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ออาการหายใจลำบากและ

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยศึกษาถึงทดลองในผู้ป่วยจำนวน 20 ราย คล้ายกับการศึกษาของกิฟท์ มอร์และโซเคิน (Gift, Moore & Soeken, 1992 : 242-246) ซึ่งใช้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนอารยาศึกษาเพียงกลุ่มเดียว เนื่องจากพบว่าการใช้กลุ่มทดลอง 2 กลุ่มย่อมเกิดความแตกต่าง จึงใช้กลุ่มเดิมวัดความรู้สึกของตัวเอง โดยใช้เทปการผ่อนคลายเปิดให้ผู้ป่วยฟังและทำตามผลการศึกษาของอารยาพบว่า การผ่อนคลายสามารถลดภาวะหายใจลำบากและความวิตกกังวลได้เช่นเดียวกับการศึกษาของกิฟท์ มอร์ และโซเคิน ส่วนการศึกษาถึงการจัดการกับการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดที่มีอาการหายใจลำบาก จำนวน 68 ราย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ พบว่าในด้านอารมณ์ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการที่จะอยู่เฉยๆ ตามลำพัง เพื่อควบคุมอาการหายใจลำบาก โดยพยายามสงบสติอารมณ์ร้อยละ 28 ใช้วิธีสวดมนต์หรือทำสมาธิร้อยละ 9 และร้อยละ 13 พยายามคิดถึงแต่ประสบการณ์ที่ดี (Carrieri & Janson-Bjerklie, 1986 : 294)

5. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องมีชีวิตอยู่ภายใต้เงื่อนไขของโรคปัจจุบันสำคัญที่จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้คือ การรู้จักวิธีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องทั้งทางด้านการปฏิบัติตน โดยหลีกเลี่ยงต่อปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยสนับสนุนให้การดำเนินของโรครุนแรงขึ้น จนเกิดอันตรายต่อชีวิตแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุดคือ ภาวะหายใจล้มเหลว โดยพบได้บ่อยกว่ากลุ่มอื่นๆ และมักจะติดเชื้อของปอดร่วมด้วย (ดวงใจ, 2539 : 41) เมื่อมีการติดเชื้อของปอด เช่น ปอดบวม ก็จะมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าคนปกติถึงร้อยละ 40 (นันทา และสมชัย, 2531) ดังนั้นการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้ อาทิ การหยุดสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด จะช่วยชะลออัตราการเสื่อมของสมรรถภาพปอดให้ช้าลง ซึ่งสมชัย (2539 : 685) เสนอวิธีการอนุรักษ์สุขภาพผู้สูบบุหรี่ที่ยังไม่ยอมหรือไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ โดยให้หลีกเลี่ยงพิษโดยตรงต่อทางเดินอากาศหายใจ โดยเฉพาะปอด และพิษที่ซึมเข้ากระแสเลือดไปก่อโรคในอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกายด้วยการให้ผู้สูบบุหรี่น้อยที่สุด โดยดูดควันเข้าปอดแล้วเป่าออกและให้ลดจำนวนมวนลงหรือสูบเพียงระยะสั้นๆ แล้วทิ้งสุดท้ายเลือกบุหรี่กั้นกรอง ซึ่งช่วยลดสารพิษได้ประมาณร้อยละ 20 หรือใช้กล่องสูบชนิดมีน้ำยากรองสารพิษจะมีประสิทธิภาพสูงกว่ามาก ซึ่งถ้าสามารถหลีกเลี่ยงสารพิษในควันบุหรี่ที่เข้าไปสู่ทางเดินอากาศหายใจก็จะสามารถหลีกเลี่ยงการเกิดโทษต่อทางเดินอากาศหายใจและอวัยวะอื่นๆ ในร่างกายด้วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยการหลีกเลี่ยงพิษร้ายของบุหรี่ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการของโรคเลวลงนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความรุนแรงจากภาวะกำเริบ (exacerbation) ของโรคลงได้ นอกจากนี้การดูแลตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่ส่งเสริมให้มีอาการเหนื่อยหอบได้ง่าย เช่น ฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ ควันบุหรี่ อากาศร้อนหรืออากาศเย็น ที่อับชื้นและชนสัตว์เลี้ยงต่างๆ ตลอดจนการหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การไม่เข้าไปอยู่ใน

สถานที่แออัดต่างๆ เช่น ศูนย์การค้า โรงภาพยนตร์ โรงมหรสพ ฯลฯ การดูแลความสะอาดของสุขภาพปาก และฟัน รู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นต่างๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น อาการนำก่อนการหายใจลำบาก (อัมพรพรรณ และคณะ, 2539 : 15) เหล่านี้ล้วนเป็นการดูแลตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยทางกายภาพที่สนับสนุนให้มีอาการของโรครุนแรงขึ้น ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากันที่จะก่อเกิดปัญหาทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า ฯลฯ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องเรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ได้ด้วยตัวเอง

6. การดูแลตนเองเพื่อเรียนรู้เรื่องยาและการรักษา

การรักษาเป็นเวลานานด้วยยานานาชนิดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีทั้งผลดีและผลเสีย ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องยาและการรักษา เพื่อให้การรักษาเหล่านั้นเกิดประโยชน์สูงสุด ไม่เกิดอันตรายจากผลข้างเคียงและเกิดการสูญเสียเปล่าในการรักษา ดังนั้นการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษา ชื่อยา ขนาด การออกฤทธิ์ของยา วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ตลอดจนผลข้างเคียงของยา ที่สำคัญยาบางชนิดอาจได้ผลดีในผู้ป่วยบางราย ดังนั้นการสังเกตอาการของตนเอง หลังการใช้ยาก็มีความสำคัญ หากเกิดอาการผิดปกติจะได้แก้ไขได้ถูกต้องและทันเวลาที่ ปัจจุบันการรักษาของแพทย์นิยมใช้ยาพ่นสูดขยายหลอดลมซึ่งเป็นที่นิยมในยุโรป (Oyalowo, 1996 : 42) และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้ยาพ่นโดยปรับชนิดและขนาดเองตามความต้องการ (Carrieri & Janson-Bjerklie, 1986 : 291) แต่ปัญหาสำคัญคือการใช้ยาพ่นสูดขยายหลอดลมอย่างไม่ถูกวิธี เช่น ไม่เขย่าก่อนใช้ สูดหายใจเข้าไม่เต็มที่ไม่กลั้นหายใจหลังพ่นยา การกดและสูดยาไม่สัมพันธ์กัน นอกจากนี้ยาพ่นมีราคาแพง ดังนั้นถ้าใช้อย่างไม่ถูกวิธี ไม่เกิดผลทางการรักษาที่ไม่ประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ไม่คุ้มค่างบเงินที่จ่ายไปโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ

7. การดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเอง

การมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับชีวิต หรือโรคจะกำเริบอีกเมื่อไหร่ ดังนั้น ในสถานการณ์ที่โรคกำเริบ ช่วยตัวเองไม่ได้แม้แต่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ระดับการพึ่งพาบุคคลอื่นสูงขึ้น (Braden, 1993 : 40) ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกหมดคุณค่าในตนเอง ก็จะทำให้เกิดความล้มเหลวในการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมถอยหนี แยกตัว เกิดภาวะซึมเศร้า (McKinney, 1994 : 48-50) มีความคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ และมีอัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงกว่าบุคคลทั่วไป (Pierson, 1992 : 693) ดังนั้น การดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าชีวิตตัวเองยังมีความหมาย มีคุณค่าและอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป โดยการเป็นภาระต่อครอบครัวน้อยที่สุด สามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ด้วยวิธีการที่ตัวเองยอมรับ เช่น การนั่งสมาธิ การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย การออกกำลังกาย ฟังดนตรี และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เป็นการลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างดี ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยให้ผู้ป่วยร่วมแก้ปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ประสบการณ์กับผู้ป่วยโรคเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ส่งเสริมการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

กล่าวได้ว่าการดูแลตนเองที่ดีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่แพทย์ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่ผู้ป่วยสามารถควบคุมหรือลดความพิการลงได้ ด้วยการเพิ่มความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในการช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา นับเป็นความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Dudley, et al., 1980 : 413, 417) ช่วยลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จะเป็นการเพิ่มคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วยได้อีกด้วย

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีมากมายและเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาการ ชลออาการเลวลงของโรคและคงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ดังนั้นการที่จะเข้าใจผู้ป่วยได้อย่างถ่องแท้จำเป็นต้องศึกษาทำความเข้าใจลึกเข้าไปในประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งในการดูแลตนเองเหล่านั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมายทั้งปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. อายุ จากการศึกษาวัยเจริญคุณภาพถึงอาการและประสบการณ์ในผู้ป่วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพองในผู้ป่วยอายุ 31-84 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีความรู้สึกหุนเหิงและวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก (Kinsman, et al., 1983 : 755) ซึ่งความวิตกกังวลพบในขณะหายใจลำบาก และผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่มีใครช่วยได้ (helplessness) และช่วยดูแลผู้ป่วยไม่ได้ (Kinsman, et al., 1983 : 755; DeVito, 1990 : 181) แต่ในการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยตรงเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคคลเรื่องอายุต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพกลับพบว่า มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพไม่ต่างกัน (อัจฉรา, 2531) ดังนั้นจึงไม่อาจสรุปได้อย่างแน่ชัดในปัจจัยด้านอายุว่า เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างไร

2. เพศ จากการศึกษาโดยตรงของปัจจัยด้านร่างกายและจิตใจต่อการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความแตกต่างกันอย่างไรในเรื่องเพศ โดยศึกษาเปรียบเทียบในผู้หญิงจำนวน 45 คนและผู้ชายจำนวน 44 คน พบว่า มีความแตกต่างกัน ในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้หญิงและผู้ชาย ผู้หญิงปฏิบัติกิจกรรมได้ร้อยละ 42-52 ในขณะที่ผู้ชายทำได้ถึงร้อยละ 52-64 เนื่องจากศักยภาพที่ต่างกันกับผู้ชายจากมีการทำลายของหน้าที่ของปอดและอาการแสดงมากกว่าชาย (Leidy & Traver, 1995) ตรงกับการศึกษาของแคร์รี่และเจนสัน-เบอร์คลี (Carrieri & Janson-Bjerklie, 1986 : 228) ซึ่งพบว่า ผู้หญิงมีภาวะหายใจลำบากรุนแรงกว่าผู้ชาย ทำให้ผู้หญิงทำหน้าที่ตามปกติได้น้อยกว่าผู้ชาย ดังนั้นส่งผลต่อการ

ดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาของคินส์แมนและคณะ (Kinsman, et al., 1983) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหญิง 61 คน และชาย 84 คน พบว่า ผู้หญิงมีความวิตกกังวลและความรู้สึกหมดหวังมากกว่าผู้ชาย ซึ่งความวิตกกังวลและความรู้สึกหมดหวังส่งผลต่อการดูแลตนเอง

3. สถานภาพสมรส จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า สถานภาพสมรสอยู่ในกลุ่มตัวอย่างเพศชาย มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าเพศหญิงที่มีสถานภาพสมรสโสด หมายเหว่า แยก (เกครินทร์, 2534; ประสบสุข, 2534; วรณรวี, 2534) ส่วนอัจฉรา (2531) ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพไม่ต่างกัน

4. ระยะเวลาในการศึกษา ปัจจัยระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เกครินทร์, 2534; ประสบสุข, 2534; วรณรวี, 2534) แต่ทั้งนี้ระยะเวลาในการศึกษากลับไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด (บังอร, 2539)

5. ระดับความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมีอาการของโรคกำเริบ เหนื่อยหอบทำให้เกิดความจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตร ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งเกรดอน และรอส (Graydon & Ross, 1995 : 525) ศึกษาอิทธิพลของอาการ การทำงานของปอด อารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมต่อระดับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 143 คน พบว่า อาการและอารมณ์มีผลโดยตรงต่อระดับการปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉพาะอาการมีอิทธิพลต่อความสามารถในการกระทำกิจกรรม ส่วนผู้ป่วยที่เป็นทั้งสองโรคคือ เป็นทั้งโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพองจะมีภาวะหายใจลำบากมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคใดโรคหนึ่ง โดยทั่วไปผู้ป่วยที่เป็นถุงลมโป่งพองจะสูญเสียความสนใจในชีวิต มากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดลมอักเสบ (Kinsman, et al, 1983 : 755) แต่ความรุนแรงของโรคกลับไม่มีผลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เกครินทร์, 2534; ประสบสุข, 2534; วรณรวี, 2534) และผู้ป่วยโรคหืด (บังอร, 2539) แม้ว่าการศึกษาระดับความรุนแรงของโรค จะไม่มีผลต่อการดูแลตนเอง แต่มีแนวโน้มว่าระดับความรุนแรงของโรคยิ่งมากการดูแลตนเองจะลดลง เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รุนแรงมากขึ้นจะทำให้เกิดเหนื่อยหอบ เลือดขาดออกซิเจนและมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ทำให้มีผลต่อการคิดและการตัดสินใจในการดูแลตนเอง

6. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษานาน ทำให้ต้องใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อปีเป็นจำนวนมาก การศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยวัฒนา (2530, อ้างตาม ประกิจ, 2531 : 125) พบว่าผู้ป่วยนอกหนึ่งรายเสียค่ารักษาต่อสัปดาห์คิดเป็นเงิน 140 บาท และค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยวันละ 1,270 บาท ซึ่งปัจจัยปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะช่วยให้บุคคลมีโอกาสติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่าง ๆ เพื่อเตรียม

ความรู้และประสบการณ์ของตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลให้ตนได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง (Pender, 1996 : 97-112) ซึ่งการศึกษาในโรคปอดพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง (ภัทรา, 2529) ส่วนการศึกษาโดยตรงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เกศรินทร์, 2534; ประสบสุข, 2534; วรณเรวี, 2534) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หรือผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดีและยากที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม (Angle, et al., 1973 : 41-48) แต่การศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดกลับพบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีผลต่อการดูแลตนเอง (บึงอร และคณะ, 2539)

7. การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในด้านการทำงาน การประกอบกิจวัตรประจำวัน ค่ารักษาพยาบาล ค่าแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรค ตลอดจนการให้กำลังใจและการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรส แต่จากสภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบัน ทำให้ครอบครัวไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ความสำคัญเบื้องต้นคือ การสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (Lareau, et al., 1996 : 212) ในขณะที่ผู้ป่วยมีความต้องการเรื่องนี้มากขึ้นเนื่องจากทำเองไม่ได้ แต่จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนตัวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 100 คน เป็นผู้ชาย 81 คน และผู้หญิง 19 คน กลับพบว่า ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสในระดับปานกลางร้อยละ 66 ในระดับดีร้อยละ 32 และระดับน้อยร้อยละ 12 โดยเฉพาะเรื่อง que ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือน้อยคือการช่วยเหลือในด้านชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 16.31 ขาดผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมโดยส่วนรวม และร้อยละ 34.29 ขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมโดยส่วนรวม การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการช่วยเหลือสิ่งของ และการได้รับบริการการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ (สุนทรี่, เสาวลักษณ์ และผจงพร, 2540) ดังนั้นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงกลายเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วย แม้ว่ามีการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อระดับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Graydon & Ross, 1995) แต่ก็ยังมีการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรู้สึกพึงพอใจ ทำให้ความเหงาและความซึมเศร้าลดลง (Keele-Card, Foxall & Barron, 1993 : 245) ซึ่งความซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจในตนเองและให้การดูแลตนเองลดลง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาโดยอ้อมพบว่า การดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตสามารถทำนายการดูแลตนเองได้ (นิรามัย, 2535) และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นรวมทั้งคุณภาพชีวิตดีขึ้นเมื่อได้รับการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการ

ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นๆ (นาฏอนงค์, 2535) สอดคล้องกับการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยการสอนผู้ป่วย ให้ข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ให้ความมั่นใจและ สร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย ส่งเสริมสมาชิกช่วยสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย และสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด และเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วย (อัมพรพรรณ และคณะ, 2539) คล้ายคลึงกับการศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองมากกว่าก่อนทดลอง (วารภรณ์, 2536) ดังนั้นแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน ญาติและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยอดทนต่อการรักษา นับเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น (Muhlenkamp & Sayles, 1986 : 334-338)

8. ความรู้สึกทางอารมณ์ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีความรู้สึกป่วยตลอดเวลา ออกแรงเพียงเล็กน้อยก็เหนื่อยหอบ ทำให้เกิดความกลัว (DeVito, 1990 : 188; Dudley, et al., 1980 : 543) วิตกกังวล (Dudley, et al., 1980 : 545; Kinsman, et al., 1983 : 756) อ่อนล้า (Gift & Pugh, 1993 : 375) และซึมเศร้า (McKinney, 1990 : 49; Gift, Moore & Soeken, 1992 : 244) ส่งผลให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมทางด้านร่างกาย รวมทั้งกิจกรรมประจำวัน ซึ่งต้องใช้พลังงานที่มีอยู่จำกัด นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง เป็นการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยชนิดไม่มีกิจกรรม โดยเฉพาะความวิตกกังวลมีผลกระทบต่ออาการดูแลตนเองในด้านการตรวจสอบสถานการณ์ การตัดสินใจและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง ความวิตกกังวลจึงเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (ประสพสุข, 2534 : 3) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าในระหว่างที่มีการหายใจลำบาก จะมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น ทำให้งดการมีกิจกรรม ก่อเกิดความอ่อนล้าได้ ซึ่งความอ่อนล้าทำให้กิจกรรมการดูแลตนเองลดลง โดยมีความจำกัดในการทำกิจกรรมทำให้ปฏิบัติได้ช้าลงกว่าปกติ (Rodes, et al., 1988 cited by Gift & Pugh, 1993 : 376) เมื่ออ่อนล้ามากๆ จะทำให้เกิดความซึมเศร้าเป็นวงจร (Gift, Moore & Soeken, 1992 : 245) เมื่อซึมเศร้าก็ไม่ยอมทำกิจกรรมหมายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองก็ไม่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะขาดความเอาใจใส่ในตนเอง บางครั้งนอนอยู่เฉยๆ เป็นเวลานาน ทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง เกิดการใช้ออกซิเจนสูงขึ้น เกิดความอ่อนล้าอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยหอบเหนื่อย เกิดวงจรที่ 2 คือไม่ยอมทำกิจกรรม การดูแลตนเองอีก ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านความรู้สึกทางอารมณ์มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

9. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผลต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการสนใจติดตาม ไม่เข้าไปมีส่วนร่วมในการรักษาที่ได้รับและไม่รับผิดชอบ

ในการดูแลตนเอง (Gorden, 1982 cited in Norris & Kunes-Connell, 1985) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทำให้ผู้ป่วยอยากมีชีวิตต่อไป มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (วรรณวี, 2534)

10. ความผาสุก โอเร็ม (Orem, 1991 : 166) ให้ทัศนะว่าการมีพลังและการรับรู้ความผาสุกที่เพียงพอจะทำให้บุคคลริเริ่ม และมีความพยายามในการดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งความผาสุก มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เกศรินทร์, 2534 : บทคัดย่อ) โดยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยหนึ่งในการรับรู้ความผาสุกของแต่ละบุคคล

ความผาสุกหรือคุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ถึงความพึงพอใจหรือมีความสุขในชีวิตของบุคคล ซึ่งการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และอายุ (Anderson, 1995) และคุณภาพชีวิตสามารถทำนายการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ (นิรามัย, 2535) ในทางอ้อมการสนับสนุนการดูแลตนเองทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้นเช่นกัน (นาฏอนงค์, 2535) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลที่มีสุขภาพดี โดยเฉพาะเรื่องการประกอบกิจวัตรประจำวัน (McSweeny, et al., 1982 : 473-478) ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

11. ความเชื่อด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคหอบหืดพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง (สมใจ, 2531) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง (บังอร และคณะ, 2539)

12. การรับรู้ในสมรรถนะของตนเอง อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมโรคได้ เป็นความรู้สึกถึงความล้มเหลวในตนเองลดลงจนเกิดภาวะไร้พลัง (Miller, 1992; DeVito, 1990) ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าไร้พลังแม้แต่จะหายใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมทำอะไรเลย เป็นสาเหตุของการดูแลตนเองลดลง ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพของการหายใจลำบากจะมีการรับรู้ในสมรรถนะของตนเอง (perceived self efficacy) ต่ำคิดว่าตนไม่มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติหรือทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง เช่น การประกอบกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ การมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น (Wigal, et al., 1991 : 1193-6) ส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้ในสมรรถนะของตนเองสูงจะทำให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น ลดการพึ่งพาคูคนอื่น (ดวงรัตน์, 2540 : 208)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อกาย จิต เศรษฐกิจและสังคม ทำให้มีความต้องการการดูแลตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปและมีความสลับซับซ้อนเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต มีการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป

ตามภาวะเงื่อนไขของโรค เพื่อให้สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ และมีชีวิตอยู่ได้ในสังคมตามศักยภาพ โดยอาศัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องบางประการและแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอเหมาะสม ดังนั้นการศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจประสบการณ์การดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองไว้เป็นแนวทางในการวางระบบบริการสุขภาพและระบบบริการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ให้เต็มศักยภาพ สอดคล้องกับวิถีชีวิตในบริบทของคนไทยตรงตามความต้องการของผู้ป่วยที่เป็นจริงมาที่สุด

แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดหนึ่งที่มีปรัชญาความเชื่อตามแนวคิดปรากฏการณ์นิยม (phenomenology) จากความเชื่อพื้นฐานทางสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ซึ่งเชื่อว่า “ความจริงแท้แน่นอน ไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎธรรมชาติ ที่เป็นสากลเสมอไป” เพราะสังคมหรือธรรมชาติมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และปรากฏการณ์สังคมที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากมนุษย์มีการรับรู้ ให้ความหมายและแสดงพฤติกรรมที่มีความเหมาะสมตามบริบทที่อาศัยอยู่ (ชาย, 2531 อ้างตาม กรรณิกา, 2537 : 37) ซึ่งสปีลเบิร์ก (Spiegelberg, 1965 อ้างตาม ศรีเพ็ญ, 2532 : 10) ได้อธิบายแนวคิดหลักของการศึกษาและวิจัยด้วยวิธีปรากฏการณ์วิทยาไว้ว่าเป็น “การสืบสวนและพรรณนาโดยตรงจากประสบการณ์ที่ผู้ศึกษาได้ประสบอย่างตั้งใจ โดยไม่คำนึงถึงคำอธิบายทางทฤษฎีและเป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ จากข้อสันนิษฐานหรือข้อสมมุติเบื้องต้นที่ยังไม่มีการสืบสวน” ส่วนฮานธอร์ (2536 : 22) อธิบายการวิจัยเชิงปรากฏการณ์ว่าเป็นการศึกษาปรากฏการณ์ตามสภาพจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ เป็นธรรมชาติของปรากฏการณ์ และสะท้อนให้เห็นบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยามีรากฐานทางปรัชญาของฮัสเซิร์ล (Husserl, 1965 cited by Omery, 1983 : 50) บิดาของปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งได้พัฒนาโดยคิดเกี่ยวกับว่าอะไรคือประสบการณ์ชีวิต (lived experience) ของบุคคล โดยเน้นไปที่การศึกษาเรื่องราวที่เกิดขึ้น โดยที่ผู้วิจัยต้องควบคุมหรือกันความรู้เดิม (bracketing) ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะศึกษาไว้ก่อน ผู้วิจัยต้องอิสระจากแนวคิดข้อสมมุติที่มีอยู่ก่อนมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยมุ่งที่จะศึกษาประสบการณ์ของมนุษย์ (human experience) ตามที่เขาเป็นอยู่ ซึ่งปรากฏทั้งแนวลึกและแนวกว้าง และจะต้องไม่หาทางทำให้สมบูรณ์โดยใช้ทฤษฎีเป็นกรอบ (Omery, 1983 : 50; Munhall & Boyd, 1993 : 103, 113; Hungler & Polit, 1995 : 197-198)

เป้าหมายของรูปแบบวิจัยนี้ เพื่อที่จะบรรยายและอธิบายความสำคัญหรือโครงสร้าง (essence or structure) ทั้งหมดของประสบการณ์ชีวิต รวมทั้งการให้ความหมายเฉพาะบุคคลในประสบการณ์ที่เขามี

ส่วนร่วม ซึ่งบลูเมนสไตล (Blumensteil cited by Omery, 1983 : 50) สรุปว่า วิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นกลวิธีวิธีการค้นคว้าในการให้ความหมายกับสิ่งหนึ่งอย่างชัดเจน และค้นให้ได้ว่าเขาหมายถึงอะไร สอดคล้องกับแวน มาเนิน (van Manen) อธิบายปรากฏการณ์วิทยาว่า เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ชีวิตของมนุษย์ เพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง โดยใช้สติในการสะท้อนคิดพิจารณาเพื่อค้นหาความหมายของประสบการณ์นั้นๆ (van Manen, 1990 cited by Thaniwattananon, 1995 : 52) โดยไม่ใช้รูปแบบหรือทฤษฎีใดๆ ในการอธิบาย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อบรรยายประสบการณ์ของปรากฏการณ์ภายใต้การศึกษาอย่างถูกต้องและแม่นยำ (Field & Morse, 1990 cited by Thaniwattananon, 1995 : 53) ต่อมาการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาได้มีการพัฒนาโดยนักปรัชญาไฮด์เก็เกอร์ (Heidegger, 1962 cited by Koch, 1995 : 830-832; Leonard, 1994 : 45-54) ซึ่งเป็นลูกศิษย์ของฮัสเซิร์ล ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา เพื่อทำความเข้าใจ (hermeneutic phenomenology) ในปรากฏการณ์ภายใต้การศึกษา และแปลความหมายการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ เพื่อวิเคราะห์โครงสร้างของประสบการณ์นั้น โดยเน้นที่สังคม วัฒนธรรม ภูมิหลัง และเนื้อหาสาระต่างๆ ที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ (Dreyfus, 1991 & Plager, 1994 cited by Thaniwattananon, 1995 : 59) เป็นความพยายามที่จะดึงเอาประสบการณ์ที่ซ่อนอยู่ภายในออกมาให้ปรากฏภายนอก (Sorrell & Redmond, 1995 : 1120) โดยมองในลักษณะว่า ความหมายของการเป็นบุคคลคืออะไร (what does it mean to be a person) ซึ่งมีแนวคิดที่สำคัญเกี่ยวกับบุคคล ดังนี้

1. บุคคลมีสิ่งแวดลอม (the person as having a world) ในความหมายของไฮด์เก็เกอร์ "สิ่งแวดลอม" (world) แตกต่างจากความหมายทั่วไปที่ว่า เป็นธรรมชาติหรือสิ่งต่างๆ ในโลก โดยหมายถึงกลุ่มของความสัมพันธ์การปฏิบัติ และภาษา ที่หล่อหลอมมาจากวัฒนธรรมซึ่งติดตัวมาแต่กำเนิด ดังนั้น สิ่งแวดลอมของบุคคลจึงถูกกำหนดโดยภาษา วัฒนธรรม ประวัติ ตามความมุ่งหมายและค่านิยมของบุคคลนั้น (Leonard, 1994 : 46-47) หรือกล่าวได้ว่าบุคคลและสิ่งแวดลอมเป็นส่วนประกอบซึ่งกันและกัน (co-constituted) (Annells, 1996 : 706)

2. บุคคลเป็นสิ่งมีชีวิตที่ให้คุณค่าและความสำคัญแก่สิ่งต่างๆ (the person as a being for whom things have significance and value) บุคคลไม่เพียงมีสิ่งแวดลอมเท่านั้น แต่ยังมี การให้คุณค่าและให้ความสำคัญกับสิ่งเหล่านั้น ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรม ภาษา และสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ดังนั้นการทำความเข้าใจบุคคลได้นั้นต้องศึกษาในบริบทที่เขาเป็นอยู่ (Leonard, 1994 : 49-51) ซึ่งบุคคลจะมีการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติในปัจจุบันและส่งผลต่อความคิดหรือพฤติกรรมในอนาคต (hermeneutic circle) (Palmer, 1969 cited by Thaniwattananon, 1995 : 60) ตัวอย่างเช่น บุคคลจะเข้าใจคำว่า หอบเหนื่อย ได้โดยการเอามาสัมพันธ์กับประสบการณ์เดิมที่เคยเห็นคนหอบเหนื่อยมาก่อน หรือจากประสบการณ์ตรงของตนเองที่เคยหอบเหนื่อย

3. บุคคลมีการให้ความหมายต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยตัวของเขาเอง (self-interpreting) ซึ่งการให้ความหมายของบุคคลไม่ใช่เพียงแค่อำนาจจากจิตสำนึกเท่านั้นแต่ถูกรวมเข้าไปกับภูมิหลังที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญต่อเขารวมทั้งการพูดภาษา ประเพณีและวัฒนธรรมที่สืบทอดต่อกันมา (Benner, 1985 cited by Thaniwattananon, 1995 : 60; Leonard, 1989 : 47; Leonard, 1994 : 52)

4. บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) บุคคลใช้มีแต่เพียงกายภายนอก (body) เท่านั้น แต่ยังมีส่วนอื่นที่อยู่เบื้องหลังการปฏิบัติตามปกติที่บุคคลนั้นแสดงออกมา นั่นคือศักยภาพในการแลกเปลี่ยนกับสิ่งอื่น การรวบรวมสิ่งต่างๆ เข้าด้วยกัน (embodied) และการรับรู้ (perception) (Benner, 1985 cited by Leonard, 1994 : 52) โดยบุคคลจะรวมตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและให้ความสนใจในสิ่งแวดล้อมที่มีความหมายต่อเขา (Leonard, 1994 : 52)

5. บุคคลอยู่ในมิติของเวลา (the person in time) ไฮเดกเกอร์มองว่าการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา คำนี้ถึงบุคคลที่เป็นอยู่ในเวลานั้น (being-in-time) ซึ่งอธิบายด้วยคำว่า มิติของเวลา (temporality) เป็นองค์ประกอบของการมีชีวิตอยู่ มิติของเวลาถูกกำหนดมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดในอนาคต หรือเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นได้ให้ความสนใจและตระหนักในความสำคัญของสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และความคาดหวังที่จะให้เกิดขึ้นในอนาคต (Leonard, 1994 : 53-54)

นอกจากนี้องค์ประกอบที่สำคัญที่จะให้ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับสิ่งที่บุคคลให้ความหมายของประสบการณ์ทั้งหมดอย่างลึกซึ้งได้ จำต้องอาศัยการสื่อสารที่จะทำให้ได้ข้อมูลนั้นมาตรงกับที่บุคคลต้องการจะสื่อ ดังนั้นตัวกลางสำคัญที่จะสื่อให้เข้าใจตรงกันได้ทั้งสองฝ่าย ก็คือ ภาษา (language) โดยนักปรัชญาการ์ดาเมอร์ (Gadamer, 1975 cited by Annells, 1996 : 707) ซึ่งเป็นผู้ร่วมงานและศิษย์ของไฮเดกเกอร์กล่าวถึงภาษาว่า มีความสำคัญโดยเป็นสื่อในการบอกความหมายของประสบการณ์นั้นๆ ทำให้เข้าใจความเป็นบุคคลมากขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยจะเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลได้ก็ต่อเมื่อความเข้าใจของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลเชื่อมต่อกันในบริบทของผู้ให้ข้อมูลนั้นเรียกว่า การหลอหลอมความเข้าใจ (fusion of horizon) เกิดขึ้นได้จากการที่ผู้วิจัยทำความเข้าใจในสิ่งที่กำลังค้นหา โดยไม่พยายามตีความตามความคิดของตนเอง แต่จะซักถามผู้ให้ข้อมูล จนเกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยาเพื่อค้นหาความหมาย (hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดด้านปรัชญาของไฮเดกเกอร์ เนื่องจากมีแนวความคิดพื้นฐานที่สำคัญคือ การมองบุคคลในลักษณะเป็นองค์รวม (เบญจา, 2536 : 41) และการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาให้ความสำคัญกับองค์รวม (Clark, 1994 : 58-59) สอดคล้องกับปรัชญาวิชาชีพการพยาบาลที่ให้การดูแลบุคคลอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งตามแนวคิดแบบเฮร์มันิวติกเน้นการทำความเข้าใจผู้ป่วยในลักษณะปัจเจกบุคคล ที่มีสิ่งแวดล้อมและภูมิหลัง

เกี่ยวข้องอยู่นั้น ต้องทำความเข้าใจประสบการณ์ เนื่องจากการมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันเป็นผลสืบเนื่องมาจาก สิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในอนาคต (Leonard, 1994 : 53-54)

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการดูแลตนเองเชิงปริมาณ ซึ่งกำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ ทำให้ขาดความ ครอบคลุมเป็นองค์รวม และไม่สามารถอธิบายความรู้สึก ตลอดจนบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยได้ ทำให้ไม่สามารถเข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งและครอบคลุม ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้การศึกษาแบบ ปรัชญาการณวิทยา โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ให้ผู้ป่วยเป็นคนเล่าประสบการณ์การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น ช่วยให้เห็นภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด เอื้ออำนวยให้ผู้วิจัยมีโอกาสทำความเข้าใจโลกของผู้ป่วยในสถานการณ์นั้นๆ ได้มากขึ้น เมื่อเกิด ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ก็สามารถลดช่องว่างระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์จากมุมมองที่ ไม่ตรงกัน โดยเฉพาะช่วยให้สามารถวางแผนส่งเสริมพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อ รังได้เต็มศักยภาพตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครั้งนี้ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological study) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยาเพื่อค้นหาความหมาย (hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดด้านปรัชญาของไฮด์เกออร์ จากความเหมาะสมด้านวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีแนวความคิดพื้นฐานที่สำคัญคือ การมองทุกอย่างเป็นเรื่องรวม (เบญจา, 2536 : 41) และการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาให้ความสำคัญกับองค์รวม (Clark, 1994 : 58-59) ตรงตามปรัชญาวิชาชีพการพยาบาลที่ให้การดูแลบุคคลอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งตามแนวคิดแบบเฮออร์มีนวัติกเน้นการทำความเข้าใจผู้ป่วยในลักษณะปัจเจกบุคคล ที่มีสิ่งแวดล้อมและภูมิหลังเกี่ยวข้องอยู่ นั่น ต้องทำความเข้าใจประสบการณ์ เนื่องจาก การมีชีวิตรอยู่ในปัจจุบันเป็นผลสืบเนื่องมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในอนาคต (Leonard, 1994 : 53-54) ดังนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ให้ผู้ป่วยเป็นคนเล่าประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น ต้องใช้ภาษาเป็นสื่อในการทำความเข้าใจช่วยให้เห็นภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด เอื้ออำนวยให้ผู้วิจัยมีโอกาสทำความเข้าใจโลกของผู้ป่วยในสถานการณ์นั้นๆ ได้มากขึ้น (Beck, 1994 : 508) เมื่อเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ก็สามารถลดช่องว่างที่ห่างเหินกันทุกที่ของผู้ป่วยและบุคลากรทางการพยาบาลจากมุมมองที่ไม่ตรงกัน โดยเฉพาะช่วยให้สามารถวางแผนส่งเสริมพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เต็มศักยภาพตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

สถานที่ศึกษา (Setting)

การวิจัยครั้งนี้ใช้หอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกประเภท ครอบคลุมถึงผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เพื่อค้นหาผู้ให้ข้อมูลและเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ และตามไปที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยสามารถติดต่อได้สะดวก ทั้งนี้ขึ้นกับความพร้อม และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลในการที่จะให้สัมภาษณ์

ผู้ให้ข้อมูล (Participants)

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มน้อย ผู้วิจัยไม่ได้ใช้ในการอ้างอิงกลุ่มประชากร ดังนั้นจึงไม่ใช้คำว่า กลุ่มตัวอย่าง และใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ ตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อความหลากหลายของข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งที่กําลังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ที่ผู้วิจัยสามารถติดตามได้สะดวกจำนวน 15 ราย เป็นเพศชาย 9 ราย และเพศหญิง 6 ราย ต่อมาผู้ให้ข้อมูลเพศชายเสียชีวิต 1 ราย ไม่สามารถหาบ้านได้ 2 ราย และอีก 1 ราย ญาติไม่พร้อมที่จะให้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเนื่องจากคิดว่าจะทำให้อาการของผู้ป่วยกำเริบ ส่วนผู้ให้ข้อมูลเพศหญิงเสียชีวิต 1 ราย ดังนั้นคงเหลือผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 ราย เพศชายและเพศหญิง กลุ่มละ 5 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มุ่งศึกษาปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้น ดังนั้นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดคือ ตัวผู้วิจัย ซึ่งต้องเตรียมตัวทั้งความรู้เรื่องระเบียบวิธีการวิจัย เตรียมฝึกฝนเพื่อสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างเที่ยงตรง ทั้งนี้ต้องมีจรรยาบรรณของนักวิจัยเป็นพื้นฐานที่สำคัญด้วย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เตรียมเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เทปบันทึกเสียง 1 เครื่อง
2. ตลับเทปสำหรับบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์
3. แนวคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ชุด ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง มาเป็นแนวทางในการสร้างคำถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระดับความรุนแรงของโรค (แบ่งตามสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา) ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการสูบบุหรี่

ลักษณะครอบครัว สภาพบ้านที่อยู่อาศัย (ระบุรายละเอียด) และระยะจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุข รวมถึงความสะดวกในการเดินทาง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับความหมาย วิธีการดูแลตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนจะนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่อง (pilot study) โดยการนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้เก็บข้อมูลในกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลตามที่กำหนดจำนวน 3 ราย และจะนำมาปรับปรุงแก้ไขภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของความถูกต้องในเนื้อหาของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และระเบียบวิธีการวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังนี้

1. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลตนเอง จำนวน 1 ท่าน
3. ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 ท่าน

ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าว มาแก้ไขปรับปรุงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ต้องการข้อมูลที่ลึกซึ้งครอบคลุมและเชื่อถือได้มากที่สุด โดยเฉพาะในด้านความหมายและความรู้สึก จึงใช้การสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกต และการบันทึกภาคสนาม วิธีการดังกล่าวเป็นวิธีการเก็บข้อมูลภาคสนามที่สำคัญและจำเป็น ซึ่งต้องอาศัยสัมพันธภาพและจรรยาบรรณของผู้วิจัยในการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ใช้ข้อมูลเอกสารบันทึกการตรวจรักษาพยาบาลของผู้ป่วยร่วมด้วย โดยมีรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อแนะนำตัวและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. แนะนำตัวเอง พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ให้ข้อมูล
3. สร้างสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และผู้ให้ข้อมูลจนเกิดความคุ้นเคยเป็นกันเอง และพร้อมที่จะเล่าประสบการณ์

4. ทำการศึกษานำร่อง โดยผู้วิจัยนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 3 ราย เพื่อหาแนวทางปรับคำถามก่อนที่จะนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง และเพื่อช่วยพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสัมภาษณ์ และเทคนิคต่างๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนถึงการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ และการสังเกตดังนี้

4.1 การสัมภาษณ์ (interview)

การวิจัยครั้งนี้ใช้ประเภทของการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) และการตะล่อมกล่อมเกล่า (probe) ผู้วิจัยจะพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ โดยอาศัยแนวคำถามที่สร้างขึ้น และอาจจะตั้งคำถามเพิ่มเติมสอดคล้องกับที่ผู้ให้ข้อมูลเล่ามาในขณะสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และเพียงพอตามวัตถุประสงค์ วิธีนี้จะมีความยืดหยุ่นสูง ผู้วิจัยจะใช้เทคนิคการสะท้อน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลตามความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการจะสื่อ โดยที่ผู้วิจัยจะต้องเปิดใจตัวเองให้ยินยอมที่จะมีมุมมองตามความหมายของผู้ให้ข้อมูล

ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณครั้งละ 1-3 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล และสัมภาษณ์จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัวจึงยุติการสัมภาษณ์ ซึ่งจำนวนครั้งที่ใช้ประมาณ 3-6 ครั้ง

4.2 การสังเกต (observation)

การวิจัยครั้งนี้ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) ซึ่งใช้ร่วมกับการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยจะเฝ้าสังเกตการดูแลตนเองของผู้ให้ข้อมูล บรรยากาศและสภาพแวดล้อมต่างๆ เพื่อที่จะทำความเข้าใจกับการปฏิบัติของผู้ให้ข้อมูลมากขึ้น และทำให้เข้าใจบุคคลที่ให้ข้อมูลมากที่สุด

5. การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีเก็บข้อมูล และสิทธิของผู้ให้ข้อมูลที่จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้เมื่อต้องการ โดยแจ้งให้ทราบทุกครั้งที่จะขอสัมภาษณ์และขอบันทึกเสียง ซึ่งต้องได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล และเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ หรือนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เฉพาะเจาะจงผู้ใด

6. บันทึกภาคสนาม (field notes) กระทำร่วมกับการสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ให้ข้อมูล บรรยากาศและสภาพแวดล้อมต่างๆ โดยบันทึกสรุปสั้นๆ ส่วนรายละเอียดนำมาบันทึกภายหลัง

7. บันทึกขณะทำการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครบถ้วน

8. แปลข้อมูลรายวันจากข้อความที่บันทึกและถอดเทป เลือกข้อความที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลตนเองแล้วทำการตรวจสอบข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน เพื่อนำไปถามและสังเกตเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

9. ตรวจสอบความตรงของข้อมูลก่อนสัมภาษณ์ครั้งต่อไป โดยนำข้อมูลเดิมไปสอบถามย้อนกลับ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

10. สิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อไม่สามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมจากที่มีอยู่ได้อีก และข้อมูลที่ได้รับใหม่มีความซ้ำซ้อนกับข้อมูลในช่วงที่ผ่านมาถึงถือว่า "ข้อมูลมีความอิ่มตัว" (saturation of data) เป็นจุดที่ยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

เมื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลง ผู้วิจัยต้องนำข้อมูลนั้นมาทำการตรวจสอบความถูกต้อง และตรงตามสภาพความเป็นจริงของประสบการณ์

การตรวจสอบข้อมูล

ขั้นตอนสำคัญที่จะต้องกระทำหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ การตรวจสอบ เพื่อความแม่นยำ ถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลว่า ตรงตามสภาพความเป็นจริง เป็นมาตรการที่จะป้องกันความผิดพลาดและความลำเอียงของนักวิจัย โดยทำการตรวจสอบข้อมูลรายวันและตรวจสอบข้อมูลรวม ด้วยวิธีการและขั้นตอนดังนี้

1. การตรวจสอบข้อมูลรายวัน เป็นการตรวจสอบข้อมูลภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง ใช้ตรวจสอบในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดูว่าจะทำอะไรกับข้อมูลที่ได้มา เริ่มต้นด้วยการตรวจสอบความเพียงพอ และความตรงของข้อมูล ถ้าข้อมูลไม่ตรงกันต้องตรวจสอบว่า ข้อมูลที่แท้จริงเป็นอย่างไร จากนั้นจึงดูว่าข้อมูลที่ได้มานั้นตอบปัญหาการวิจัยที่ต้องการแล้วหรือยัง ซึ่งผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ที่นิยมใช้มากในการวิจัยเชิงคุณภาพ และการตรวจสอบความตรง

1.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านระเบียบวิธีการวิจัย (methodology triangulation) หรือ การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวม (methods triangulation) เป็นการใช่วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ มาตรวจสอบปรากฏการณ์เดียวกัน ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสัมภาษณ์จะลึกลับควบคู่กับการสังเกตการดูแลตนเองของผู้ให้ข้อมูล

1.2 การตรวจสอบความตรง (validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และการสังเกต โดยการนำข้อมูลที่ได้นั้นทีละอย่างเป็นระเบียบมาสรุป แล้วนำไปย้อนถามว่า ตรงตามให้ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลมาหรือไม่

2. การตรวจสอบข้อมูลรวม เป็นการตรวจสอบข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือหลังจากมีความอิ่มตัวของข้อมูลแต่ละราย โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมดมาจัดเป็น

ประเด็นหลัก (theme) แล้วนำประเด็นหลักที่ได้อ่านบทวนให้ผู้ให้ข้อมูลฟัง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ที่สรุปได้

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ ใช้วิธีการหลักโดยการสร้างข้อสรุปจากการศึกษาประสบการณ์ที่ได้ในแต่ละราย ซึ่งข้อมูลที่น่าวิเคราะห์เป็นข้อความเชิงพรรณนา (descriptive) ที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และจดบันทึกไว้ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลรายวันในแต่ละวัน ข้อสรุปนั้นยังไม่ได้รับการยืนยัน จากนั้นจึงรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อยืนยัน ถ้าหากยืนยันแล้วก็ถือเป็นข้อสรุปประเด็นที่ได้มาจากประสบการณ์ที่ศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาต้องอาศัยความตั้งใจด้วยการสังเกต คิดพิจารณา รวบรวมความคิดความเข้าใจทั้งหมดเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา บรรยายออกมาโดยผ่านกระบวนการสังเคราะห์ทางความคิดของผู้วิจัยต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษา ผู้วิจัยดัดแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวของโคไลซซี่ (Colaizzi, 1978 cited by Beck, 1994 : 257; Holloway & Wheeler, 1996 : 125; Pavilainen & A°stedt-Kurki, 1997 : 266-272) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ผู้วิจัยอ่านคำบรรยายประสบการณ์ทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์ซ้ำหลายๆ ครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหา (read several time in order to get a sense)
2. ดึงข้อความหรือประโยคสำคัญซึ่งปรากฏออกมาจากปรากฏการณ์ ประสบการณ์การดูแลตนเองโดยตรง (extracting significant statements) โดยการขีดเส้นใต้คำหรือข้อความที่สำคัญ
3. สร้างความหมายของการดูแลตนเองจากข้อความหรือประโยคสำคัญเหล่านั้น (formulated meaning) ซึ่งความหมายที่ได้มานั้นจะต้องนำไปตรวจสอบความตรงของข้อมูล (validate) กับผู้ให้ข้อมูลนั้นทุกรายก่อนสัมภาษณ์ครั้งต่อไป
4. จัดกลุ่มข้อความตามลักษณะที่มีความหมายทำนองเดียวกัน (clusters of themes) จัดกลุ่มให้เป็นประเด็นหลัก (theme)
5. อธิบายความหมายของประเด็นหลักที่ได้มาจากปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างครอบคลุม (exhaustive description)
6. นำผลของการอธิบายความหมายของประเด็นหลักไปบูรณาการ และสังเคราะห์เป็นโครงสร้างที่สำคัญ (essential structure) ของประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือสรุปเป็นแนวคิดของประสบการณ์ที่ปรากฏภายใต้การศึกษา

7. ตรวจสอบข้อสรุป (validating step) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการบูรณาการคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูลเริ่มต้นว่าตรงกับประสบการณ์จริงของเขาตามที่บอกเล่ามา โดยนำผลการวิจัยไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง จำนวน 6 ราย อีก 4 ราย ไม่สามารถตามไปตรวจสอบได้ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลย้ายสถานที่ และมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถพูดได้

จรรยาบรรณของนักวิจัย

ในลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมีความสำคัญมากในการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากเป็นเครื่องมือของการวิจัย ต้องเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ ทำให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด จะเห็นได้ว่าตลอดกระบวนการวิจัยมีทั้งการสัมภาษณ์เจาะลึกเข้าไปในเรื่องส่วนตัว ความรู้สึกนึกคิด และการสังเกต ซึ่งบางครั้งอาจละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องคำนึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด เพื่อเป็นการเก็บรักษาความลับ ความปลอดภัยและเคารพสิทธิมนุษยชนของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ รวมทั้งขั้นตอน และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และขออนุญาตบันทึกเทปไว้เพื่อความถูกต้องในการบันทึกข้อมูล
2. อธิบายให้ทราบว่าผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่ก็ได้ และถ้าหากตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด
3. เมื่อผู้ให้ข้อมูลสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กล่าวคำยินยอมด้วยวาจา
4. ตลอดการวิจัยผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัยครั้งนี้ได้
5. ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการจะเปิดเผย
6. ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูล ตลอดจนสามารถตรวจสอบข้อมูลของตนเองที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย
7. ในการนำเสนอข้อมูลและเขียนรายงานการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้นามสมมุติเพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เฉพาะเจาะจงผู้ใด

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. ความหมายของการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. ปัจจัยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4. ปัจจัยอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย เพศชายและเพศหญิง กลุ่มละ 5 ราย โดยใช้นามสมมติเพศชายว่า ลุงเหม ลุงหอม พี่เหมื่อน พี่เชียว และลุงสามิต ส่วนเพศหญิง ใช้นามสมมติว่า น้ำสายฝน พี่หมาย พี่อ่อน พี่โคม และพี่นี่ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี โดยมีอายุมากที่สุด 70 ปี และอายุน้อยที่สุด 48 ปี นับถือศาสนาพุทธถึง 7 ราย และศาสนาอิสลาม 3 ราย ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 8 ราย อาชีพเดิมทำสวน ทำนา และรับจ้าง ปัจจุบันเป็นพ่อบ้าน แม่บ้าน ช่วยทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ จำนวน 4 ราย และรับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ กลุ่มละ 2 ราย ส่วนรายได้ของครอบครัว/เดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,000- 10,000 บาท ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 ถึง 6 ราย และการศึกษาสูงสุดคือ ปริญญาตรีจำนวน 2 ราย มีระยะเวลาที่เป็นโรค 1-5 ปี จำนวน 3 ราย และ 5-10 ปี จำนวน 3 ราย และมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวน 5 ราย ผู้ให้ข้อมูลมีความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 3 และมีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน หัวใจ ภูมิแพ้ และไตอักเสบ ถึง 8 ราย ผู้ให้ข้อมูล 5 ราย สูบบุหรี่ วันละ 1 ซอง เป็นเวลา 10 ปีขึ้นไป มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว จำนวน 6 ราย อาศัยอยู่ในชนบทและในเมืองอย่างละ 5 ราย ที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านปูนถึง 6 ราย ซึ่งมีระยะจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ใกล้ที่สุด 200 เมตร และไกลสุด 30 กิโลเมตร โดยมีความสะดวกในการเดินทางจำนวน 7 ราย ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน(ราย)
อายุ (ปี)	
48-50	3
51-60	5
61-70	2
เพศ	
ชาย	5
หญิง	5
ศาสนา	
พุทธ	7
อิสลาม	3
สถานภาพสมรส	
คู่	8
หม้าย	2
อาชีพ (เดิม)	
รับจ้าง	1
ค้าขาย	1
แม่บ้าน พ่อบ้าน (รับจ้าง ทำสวน ทำนา)	4
รับราชการ	2
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)	
2,000-10,000	6
30,000-60,000	4
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษาปีที่ 4	6
มัธยมศึกษาปีที่ 6	1
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้น	1
ปริญญาตรี	2

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน(ราย)
ระยะเวลาที่เป็นโรค(ปี)	
1-5	3
6-10	3
11-20	2
31-40	2
ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา	
มี	5
ไม่มี	5
ระดับความรุนแรงของโรค	
1	2
2	2
3	5
4	1
ประวัติการเจ็บป่วย	
มีโรคประจำตัว (เบาหวาน หัวใจ ไตอักเสบ และภูมิแพ้)	8
ไม่มีโรคประจำตัว	2
ประวัติการสูบบุหรี่	
สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง 10-19 ปี	2
20-29 ปี	1
30 ขึ้นไป	2
ไม่สูบบุหรี่	5
ลักษณะครอบครัว	
ครอบครัวเดี่ยว	6
ครอบครัวขยาย	4
เขตที่อยู่อาศัย	
เขตเมือง	5
เขตชนบท	5
สภาพบ้านที่อยู่	
บ้านไม้	4
บ้านปูน	6
ระยะจากบ้านถึงสถานบริการที่ใกล้ที่สุด	
200-500 เมตร	5
1-30 ก.ม.	5

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน(ราย)
ลักษณะการเดินทางถึงสถานบริการ	
สะดวก	7
ไม่สะดวก	3

รายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและภูมิหลังที่สำคัญของผู้ให้ข้อมูล นำเสนอโดยสรุปในแต่ละราย ดังนี้

ลุงเหม ชายชรา อายุ 70 ปี นับถือศาสนาอิสลาม ภรรยาเก่าเสียชีวิตแล้ว จากนั้นแต่งงานใหม่ได้ประมาณ 1 ปีก็แยกกัน ลุงเหมจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เดิมทำสวน ปัจจุบันเป็นพ่อบ้าน มีรายได้สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายจากบุตรประมาณเดือนละ 2,000-3,000 บาท ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เนื่องจากเบิกได้และมีบุตรถึง 7 คน คอยช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ อยู่กับโรคมานาน 10 ปี ซึ่งมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ลุงเหมเริ่มสูบบุหรี่วันละ 1 ซอง มาตั้งแต่อายุ 25 ปี ทั้งบุหรี่และมวนใบจากรวมเวลา 20 ปี และหยุดสูบบุหรี่มาประมาณ 20 ปี เมื่อเริ่มมีอาการไอ โดยแพทย์เป็นผู้แนะนำให้หยุดสูบบุหรี่ ประกอบกับลุงเหมเองก็เห็นด้วยว่า สูบบุหรี่ยิ่งทำให้ไอมากขึ้น จึงตัดสินใจหยุดสูบบุหรี่

ลุงเหมอาศัยอยู่กับครอบครัวในชนบท เป็นบ้านไม้ชั้นครึ่ง ร่วมกับลูกสาว ลูกชาย หลานชายและหลานสาวอายุประมาณ 3 และ 5 ปี ตามลำดับ ซึ่งห่างจากอนามัยประจำหมู่บ้านเพียง 500 เมตรเท่านั้น เดินทางโดยรถยนต์สะดวกมาก แต่ลุงเหมจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดมากกว่า ซึ่งลุงเหมเชื่อในการรักษาแผนปัจจุบัน เมื่อเริ่มอาการเหนื่อยหอบก็จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที โดยมีบุตรคอยให้ความช่วยเหลือ บุตรชายและบุตรชายมีรถยนต์ส่วนตัว สามารถพาลุงเหมไปโรงพยาบาลใดก็ได้ที่ต้องการจะไป อาทิ ลุงเหมได้รับคำแนะนำสถานี่รักษาจากเพื่อนที่มาเยี่ยมก็ไปทันที หลังจากได้ตระเวนรับการรักษาไปทั่ว ทั้งโรงพยาบาล คลินิก รวมถึงการใช้สมุนไพรในการรักษาแล้วลุงเหมก็สรุปประเมินผลว่า คลินิกใกล้บ้านดี รักษาแล้วอาการของโรคหายไป โดยครั้งแรกลุงเหมไม่รับการรักษาที่โรงพยาบาลเนื่องจากเบิกได้ และใช้ยาพ่นเป็นหลักในการรักษา แต่ยาพ่นเป็นยานอกบัญชียาหลัก เบิกไม่ได้ ดังนั้นการไปรับการรักษาที่คลินิก หรือโรงพยาบาลก็ต้องจ่ายค่ารักษาจึงมีค่าเท่ากัน ในที่สุดจึงเลือกไปรับการรักษาที่คลินิก ปัจจุบันลุงเหมไม่มีอาการของโรคกำเริบมาเป็นเวลา 3 เดือนแล้ว

น้าสายฝน หญิงหม้ายวัย 58 ปี นับถือศาสนาอิสลาม ศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีอาชีพรับจ้างทำงานทั่วไป จึงมีรายได้ไม่แน่นอนประมาณ 2,000-3,000 บาท/เดือน เบิกไม่ได้ทำให้มีปัญหาในการรักษาพยาบาล ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคมานานถึง 10 กว่าปี โดยมีระดับความรุนแรงของโรค 3 ไม่มีโรคประจำตัว เธอเป็นผู้หญิงที่สูบบุหรี่จัด ทั้งบุหรี่และมวนใบจากรวมวันละ 1 ซอง เป็นเวลา 15 ปี จนกระทั่ง

ปัจจุบันก็ยังเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ อาศัยอยู่กับหลานชายวัยเพียงสองขวบ น้ำสายฝนแล้วว แม้ว่าไม่อยู่คนเดียว ก็เหมือนอยู่คนเดียว เนื่องจากเธอไม่มีใครช่วยเหลือยามไม่สบาย ลักษณะบ้านเป็นบ้านปูนชั้นเดียวในชนบทสามารถเดินทางไปโรงพยาบาลได้สะดวก ซึ่งโรงพยาบาลอำเภอห่างไปแค่ 5 ก.ม.เท่านั้น แต่ปัญหาค่ารักษาพยาบาลทำให้น้ำสายฝนไม่อยากไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ประกอบกับกลัวว่าจะทำให้เกิดความเคียดชัง เมื่อมีอาการของโรคกำเริบก็ต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทุกครั้ง ทำให้เกิดปัญหาเมื่อไม่มีเงินก็จะไม่สามารถไปรับการรักษาได้ ดังนั้นน้ำสายฝน เริ่มรักษาโดยการใช้ยาสมุนไพร ยาพื้นบ้าน และใช้การนวดหลัง แต่เมื่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้น ก็จำเป็นต้องไปฉีดยาที่คลินิก และในที่สุดก็ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล จนปัจจุบันน้ำสายฝนยังคงมีอาการหอบกำเริบเป็นระยะๆ ประมาณเดือนละ 1-2 ครั้ง

ลุงพอม ชายชรา อายุ 69 ปี รูปร่างผอมบาง นับถือศาสนาพุทธ ใช้ชีวิตคู่ร่วมกับภรรยา ซึ่งป่วยเป็นโรคข้ออักเสบไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ลุงพอมจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีชีวิตอยู่กับโรคนานถึง 30 ปี นอนโรงพยาบาลเกือบทุกเดือน จนเป็นที่รู้จักของแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี ลุงพอมเคยทำสวนและรับจ้างเป็นกรรมกรทั่วไปในบางฤดูกาล มีรายได้ไม่แน่นอนประมาณ 2,000 บาท/เดือน ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 เมื่ออาการของโรคกำเริบรุนแรงมากขึ้น ลุงพอมก็ทำงานไม่ไหว ต้องหยุดทำงาน ทำให้มีปัญหาค่าใช้จ่ายทั้งค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันมากขึ้น ประกอบกับเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ โดยเฉพาะในช่วงที่ยังไม่มีบัตรสงเคราะห์ ต่อมาทำบัตรสงเคราะห์ก็สามารถลดปัญหาค่ารักษาลงได้บางส่วน ส่วนบุตรไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่เนื่องจากต้องทำงานหาเช้ากินค่ำเพื่อเลี้ยงครอบครัวเช่นกัน ลุงพอมรับรู้ ในภาวะจำเป็นนี้ดี แต่ก็อดที่จะน้อยใจไม่ได้ ทุกครั้งลุงพอมจะมาอยู่โรงพยาบาลเพียงผู้เดียว ครั้งหนึ่งชายชราเล่าว่า เคยได้ลิ้มรสพระธรรมถึงขั้นอุปสมบทเป็นพระหนึ่งพรรษา ระยะเวลาที่ลุงพอมไม่มีอาการของโรคกำเริบขึ้นเลย จนมีความจำเป็นต้องสึกเนื่องจากภรรยาไม่มีที่อยู่ หลังจากถูกน้องสาวไล่ออกจากบ้าน จากนั้นอาการของลุงพอมก็กำเริบบ่อยครั้งเหมือนเดิม ตลอดระยะเวลาที่เป็นโรค ลุงพอมใช้การรักษาแผนปัจจุบัน สมุนไพรและยาพื้นบ้าน ความคุ้มกันไปจนถึงปัจจุบันลุงพอมเลือกที่จะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเนื่องจากสามารถใช้บัตรสงเคราะห์ได้ และรับรู้ว่ายาสสมุนไพรไม่ได้ผลและไม่มีเงินในการซื้อยาสมุนไพรแล้ว ปัจจุบันลุงพอมยังคงเข้าๆออกๆโรงพยาบาลอยู่ทุกเดือนเช่นเดิม

พี่เหมื่อน ชายนักบริหารระดับหัวหน้าหน่วยงานของรัฐวิสาหกิจ อยู่ในวัยใกล้เกษียณเพียงปีเดียว นับถือศาสนาพุทธ มีภรรยาใช้ชีวิตคอยใกล้ชิดช่วยเหลือตลอดเวลาทั้งที่พักอาศัยและติดตามไปทุกครั้งที่ไกลบ้าน จนได้รับฉายา "ไปไหนเมียไปด้วย" รายได้ของครอบครัวประมาณ 50,000 กว่าบาท/เดือน บุตรมีงานทำและสามารถช่วยตัวเองได้ พี่เหมื่อนจบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เป็นผู้ที่อยู่ร่วมกับอาการหอบแทบชั่วชีวิต ประมาณ 50 ปี แต่ทั้งนี้แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 30 ปี ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 โดยที่ไม่มีโรคประจำตัว และไม่เคยสูบบุหรี่มาตลอดชีวิต ครอบครัวพี่เหมื่อนอาศัยกันอยู่เพียงสองคนบนบ้านพักของหน่วยงานที่สะอาดมาก อากาศโล่งถ่ายเทดี ลักษณะเป็น

บ้านปูนอยู่ในเมือง ห่างจากคลินิกแพทย์เพียง 500 เมตรเท่านั้น สามารถเดินทางไปที่คลินิกได้สะดวก ประกอบกับมีรถยนต์ส่วนตัวเอื้ออำนวยความสะดวกได้มากยิ่งขึ้น

พี่เหมือนมีการดูแลตนเองโดยไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ออกกำลังกายโดยการเดินตอนเช้าทุกวัน ระมัดระวังตัวเองไม่ให้อาการของโรคกำเริบ และไปรับการรักษาลดเวลาโดยเน้นหนักไปที่การรักษา แผนปัจจุบัน ทั้งคลินิกและโรงพยาบาล ความรู้ไปกับการรักษาด้วยวิธีอื่น อาทิ สมุนไพร ยาพื้นบ้าน และการไม่ใช้ยา เช่น ฝึกการหายใจ การนวดหลัง ทุกวิธีการเท่าที่จะสรรหามาได้ ปัจจุบันพี่เหมือนมีอาการของโรคกำเริบน้อยลง ประมาณ 5 เดือน/ครั้ง

พี่เชี้ยว ชายวัย 56 ปี นับถือศาสนาพุทธ ใช้ชีวิตกับภรรยาคนที่สอง จบประกาศนียบัตรชั้นต้น รับราชการเป็นเกษตรอำเภอ มีรายได้ของครอบครัวประมาณ 30,000 กว่าบาท แต่ยังไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของครอบครัว ซึ่งนอกจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแล้วยังต้องส่งเสียให้เงินบุตรทั้งสอง เป็นค่าเล่าเรียนอีกด้วย พี่เชี้ยวจึงยอมรับว่ามีปัญหาค่าใช้จ่ายบ้าง โดยเฉพาะช่วงที่อาการกำเริบบ่อย ซึ่งต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายในแต่ละครั้งค่อนข้างสูง ประกอบกับไม่มีรถยนต์ส่วนตัวที่จะเอื้ออำนวยความสะดวกในการไปรับการรักษา โดยเฉพาะโรคมักกำเริบในเวลากลางคืน พี่เชี้ยวอยู่ร่วมกับโรคมมา 4 ปี ความรุนแรงของโรคระดับ 4 เกิดภาวะหายใจล้มเหลวจนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจถึง 3 ครั้ง ยิ่งทำให้เกิดการรับรู้ในความรุนแรงเมื่อโรคกำเริบ ทำให้ต้องดูแลตนเองด้วยการระมัดระวังตัวอย่างมากในการป้องกันไม่ให้โรคกำเริบ นอกจากนี้ยังมีการแสวงหาคำรักษาทั้งยาสมุนไพร ร่วมกับการรักษาที่โรงพยาบาลมาตลอดจนปัจจุบัน สิ่งหนึ่งซึ่งพี่เชี้ยววาดหวังเอาไว้คือมีชีวิตอยู่ต่อไปชำระหนี้เพื่อรอรับเงินกองทุนบำนาญข้าราชการจำนวนหนึ่ง พอเป็นทุนไว้สำหรับครอบครัวซึ่งยังเป็นห่วงอยู่ข้างหลัง พี่เชี้ยวยังมีอาการของโรคกำเริบเป็นระยะๆ เกือบทุกเดือน

พี่หมาย หญิงวัย 49 ปี นับถือศาสนาอิสลาม จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีสามีที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี จนพี่หมายเรียกว่าเป็น "คนดีที่สุดใน" เดิมพี่หมายทอดขนมขาย ต่อมารับจ้างซึ่งเป็นงานที่ใช้แรง จนกระทั่งอาการหอบกำเริบทำงานไม่ไหว จึงต้องหยุดทำงานหนักมาเป็นแม่บ้านอย่างเดียว รายได้ของครอบครัวจึงมาจากสามีประมาณเดือนละ 7,000 บาท พี่หมายเบิกค่ารักษาไม่ได้ ทำให้มีปัญหาในการรักษาค่อนข้างมากจากอาการของโรคที่กำเริบบ่อยครั้ง โดยเฉพาะในช่วงแรกไม่มีบัตรสงเคราะห์ หรือบัตรสุขภาพ ต้องใช้สงเคราะห์ชั่วคราว ซึ่งพี่หมายรับรู้ว่าการใช้สงเคราะห์ชั่วคราวช่วยได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ค่าใช้จ่ายอื่นๆยังมีอีกมาก ทั้งค่าใช้จ่ายของยานอกบัญชีหลัก ดังเช่น ยาฟัน จะเป็นยานอกบัญชีหลักที่มีราคาแพงมาก ระยะเวลา 9 ปีเต็มพี่หมายอยู่กับโรค ด้วยความรุนแรงของโรคระดับ 3 ใช้โรงพยาบาลแทนบ้าน เนื่องจากอยู่โรงพยาบาล 5 วัน อยู่บ้านเพียง 2 วันก็ต้องกลับไปอยู่โรงพยาบาลอีก ทำให้พี่หมายสนิทกับพยาบาล และได้รับการเอื้ออำนวยความสะดวก ความเข้าใจในภาวะโรค ดูแลให้พี่หมายได้พักผ่อนยามเมื่ออาการหอบลดลง พี่หมายมีการแสวงหาคำรักษาอย่างไม่หยุดยั้ง ทั้งสมุนไพร ตลอดจนภูมิปัญญา

ชาวบ้าน ซึ่งพี่หมายเองทดลองรักษาทุกอย่างจนถึงที่สุดอย่างไม่หือถอย และยังคงแสวงหาการรักษาอยู่อีก
อย่างไม่สิ้นความหวัง พี่หมายมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งในด้านร่างกายและจิตใจจากบุคคลใกล้ชิด
ในครอบครัว ทั้งสามมี บุตรและญาติพี่น้อง ปัจจุบันอาการของพี่หมายกำเริบน้อยลง ประมาณ
4-5 เดือน/ครั้ง

พี่อ่อน อายุ 49 ปี นับถือพุทธศาสนา มีชีวิตคู่ จบปริญญาตรี รัชมหาการศรุ อยู่ในชนบท
รายได้ของครอบครัวประมาณ 60,000 กว่าบาท ประกอบกับบุตรศึกษาจบแล้ว และมีงานทำ จำนวน 2 คน
มีเพียงบุตรคนสุดท้องที่กำลังศึกษาอยู่มัธยมปีที่ 6 จึงมีค่าใช้จ่ายไม่สูงนัก อยู่ร่วมกับโรคมานานถึง 13 ปี
ระดับความรุนแรงของโรค 1 และไม่มีโรคประจำตัว พี่อ่อนดูแลตนเองโดยเฉพาะการดูแลรูปร่าง โดยการ
ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน เพื่อป้องกันอาการแน่นอึดอัด ซึ่งเป็นสาเหตุให้อาการของโรคกำเริบได้ พี่อ่อน
ไม่สูบบุหรี่และแพ้ควันบุหรี่มาก พี่อ่อนพักอยู่ในเมืองโดยลำพังกับสามี ห่างจากคลินิกแพทย์เพียง 200
เมตร สามารถเดินทางได้สะดวกมาก พี่อ่อนเป็นคนเดียวที่เชื่อถือการรักษาแผนปัจจุบันเท่านั้น จะไม่รับ
การรักษาที่คลินิกทันทีที่เริ่มมีอาการของโรคและรักษาเป็นประจำ ต่อเนื่องทุกครั้งตามแพทย์นัด โดยระยะ
แรกแพทย์บอกว่าเป็นภูมิแพ้ ต่อมาอาการของโรครุนแรงขึ้น จนต้องพกยาพันไว้กับตัวตลอดเวลา เป็นการ
เตรียมตัวให้พร้อม รมั้ดระวังป้องกันก่อนและขณะอาการของโรคกำเริบ ดังนั้นในการแสวงหาการรักษา
ของพี่อ่อนจึงมีลักษณะเฉพาะที่มุ่งเปลี่ยนสถานที่ในการรักษาจากการรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอเป็นไปรับ
การรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด โดยมีสามีคอยดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติภารกิจยามที่อาการกำเริบและ
ให้กำลังใจในการต่อสู้กับโรค นอกจากนี้บุตรทั้งสามก็คอยให้กำลังใจด้วยความห่วงใยเช่นกัน พี่อ่อนจึงเป็น
อีกรายที่สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ จนปัจจุบันอาการของโรคกำเริบ
ประมาณเดือนละ 1-2 ครั้ง

พี่โถม หญิงที่มีอายุน้อยที่สุดในบรรดาผู้ให้ข้อมูล มีอายุเพียง 48 ปี นับถือศาสนาพุทธ
จบปริญญาตรี ทำงานรัฐวิสาหกิจ มีรายได้ของครอบครัวประมาณ 40,000 กว่าบาท ไม่มีปัญหาในการ
รักษาพยาบาล เนื่องจากเบิกได้ร่วมกับอาการของโรคอยู่ในระดับ 1 เท่านั้น ความรุนแรงในการกำเริบของ
โรคจึงไม่บ่อยมากจนเกิดปัญหาค่าใช้จ่าย พี่โถมอาศัยอยู่ในเมืองใกล้กับคลินิกและโรงพยาบาล จึงสามารถ
ไปรับการรักษาที่คลินิกและโรงพยาบาลตามแต่โอกาสจะอำนวย กระนั้นภาวะที่อยู่ร่วมกับโรคมานานถึง
10 ปี ทำให้พี่โถมแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อที่จะบรรเทาเมื่ออาการกำเริบและหวังที่จะให้โรคหาย พี่โถมรับรู้
ว่าการดูแลตนเองโดยการออกกำลังกายทำให้ร่างกายแข็งแรง อาการของโรคกำเริบน้อยลง แต่ทว่าพี่โถม
ก็ไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง จากปัจจัยที่ทำงานไกลบ้าน ทำให้ไม่มีเวลา ทั้งๆที่ตระหนักดีว่า
โรคนี้ไม่หายขาดจากคำบอกเล่าของแพทย์ และรับรู้ว่โรคนี้เป็นกรรมพันธุ์ มารดาของพี่โถมก็เป็นโรคนี้
พี่โถมจึงใช้ยาสมุนไพร ยาพื้นบ้าน ผีการหายใจ และการจัดทำควบคู่กันไป ปัจจุบันอาการของพี่โถม
กำเริบทุกเดือน

ลุงสามิต วัย 60 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ มีชีวิตอยู่ อยู่ชานเมือง เดิมทำนา ต่อมาทำสวน มีรายได้ จากบุตร ประมาณเดือนละ 3,000-4,000 บาท เบิกได้ไม่มีปัญหาค่ารักษาพยาบาล อีกทั้งบุตรสาวคนเล็ก เป็นพยาบาลคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ลุงสามิตเคยสูบบุหรี่จัดมากจนถึงวันละ 1 ซอง ปัจจุบันหยุดสูบบุหรี่ แล้วและทำงานค่อนข้างหนัก เนื่องจากบุตรยังเล็กอยู่ รับรู้ไม่ได้ดูแลตนเองตั้งแต่ต้นเนื่องจากปัจจัยทาง เศรษฐกิจ ความรับผิดชอบที่ต้องเลี้ยงดูครอบครัวและส่งผลให้บุตรเรียน ลุงสามิตมีความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับ 3 เริ่มมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างจริงจังเมื่ออาการของโรคกำเริบรุนแรงแล้ว จนไม่สามารถทำงานได้ต่อไป จึงหยุดทำงานหนัก ประกอบกับบุตรเริ่มโตแล้ว สามารถช่วยตัวเองและบิดาได้ ทั้งเป็นกำลังใจและคอยให้ความช่วยเหลือดูแล ลุงสามิตจึงเริ่มมารับการรักษาที่คลินิก และแพทย์ที่คลินิก ส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล จากนั้นก็มารับการรักษาที่โรงพยาบาลตลอด นอกจากนี้ลุงสามิตยังมี โรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัว และมาอนโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยหอบทุกเดือน

พื่อนี้ หญิงวัย 54 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ พื่อนี้เรียนจบประถมศึกษาปีที่ 4 ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสามี ณ บ้านพักสองชั้นในเมือง ค่อนข้างสะอาด โดยช่วยกันค้าขายสินค้าประเภทพลาสติกที่ตลาดนัด มีรายได้ ประมาณ 10,000 บาท/เดือน เบิกค่ารักษาไม่ได้ทำให้ค่อนข้างมีปัญหาในการรักษาพยาบาล เป็นโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังมาประมาณ 4-5 ปี ซึ่งมีความรุนแรงของโรคระดับ 3 ก่อนหน้านั้นมีอาการหอบมาร่วมสิบปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและโรคหัวใจ พื่อนี้ไม่สูบบุหรี่ มุ่งมั่นบากบั่นต่อสู้ชีวิต ทนทำงานหนักเพื่อบุตร ทั้งสามจบการศึกษาดังหวังให้จงได้ ครั้งแรกที่เริ่มหอบจึงไม่ได้ดูแลตนเองเลย ไม่ได้ไปรับการรักษา สืบจากภาระงานในการทำมาเลี้ยงดูบุตร ซึ่งต้องใช้จ่ายในการเล่าเรียนค่อนข้างมาก ดังนั้นพื่อนี้จะรับรู้ ว่า ตัวเองเริ่มดูแลตนเองเมื่ออาการของโรคเป็นหนักแล้ว การไม่ได้ดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มต้นประกอบกับพื่อนั้น ทำงานไม่ได้พักผ่อนทำให้ร่างกายของตัวเองทรุดโทรมลงโรคกำเริบมากขึ้น ในที่สุดเมื่ออาการของโรคกำเริบ รุนแรงมากขึ้น พื่อนี้ก็ไปรับการรักษาที่คลินิกและโรงพยาบาลบ่อยครั้ง รวมทั้งใช้สมุนไพรในการรักษาควบคู่ กันไปด้วย นอกจากนี้พื่อนี้เคยถือศีลกินเจ ได้สวดมนต์ไหว้พระทุกวัน จิตใจจึงสบาย ในระหว่างนั้นอาการ ของโรคไม่กำเริบเลย จึงใช้การถือศีลกินเจเป็นการดูแลตนเองที่รับรู้ว่าได้ผลสำหรับตัวเอง พื่อนี้มีความหวัง ว่า บุตรชายซึ่งใกล้จะเรียนจบแล้วจะช่วยให้ ดังนั้นผู้ป่วยเล่าว่าต้องดูแลตัวเองให้ดีจะตายไม่ได้จนกว่า บุตรชายเพียงคนเดียวจะอุปสมบทให้

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการศึกษสามารถสรุปปรากฏการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายต่อการดูแลตนเองตามการรับรู้ โดยมีนัยสำคัญ 5 ลักษณะ คือ 1) พยายามให้อยู่ดีกินดี 2) ทำอย่างไรก็ได้ ให้หายจากโรค 3) ทำตนเป็นที่พึ่งแห่งตน 4) ปฏิบัติตัวดีต่อชีวิตให้ยืนยาว

และ 5) ประคองตัว ในแต่ละความหมายของการดูแลตนเอง ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายแตกต่างกันตามประสบการณ์ ความเชื่อ ความคิดในบริบทเฉพาะของตนเอง ซึ่งส่งผลต่อวิธีการดูแลตนเองใน 5 ลักษณะ ดังนี้ 1) สุวิถีชีวิตใหม่ ระวังภัยแห่งโรค 2) มุ่งหาการรักษาเรื่อยไป ไม่ท้อถอย 3) ปรับสภาพจิต 4) สังสมวิธีการด้วยตนเอง และ 5) ขอความช่วยเหลือ เมื่อช่วยตัวเองไม่ได้ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองทั้งปัจจัยส่งเสริมการดูแลตนเอง ได้แก่ 1) แรงกายแรงจิตจากมวลมิตรและคนชิดใกล้ 2) พลังหวังเพื่อหาย และ 3) ถึงตายแน่ถ้าไม่แก้ไข ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง ได้แก่ 1) ขาดคนเฝ้าช่วยรักษาจิตใจ 2) สิ่งแวดล้อมที่เหนือการควบคุม และ 3) เริ่มต้นดูแลตนเองเมื่อสาย ดังสรุปในภาพประกอบ 1

ผู้วิจัยนำเสนอประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหัวข้อความหมายของการดูแลตนเอง วิธีการดูแลตนเอง และปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

ความหมายของการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

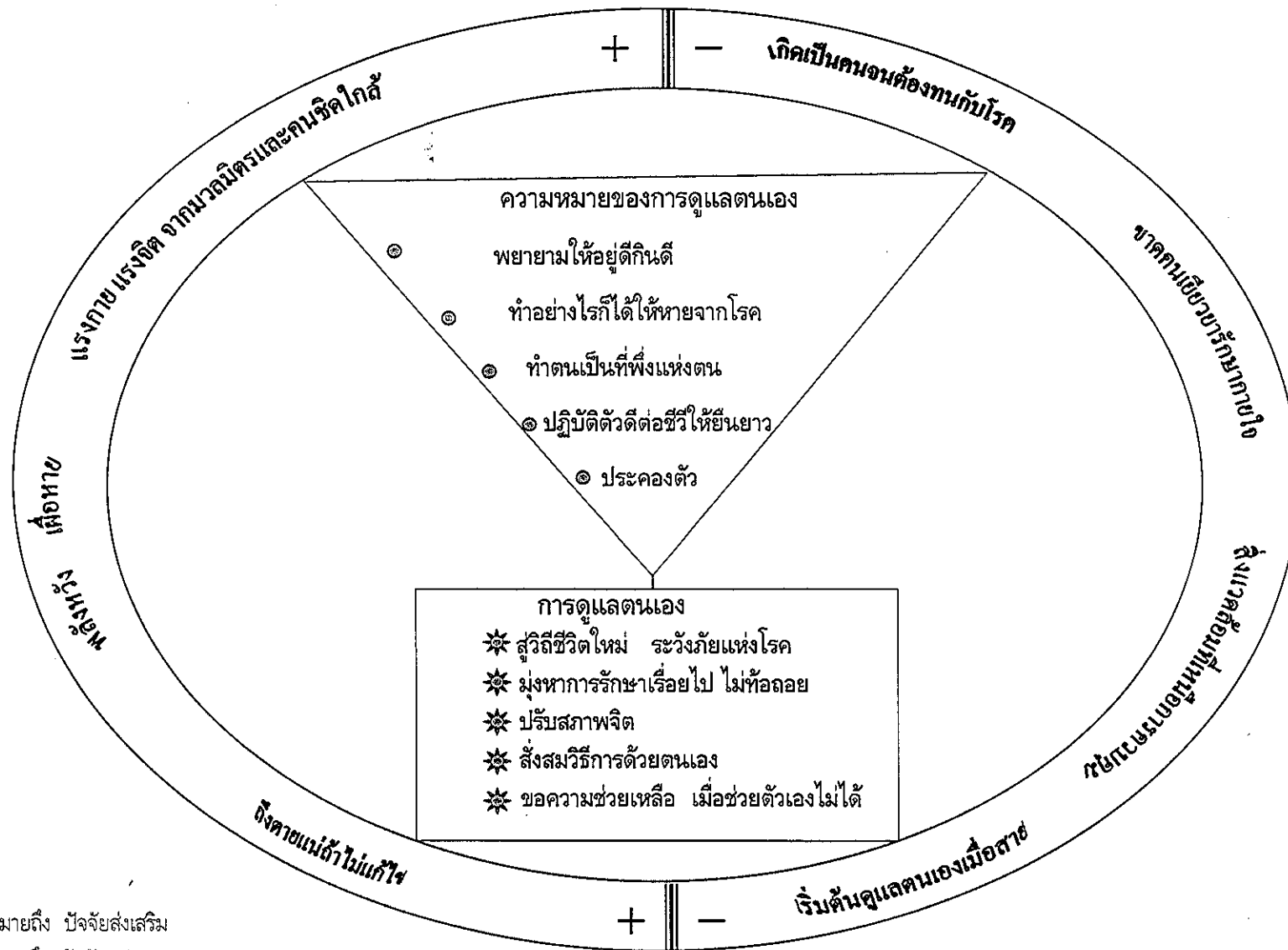
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ให้ความหมายต่อการดูแลตนเอง ตามความคิด ความเชื่อ และประสบการณ์ในบริบทการดำเนินชีวิตของสังคมไทย โดยรับรู้ใน 5 ลักษณะ คือ 1) พยายามให้อยู่ดีกินดี 2) ทำอย่างไรก็ได้ ให้หายจากโรค 3) ทำตนเป็นที่พึ่งแห่งตน 4) ปฏิบัติตัวดีต่อชีวิตให้ยืนยาว และ 5) ประคองตัว ดังนี้

1. พยายามให้อยู่ดีกินดี

นัยหนึ่งของการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 10 ราย ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน พยายามให้มีความเป็นอยู่ที่ดี มีความสมบูรณ์ เกี่ยวกับความเป็นอยู่ในการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการพักผ่อนนอนหลับ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ขณะนั้น ดังคำสะท้อนของพี่หมาย พี่เหมือน ลุงสามิต และลุงเหม ที่ว่า

"...เรื่องกินเรื่องนอนคือ พุงคงๆคือ ภิบาลตัวเองให้สมบูรณ์...กินนั้นแหละ ภิบาลตัวเองเรื่องกิน เรื่องนอน... ก็นึกถึงการกิน...นอนสิ่งหนึ่งเหมือนกัน...ที่นอนก็ให้สะอาด ตัวเองก็ให้สะอาดคือ เสื้อผ้า ที่นอน ที่หลับ ที่กิน... เสื้อผ้าก็เหมือนกันต้องเปลี่ยนเสมอ ความสะอาดของร่างกายก็เหมือนกัน...การดูแลตนเอง ก็การเป็นอยู่ของเรา... ก็อาบน้ำร้อน นอนที่โปร่ง อยู่ในที่สบายใจ กินน้ำร้อน กินนมสด"

(พี่หมาย)



- + หมายถึง บำบัดส่งเสริม
- หมายถึง บำบัดอุปสรรค

ภาพประกอบ 1 ปรัชญาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

“ดูเลตัวเองก็ รักษาตัวเอง สิ่งไหนผิดปกติก็ไม่ทำ... ผิดปกติ คือ ไม่ถูกกับโรค เช่น ของกินไม่ถูกกับโรคถึง หมอไม่ห้ามก็ไม่กิน...อาหารก็ให้เลือกกิน...รักษาตัวที่ว่าของกินสำคัญกว่าอะไรทั้งหมด ถ้าไม่กินของให้โทษก็จะ สบายไม่เจ็บไข้... ไม่เป็นโรค”

(ลุงสามิต)

“ถ้าอะไรที่สามารถจะดูการเป็นอยู่ได้...คือการเป็นอยู่ของตัวเอง มีการกิน การนอน การพักผ่อนของตัวเอง”

(พี่เหมือน)

“อีกอย่างที่นึกถึงคือ...ความสมบูรณ์ อยู่ดีกินดี ความเป็นอยู่ดีนี่แหละที่ต้องพยายามมาก”

(ลุงเหม)

2. ทำอย่างไรก็ได้ให้หายจากโรค

กระทำกิจกรรมทุกอย่างโดยมีเป้าหมายอยู่ที่หายจากโรค ทำให้เกิดการยอมที่จะปฏิบัติตาม แพทย์ ผู้รักษาหรือคำบอกเล่าของผู้อื่น ยอมเสียค่าใช้จ่าย บางรายถึงกับยอมขายที่ดินเพื่อนำเงินมาใช้ในการรักษาโรค ซึ่งผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 10 ราย มีเป้าหมาย พี่เชียว ลุงสามิต ลุงหอม และพี่นี่ กล่าวยืนยัน ด้วยเสียงอันหนักแน่นว่า

“...ที่จริงแล้ว คนที่เป็นหอบเองก็สุดๆ แล้วที่จะทำให้หาย อยากทำให้ดีจะได้หายหอบอยู่แล้ว...หมอว่าฝ้าก็ฝ้า ขอให้หายอย่างเดียว ทำอย่างไรก็ยอม ไม่ได้จากหมอ ยอมหมดเงิน หมดทอง หมดเครื่องใช้... พี่ชายไม้ที่ เจริญไม้ที่บ้าน ขายที่ดิน หมดเงินเป็นแสน ลูกๆไม่ได้เรียน...ตอนเริ่มหอบก็ยังไม่ถือเรื่องของเพลง...เมื่อก่อนก็ กิน แต่เขาชวนกันห้ามไว้ ก็เอายากินเลย เราอยากจะให้หาย...ทำทุกอย่าง อยากให้หายจากหอบเสียที ถ้าหายจะ ให้ทำประจำก็ยอมทำ ถ้ากินยาประจำก็ยอม ขออย่าให้หอบ ขออย่าให้ต้องเข้าไปนอนให้ออกซิเจนโรงพยาบาลเลย”

(พี่หมาย)

“ผมอดทน พอหมอจะใส่ท่อผมไม่คืน นอนให้ใส่ท่อ ผมรู้ว่าผมต้องหาย แล้วทางโรงพยาบาลก็มีจุดประสงค์ เดียวกัน ผมอ้าปากให้ใส่เลย ไม่คืนเลย ใส่สายจุมผมก็กลืนลงไป”

(พี่เชียว)

“ช่วงบั้นนอนโรงพยาบาลบ่อยกว่าปีที่แล้ว เพราะรู้ที่จะมาแล้ว ขอให้หายเท่านั้น ให้หมอแหละรักษา ไม้รู้ จะไป โทษ”

(ลุงสามิต)

“สู้โรค ให้หมอฉีดยาพันยาให้หาย...คือหนอยุ ให้หมอให้พยาบาลรักษาเรา เพราะว่าโรคเราจะได้หาย แม้ว่าลูกไม่ มากก็ต้องทน...”

(ลุงหอม)

นอกจากนี้บางรายสามิตไม่เห็นด้วยกับการรักษาบางอย่าง เช่น ไม่เห็นด้วยกับการซื้อยาลูกกลอน ที่มาเร่ขาย เนื่องจากกลัวถูกหลอกและไม่อยากใช้ร่างกายเป็นเครื่องทดลองยา กระนั้นตัวผู้ป่วยเองก็ยังคง ปฏิบัติมุ่งให้หายจากโรคเท่านั้น ดังที่พี่นี่และสามิตเล่าว่า

“เขามาหลอกขาย ผมบอกแล้วว่าอย่าทดลอง เพราะร่างกายเราไม่ใช่เครื่องทดลอง ใครมาเสนอขาย แก่อยากขาย ก็ซื้อใช้ทั้งนั้น”

(สามีที่นี้)

“คล้ายๆว่าพี่อยากขาย อยากทดลองให้หมดว่ายาอะไรจะหายบ้าง วันก่อนกินยาลูกกลอน...พี่กินลงดูไม่ได้ เลยหยุดกิน”

(พี่นี้)

3. ทำตนเป็นที่พึ่งแห่งตน

การปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เช่น การปฏิบัติภารกิจประจำวันด้วยตนเอง เตรียมอาหารและรับประทานอาหารด้วยตนเอง พยายามเดินไปเข้าห้องน้ำเอง ซักเสื้อผ้าเอง นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลบางรายก็มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากรักตัวเอง จึงคิดว่าตัวเองน่าจะทำได้ที่ดีที่สุด เป็นการช่วยตัวเอง พึ่งตัวเอง ไม่เป็นภาระให้บุคคลอื่น ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 10 ราย ซึ่งมีพี่เหมือน ลุงผอม และลุงเหมเล่าถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติด้วยตัวเองว่า

“ช่วยตัวเองก่อนครับ...ดูแลตัวเองนี่เป็นการช่วยตัวเอง พยายามช่วยตัวเองก่อนว่าจะทำอะไรต่อไปอีก...ช่วยตัวเองก็หมายความว่า ดูตัวเองอย่าให้เป็นภาระกับคนอื่น สิ่งไหนที่ทำได้ ก็ทำด้วยตัวเอง อย่างลงหายใจยาวๆ ผีการหายใจเอง ทดลองดูเองก่อน คือหมายความว่าถ้าเราไม่ทำด้วยตัวเอง คนอื่นมาทำแทนเรานี่คงจะเป็นไปได้ แต่ไม่ดีเท่าที่เราดูแลสุขภาพ ดูแลตัวเอง...คือ การดูแลตัวเองของคนเรา นึกถึงตัวเองก่อนคือ คนเราถ้าไม่ดูแลตัวเองแล้ว จะมาให้คนอื่นดูแลตัวเอง คงจะเป็นไปไม่ได้ เพราะตัวเองสำคัญที่สุด ตัวเราเองไม่ดูแลตัวเอง จะให้ใครมาดู คือเราต้องรักตัวเราเองก่อน ดูแลตัวเราเองก็เพราะรักตัวเอง แล้วก็อย่าอยากให้เป็นภาระกับคนอื่น คนข้างเคียง...ดูสุขภาพของตัวเองได้ ทำเองดีกว่าเพราะตัดปัญหา ตัดภาระให้คนอื่นเขา”

(พี่เหมือน)

“นึกถึงลุงต้องช่วยตัวเอง พึ่งตัวเองมาตลอด มาโรงพยาบาลก็มาเอง มาเองทั้งนั้น ไปๆมาๆ อยู่คนเดียว...จะเข้าห้องน้ำก็ต้องแค้น (พยายาม) เดินไปเอง”

(ลุงผอม)

“ในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการปฏิบัติของเราเอง...เดี๋ยวนี้ต้องทำเอง ต้องปฏิบัติเอง รักษาตัวเอง จะใช้ลูกทำให้...เสื้อผ้าตัวเองใส่เสร็จแล้ว ตัว 2 ตัวก็ซักเอง หาข้าวหาปลากินเอง บางทีก็หุงข้าวเอง ลูกก็ยุ่ง ทำได้มั่งเวลาเขาวางเป็นบางครั้งบางคราว”

(ลุงเหม)

4. ปฏิบัติตัวดีต่อชีวิตให้ยืนยาว

เป็นการดูแลตนเองที่ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 10 ราย กระทำเพื่อช่วยยืดอายุ ในลักษณะตายะมะรีน ดีกว่าตายพุงนี้ คือมีชีวิตอยู่ได้ต่อไปอีก นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรับรู้ว่าการที่ตนเองมีชีวิตอยู่มานาน เนื่องจาก

การดูแลตนเอง โดยการรับประทานอาหารมีรสน้อยๆ งดอาหารแสลง ออกกำลังกายสม่ำเสมอและหยุดพฤติกรรมเสี่ยงด้วยการเลิกสูบบุหรี่ ดังนี้

"กินน้อยจะได้ช่วยยืดอายุ...ถ้ากินมาก หอบมาก เหนื่อยเกิน บางทีอาจจะตายก็ไม่แน่... ถ้าของอะไรที่ กินแล้วให้โทษ ผมหยุดผมไม่กิน ผมจึงอยู่มาได้นาน...ของแหลงต้องหยุดกิน ทำให้อยู่ได้มานาน เพราะของแหลงผมไม่กิน... ผมอยู่ได้นาน เพื่อนผมตายแล้วของอะไรแหลงกินอย่างเดียว...หมอบอกว่าถ้าลุงไม่สูบบุหรี่อาจไม่ตายง่าย ถ้าหยุดยาแทนที่จะตายพรุ่งนี้ ก็เป็นตายมะริน ผมคิดจริง ตายมะรินดีกว่า เลยตัดสินใจหยุดยา(หยุดสูบบุหรี่)...พยายามรักษาอยู่เรื่อย พยายามหาหมอมือประจำ เอายามากิน...ผมนำไปไหว...ผมนำไปไหว คือมีชีวิตอยู่ได้อีกนาน..."

(ลุงพอม)

"...นี่แหละครับประมาทไม่ได้เลย ถ้าขึ้นประมาทต่อไปชีวิตอาจจะสั้นลง...อยู่ไม่ยืดยาว...ก็เหมือนตัวอย่างว่าลูกโป่งที่เป่าแล้ว ถึงแม้จะปล่อยลม โอกาสที่ลูกโป่งจะหดเท่าสภาพเดิมนั้นไม่ได้แล้ว แต่ถ้าเราเป่าขึ้นเป่าต่อไปอีก ก็เท่ากับเราไม่ดูแลตัวเอง ลูกโป่งจะแตกทันทีคือตาย นั่นคือจุดจบของชีวิต ของผมถ้าเปรียบเหมือนลูกโป่งก็จะหยุดการเป่าแล้ว ชลอการแตกลง ถ้าขึ้นไม่ดูแลตัวเองลูกโป่งก็จะแตกเร็ว คือความตายก็เข้ามาใกล้ทันที...แต่ระวังตัวเราเพื่อยืดอายุ ซึ่งจะให้ได้อายุเปอร์เซ็นต์คงไม่ได้แล้ว แต่อยู่ได้ตามการปฏิบัติตัวของเรา ปฏิบัติตัวได้ดีก็ยืดอายุ แทนที่จะไปได้อีกก็ไปได้สอง หรือไม่ถึงสองก็ยังคงดีกว่าไม่ได้ไปเลย...วิ่งพอนเหนื่อย ก็เกือบทุกวัน เป็นการต่ออายุได้เหมือนกัน...ถ้าไม่ออกกำลังกาย คิดมาก เครียด อายุสั้น แต่ถ้าออกกำลังกายเสมอ ทำให้สุขภาพจิตใจ เป็นการต่ออายุได้ นี่คือหลักการที่ผมใช้มาตลอด..."

(พี่เสี่ยว)

5. ประคองตัว

ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 10 ราย ให้ทัศนะของการดูแลตนเองว่าเป็นการรักษาตัว ซึ่งประกอบด้วยการรักษาสุขภาพของร่างกายและจิตใจ ให้มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรค รวมถึงการรักษาเมื่อเป็นโรค โดยใช้ภาษาถิ่นได้ว่า "คองตัว หรือ ประคองตัว" ซึ่งเป็นการดูแลตนเองโดยการไปรับการรักษาทั้งแผนปัจจุบัน แผนโบราณ และการไม่ใช้ยา ดังที่ลุงพอม กล่าวว่

"ก็ประคองตัวเอง... นึกถึงการรักษาตัว รักษาตัวเองอยู่เรื่อย งานหนักไม่ทำ เหล้าไม่กิน แล้วก็รักษาโรคด้วย พอบอบก็ไปหาหมอเสีย รักษาตัว คือ รักษาสุขภาพของตัวเอง รักษาตัวโดยของอะไรกินไม่ได้ก็ไม่กิน เป็นของแสลง กินของอะไรที่กินได้... เหมือนว่าของกินแล้วยังมีจิตใจเป็นสุขภาพเหมือนกัน ถ้าจิตใจเราไม่ดี สุขภาพไม่สมบูรณ์ หัวใจหยุดหด เราต้องพยายามทำเฉย ไม่โกรธคนไหน คนนี้ ถ้าปล่อยให้โกรธจะเริ่มเหนื่อย"

(ลุงพอม)

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความหมายของการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้ดังกล่าว นำสู่การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง ซึ่งวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มี 5 ลักษณะ

คือ 1) สู่วิถีชีวิตใหม่ ระวังภัยแห่งโรค 2) มุ่งหาการรักษาเรื่อยไป ไม่หือถอย 3) ปรับสภาพจิต 4) สั่งสมวิธีการด้วยตนเอง และ 5) ขอความช่วยเหลือ เมื่อช่วยตัวเองไม่ได้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. สู่วิถีชีวิตใหม่ ระวังภัยแห่งโรค

วิถีความเจ็บป่วยอันยาวนาน ที่ผู้ป่วยจำต้องเผชิญอย่างมิอาจหลีกเลี่ยงได้ ก่อเกิดการปรับตัวในการดำรงชีวิต สืบต่อเป็นวิถีชีวิตใหม่ ที่เหมาะสมกับบริบทและภาวะโรคของตนเองขณะนั้น สืบเนื่องจากการรับรู้ตนเองว่าเป็นคนป่วย จึงเพิ่มความระมัดระวังในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 10 รายได้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปจากเดิม ดังที่พี่หมวย และลุงเหม ผู้ซึ่งอยู่ในบทบาทผู้ป่วยตลอดเวลา ได้สะท้อนวิถีชีวิตที่ปรับเปลี่ยนไปว่า

“การดูแลตัวเองก็ธรรมดา แต่ไม่ใช่อยู่แบบคนสบาย คนปกติ เราต้องระมัดระวัง...ต้องพิถีพิถันกว่าก่อนเป็นโรคนี้...เราคิดของเราว่าเราเป็นคนหอบ...”

(พี่หมวย)

“ธรรมดา ประสาเราไม่สบาย พอถึงที่จะหอบจะเหนื่อย มันก็เหนื่อย บางทีมันก็ไม่เหนื่อย...ต้องระมัดระวังตัวสักนิด เราคนไม่สบาย...”

(ลุงเหม)

การพยายามปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ปฏิบัตินั้น กอปรด้วย กินอยู่พอเหมาะพอสม กลมกลืนกับโรค และดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาท ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 กินอยู่พอเหมาะพอสม กลมกลืนกับโรค เป็นการปรับเปลี่ยนความเป็นอยู่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการปฏิบัติภารกิจต่างๆ เกี่ยวกับความเป็นอยู่ในการรับประทานอาหาร กิจกรรมการพักผ่อนนอนหลับ การปฏิบัติให้ห่างไกลสิ่งแสลงโรค และปรับจิต ปล่อยใจ ให้เหมาะกับภาวะโรคของตนเอง มี 4 ลักษณะ คือ 1) ปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหาร 2) ปรับเปลี่ยนกิจกรรม 3) ห่างไกลภัยของแสลง และ 4) พักผ่อนให้เพียงพอในทันทีที่มีโอกาส ดังนี้

1.1.1 ปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหาร ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 10 ราย รับรู้ว่าเป็นคนป่วย ไม่สามารถรับประทานอาหารอย่างคนปกติได้ เพราะการรับประทานอาหารตามปกติ ทำให้อาการของโรคกำเริบ จึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรับประทานอาหารตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปใน 2 ลักษณะ คือ บำรุงร่างกาย และกินอย่างระมัดระวัง ดังนี้

1.1.1.1 บำรุงร่างกาย เป็นการรับประทานอาหารเพื่อบำรุงร่างกาย รับประทานอาหารในเวลา ทดแทนด้วยอาหารอื่น และเพิ่มมื้ออาหาร เช่น บางรายเดิมรับประทานอาหารวันละมื้อมาเป็นวันละ 2 มื้อ เพื่อป้องกันการอ่อนเพลีย ซึ่งเป็นสาเหตุให้อาการของโรคกำเริบได้ ทั้งนี้เป็นเพราะเมื่ออาการของ

โรคกำเริบ เหนื่อยหอบ ทำให้เบื่ออาหาร ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่า เป็นโรคหอบต้องรับประทานอาหารที่ดี เช่น นมสด จึงปรับอาหารที่รับประทาน โดยการรับประทานอาหารที่บำรุงร่างกายเพื่อทดแทนกับช่วงที่ไม่ได้รับ รับประทานอาหาร ทำให้สดชื่น ไม่อ่อนเพลีย ซึ่งพี่หมาย เบื่ออาหาร รับประทานข้าวตามปกติไม่ได้ รับประทานจะทำให้อ่อนเพลีย และจะทำให้เหนื่อยได้ จึงต้องดูแลตนเอง ด้วยการปรับการรับประทานอาหาร โดยการใช้อาหารอื่นแทนอาหารเดิม (ข้าว) ดังที่พี่หมายใช้กล้วยเตี้ยและนมสดแทนข้าว เล่าถึงตัวเองให้ฟังว่า

“...พอเป็นหอบก็บำรุงกินนมสด เมื่อก่อนไม่เคยกินนม พอมีอาการหอบไม่กินข้าว แน่น พอลงกินข้าวหอบหืดๆ ก็ ผลักขามข้าว ก็กินนมสดสักสองอีกแล้วกินยา บางทีหอบกำเริบ สัปดาห์วันไม่กินข้าวเลย พอหายหอบก็กินข้าวได้ สักวันสองวัน ก็เหมือนเดิมอีก กินไม่ได้อีก กำลังหอบไม่อยากกินเลย เหม็นอาหารทุกอย่างไม่ว่าของดีอย่างไรก็ไม่อยากกิน... คนหอบกินของดีๆสักนิด...กินนมสด บางครั้งที่เรากินข้าวไม่ได้ นมสดจะช่วยให้เราชื่นขึ้น คือไม่มี อาการอ่อนเพลีย...เมื่อก่อน กินค่อยกินก็ได้ แต่ตอนนี้เจ็ดโมงเช้าต้องกินแล้ว ถ้าไม่กินจะเพลีย เพลียแล้วจะรู้สึก ไม่ดีคือ ไม่มีแรง เหนื่อย จะทำให้เหนื่อยได้ เราะวัง...ถ้าช่วงไหนกินข้าวไม่ได้ ก็กินกล้วยเตี้ยกินนมสดแทน ถ้า กินข้าวไม่ได้ก็ไม่ต้องกิน ถึงเมื่อกินก็กินไม่ได้ อะไรที่อยากกินก็กิน...ถ้ากินข้าวไม่ได้ยังทนอยู่แบบนั้น ก็ยังไม่มี แรง เราก็พยายามกินกล้วยเตี้ยได้ก็กินกล้วยเตี้ย กินนมสดได้ก็กินนมสดแทน... ปกติก่อนเป็นหอบที่กินข้าวมือ เดียว แต่พอเป็นหอบนี้รักษาตัวเอง กินวันละ 2 มื้อ ต้องกินสองมื้อเพราะร่างกายเราไม่สมบูรณ์เหมือนเพื่อนเรา เป็นหอบ...”

(พี่หมาย)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้ประเมินการดูแลตนเอง โดยการงดอาหารแสลงโรคตามที่ชาวบ้านบอกเล่า กันมา เช่น ข้าวเหนียว ไข่ทอด น้ำอัดลม และรับรู้ว่า อาหารดังกล่าวทำให้อาการของโรคกำเริบ แล้วได้ ข้อสรุปว่า ไม่ว่าจะงดหรือทดลองกิน ผลออกมาเหมือนกันคือยังคงมีอาการกำเริบเหมือนเดิม ในที่สุด ผู้ให้ข้อมูลเลือกที่จะกลับมากินอาหารที่เคยงดเนื่องจากแสลงโรคอีกครั้ง เนื่องจากรับรู้ว่า การรับประทาน อาหารทุกอย่างที่อยากรับประทาน ทำให้มีแรงเพิ่มขึ้น ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้มี พี่หมายและลุงพอม ดังที่พี่หมาย เล่าถึงการตัดสินใจเลือกที่จะกลับมากินอาหารทุกอย่างที่อยากกินว่า

“ส่วนของแหล่งอื่นที่เคยถือ พอตอนนี้หายหอบลองมากินดู ก็ไม่เป็นไร...แต่เมื่อไม่กินของแสลงตามที่เขาว่าแล้ว ก็ยังหอบอยู่อย่างนั้น ไม่มีว่าจะหายถึงเวลาก็หอบ แต่เมื่อหายหอบกินอะไรมันก็ไม่หอบ...จะกินหรือไม่กินก็หอบ หอบจนไม่มีแรง ก็ถืออยู่สักห้าปีก็เลยเลิก...ได้เริ่มกินอีกเพราะบางคนญาติๆบอกว่า กินเถอะเมื่อมีแรง เพราะถือ ของแสลงจนผมมากแล้ว ญาติสนิทกันบังคับให้กิน ถ้าอยากกินอะไรให้กินได้เลย เพราะที่ถืออยู่ก็ยังไม่หาย เสาสงสารที่ของที่อยากกินก็ไม่ได้กิน ก็เลยกิน กินหรือไม่กินก็หอบเหมือนกัน กินแล้วอาการหอบก็เหมือน เดิม จนตอนนี้กินทุกอย่าง ไม่ถือเรื่องของแสลงแล้ว”

(พี่หมาย)

“แรกเริ่มเป็นของดอง ข้าวเหนียว ของมันกินไม่ได้แต่เดี๋ยวนี้กลับมาเปลี่ยน ของมันกินได้...ผมก็บอกไม่ถูก เปลี่ยนเอง...สักสองสามปีกว่า ก็เปลี่ยนเป็นกินได้ เพื่อนว่ากินไปเดี๋ยวก็ตายหรอก ผมก็กิน กินได้แล้ว ผมไม่ ตาย...เหนียว ไข่ทอด น้ำอัดลมเพื่อนว่ากินแล้วตาย ผมกินได้...ตอนแรกผมอยากกิน ผมคิดว่ากินหรือไม่กินมัน ก็หอบ...ตอนนั้นโกรธเมียโมโหเมีย เมียไม่ค่อยช่วยเราทำงาน ส่วนผมซีโมโหเอง ตัดสินใจกินของแสลงตายก็

ตายตอนนั้นผมอยู่คนเดียว ลูกเมียอยู่ผมไม่กินเพราะเขาต้องห้ามผม ผมแอบเหนียวไก่อไว้ แล้วกินผมกำลังหอบแต่หอบไม่มาก กินเลย แล้วอาการหอบก็อยู่เหมือนเดิม จนรุ่งขึ้นผมกินอีก ปรากฏว่าหยุดหอบ ผมชักสงสัยแล้ว ทำไม่กินของแห้งแล้วหยุดหอบ ผมลองกินอีกถุงก็เฉยๆไม่ทำให้หอบ ปรากฏว่าจนบัดนี้ผมกินเหนียวไก่อได้ ไม่มีอาการอะไร ของอื่นก็เหมือนนกที่เคยเป็นของแห้ง กินได้หมดเลย... กินไปได้กว้าง ทำให้มีแรงขึ้นมาได้”

(ลุงผอม)

1.1.1.2 กินอย่างระมัดระวัง การรับประทานไม่ว่าจะเป็นน้ำหรืออาหาร จะต้องใช้ความระมัดระวังตลอดเวลา โดยการรับประทานช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด กลืนทีละน้อย ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสำลัก ซึ่งจะนำสู่อาการกำเริบของโรคได้ ดังที่พี่หมายซึ่งระมัดระวังในการรับประทานอาหาร สืบเนื่องจากการรับรู้ว่าคุณเองเป็นคนป่วยแล้วว่า

“...เช่นการกินน้ำต้องระวัง จะกินเหมือนคนสบายไม่ได้ แม้ว่าตอนหายแล้วก็ต้องระวัง เพราะถ้าสำลักจะหอบได้เหมือนกัน ต้องกินอย่างระมัดระวัง กินอย่างนุ่มนวล พิถีพิถันเต็มที่คือ ค่อยๆกินทีละนิด แล้วค่อยๆกลืนทีละน้อย อย่างกลืนอีกใหญ่ทีเดียว แล้วอาหารก็ต้องกินแล้วกลืนแบบเดียวกัน เคี้ยวให้ละเอียด กลืนอาหารเบาๆ จะกินเร็วๆ หยิบๆเหมือนคนสบายไม่ได้ เกิดสำลักขึ้นมาจะหอบไม่หยุดทันที เป็นเรื่องหนึ่งที่ต้องระวัง”

(พี่หมาย)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังระมัดระวังในการกิน โดนกินน้ำอุ่นเป็นประจำ ปฏิบัติจนเป็นนิสัย และรับรู้ถึงผลดีของการกินน้ำอุ่นว่าทำให้โล่งคอ หลีกเลียงไม่ดื่มน้ำเย็นเนื่องจากทำให้อาการกำเริบ ตามที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ผู้รักษา โดยพี่หมาย พี่เหมือน ภรรยาพี่เหมือน และพี่เขียวให้เหตุผลว่า

“ที่กินแต่น้ำร้อนตอนนี้ กินแล้วคอโล่งกว่าน้ำเย็น...ก็เริ่มหอบก็เริ่มกิน เมื่อก่อนกินน้ำเย็น เรารู้ตัวของเราเองว่าระหว่างน้ำเย็นกับน้ำร้อน น้ำร้อนดีกว่า ถึงแม้ว่าไม่กินยากก็กินน้ำร้อน พยายามกินน้ำร้อนดีกว่า...ก็ตอนไปโรงพยาบาล พยาบาล หมอ บอกว่าให้กินน้ำอุ่น เราก็เลยกินน้ำอุ่นมาตลอด ถ้ากินน้ำเย็นคอจะดั่งครีตคราดคอจะแน่นกว่า พอกินยากก็กินน้ำร้อน ทำทุกครั้งจนเคยชินเสียแล้ว น้ำเย็นไม่ค่อยกิน ยิ่งน้ำแข็งยิ่งไม่กินเลย พอเป็นหอบหนักเข้า ถ้ายังกินน้ำแข็งจะยิ่งเหนื่อยกว่ากินน้ำธรรมดา แม้ว่าช่วงที่ไม่หอบพี่ก็ไม่กินน้ำแข็งน้ำเย็น เพราะติดนิสัยกินน้ำร้อนเสียแล้ว โล่งคอดี...”

(พี่หมาย)

“...เรื่องน้ำเหมือนกัน หมอแนะนำว่าให้ให้ทานน้ำอุ่นคือ หลีกเลียงไม่ทานน้ำเย็น อยู่บ้านจะทานน้ำอุ่นประจำ ไปงานก็ทานน้ำเย็นบ้าง แต่ไม่ใส่น้ำแข็งเลย ถ้าทานแล้วจะทำให้อาการ ผมเลี้ยงที่จะไม่ทานของที่ยื่นพวกนี้ ทำให้หลอดลม หดตัว หมอก็แนะนำมา ทำตามที่หมอแนะนำ ทานแล้วดี หายใจโล่ง เสมหะไม่มี...”

(พี่เหมือน)

“ ดื่นเช้าก่อนเข้าห้องน้ำ ที่วางน้ำอุ่นไว้ให้เลยหนึ่งแก้ว กินหมดแก้ว ก่อนนอนอีกหนึ่งแก้ว วันหนึ่งได้สองกระตัก วาวๆสามลิตรได้ ทานหมด”

(ภรรยาพี่เหมือน)

- น้ำขุ่นผมไม่กินเลย เพราะหมอบอกว่าถ้ากินน้ำขุ่นมากๆ ก็จะเป็นหวัด...เมื่อก่อนผมกินดื่มน้ำขุ่น แต่พอปี 38 เป็นหมอบผมก็ยังกินอยู่บ้าง แต่พอกินแล้วเริ่มไอ ผมเลยหยุดกินไปเลย คือพอกินแล้วมีอาการทรมานหมดความสุขเลย แม้มีเงินร้อยล้านก็ไม่มีค่าหมาย ถ้าต้องนั่งหมอบซาๆ...ผมกินแต่ข้าวอุ่น..."

(พี่เซีย)

อีกประการที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญ คือ การรับประทานอาหารพอลิม ไม่มากเกินไป โดยลดปริมาณอาหารลงจากเดิม เนื่องจากจะทำให้แน่น อึดอัด หายใจไม่ออก ทำให้หอบเหนื่อยได้ ดังนี้

"การดูแลตัวเอง หรือรักษาตัวเองก็มีเรื่องข้าวกินมากไม่ได้ กินมากแล้วท้องอืด ทำให้เหนื่อย แน่นหมด พอแน่นแล้วก็อยู่อย่างนี้ (ท่าหมอบ)... ก็ต้องพยายามกินสักนิด กินสักทัพพี จากเมื่อก่อนกินพูนจาน ลอดมากินครึ่งชามคือ กินเพียงส่วนเดียวของ 3 ส่วน... แน่นก็เบา กินอิมแบบก่อนไม่ได้ จะหายใจไม่ออก เพราะเราเหนื่อย เราจึงลดลงมา แล้วอาการหอบดีขึ้น เพราะมันไม่แน่น... เรากินพอประทัง ไม่อิม กลัวโรคจะเหนื่อย อันตรายจะเกิด... จะแน่น หายใจไม่ออก..."

(น้ำสายฝน)

"ถ้ากินมาก หมอบมาก เหนื่อยเกิน บางทีอาจจะตายก็ไม่แน่... ผมกินข้าวต้มบ้าง กินข้าวบั้ง ตอนเที่ยง 2 คำ ตอนเย็น 2 คำ ผมก็อยู่ได้ ถ้าผมกินไปสัก 4 คำ ก็จะเหนื่อยทันที... ผมกินข้าวมากแล้วเหนื่อยทันที... กินน้อยไม่หอบ อย่ายกให้เกิน กินพอสมควร กินพอรู้ว่ากิน คือ กินพออยู่ได้ ถ้าอิมมากก็หมอบมาก สำหรับตัวผมเป็นอย่างนั้น ผมสังเกตตัวเองมาตลอด... จากกินข้าวจานก็เหลือมาครึ่งจาน หรือว่ายังกินข้าวไม่ทันหมดจาน ถ้าทำท่าจะเหนื่อยผมก็ไม่กินแล้วจากนั้น... กินมากแล้วเหนื่อย เหนื่อยแล้วไม่มีกำลัง ไม่มีแรง กินให้พอดี กินพอดีแล้วไม่เหนื่อย ไม่เปลือง มีกำลัง มีแรง... กินตามสมควรของเรา คือ เรารู้ตัวเราว่ากินได้เท่าไรจึงไม่แน่น เราก็กินแค่นั้น จะทำอะไรก็คล่อง เพราะไม่แน่นไม่เหนื่อย"

(ลุงพอม)

1.1.2 ปรับเปลี่ยนกิจกรรม ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามปกติได้ สืบเนื่องจากความรุนแรงของโรค ทำให้ความทนในการทำกิจกรรมลดลง ผู้ป่วยจึงปรับเปลี่ยนการปฏิบัติกิจกรรมในการทำงาน โดยการถนอมพลังงาน หยุดทำงานหนัก และทำงานพอแรง ดังนี้

1.1.2.1 ถนอมพลังงาน ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 10 ราย หยุดเคลื่อนไหวอริยาบถเมื่อมีอาการหอบ โดยใช้ภาษามือแทนการออกเสียงพูดขณะมีอาการ หรืออยู่เฉยๆไม่พูด เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าการพูดจะทำให้ใช้พลังงาน เป็นการให้พลังงานให้น้อยที่สุดเพื่อควบคุมอาการของโรค จึงหยุดพูดเพื่อลดความรุนแรงและระยะเวลาในการกำเริบของโรคลงได้ ซึ่งพี่หมาย พี่อ่อน พี่เหมือน และลุงเหม เล่าว่า

"ถ้ากำลังเหนื่อยจะไม่พูด ถ้าพูดเขาก็ไม่รู้เรื่อง พูดเป็นคำๆตอนๆ น้ำ (ยกตัวอย่างคำว่าน้ำ) จะบอกเต็มไม่ได้จะอัปาก แล้วซี้ พูดต่อกันไม่ออก พูดไม่ไหว เหนื่อยมากเกินจนจะพูดออกมาไม่ไหว จะไม่พูดจนกว่าจะหายหอบ จึงจะพูด...ไม่อยากจะพูดรู้แต่ว่าเหนื่อย ไม่พูดดีกว่า ถ้าพูดอาการจะมากขึ้นเรื่อย หยุดพูดแล้วแบบว่าได้พักผ่อนในคำพูด แบลงคือ ถ้าพูดก็ทำให้เหนื่อยยืดยาวขึ้นไปอีก แต่ถ้าหยุดพูดความเหนื่อยก็หายเร็วกว่า สั้นกว่า

แทนที่จะเหนื่อยสักสองชั่วโมง ก็เหลือชั่วโมงครึ่ง หยุดพูดเสียถ้าพูดเหนื่อยเพิ่มขึ้น ถ้าชี้ได้ก็ชี้ ส่วนมากใช้มือชี้ เช่นจะให้เขาบีบหัวก็ชี้ที่หัว ใช้มือดีกว่าใช้เสียงเพราะเหนื่อย ประหยัดเสียงประหยัดแรง”

(พี่หมาย)

“...มีอาการหอบมากขึ้น ตอนนั้นพี่จะหยุดพูด หยุดเคลื่อนไหวอิริยาบถต่างๆ...ก็มันเหนื่อยพอหยุดพูด หยุดเคลื่อนไหวก็ทำให้เหนื่อยน้อยลง...คือพอหยุดพูด หยุดเคลื่อนไหว จะค่อยๆหายแน่น อาการหอบก็จะค่อยๆทุเลาลงจนหาย...ก็พอพูดแล้วเหนื่อยมาก พูดติดขัดๆ คุณ..อะ..เอา (พี่อ่อนทำเสียงตะกุกตะกักขณะกำลังหอบให้ดู) เหมือนกับเราไปผีนพูด พี่จึงหยุดพูดไปเลย ก็ถ้าพอเคลื่อนไหวหรือพูดก็เท่ากับเราใช้พลังงานมากไป จึงหาวิธีการไหนก็ได้เพื่อถนอมพลังงานไว้ ใช้พลังงานให้น้อยที่สุด...คือเราเคลื่อนไหวมาก พูดมากก็ยิ่งเหนื่อยมาก เราจึงพยายามหยุดให้ทุกอย่างเพื่อให้เหนื่อยน้อยลง”

(พี่อ่อน)

“ไม่สามารถจะเดินได้เพราะมันเหนื่อย จึงต้องนั่งคือเดินไม่ไหวแล้ว...คือถ้าเดินเหมือนการออกกำลังกาย ถ้านั่งเป็นการอยู่เฉยๆ ไม่ต้องใช้กำลัง มันก็จะทุเลาอาการหอบ...ไม่อยากจะพูดกับใคร คือถ้าพูดแล้วจะทำให้อาการหอบเป็นมากขึ้น เหมือนกับเราใช้กำลัง ใช้แรงที่มีอยู่ไปพูดก็จะหอบมากขึ้นทันที ถ้าอยู่เฉยๆก็จะหายหอบ แต่ถ้าคนนั้นถามพูดที่คนนั้นถามพูดที่ พูดที่ขึ้นที่ พูดที่หอบขึ้นมากที่สุด จากการใช้เสียงตัวเองนั้นก็เลยอยู่เฉยๆดีกว่า ไม่อยากจะพูด...เสร็จแล้วผมจะใช้วิธีการบอกอธิบายเหตุผลว่าทำไมผมไม่พูด ไม่อยากให้ถาม พูดแล้วทำให้เหนื่อย แทนที่จะหายเร็วก็กลับหายช้า...ไม่อยากจะพูด...อยากอยู่เฉยๆ เป็นเพราะว่าเราหอบ เราหายใจไม่ทัน พอเขามาถามถ้าเราพูดไปเหมือนว่าพลังงานที่มีอยู่แล้วหมดไปเสียส่วนหนึ่ง จากพลังงานที่มีอยู่ทำสิบ พอพูดตอบไปพลังเหลือไม่ถึงห้าสิบแล้ว”

(พี่เหมือน)

“...เพราะโรคหอบนี้ เวลากำเริบขึ้นมาแล้ว นึกถึงว่าไม่อยู่แล้ว ตายแน่หายใจไม่ออก พูดก็ไม่ได้ พูดไม่ทันเพราะความเหนื่อย ถ้าพูดออกไปคิดว่าอันตรายกับเราคือทำให้เหนื่อยมากขึ้น เลยไม่พูด โบกมือโบกไม้แวน”

(ลุงเหม)

1.1.2.2 หยุดทำงานหนัก ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 10 ราย ตัดสินใจไม่ทำงานหนักเนื่องจากทำงานเดิมที่ต้องใช้แรงมากไม่ไหว จะทำให้เกิดอาการเหนื่อยได้

“...งานหนักที่ต้องใช้แรงก็ไม่ทำแล้ว เช่น เมื่อก่อนเคยเกี่ยวข้าว ตักน้ำ ตักกับแรง ไม่ทำแล้วงานที่ใช้แรง...ไม่ผีนแรง ไม่ทนทำงานหนัก...เพราะงานถื่นนั้นเป็นงานรับจ้างปอกปู ปอกกุ้ง ขายของในตลาด งานแบบเดิม ที่เคยทำนั้น แรงตอนนี้อย่างไรก็ไม่รอด ทำไม่ไหวแล้ว แต่ถ้าถูกทำนั้นพอช่วยได้ จะเริ่มต้นทำคนเดียวทำไม่ไหว อย่างตั้งมุ้ง ต้องใส่โซ่ไฟ มั่นร้อนไฟ เหนื่อยออก เหนื่อย ก็จะมีอาการอีก”

(พี่หมาย)

“งานหนักผมไม่ทำ ทำงานหนักแล้วเหนื่อยหอบ พอยกของแรงข้างในไม่พอ ยกได้พอตั้งถึงเหนื่อย ผมตัดสินใจไม่ทำแล้วงานหนัก...ตัดไม้ เฝ้าถ่าน ทำไร่...หยุดเลย...ผมไม่ค่อยทำอะไร หยุดงานหนัก...”

(ลุงผอม)

“งานอะไรผมก็ไม่ทำ จากเมื่อก่อนทำงานหนัก ทำนา แยกทามทำหนัก พอเริ่มหอบผมหยุดทำงานหนักเลย...พอเริ่มเป็นหอบผมทำงานของเบาๆกว่าเดิม แล้วค่อยๆหยุดทำงาน”

(ลุงสามิต)

“...ตอนนี้รู้สึกสบายคือ ไม่มีอาการหอบแล้วคิดว่านี่ถ้าไปไกลๆ ตัดไม้เหมือนก่อนก็ยังทำได้ แต่ไม่ทำเองเพราะไม่กล้า กลัวว่าถ้าทำงานหนักแบบเดิมแล้วหอบจะกำเริบอีก คือถ้าไปทำก็จะเหนื่อย ที่นี้พาไปหอบอีก...”

(ลุงเหม)

1.1.2.3 ทำงานพอแรง ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 10 ราย วางแผนการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลต้องกระทำให้มีความเหมาะสมกับพลังงานที่มีอยู่จำกัด ไม่สามารถปฏิบัติงานได้เหมือนเดิม สืบจากความรุนแรงของโรค จึงลดปริมาณงานลงจากที่เคยปฏิบัติ โดยทำงานเท่าที่คิดว่าตัวเองมีแรงอยู่ ไม่หักโหมงานหนักและหยุดพักเป็นระยะๆ เพื่อให้หายเหนื่อย หรือทำเท่าที่ทำไหว ทำงานเหมาะสมกับแรงที่ลดลงจากเดิม หลีกเลี่ยงงานที่ไม่จำเป็น เพื่อไม่ให้เหนื่อย ดังที่พี่หมาย ลุงผอมและน้ำสายฝน เล่าถึงวิธีการทำงานของตัวเองว่า

“...ตอนนี้ที่ปกติ ทำงานได้ไม่หอบ แต่เราต้องระวังกว่าเดิม เช่นเมื่อก่อนเป็นโรคหอบน้ำได้สิบเที่ยว ตอนนี้หอบสักห้าเที่ยวก็เริ่มรู้สึก เหนื่อย หดแรง แรงถอย ทำงานครึ่งหนึ่งของเดิม ไม่บุกแต่ก็ทำได้ ทำตลอด ทำเหมือนเดิมไม่ได้ บางครั้งกวาดหญ้าจนเสร็จ บางครั้งกวาดไม่เสร็จต้องหยุดนั่งก่อน ถ้าเริ่มเหนื่อย เสียใจในคอ ก็เริ่มตั้ง แต่ถ้าหยุดทำงานก็เสียงเบาลง ไม่หอบ...ถ้าเหนื่อยก็จะพักทันที ถ้าเหนื่อยแล้วหยุดสักพัก ทำงานไปได้สักห้าก็หยุด หายเหนื่อยก็ทำต่อจนเสร็จสิบก็ได้...เรารู้สึกถ้าเหนื่อยจากทำงานเราก็หยุดหายเหนื่อย”

(พี่หมาย)

“...แต่บางครั้งก็ทำ(งาน)มัน ไม่มากถ้าเห็นว่าอาการดีก็แค่นำบ้าง ถ้าเห็นว่าจะเหนื่อยก็หยุดเสีย ไม่หักโหมเหมือนเมื่อก่อน เมื่อก่อนแม่หอบก็ยังตัดยาง หนเอาทำเพื่อลูก ตอนนี้พอทำเหนื่อยก็หยุดเสีย บอกลูกว่าพ่อกลับแล้ว ลูกก็ไม่ว่าอะไร ผมไม่ค่อยทำอะไรโรคหอบก็ดีขึ้น...”

(ลุงผอม)

“น้ำถึงเดี๋ยวยกไม้ไหวเมื่อมีอาการหอบ แต่ถึงแม้ช่วงไม่หอบก็อย่าดันน้ำให้เต็มถัง ต้องลดงานลง จากเดิมน้ำถึงเดี๋ยวสบายมาก กำลังถอยลง ซักผ้าก็ลดลง สิบตัวลงมาเหลือห้าตัว ตอนนี้ตำพริกแกงก็ไม่ไหว ชูดมะพร้าวก็ไม่ไหว ต้องเลี่ยงทำอะไรที่ทำไหวเท่านั้น...ทำแต่ของเบาๆ ของที่สู้ไหว ของที่สู้ไม่ไหวก็ไม่ทำ...เช่นตัดน้ำ ซักผ้า ถ้าไม่ก็หยุดสักพัก...อย่างซักผ้าก็ต้องลดลงเพราะหนัก...ก็เสี่ยง ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่ซัก หรือถ้าจำเป็นต้องซักผ้าก็แบ่งซักทีละครึ่ง เท่าที่เราไหว...เรื่องงาน อย่าให้หนักเกินไป อย่าหักโหมเกินไป ทำพอประห่างเท่าที่ทำไหว เช่นการตัดน้ำ ปกติเราตัดเต็มถัง เมื่อเป็นโรคนี้ก็ตัดเพียงครึ่งเดียว”

(น้ำสายฝน)

1.1.3 ห่างไกลภัยของแสง ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 10 ราย มีความเชื่อเกี่ยวกับของแสงโรค โดย 6 ราย มีความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร ไม่กล้าที่จะรับประทานอาหารบางชนิด ตามความเชื่อและประสบการณ์ที่สังเกตอาการของตนเอง และจากการได้รับคำบอกเล่าว่าแสงโรค เนื่องจากกลัวอาการกำเริบ บางรายทดลองรับประทานแล้วประหม่นกับตัวเอง โดยเฉพาะลุงผอมสรุปผลการประเมินการงดอาหารแสงโรคของตนเองว่า ทำให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้นาน ในขณะที่ผู้ไม่งดอาหารแสงได้เสียชีวิตไปแล้ว นอกจากนี้อีก

1 ราย เชื่อเรื่องความเครียดว่าเป็นสิ่งแสดงโรค และอีก 2 ราย เชื่อว่าการไปร่วมพิธีศพเป็นสิ่งแสดงโรค ดังนี้

"ก็มีแตงโม เนื้อ มันสำปะหลัง ข้าวเหนียว น้ำอัดลม เขาว่าแสดงก็ไม่กิน เพราะกลัว กลัวแล้วจะหอบ...ก็มี หน่อไม้ เขาพวกชาวบ้านว่าแหลง ก็ไม่กินเลย กลัวไปเอง ชมจีนก็ไม่กล้ากิน น้ำแข็งไม่กิน ว่ากิน อีกหลาย อย่าง ไม่ว่าใครบอกว่าอะไรแหลง ก็ถือเลย ไม่กินเลย ก็อยากจะทำหอบอย่างนั้น...ไก่ ลูกเงาะ ทุเรียน เขาว่าแสดงอะไรถือหมด ลางสาดก็แสดง ผลไม้เป็นของแสดงเกือบทุกชนิด...ตอนเริ่มหอบก็ยังไม่ถือเรื่องของแหลง มาถือตอนเป็นหอบสองสามปีแล้ว ก็เริ่มจากคนข้างบ้าน ชาวบ้านบอกมาว่าของนั้นแสดง ของนี้แสดง พี่ก็ไม่กิน ตามที่เขาบอก หลายคนบอกก็หลายสิ่ง ก็เลยถือของแสดงไปหมด..."

(พี่หมาย)

"...หอบแต่ละคนไม่เหมือนกัน บางคนหอบแล้วทานเหล้าก็ได้ ผมลองทดลองทานเหล้า แล้วแน่นหน้าอกเลยไม่ทาน บางคนบอกทานได้ ผมถึงว่าลางเนื้อชอบลางยา ผมไม่ถูกกันกับเหล้า"

(พี่เหมื่อน)

"ครับทุกอย่างครับ อาหารการกินพวกนี้ ของต้องผมหยุดหมด ของจัดๆผมก็หยุดเพราะมันไม่ให้ประโยชน์ นี่ผมสังเกตตัวเอง พอกินของดองอาหารหอบก็กำเริบ มันขัดกับโรคผม อย่างหน่อไม้ดอง ไข่ปลา ชมจีนแบ่งหมัก ผมก็พยายามหลีกเลี่ยง พอกินเข้าไปแล้วร่างกายของเราที่มีอาการของโรคหอบกำเริบขึ้น แล้วผมก็ปฏิบัติมาได้ตลอด ไม่มีอุปสรรคอะไร ผมก็กินของที่กินได้ อย่างของมันผมไม่กิน กินแล้วไอ หอบอีก"

(พี่เชียว)

"อาหารเลือกกิน อาหารอะไรให้โทษหนีขาดไม่กินเลย...สุรา ยาสูบ หน่อไม้ทุกชนิด ลูกบวบ น้ำอัดลม...กินแล้วให้โทษ...กินแล้ว จะเริ่มโครกครากในคอ เป็นเสลดจะเริ่มหอบ ยิ่งเป็นของดองจะยิ่งแรง ผมจึงหยุดกิน"

(ลุงสามิต)

"การกิน ของที่ไม่ดีเราก็หยุดกิน เช่น ปลา หมู ไก่ วัว..ของที่กินแล้วรู้สึกแน่นๆ แน่นยอดอก ของแบบนั้นถือเป็นของแสดง กินแล้วหายใจไม่ค่อยออก เช่นถ้ากินเหนียว กินแล้วแน่น ผมก็หยุดกินทันที ของนั้นผมก็ไม่กินอีกเลย หรือไข่ปลา กินแล้วจะไอ พอไอแล้วเหนื่อย หอบ ผมก็จะหยุดกินไข่ปลาไปเลย ตัดเลยถึงแม้ไม่กินก็ไม่หาย... ถ้ากินสิ่งไหนแล้วเกิดอาการเหนื่อย เราก็หยุดกินสิ่งนั้น เป็นเนื้อให้โทษ พอกินแล้วพวขึ้น มีคนพูดว่าโรคหอบเป็นตัว พอกินของเป็นเนื้อ มันก็มากิน มาอัดหลอดลมให้ตีบ ทำให้ไอทันที ถ้าเราหยุดอาหารนั้น มันก็ถอยลง คอก็ไม่ตีบ รู้สึกว่าดีขึ้น...อีกเรื่องหมอบอกของแหลงอย่ากิน ถ้ากินก็จะรู้อาการ รู้สึกคันที่หัวตัวเชื้อขึ้นมา เริ่มจากไออัดเรื้อยแน่นเรื้อย ตัวเชื้อมาก อัดแน่น หายใจไม่ทั่วท้อง ถ้าหยุดของแหลงก็จะค่อยเบาลง ผมทดลองเองแล้ว น่าจริง เพราะกินของแหลงแล้วหอบทุกที แกงไหลกินไม่ได้...ของดองแพ้ กินไม่ได้เลย...ก็ของอะไรที่กินไม่ได้ก็เว้นของแสดง เราก็อย่ากินเข้าไป บางอย่างหมอบอกว่ากินได้ แต่เรากินไม่ได้ พอกินแล้วหอบเราก็อย่ากิน ของที่กินแล้วแน่นในคอ ผิดคอ อยู่ได้ทันทีที่หอบแล้วถือเป็นของแสดง ต้องหยุดกิน ทำให้อยู่ได้มานานเพราะของแหลงผมไม่กิน ผมเสี่ยงไปกินของอื่นที่ไม่แหลง...ผมอยู่ได้นาน เพื่อนผมตายแล้ว ของอะไรแหลงกินอย่างเดียว ผมบอกแล้ว"

(ลุงผอม)

นอกจากอาหารแล้วลุงเหมยยังรับรู้ว่าจะของแสลงโรคสำหรับตัวเองนั้นไม่ใช่อาหารแต่กลับเป็นความเครียด ส่วนหน้าสายฝนอธิบายถึงของแสลงโรคสำหรับตนเองว่า คือ การไปร่วมงานศพ ทุกครั้งที่ไปร่วมงานศพจะมีอาการเหนื่อยหอบทันที ซึ่งเป็นสิ่งหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้จะต้องหลีกเลี่ยงด้วย

"เป็น (โรคหอบมา 10 กว่าปี หอบมาตั้งแต่สาวๆ แต่มาหนักเมื่อแม่ตาย (ประมาณ 3-4 ปี) มันเกี่ยวกับศพ คือ แผลง(แสลง)กับศพ คือ ถ้าเราไปดูคนตายแล้วแผลง จะลงบ้านแทบไม่ไหว หอบทันที... เป็นแบบนั้นจริง พอไปงานศพแล้วเหนื่อย ยังไม่ทันลงจากบ้านงาน เหนือแตกซิกๆ เป็นความจริงเลย เรื่องแผลงกับศพ ตอนแรกมีคนบอก พอทดลองกับตัวเองก็จริง ถ้าไม่เกรงใจเต็มที่ก็จะไม่ไปงานศพ กลัวจะหอบอีก ไม่ไป จะได้ไม่หอบ"

(น้ำสายฝน)

"...แล้วของแผลง ของแผลงนั้นเกี่ยวกับสิ่งรบกวนทางประสาท...เรื่องยุ่งๆ ยากๆ ลำบากๆ เกี่ยวกับเราต้องยุ่ง ต้องลำบาก...ทั้งลำบากกาย ลำบากใจพร้อมกัน เรื่องที่แก้ยาก...เช่นว่า ลูกหลานไม่สบาย...ลูกๆเจ็บไข้ มันร้องมันร่ำ มันซุน(กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง)เราไม่รู้ทำอะไรได้ เราเองก็รู้สึกเหมือนกัน...รู้สึกโรคหอบกำเริบ...ของแผลงที่สำคัญคือ สิ่งที่ทำให้เราประสาท สิ่งที่ทำให้เราเป็นทุกข์...เครียด ความเครียด เช่นว่า ลูกไม่สบาย หรือว่ามีเรื่องมีราวกับใครที่จะต้องเป็นเรื่องเป็นราว อะไรต่อมิอะไร สิ่งที่เราไม่ชอบ กลายเป็นของแผลงทันที...เช่นชดกับเพื่อน เพื่อนนุกรุกเซตแดน เพื่อนพรวัวไปผูกในไร่ก็ไม่สบายใจ...แต่ที่ว่าแผลง ทำให้เรากำเริบเรื่องโรค รู้สึกว่าเรื่องที่ทำให้เรายุ่งใจนั้นแหละ...ก็เลยต้องหลีกเลี่ยงไว้ก่อน..."

(ลุงเหมย)

1.1.4 พักผ่อนให้เพียงพอในทันทีที่มีโอกาส ภาวะหอบเหนื่อยที่กำเริบได้ตลอดเวลา

โดยเฉพาะเวลากลางคืนซึ่งเป็นเวลาที่ควรจะได้พักผ่อนนอนหลับ แต่เนื่องจากต้องลุกขึ้นนั่งหอบเหนื่อย ซึ่งบางครั้งเป็นเวลาหลายคืน ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ จึงอ่อนเพลีย ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 10 ราย จึงปรับเปลี่ยนการพักผ่อนนอนหลับ โดยการพยายามนอนในทันทีที่รู้สึกง่วงนอน โดยไม่คำนึงถึงเวลา ตามแต่โอกาสที่อำนวยให้ เช่น นอนกลางวันประมาณ 1/2 ชั่วโมง เพื่อให้ได้รับการพักผ่อนเพียงพอ มีแรงไม่อ่อนเพลีย ดังนี้

"...ถ้าว่างก็จะนอน...อย่าให้ตัวเองเพลีย ก็พักผ่อนให้มากๆ...เมื่อก่อนหอบที่นอนสักสี่ทุ่มแล้วตื่นเช้า แต่พอเป็นหอบหลับนอนไม่เป็นเวลา ถ้ามีเวลาก็จะนอนทันที ทุ่มหนึ่งก็นอนถ้าว่าง ถ้าช่วงไม่ดีหอบที่ตุงแล้วเที่ยงคืนก็ไม่ได้นอน ช่วงหอบนอนไม่เป็นเวลา ไม่มีเวลาจะนอน...ก็พยายามนอนได้เท่าไรนอนเท่านั้น นอนทันทีที่ว่าง มีเวลาก็นอน...ก็ว่าได้หลับ ให้ได้พักผ่อน เวลาพักผ่อนน้อยเกินคนหอบ ไม่ค่อยมีเวลา ไม่ค่อยมีจังหวะ บางครั้งง่วงนอนมากๆ จะหลับอยู่แล้วแต่กลับหอบขึ้นมาอีก ก็นอนไม่ได้อีก... บางครั้ง 3-4 คืน ไม่ได้นอนติดกันถ้าได้นอนมันมีแรงขึ้นมา ถ้าได้หลับได้พักผ่อน ไม่อ่อนเพลีย มีแรง แล้วก็ไมเหนื่อยมาก..."

(พี่หมาย)

"เรื่องพักผ่อน ต้องพักผ่อนให้เพียงพอ กลางวันอย่างน้อยต้องนอน 1/2 ชั่วโมง แม้จะไม่หลับก็ไม่เป็นไร ต้องนอน... ก็ร่างกายของเราพักผ่อน อย่าให้มันเหนื่อย ทำแบบนี้มา 5 เดือนแล้ว ทำแบบนี้แล้วดีขึ้น คือ ไมเหนื่อย

เพราะเรานอน ก็เคยๆ ก็ไม่เหนื่อย ทำทุกวันเลย นอนให้เต็มตื่น... นอน 3 ทุ่ม ตื่นที่ 5 เต็มตื่น ทำแบบนี้ตั้งแต่เริ่มอาการหนักมาก นึกว่าช่วยผ่อนหนักเป็นเบา คือ ร่างกายของเราที่แรงไม่เพียงพอก็มีแรงขึ้น..."

(น้าสายฝน)

1.2 ดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาท ใช้ชีวิตด้วยความระมัดระวังไม่ให้เกิดอาการกำเริบ โดยอาศัยการเก็บเกี่ยวประสบการณ์อันยาวนานของความเจ็บป่วย ก่อเกิดการเรียนรู้ในการเตรียมพร้อมเพื่อรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น และสังเกตสิ่งที่ตัวเองแพ้ เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่บั่นป้จจัยเสี่ยง โดยผู้ให้ข้อมูลมีลักษณะการดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาทใน 2 ลักษณะ คือ 1) พร้อมสรรพรับสถานการณ์ และ 2) กั้นก่อนเกิด ไม่เปิดโอกาส ดังนี้

1.2.1 พร้อมสรรพรับสถานการณ์ การเตรียมความพร้อมเป็นกลยุทธ์ ที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ในการเผชิญกับสถานการณ์โรค ซึ่งกำเริบได้ตลอดเวลา โดยที่ไม่อาจควบคุมได้ แม้แต่สติของตัวเอง ประกอบกับการสั่งสมประสบการณ์อันยาวนาน ทำให้เกิดการเรียนรู้ ที่จะเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันบรรเทาและควบคุมอาการของโรค ซึ่งผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 10 รายเตรียมรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ด้วยการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย อุปกรณ์เครื่องใช้ เพื่อป้องกันก่อนอาการของโรคกำเริบ และมีบุคคลใกล้ชิด คอยช่วยเหลือขณะอาการของโรคกำเริบ รวมถึงการปกป้องภาพลักษณ์ของตนเอง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมใน 2 ลักษณะ คือ พกพามาพร้อมทั้งยาและยาใจ และเตรียมพร้อมไปโรงพยาบาล ดังนี้

1.2.1.1 พกพามาพร้อมทั้งยาและยาใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพว่าอยู่ในบทบาทผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลระมัดระวังตัวเองด้วยการเตรียมยา โดยเฉพาะยาพ่น ก่อนเดินทางไกล เนื่องจากรู้ว่าสามารถควบคุมอาการของโรคได้ เมื่อมีอาการของโรคใช้พ่นยาก็จะหาย ผู้ป่วยรับรู้ในความสำคัญของยาพ่นว่า ถ้าไม่มียาพ่นอาการของโรคก็กำเริบมากขึ้น ใช้ยาพ่นเป็นที่พึ่งทำให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญกับสถานการณ์ที่โรคกำเริบได้ ยากิน และยาพ่น นับเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 10 ราย เตรียมพร้อมเพื่อควบคุมและบรรเทาอาการของโรค ดังที่พี่อ่อนมียาพ่นเก็บไว้ในตู้เย็นตลอดเวลา เพื่อใช้เมื่ออาการของโรคกำเริบ ส่วนพี่โหมเตรียมยากินก่อนเดินทางไกล พี่เชียวพกยาพ่นติดตัวตลอด ให้ความสำคัญเหมือนพกหม้อไปด้วย และลุงหมกก็ใช้ยาพ่นเพื่อควบคุมอาการของโรคเช่นกัน สำหรับพี่เหมือนนอกจากจะพกพาทั้งยากินและยาพ่นแล้ว ที่สำคัญยังมีภรรยาคอยติดตามให้ความช่วยเหลือยามอาการกำเริบ ดุจผู้รู้ใจ เนื่องจากภรรยาเป็นผู้เดียวเท่านั้นที่รู้ว่าจะให้การช่วยเหลืออย่างไร ดังนั้นภรรยาจะออกงานสังคมด้วยเสมอ ดังเงาตามตัว ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเล่ารายละเอียดให้ฟังว่า

"ไปต่างจังหวัดไปได้ แต่เตรียมตัว โดยการพกยา แต่คืนนั้นไปต่างจังหวัดไปมีอาการ หอบ แต่ยังมี บังคับอยู่ ไปที่ดยาก็หาย ที่จริงทำไม่ได้แล้ว นั่นถ้าไม่มียาที่ดก็หอบใหญ่ไปแล้ว...ไปเมกกะบี 2535 เป็นโรคมาแล้วห้าปี

ก็เลยไปปรึกษาหมอ บอกว่าเราต้องการเดินทางไปยังต่างประเทศ ไปในประเทศที่มีภูมิอากาศแบบนั้น ๆ หมอบอกได้ แต่ต้องระมัดระวังสักนิดเราคนไม่สบาย ต้องการขอยาพ่นสักสองชุดคือ เคยเบิกทีละชุดแต่ก็ไม่มีอะไร รู้สึกเหนื่อยๆเหมือนกัน แต่ก็ไม่ถึงต้องไปเอายามาหัด...รู้สึกว่าจะไปเมกกะได้ใช้สองครั้ง...น้อยกว่าที่เราคิด นึกในใจว่า ยานั้นถ้าถูกยัด มันก็จบแหละเรา เวลานั้นอากาศที่โน่นก็หมดที่พึ่ง เราคิดอย่างนั้น... ปกติพอรู้สึกจะหอบพ่นก็หาย ก็ตกลงว่าพอได้ยากลับก็สบายไป..."

(ลุงเหม)

"ครั้งแรกหมอให้มาใช้ พอใช้ปั๊บเหมือนเป็นยาเวทดา พอพ่นยาแล้วเบ็บเดียวอาการหอบก็หายไปเลย ก็เลยต้องมียาพ่นเก็บไว้ตลอด...จะใช้ยาพ่นก็ได้เลย มีเก็บไว้ตลอด...พื้ใช้ยาพ่นอย่างเดียวเมื่อมีอาการหอบ แต่ยากินก็ยังมี...แต่ยาพ่นที่ต้องพกไว้มีเก็บในตู้เย็น "

(พี่อ่อน)

"...เดินทางไกลก็ทำได้ แต่ต้องเตรียมตัว เตรียมยา กินไปเสมอ...ตอนที่พี่ไปอบรมที่ กรุงเทพฯ พี่ก็พกยาเตรียมไป..."

(พี่โถม)

"ไปงานบุญบ้านญาติต่างอำเภอมา ครั้งแรกก็จะนอนที่โน่น แต่พอตอนเย็นเห็นว่าอาการของเราทำไม่ได้เรื่อย ก็เลยบอกหลานให้มาส่งที่บ้านด้วย...รู้สึกแน่นในคอเริ่มไอ แสบคอแล้ว บอกหลานว่าถ้าอาการหอบเข้ามา ตกใจแน่ เอากลับไปส่งบ้านเถอะรับเถอะฝนก็ตก พอตีมีข้ออ้าง ยาก็ไม่ได้เตรียมไป ถ้าไปไหนไม่นานก็จะไม่พ่าย ถ้าตั้งใจ จะค้างคืนก็จะพ่ายไปด้วยประจำ"

(พี่หมาย)

"...แล้วผมก็พกยาพ่นเวินโทลิน ซึ่งสำคัญมากเหมือนพกหมอบไปด้วย ผมพอมมีอาการจะหอบ จะหายใจหนักๆ เราก็ต้องช่วยขยายหลอดลม โดยพ่นยา...กำลังมีอาการหอบ...แล้วใช้ยาทะเลครับ ยาพ่นเวินโทลินที่หมอให้มานี้แหละ สำหรับพกประจำ" (พูดพร้อมกับยกยาพ่นในถุงพลาสติก ที่ผู้ป่วยมีติดมือออกจากหอผู้ป่วยด้วยก่อนที่ จะมานั่งที่ระเบียงเพื่อให้การสัมภาษณ์)

(พี่เชียว)

"เมื่อที่เหมือนไปประชุมหรือไปไหนก็ตาม พี่ต้องไปด้วยเสมอ...โรคนี้ พี่ว่า ถ้าไม่มีคนดูแลใจ ช่วงเป็นมาก ไปได้ (ตายได้) "

(ภรรยาพี่เหม)

1.2.1.2 เตรียมพร้อมไปโรงพยาบาล สถานการณ์ที่โรคกำเริบได้ตลอดเวลา

ผู้ป่วยมีอาจควบคุมได้ แม้แต่สติของตัวเอง เกิดการเรียนรู้ที่จะเตรียมความพร้อมเพื่อรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น โดยการเตรียมตัวให้พร้อม เพื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ด้วยการทำความสะอาดร่างกาย เตรียมเครื่องใช้และเครื่องแต่งกายเฉพาะกิจไว้สวมใส่ในขณะอาการกำเริบเพื่อปกป้องภาพลักษณ์ของตนเอง เตรียมเงินไว้สำหรับการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ แม้กระทั่งการซื้อบัตรสุขภาพ ก็นับเป็นหนึ่งใน การเตรียมตัวเพื่อรับสถานการณ์กำเริบของโรควิธีหนึ่งเช่นกัน ซึ่งพี่หมายปฏิบัติ ดังนี้

"พี่เองตอนค่ำจะเตรียมตัวประจำเลย แปรงพันไว้ให้เสร็จ ภูผาทำไว้ให้เสร็จ ถ้ายังไม่สระผมก็จะสระผมให้เสร็จ เตรียมตัวเพื่อไว้ ถ้าวอกไปโรงพยาบาลกลางคืน ถ้าช่วงไหนอาการไม่ดี จะเตรียมตัวไว้เกือบทุกคืน ถ้าอาการไม่ดี

จะบอกลูก ต้มน้ำๆ เตรียมตัวให้เสร็จก่อน เมื่อหอบขึ้นมา แล้วเสื้อผ้า ผ้าห่มนอน แปรงสีพื้น เตรียมไว้ให้เสร็จสอง กระเป่า เป็นของใช้ส่วนตัว จะแขวนไว้ข้างฝาประจำ พอมาถึงซักไว้หมดเลยแล้วก็ไม่เอามาใช้ มาเริ่มทำ หยุด เตรียมไว้เมื่อหอบหอบปีหลังๆ แต่ก็ยังไม่หยุดเตรียมเสียทีเดียว ยังเตรียมไว้อยู่บ้าง ชุดสำหรับไว้ใช้ที่โรงพยาบาล ยังมีอยู่ เสื้อผ้าที่ก็เตรียมไว้ เสื้อต้องตัวใหญ่แล้วก็ผ่าหน้าตลอด ที่ไปโรงพยาบาลใส่เสื้อตัวเดิมไป พยาบาลยังแซวว่า สงสัยตัดเสื้อแบบนี้ใช้ผ้าเป็นไม้แน่ ตัวนั้นแขนสั้นไม่ใช่ใส่ที่บ้าน ตัวหลวม ผ่าหน้าตลอด ไปถึงโรงพยาบาลจะได้ออดง่าย เมื่อก่อนพออาการหอบหนัก ไปโรงพยาบาล ก็ถูกเอากรรไกรตัดแขนเสื้อ เพราะจะให้น้ำเกลือไม่ได้ แขนเสื้อยาวบ้างคับไปบ้าง ที่ก็กลัวจะถูกตัดแขนเสื้ออีก เพราะถูกตัดไปหลายตัวแล้ว ก็เลยเตรียมตัวไว้ให้พร้อม ... ที่เองถ้าเหนื่อย ต้องนุ่งกางเกง รู้ตัวตอนหลังๆ พอทำท่าจะหอบขอร้องนุ่งกางเกง ผ่าถุงไม่เอา พอหอบหนักผ้าถุงหลุด ลุยทุกที เพราะกระชับกระสายลิมตัว ที่ตัดกางเกงเอาชุดไว้เลย เตรียมพร้อมเอาไว้เวลาหอบ ถ้าที่ไปอยู่โรงพยาบาล ก็จะขอกางเกงมาใส่ จะได้ไม่ต้องห่วงเรื่องผ้าถุงหลุด...เหนื่อย มันเหนื่อยจนควบคุมตัวเองไม่อยู่ เหนื่อยจนผ้าหลุด ผ่าลุย ควบคุมสติไม่อยู่ ไม่รู้เรื่องว่าผ้าจะหลุดหรือไม่หลุด...ตอนที่เลยขอกางเกงนุ่งก่อน กลัวว่าพอหอบจะขุ่น (กลิ้งเกลือก) จนผ้าหลุดลุยอีก ...เรื่องบัตรสุขภาพนี่ก็คุ้ม พี่ซื้อไว้ป้องกันตัว เมื่อไว้ ป้องกันด้วยการซื้อบัตรสุขภาพ ไว้ เป็นการเตรียมตัวทางหนึ่ง ถ้าหอบเมื่อไรก็จะได้ใช้บัตรสุขภาพ ไม่ต้องจ่ายเงินเองมากนัก...แล้วเงินทองก็เหมือนกัน มีสักนิดก็เตรียมไว้ อย่าเพิ่งจ่าย เมื่อไว้ต้องไปโรงพยาบาล"

(ที่หมาย)

1.2.2 ก้นก่อนเกิด ไม่เปิดโอกาส เป็นการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงตามที่ได้สังเกตตัวเองว่าแพ้สิ่งใดบ้าง ก็จะหลีกเลี่ยงสิ่งดังกล่าว หรือเป็นการป้องกันก่อนที่อาการของโรคจะกำเริบ โดยไม่เปิดโอกาสให้โรคกำเริบได้ เช่น การเปลี่ยนจากที่นอนนุ่มมาเป็นที่นอนใยสังเคราะห์ตามคำแนะนำของแพทย์ หรือไม่เลี้ยงสัตว์ เช่น แมวเนื่องจากแพ้ขนแมว ซึ่งผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 10 ราย เล่าให้ฟังว่า

"เรื่องที่อยู่อาศัย ที่พักผ่อน ที่นอนก็จำเป็นเหมือนกัน ผ้าห่ม ที่นอน ถ้าเป็นนุ่ม ก็จะเกิดฝุ่น ก็ไม่ดี ไม่ควรจะใช้ ผ้าห่มก็เหมือนกันถ้ามีฝุ่นมากก็ไม่ดี...ก็เมื่อก่อนผมใช้ที่นอนนุ่ม แต่ตอนนี้ผมเปลี่ยนแล้วครับ ใช้ที่นอนฟองน้ำหนาๆ ที่ไม่ยุบตัว...เริ่มเปลี่ยนปีนี้ครับ หมอแนะนำแต่หมอเพิ่งมาแนะนำ เมื่อก่อนก็ไม่แนะนำครับ คือผมพอรู้อยู่ก่อนแล้วว่าพวกฝุ่น ควันบุหรี่ ควันไฟ ไม่ดีทั้งนั้น แต่หมอเพิ่งมาบอกปีนี้ครับ คือเขาอาจจะลิมไป...ผ้าห่มก็เปลี่ยน หมอนก็เปลี่ยน เปลี่ยนใหม่ทั้งชุดใช้ใยสังเคราะห์ที่ไม่อมขี้ฝุ่น รู้สึกว่าการหายใจคล่องขึ้น "

(ที่เชี่ยวชาญ)

"ที่เองไม่ชอบเลี้ยงสัตว์ นอกจากกิ้งก่าพวกขนแมว ทำให้หอบ แล้วเป็นภาวะ เพราะที่ต้องย้ายบ่อย"

(ที่เหมือน)

"หมอลี้ว่า พวกที่นอน ผ้าห่มนุ่ม ขนสัตว์ ก็หลีกเลี่ยงไม่ใช่ ที่นอนที่ใช้ใยสังเคราะห์ หมอนี่สำคัญ พวกฝุ่นไรนี่ก็แพ้..."

(ภรรยาที่เหมือน)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 10 ราย เปลี่ยนมาอาบน้ำร้อน จากเดิมอาบน้ำเย็น เป็นการปรับเปลี่ยนการทำความสะอาดร่างกาย รับรู้ว่าการอาบน้ำร้อนทำให้อาการของโรคกำเริบ จึงอาบน้ำร้อนเพื่อ

ป้องกันอาการกำเริบ และทำความสะอาดร่างกายจากกลิ่นเหม็น ซึ่งก็มีมากเวลาหอบ มีพี่หมาย และพี่เหมือน ซึ่งพี่หมายเล่าให้ฟัง ดังนี้

"...ส่วนมากถ้าอากาศไม่ดี อากาศเย็นก็จะอาบน้ำร้อน...ก็ตอนหอบหนัก หอบใหม่ๆมีสองบิ๊ยังอาบน้ำเย็นอยู่ ก็ปกติที่ชอบอาบน้ำ พอยิ่งหอบเหงื่อออก อยากจะอาบน้ำ เป็นคนร้อนชอบอาบน้ำรดหัว ถ้าอาบน้ำเย็นจะรู้สึก ครั่นเนื้อครั่นตัว ตอนเริ่มอาบน้ำอุ่นนั้น เราคิดของเราเองว่าเราจะอยู่อย่างไร ให้สบายตัวกว่า ไม่อาบน้ำที่ก็อยู่ไม่ได้ เหนียวตัว เหม็นตัวเอง ต้องต้มน้ำ นั่นเป็นเหตุผล...เชื่อว่าถ้าเราไม่อาบน้ำอยู่ไม่ได้ ถ้าอาบน้ำเย็นก็เย็น ก็เลยอาบน้ำอุ่นให้สบายตัว ถ้าอาบน้ำเย็น รู้สึกว่าจะทำให้หอบได้ ก็เลยกลัวไปเลย ไม่กล้าอาบน้ำเย็น ถ้าฝนตกอาบน้ำร้อนดีกว่า บางคนอยู่ได้สองวันสามวันไม่อาบน้ำ แต่พี่ต้องอาบน้ำประจำ ต้องจำเป็นอาบ ฝนตกก็อาบ แดดออกก็อาบ หอบมันเหนื่อยมันร้อน แล้วก็คนหอบก็เหม็นสาบเหม็น ไม่เหมือนเป็นโรคอื่น เหม็นมาก แล้วสาบยากินยาอะไรก็สาบย้านออกมาก..."

(พี่หมาย)

"หมอเขาแนะนำมาว่า คนหอบควรอาบน้ำอุ่น...น้ำเย็นผมอาบไม่ได้ครับ จะหอบ แน่น ลั้น...เลยป้องกันโดยอาบน้ำอุ่น"

(พี่เหมือน)

2. มุ่งหาการรักษาเรื่อยไป ไม่ท้อถอย

การเสาะหาการรักษายังคงเป็นไปอย่างไม่หยุดยั้งต่อเนื่องตลอดเวลา เสมือนเป็นส่วนหนึ่งของ การดำรงชีวิตที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขโรคที่เป็นมานานนับสิบปี สืบเนื่องจากความรู้สึกยังมีความหวังว่าน่าจะมียา ที่จะช่วยรักษาหรือบรรเทาอาการของโรคได้ ผู้ให้ข้อมูลจะแสวงหาการรักษาแผนปัจจุบันควบคู่กับ สมุนไพร โดยมีความเชื่อว่าการรักษาแผนปัจจุบันรักษาไม่หายขาด เพียงแต่ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน ขณะอาการของโรคกำเริบได้ ตราบที่ความหวังที่จะหายจากโรคของผู้ป่วยยังคงมีอยู่ ตราบนั้นการเสาะ สรรหาวิธีการรักษาวิธีอื่นก็ยังคงดำเนินต่อไปอย่างมิอาจหยุดยั้งได้ มีรักษายาตำราหลวง และฟางฟุ้งพา ภูมิปัญญาตะวันออก ดังนี้

2.1 รักษายาตำราหลวง ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 ราย ที่ศึกษามีความเชื่อในการรักษาแผนปัจจุบัน จึงใช้การรักษาแผนปัจจุบันในลักษณะการบรรเทาอาการ แม้ว่าจะรับรู้โรคนี้รักษาไม่หายขาด แต่การรักษาแผนปัจจุบันโดยการใช้ยา กิน ยาฉีด และยาพ่น ทำให้บรรเทาอาการหอบเหนื่อย สามารถกลับมาใช้ชีวิตอยู่ได้โดยไม่มีอาการของโรคกำเริบ จึงไปรับการรักษาแพทย์จากที่คลินิก และโรงพยาบาล ซึ่งพี่เหมือน เล่าว่า

"...หอบเหนื่อย...ที่บ้านพาไปหาหมอที่คลินิก ฉีดยาได้ยามากิน...หมอก็ส่งไปโรงพยาบาล รักษาที่โรงพยาบาลอยู่ แปดปี...ตอนนั้นหอบไปตลอดทาง ต้องไปคลินิกหมอหลวงก่อน หมอฉีดยาให้ หมอบอกว่าโรคหอบนี้ไม่หายขาด เป็นโรคที่ระงับได้แต่ไม่ขาด ไม่ต้องมารักษาถึงยลสา นคราก็รักษาได้ ยาหอบเหมือนกันทั้งนั้น ถ้ายาหอบ มีจริงเมียหมอก็เป็น ไปเอาการรักษาแล้วแต่ไม่มี..."

(พี่เหมือน)

"ผมกินยาจากจังหวัดอ่างทอง...ยาตำราหลวง กินสี่ชามาน จัดเป็นชุดมาให้ กินแล้วดีจริงคือไม่หายขาด แต่ก็บาย (สบาย)ตัวไปมาก...ที่วัด หนึ่งนอนหลับ เหนื่อยก็ไม่เหนื่อย เดินทางไปไหนไปได้ กินข้าวก็กินได้พอประมาณ... ผมแนะนำคนอื่นกินสักร้อยคนก็ได้ผล อาการหอบลดลงแต่ไม่หายขาด ผมว่ายาที่ดีมาก...ก็มาโรงพยาบาล เขาก็ให้ออกซิเจน แต่ไม่ให้พ่นยา ปีนี้ผมมาอนโรงพยาบาล 3 ครั้งแล้ว ตอนแรกผมไปคลินิกในอำเภอก่อน ต่อมาก็ก็นอนโรงพยาบาล หมอเขาส่งไป"

(ลุงสามิต)

"...กลับมารักษาโรงพยาบาลอีก ถึงแม้ว่ารักษากับโรงพยาบาลอาการไม่หายขาด แต่ก็ทำให้กลับมาอยู่บ้านได้ พอหนักก็ไปอีก แม้ว่าจะไม่หายขาด...บางทีไอ หายใจผิดปกติ หายใจหืดๆ ถ้าเป็นไม่มากก็กินเสียา พ่นยาเสียาพ่นนี้ใช้ตอนที่เริ่มมาสองปีแล้ว ช่วงแรกหมอไม่ให้ยาพ่น..."

(พี่หมาย)

2.2 พวงพื้พญาภูมิปัญญาตะวันออก ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 10 ราย ใช้ภูมิปัญญาตะวันออกและภูมิปัญญาท้องถิ่น จากคำบอกเล่าของบุคคลใกล้ชิดและชาวบ้าน ประกอบด้วยสารพันสมุนไพร เมื่อยปวดจึงนวดหลัง รักษายาพื้นบ้าน และผลานการฝังเข็ม ดังนี้

2.2.1 สารพันสมุนไพร ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 10 ราย ใช้สมุนไพรในการรักษาควบคู่ไปกับการรักษาที่โรงพยาบาล ตามที่ได้รับคำแนะนำจากญาติ คนรู้จัก หรือบางครั้งก็ได้รับคำแนะนำจากญาติของผู้ป่วยข้างเตียง โดยรับรู้ว่าสามารถควบคุม และบรรเทาในขณะมีอาการของโรคกำเริบ ดังที่พี่หมาย พี่นุ พี่เหมือน ลุงพอม และลุงเหม ใช้สมุนไพรควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบันมาตลอด เล่าให้ฟังว่า

"อยู่มาก็หอบเหนื่อย หมอสมุนไพรมาเห็นบอกว่าจะต้มยา ยังไม่ทันต้มยาที่หอบมากเกิน ที่บ้านพาไปหาหมอที่คลินิก...ยาสมุนไพรก็กินควบกันไป แต่เอาไม่อยู่ต้องไปหาหมออีก...ในระหว่างนั้นยาสมุนไพรที่ไหนดีก็จะเอามากิน แต่ก็ไม่อยู่...ก็เอามาต้มเป็นยาผง เป็นต้นหญ้าบดเอาน้ำกิน ปริวาชาเป็นรากไม้ กาฝากต้นช่อยต้มน้ำกิน ที่ใช้มาเป็นพื้นสิ่ง ทุเรียนดองน้ำผึ้งรวง...ต้นยาเส้นคั้นเอาน้ำ...เป็นญาติ คนรู้จักคนข้างบ้าน ช่วยกันเอามาให้ น้องชายจากยะลาที่บอกให้ไปต้มยาสมุนไพร น้องไปเห็นคนหอบมาหาลิบบิกันแล้วหาย เลยเอามาให้พี่สาวด้วย...ไปหาหมอจีนสมุนไพร จับข้อมือดูบอกว่าแห้งมาลิบห่าปีแล้ว ตอนนั้นพี่แห้งลูกมาลิบห่าปีจริง ก็เลยต้มยามาสามสี่หม้อ หม้อละเวลา กินครั้งละสองสามร้อยบาท ยานี้ขมมากๆ ต้องกินกับโอวัลติน นมข้น กินได้ลิบเจ็ดวัน ปากออกเลือดเลย ยาแรงกินไปตอนนั้นพอมมาก ปากแตกหมด กินอะไรไม่ได้เลย พี่นั่งเองไม่ได้แล้วต้องมีคนคอยยกตลอด มีคนป้อนข้าวป้อนน้ำ ทำเองไม่ได้เลย ยานี้แพงหม้อละสองสามพัน หมดเงินไปแปดพันบาท แต่ว่าอาการไอดีขึ้น ไม่ค่อยไอแล้ว ไปต้มอีกสองพันบาท อาการอื่นหนักขึ้น ถึงขนาดกลืนน้ำเองไม่ได้ ญาติก็ประชุมกัน บอกว่าจะหาไปโรงพยาบาลอีก แต่พี่ไม่ยอมไปบอกว่าจะขอลองยานี้จนสุดฤทธิ์ยา จะหายหรือไม่หายขอพิสูจน์ต่อ พี่แข็งแรงจนยี่สิบสี่วัน อาการก็ยิ่งทรุดหนัก จนตัดสินใจไปอยู่โรงพยาบาล ผมผิดปกติ จนว่าไม่น่าจะรอด พี่เลยตัดสินใจไม่เอาแล้วกับยานี้ ไม่ได้ขึ้นเลย...ตอนที่ไปนอนโรงพยาบาล ญาติข้างเตียงบอกว่า ฟักเขียวไฟกินเพียงครั้งลูกก็หาย ก็เอาพี่ก็เอา เอาต้มกินกับกะปิปลาน้ำจืด กินจนหมดหลายลูกกินเป็นปี อาการหอบก็ไม่ดีขึ้น"

(พี่หมาย)

“...ต่อมา ก็พบกับผู้หญิงหอบเหมือนกัน มาบอกว่าเขาอาการแรงกว่าพี่ เขาแนะนำให้กินยาสมุนไพร ที่พี่ซื้อมา พอ กินก็จริง อาการค่อยๆคลาย พี่กินยานั้นมาประจำ ปีกว่าๆแล้ว...กินวันละเม็ด ถ้าอาการไม่มากก็ไม่กิน ถ้ามากก็ เพิ่มสองเม็ด ในฟลอยยานั้นไม่มีเขียนวิธีกิน...คือว่าถ้าไม่หอบก็ไม่จำเป็นต้องกิน...พอเริ่มเหนื่อยก็กิน ไม่เหนื่อยไม่ กิน ก็ทำอย่างนั้นมาจนบัดนี้ยังใช้อยู่...อยู่มายามดึก ไปซื้อแล้วยาหมด ยาขายดี เขาวางมาจากเมืองจีน พี่เป็นหวัด หอบต้องไปเข้าไอซียูอยู่หลายวัน กินยาโรงพยาบาลไม่หาย ตอนนั้นให้แฟนลองไปหาสมุนไพรอีก คราวนี้ซื้อมาได้ก็ เริ่มกินสมุนไพรคู่กันไป...”

(พี่นี่)

“ก็สมุนไพรเคยใช้ แรกๆก็ดี แต่ใช้นานๆไปบวมๆ เห็นหันตาเลยครับ ใช้แล้วกินข้าวได้ เพื่อนๆเป็นคนซื้อมาฝาก ให้น้องสาวเป็นพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถีไปให้เภสัชดูให้ ปรากฏว่ายาสสมุนไพรตัวนี้ผสมเพร็ดนิโซโลน ยาเพร็ดนิโซโลนนี้เมื่อก่อนเคยกินแล้วอาการหอบห่างไป อยู่ได้สองถึงสามวัน แต่ตอนหลังไม่อยู่ดื้อยา ทานแล้วขา กรรไกรกาง หน้าบวม ยาสมุนไพรนี้เป็นกลอน ทานครั้งละสองเม็ด แต่ก็ใช้เป็นระยะเวลานานเกินไป หมอบอกว่า สมุนไพรนี้ให้คุณก็จริง แต่ใช้นานแล้วต้องทำงานหนัก ผมกินแล้วอาการดีขึ้นแต่ไม่หายขาด เพื่อนผมเล่าว่ามีคน กินแล้วหายขาดตอนนั้นเคยใช้ยาต้มที่วัดชุมพร ...เป็นยาสมุนไพรพวกรากไม้ พระเป็นผู้ต้มให้ กินแทนน้ำทุกวัน อาการก็ไม่หาย...สังฆรัตน์รักษา เอามาต้มทานน้ำ แต่ที่เอามาบดคั้นเอาน้ำทานแต่ไม่หาย...”

(พี่เหมือน)

“...ยาสมุนไพร...ที่เขาทำเป็นลูกกลอนขาย...กินวันละกลอน คนอื่นเขาดีขึ้น กินแล้วเขาหาย แต่ผมหมดเป็นพันเงิน ก็ไม่หาย ลองกินสมุนไพรมาประมาณ 3 ปี ในขณะกินสมุนไพรอาการเหมือนเดิม...”

(ลุงผอม)

“...แล้วก็ยาสมุนไพร ที่เขาแนะนำให้ รู้สึกว่าดีขึ้นเหมือนกัน แต่ก็ไม่หายขาด...ใช้ยาสมุนไพรให้พอกินแล้วได้ผล เป็น ช่วงๆอีกนั้นแหละ แต่ช่วยเรื่องระบายถ่ายท้อง...ที่ยังกินสมุนไพรอยู่ก็รู้สึกสบายกินได้ นอนหลับ พอลงหอบก็หอบ นั้นแหละ...ใช้สมุนไพรผสมกันกับยาหืด(ยาฟัน)...ใช้มาประมาณสองปี...ก่อนหน้านั้นไม่เคยใช้ ได้มาจากแม่ของ เพื่อนลูกชายเขาแนะนำมา เราเป็นคนทำยา พอดีย้ายที่อยู่เขาเลยเอาตำราให้ลูกชายมาเลย (หัวเราะ) แล้วไปจ้างเขา บดยา...กินยาสมุนไพรประจำ...”

(ลุงเหม)

2.2.2 เมื่อยบวัดจึงนวดหลัง ผู้ให้ข้อมูล 6 ใน 10 ราย กล่าวถึงการนวดว่า เป็นหนึ่งใน วิธีการดูแลตนเองที่ปฏิบัติอยู่ โดยให้ความสำคัญว่านอกจากจะช่วยผ่อนคลายเส้นสายทางร่างกายแล้ว การ ได้รับสัมผัสยังทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายทางจิตใจด้วย

“...ผมเริ่มด้วยเจ็บหลัง พอหนักก็เจ็บหลัง พอเป็นหอบผมก็นึกว่าอ้อหอบแล้วเจ็บหลัง หนักหลังมากต้องให้บีบ... ผมหนักหลัง ผมเคยถามหมอ หมอบอกว่าอยู่ใกล้กับหลอดลม หนักหลังต้องให้แฟนบีบ บีบแล้วจะคลาย อาการ หอบจะลดลง การบีบนี้ได้ผล แม้ว่าไม่หายขาดแต่อาการจะลดลงหนึ่งในสามครับ ผมหนักหลังเหมือนเอกก่อนหิน มาทับ ยิ่งตอนก่อนที่ผมจะซื้อ ผมหนักหลังมาก เมื่อยมากก็หอบมากขึ้น หายใจหนักๆ ไอ แล้วก็หอบ ถ้าพอได้ บีบก็ผ่อนคลาย เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า...บีบก็ตั้งแต่เป็นหอบมากๆ ตอนเริ่มเป็นยังไม่รู้เรื่อง ที่เริ่มต้นบีบนั้น ผมเองรู้สึกเมื่อยมาก ก็เลยบอกแฟนให้ช่วยบีบให้ นี่แหละครับบีบบริเวณหลัง พอดีแฟนเขาก็รู้เส้นด้วย... บีบเอ็นคอ บีบขมับทั้งสองข้าง บีบนานจนอาการหอบทุเลาลงจึงหยุด แต่ว่ามีบีบนี้ไม่ใช่หายหอบนะครับ แต่บรรเทา

เป็นการคลายเครียด ความรู้สึกเหมือนเป็นอุปทานนะครับ จากหนักเป็นเบาคือว่ามันทำให้ผมสบายใจขึ้น มันก็คลายเครียดลงเล็กน้อย คือว่ามันหอบอยู่ที่จริงแต่มันไม่เครียด คือเวลาหอบนี้ผมจะเครียดมาก เครียดในสมอง เคียดในนมับ คือรู้สึกเกร็งกล้ามเนื้อ พอบีบช่วยจะรู้สึกกล้ามเนื้อคลาย”

(พี่เชียว)

“พอหอบก็ช่วยกันนวดก่อน นวดหลัง ไหล่เอว บีบหัว ก็ไม่รู้ว่าได้ผลแค่ไหน แต่ผมรู้สึกว่าเวลาหอบนี้ให้มีคนมาต้อง (สัมผัส) ยังดีกว่า ทำให้รู้สึกสบายกว่านั่งหอบคนเดียว แล้วก็คลายเกร็งด้วย รู้สึกหอบก็คลายลงด้วย”

(ลุงสามิต)

“ก็รู้สึกว่าจะมีแนวโน้มดีขึ้นก็ได้ผล...คล้ายๆกับการบีบไปช่วยขยายถุงลมในปอด จะเรอออกมา แล้วความแน่นจะคลายลงทีละนิด อาการหอบก็ลดลง”

(พี่เหมือน)

“แล้วต้องช่วยตามความรู้ที่ที่บ้านนะคะ คือมีคนข้างบ้านบอกว่า ให้ช่วยนวดข้างหลัง เหมือนถ้าแกหอบมากนะคะ ก็จับข้อต่อที่หลังบีบลงมาตามร่องสันหลัง...บีบต่อจนถึงนั้นเอาเลยคะ”

(ภรรยาพี่เหมือน)

“พี่จะปวดเมื่อยทั้งตัว ท่อนบนพี่จะเจ็บอก หลังหอบ ท่อนบนของพี่จะมีคนช่วยบีบ บีบหัว บีบไหล่... จะหายหรือไม่หายไม่รู้ แต่ถ้ามีคนมาบีบจะผ่อนคลาย ถ้ากำลังหอบหนัก มีคนมาช่วยบีบหลังเกิดความอบอุ่นที่หัวใจ รู้สึกว่าอาการหอบลดลง... บีบบริเวณหัวไหล่ทั้ง 2 ข้าง ไส้ลงมาถึงเอว... ตอนเริ่มหอบมากก็บีบต้นคอ ตอนเริ่มหอบปวดหัว ก็ขอช่วยบีบหัวหน่อย พอเขาบีบให้รู้สึกหอบดีขึ้น ก็เลยติดบีบ เมื่อมีอาการหอบก็จะบีบทุกครั้ง”

(พี่หมาย)

2.2.3 รักษาพยาบาลที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูล 6 ใน 10 ราย ใช้ยาพื้นบ้านในการดูแลตนเอง เพื่อรักษาโรค โดยที่ยาพื้นบ้านดังกล่าวมีหลากหลาย เช่น ไข่ไก่ น้ำส้มจาก ไก่พันธุ์หัวจุก ไล่เดือน เป็นต้น ซึ่งส่วนหนึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อขับเสมหะ ดังที่พี่เหมือน และพี่หมาย เล่าให้ฟังว่า

“...พูดถึงยาบ้านนี้ผมก็ลองมาเยอะแล้ว ทานแล้วไม่หาย มีไข่ไก่ น้ำส้มจาก เบี้ยจ๊กจั่นคองน้ำส้มสายชูเท่าอายุ หายไปสักพักแต่ไม่หายขาด ขันทองแดง ขันทองเหลืองแต่เปลี่ยนกลับปะรดไว้ 1 คิน มาทานก็ไม่หาย ทานแล้วอาเจียนทั้งวันเลย มันกัดคัน ทานแล้วเหม็นสนิมเลยอาเจียน...รังนกนางแอ่น ไล่เดือนก็เคยทาน เอามาตุ๋นกับหัวใจหมู เป็นยาชุดจีน เอาเนื้อไปเขานกับรังมดแดง ให้น้ำเยียวมดแดงใส่เนื้อ แล้วเอาคั่วกับเครื่องรา เยียวมดแดงเป็นกรดจะช่วยกัดเสมหะ...กาตำเอามาอย่างกินก็ไม่หาย...มีน้ำมาบดให้ผงครับผม...ตัวบั้งก็เอามาเผาแล้วละลายน้ำผึ้งคางคกมาอย่างบดทั้งตัว...”

(พี่เหมือน)

“มีครั้งหนึ่ง มีคนเอาไก่หัวจุกมาให้แกงกินกับเครื่องแกงเผ็ด กินทั้งตัว ตัวใหญ่ ไก่พันธุ์หัวจุก เราบอกว่ากินแล้วหายหอบ แต่ไม่หายหอบ...ยาบ้าน ตับม้า กินมาหมดแล้ว”

(พี่หมาย)

2.2.4 ผลานการฝังเข็ม แม้ว่าจะไม่มั่นใจในวิธีการใหม่ที่ตัดสิ้นใจรักษา แต่ผู้ให้ข้อมูลก็เลือกที่จะทดลองรักษาเนื่องจากยังมีความหวังว่าจะหายจากโรคได้ นับเป็นความพยายามในการแสวงหารักษาของผู้ให้ข้อมูลที่ยังคงอยู่ แม้ว่าจะมีความหวังอย่างน้อยนิดเพียงไรก็ตาม ดังที่พี่หมายสาธยาย ความทนยอมฝังเข็มร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่นของตนว่า

"...พี่เคยฝังเข็มด้วย เข็มเล็กๆมาจิ้มหน้ายาแล้วจิ้มหลัง พี่ทนฝังเข็มอยู่หนึ่งเดือน...เพื่อหาย ไม่ได้มันใจอะไร ยอมทำหนึ่งเดือนทำหลงทอเพลงก็ยอมทำ บางครั้งกลับมาบ้าน หมอนัดไปฝังเข็มก็ไปทำ ทำไปทอไปไม่ได้ผลเหมือนกัน ทำจนหมดฤทธิ์ทุกอย่าง..."

(พี่หมาย)

3. ปรับสภาพจิต

เป็นกลวิธีในการดูแลตนเองด้านจิตและจิตวิญญาณ ที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธา โดยเฉพาะการใช้แนวทางทางศาสนา เพื่อปรับสภาพจิตใจให้สามารถเผชิญกับภาวะของโรคที่ทุกข์ทรมานจากภาวะเหนื่อยหอบที่เรื้อรังใน 2 ลักษณะ คือ ยึดจิตเหนียวใจ และปรับจิตปล่อยใจ ดังนี้

3.1 ยึดจิตเหนียวใจ ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 10 ราย ใช้ศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เป็นที่พึ่งยามเมื่อมีอาการของโรคกำเริบ ตามพื้นฐานความเชื่อและความศรัทธาที่มีมาแต่เดิม โดยการวอนขอต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ดังที่พี่หมายซึ่งนับถือศาสนาอิสลาม เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นความทุกข์หรือความสุข ก็จะยึดมั่นในพระเจ้าที่เป็นเจ้าที่ตนเองศรัทธา ทำให้จิตใจรู้สึกดีขึ้น ลุงเหมมจะละหมาดทุกวันและเชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างในโลกอยู่นอกเหนือการควบคุมของมนุษย์ พระเจ้าเท่านั้นที่ควบคุมทุกสิ่งทุกอย่างทำให้ลดความกังวลและไม่สบายใจได้ ลุงสามิตและลุงผอมก็เข้าร่วมงานแห่งกาสาพัทธ ซึ่งในขณะที่ลุงผอมบวชพระอาการของโรคไม่กำเริบเลย ส่วนลุงสามิตบวชพระตามที่ได้บ่นานเอาไว้ว่าให้หายจากโรค ส่วนพี่เหมือนใช้การสะเดาะเคราะห์ โดยมีความเชื่อว่าโรคเกิดจากเคราะห์กรรม จึงให้การสะเดาะเคราะห์เพื่อให้หายจากโรค เป็นแรงใจ ทำแล้วสบายใจ และพี่นี่ถือศีลกินเจแล้วอาการของโรคไม่กำเริบ ดังนี้

"ถ้าหอบมาก...สวดมนต์ชาดเป็นท่อนๆ ในใจนี่อะไรไปออก...ก็คนแขก(มุสลิม)เราทุกคน ทุกสิ่งทุกอย่างนี่ถึงอัลเลาะห์ก่อน เจ็บหนักก็ถึงอัลเลาะห์ ดีใจมากก็นึกถึงอัลเลาะห์ คนแขกคนอิสลามเรานึกถึงอัลเลาะห์ ขอแต่อัลเลาะห์ ขอให้หายจากหอบ ขอแต่อัลเลาะห์เท่านั้น ไม่รู้จะขอใครถ้าไม่ขออัลเลาะห์...พอนึกถึงอัลเลาะห์ หัวใจของเราดีขึ้น เออ! เรายังนึกถึงอัลเลาะห์ได้ เรายังไม่ลืมอัลเลาะห์ ขอจากอัลเลาะห์ อย่างไม่ก็ขออย่าให้ลืมอัลเลาะห์ ขอให้ได้มุจาบ(กล่าวคำยอมรับไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลเลาะห์)อยู่อย่างนั้น ถึงแม้ว่าจะตายก็ขอให้ตายไปกับคำมุจาบนั้น ถึงแม้ว่าตอนนั้น มุจาบได้สักท่อนก็ยังดี"

(พี่หมาย)

"ก็คือว่า ใช้วิธีคิดว่าเหตุการณ์มันจะเกิด มันก็เกิด ไม่มีจะทำอย่างไรได้...รู้สึกว่าการกังวลไม่สบายใจก็ลดลง...ก็เชื่อเรื่องศาสนา พระเจ้าเป็นเจ้าของเราควบคุมเหตุการณ์ไว้ทุกอย่าง มีสิ่งควบคุมอีกที่เราคุมเองไม่ได้...อิสลามที่

เครื่องศาสนาเชื่อบ้างที่ทุกคน...ก็ทุกวัน ลูกขึ้นตอนหัวรุ่ง สวดมนต์(สวดมนต์ตามแบบศาสนาอิสลาม)... ก็สบายใจได้ ไม่นั่งหมกมุ่นจนโรคกำเริบอีก"

(ลุงเหม)

"มีเรื่องใจไปหาพระมิ่ง คราวที่แล้วมานอนโรงพยาบาล 21 วัน บนว่าให้หายแล้วจะไปบวช ลูกๆบนให้บวชพอหายแล้วบวช 9 วัน ในระหว่างบวชไม่หอบ จากนั้นไม่หอบไป 7-8 เดือน..."

(ลุงสามิต)

"ตอนนอนโรงพยาบาล เขาว่าการเป็นโรคเป็นเคราะห์ หัวสายน้ำเกลือมาสะเดาะเคราะห์ก็เอา พอทำแล้วอาการยังเหมือนเดิม แต่ช่วยเรื่องสบายใจ...คือเชื่อว่ามิเคราะห์ พอไปสะเดาะเคราะห์แล้วก็หายโรคไปด้วย เกี่ยวข้องกันอย่างนั้นคือความเชื่อเป็นแรงใจ..."

(พี่เหมื่อน)

"ผมนับถือศาสนาพุทธ ผมนั่งกรรมฐาน นั่งภาวนา ผมนั่งสมาธิ อย่างนี้(ลุงผมมทำท่านั่งขัดสมาธิให้ดู โดยมีวางบนตักแล้วหลับตา) ไม่พูดกับใครปิดตาแล้วว่า พุทโธ จนล้มตัวลงแล้วหลับไปเลย...ผมนั่งกรรมฐานทุกครั้งที่ไม่โท...โรคจะกำเริบก็ละลายหายไปบ้าง แต่ก็ไม่หมดหรือความโลภของเรา เวรกรรมของเราไม่หมด แต่ค่อยคลาย ทางพระว่าหัวใจรุ่งร้อนไม่ได้ ผมว่าจริงตามพระว่า...วันก่อนผมบวชตอนฉลอง 50 ปีในหลวง ผมหายหอบไปเลย เป็นปีผมไม่มาโรงพยาบาล ผมบวชเลยไม่พูดหวัดกับใคร ผมบวชพระพรหมภาวๆ พอครบพรรษาผมบวชต่อ จะได้ไม่รำคาญใจกับปัญหาทางบ้าน ในระหว่างบวชผมไม่หอบเลย เพราะวันๆยืนภาวนา ฉันทะก็เข้าห้องสวดมนต์ อ่านหนังสือต่อ ไม่ได้ยุ่งกับใคร ไม่ได้พูดกับใคร ไม่ได้รบกับใคร เขาแต่ทางธรรมะ ผมจึงอยู่ได้ไม่หอบ ผมจึงบอกลูกหมอ(ผู้วิจัย)ผมอยากบวช โรคผมจะได้ไม่หอบ...จนบัดนี้ผมอยากบวชอีกเพื่อตัดปัญหาทางบ้าน..."

(ลุงผมม)

"เมื่อก่อนที่กินเจอยู่สามเดือน แล้วไม่เป็นหอบเลย ในใจนี้ก็ว่าอยากจะกินเจอีก เพราะว่าร่ากายเราสบาย เราปฏิบัติธรรมไหว้พระทุกวัน ร่ากายเราสมบูรณ์ ไม่เจ็บไม่ไข้ ไม่หอบ พี่กินเจสามเดือน ที่สวดมนต์ ไหว้พระทุกคืน พี่กินเจที่บ้าน กินแต่ผัก นม ไข่ก็ไม่เอา ปฏิบัติได้สองเดือน ช่วงนั้นน้ำหนักขึ้น...ตอนเริ่มพี่ไม่สบายใจเรื่องลูกสาวจะถูกออกจากงาน ตอนนี้ยังทนงานยาก พี่จึงไปบนกับพรหมสี่หน้าว่าถ้าลูกสาวไม่ออกจากงาน จะกินเจสามเดือน ในระหว่างนั้นร่างกายเราสมบูรณ์ ไปไหนก็คล่อง ทำอะไรก็สบาย เราปฏิบัติไหว้พระทุกคืน พอออกจากเจกลับไม่ค่อยได้สวดมนต์ ไปไหนไปนี่ ร่างกายจึงไม่สมบูรณ์ เจ็บไข้บ้าง หอบบ้างมาตามหา รุมกัน...พี่กินเจแล้วร่างกายสบาย ไม่หอบที่พี่กินเจให้ผลต่อโรคหอบอีก จะได้สวดมนต์ตามเวลา เป็นการบังคับตัวเองไปในตัว นี่เดือนหน้าที่จะกินเจอีกครั้ง คราวนี้จะกินสักเดือน เพื่อโรคของเราจะได้ไม่กำเริบอีก...พี่ตั้งใจว่าจะกินเจตลอดชีวิต ทำให้ร่างกายสบายไม่หอบ จิตใจก็ดีไม่คิดมาก ถ้าว่าใครไม่เชื่ออยากให้ลองปฏิบัติสักเดือนดู แล้วจะรู้เหมือนที่พี่ว่าอยากให้หมอไม่ช่วยวิจัยว่า กินเจแล้วทำไม่รักษาโรคหอบได้ ไม่เป็นจริงสามเดือนไม่หอบเลย ขนาดโดนฝนหัวเปียกก็ยังไม่เป็นอะไร ไม่หอบ ถ้าเรากินเจแล้วนั่งสมาธิ ถ้าให้ตัววันพระเรารับศีลกัน คล้ายกับว่าของโลกภายนอกเราตัดไปหมด เอาธรรมะเข้าใจ ร่างกายเราก็สบาย เราไม่ได้คิดอะไร ถ้าเราไม่ถือศีลกินเจ คิดมาก เมื่อไหร่จะมีเงินเมื่อไรลูกจะสบาย คิดมากไปหลายประการ จิตวุ่น จิตเซว ไม่ตั้ง โรคก็ตามมา ปวดหัวเป็นหอบ แต่พอกินเจจะไม่คิดอะไร ใจตั้งจะปฏิบัติตามวิธีของกินเจ ต้องสวดมนต์ไหว้พระสามเดือนที่ผ่านมา พี่ยาที่ไม่กินเลย แล้วก็ไม่ได้หอบเลย ไข่ก็ไม่ไข่"

(พี่ณี)

3.2 ปรับจิต ปล่อยใจ เป็นการปรับสภาพจิตใจด้วยการทำให้สบาย ผ่อนคลายความเครียด โดยการปรับจิต คิดทางบวก และปลดคน ปล่อยใจ

3.2.1 ปรับจิต คิดทางบวก ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 10 ราย คิดแต่ในสิ่งที่ดี ไม่คิดสิ่งที่ไม่ดี คิดแต่ในสิ่งที่อยากคิด ทำให้สบายใจ บางครั้งบุตรเป็นผู้กระตุ้นให้คิด กลุ่มนี้มีลูกหมေးชายชราที่ชอบคิดแต่สิ่งที่ดี พี่เหมือน พี่หมาย และพี่อ่อน ได้เล่าไว้ว่า

"การคิดก็คิดแต่ของดีๆ ของชั่วไม่คิดเลย ของไม่สบายใจอาจมีแต่ตัดให้หัน...ยังปฏิบัติอยู่ก็เกิดความสบายใจ"

(ลุงใหม่)

"คือ หลักใหญ่ก็คือ คิดไปในทางที่ดีให้หมด... คิดกว่าเป็นแค่นี้ก็ดี ดีกว่าเป็นมากกว่านี้"

(พี่เหมือน)

"ลูกปลอบว่า คนเรา พระเจ้าให้หมดจดเงิน(ใช้จ่าย)กับเจ็บไข้ เราก็ต้องยอมรับ บางคนก็หมดกับลูกคิดง ติดยา จะยิ่งนำเสียใจมากกว่านี้ พระเจ้าให้เราอย่างนี้ เราต้องรับ"

(พี่หมาย)

"บางครั้งเหมือนพี่(ชื่อสาม)ไปสังสรรค์ดีๆไม่กลับง่าย เราก็เป็นห่วงกังวล ก็จะเครียดปวดหัว ก็เลยฆ่าช่างเดอะเดี่ยวก็กลับมา ก็สบายใจขึ้น ถ้าปล่อยให้เครียด หรือปวดหัวมากๆ จะทำให้โรคกำเริบ หอบได้"

(พี่อ่อน)

3.2.2 ปลอดคน ปล่อยใจ ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 10 ราย หลีกเลี้ยงไม่อยู่ในเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด โดยการอยู่คนเดียว เพื่อปล่อยจิตใจให้สบาย เป็นการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางสังคม นับเป็นการแยกตัวจากสังคม ไม่เข้าไปใกล้คนที่ทำให้ไม่สบายใจ ปรับการเข้าสังคมเพื่อความสบายใจ สืบเนื่องจากการพูดคุยกับบุคคลอื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าบุคคลอื่นไม่สามารถเข้าใจภาวะที่ตนเองเป็นอยู่ ทำให้เกิดความไม่สบายใจที่จะรับฟังคำแนะนำ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังแยกตัวเองออกจากสิ่งแวดล้อมเดิม แยกตัวออกจากสังคมโดยการเปลี่ยนสถานที่ ดังที่ผู้ให้ข้อมูล พี่เหมือน พี่หมาย และน้ำสายฝนเล่าว่า

"คือ นั่งคนเดียว ไม่ต้องคิดอะไรมาก ปล่อยอารมณ์เราไป ตามใจเราไป คือไม่ใช่ปล่อยให้ขาดฝั่ง แต่ปล่อยๆ สบายๆ ไม่มีคนมาพูดเข้าหู คือคนหอบที่กำลังหอบ ถ้ามีใครมารบกวนมาพูดเข้าหูก็จะไม่สบายใจ แต่ถ้าได้นั่งคนเดียว ปล่อยใจสบายๆ ก็จะค่อยๆ เบาลงครับ"

(พี่เหมือน)

"หอนี้...ถ้ายังมีแรงอยู่หรือแรงยังดีอยู่ ก็เดินดีกว่านั่ง ได้เดินออกไปจากที่เดิม อารมณ์ดีขึ้นสักนิด ถ้าเรานั่งแต่ที่เดิมเราจะเบื่อบ้าง จะเซ็ง พี่ถามหมอว่าออกไปเดินได้มั๊ย หมอบอกว่าได้ถ้าไม่เหนื่อย ถ้าเราไปเดินให้สบายใจ อาการหอบก็ดีขึ้น ถ้าเราปล่อยให้เซ็งให้เบื่อบ้าง มันก็จะค่อยๆ แน่นขึ้น หอบเป็นมากขึ้น ถ้าเราไม่สบายใจอาการหอบก็จะกำเริบขึ้น...อยู่ให้สบายใจ กับคนที่ทำให้ไม่สบายใจ เราอย่าเข้าไปใกล้ดีกว่า พอไม่สบายใจก็หอบเหนื่อยได้ อ้อ...แบบว่าอยู่ในโรงพยาบาล พอดูดออกซิเจนแล้ว แต่อาการครอกแรกไม่เคยยังมี ถ้าเราเดินไหว เดินดีกว่านั่งเพราะถ้านั่งก็คุยกับคนข้างเตียงเรื่องเดิมๆ เรื่องหอบ เรื่องไม่สนุกในหัวใจ ก็เลยเดินออกไปนั่งใต้ต้นไม้ แยกตัวออกไปเลย จะได้สบายใจกว่านั่งหมกมุ่นอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม...แล้วถ้าอยู่บ้านก็หาที่สงบเงียบไปนั่ง ขอบที่เงียบ คนนั่งมากๆ ไม่ชอบไป ชอบนั่งคนเดียวให้สบายใจ ชอบนั่งกับลูกที่ดูใจ ชอบนั่งในครอบครัวเอง (ไม่

ชอบนั่งบ้านคนเดียว เมื่อก่อนก็ไม่ชอบแต่ยิ่งเห็นหอบยิ่งไม่ชอบมากขึ้น ยิ่งตอนหอบไม่ชอบอยู่ในหมู่คนอื่นเลย พอหายหอบจะชอบนั่งคนเดียวในที่เงียบๆ พอไปนั่งคนเดียวรู้สึกหัวใจปลอดโปร่ง ถ้าไปนั่งกับชาวบ้านแต่ละคนก็จะพูด หอบนี้ทำแบบนี้แบบนี้ หอบนี้ทำแบบนี้ดี ไม่ใช่ตัวเราเองนี่ เราจะรู้ได้อย่างไรทำแบบนี้ดี นี่ตัวของเรา เรารู้ว่าทำแบบนี้ดี บางคนหาไม่ใช่ เห็นเขาทำอย่างโน้นดี เราฟังแล้วใจไม่ดี ไม่สบายใจ เขาพูดไม่ใช่ตัวของเรา แล้วทำไมเขาต้องมาขัดใจเรา เราตัวของเราเองเรารู้ดีกว่าเขา บางคนบอกว่าวิ่งเถอะแล้วจะหาย ถ้าหอบแล้วยิ่งนั่งยิ่งหนัก แต่เรารู้ว่าเราไม่เป็นเช่นนั้น เราหอบแล้วต้องนั่ง วิ่งไม่ไหวหรือตอนนั้น...เราก็ไปพักผ่อนในที่เงียบๆ ไปนั่งเล่น ไปนอนเล่น อย่าให้คนนอกบ้านมาจู้จี้จกกับเรา เราชอบอยู่คนเดียว บางครั้งคนในบ้านลูกๆก็ไม่อยากเข้าใกล้ เช่นพี่ไปนอนเปลใต้ต้นไม้ ที่บ้านจะไม่คิดถึง...อยากอยู่คนเดียว ไม่ยุ่งหัวใจ อยู่คนเดียว คิดเพลินๆ ให้นั่งไปนั่งริมทะเลคนเดียว มองทะเลเพลินๆ คิดอะไรเรื่อยเปื่อย บ้านอยู่ริมทะเลก็ทำได้ บางทีก็ไปนั่งริมนาทุ่งหลังบ้าน"

(ที่หมาย)

"ไปนั่งคนเดียว อย่าไปสงสัยกับใคร เพื่อจะได้สบายใจ ถ้าพูดกับเขาเขาก็แน่นขึ้นเรื่อย ทำแบบนี้แล้วดีขึ้น ลองทำมาแล้ว...ถ้านั่งในกลุ่มเพื่อนก็ยิ่งเหนื่อยมาก เพราะคนโน้นพูด คนนี้พูด เราต้องแยกตัวออกมาเพื่อความสบายใจของเรา...เมื่อหน้ายากต้องวิ่งกลับบ้าน นั่งสักพอใจดีขึ้น ก็ค่อยกลับเข้าวงคุยต่อ..."

(นำสายฝน)

4. สิ่งสมวิธีที่การด้วยตนเอง

ความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ยาวนาน และอาการของโรคกำเริบอย่างมีอาจควบคุมได้ ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะเก็บเกี่ยวประสบการณ์การอยู่ร่วมกับโรค โดยการหาวิธีการการอยู่ร่วมกับโรคเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยหอบขณะนั้น ซึ่งเกิดเป็นวิธีการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยสะสม ทดลองกระทำและรับรู้ว่าจะสามารถบรรเทาอาการเหนื่อยหอบได้ จึงใช้วิธีการดังกล่าวในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมและบรรเทาอาการใน 2 ลักษณะคือ ผีกการหายใจและพลิกซ้าย ตะแคงขวา หากเหมาะสม ดังนี้

4.1 ผีกการหายใจ ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ จะกระสับกระส่าย รู้สึกหายใจเข้าไม่พอ จึงพยายามหาวิธีบรรเทาอาการ โดยการหายใจเข้ายาวๆ จะทำให้หายใจโล่งขึ้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูล 8 ใน 10 ราย เรียนรู้วิธีการดังกล่าวด้วยตนเอง และปฏิบัติต่อเนื่องเมื่อประเมินว่าวิธีการดังกล่าวได้ผลสามารถบรรเทาอาการเหนื่อยหอบได้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า

"ก็มี มีหืด (สุด) คือหืดนานๆ แล้วเราได้ยืดตัว จะรู้สึกโปร่งสักนิด คือ หืดนี้ ได้หายใจยาวๆ คือ ตอนนั้น หายกระสับกระส่ายสักนิด แต่ถ้าตอนกระสับกระส่ายก็ไม่มีช่วงจังหวะ เพราะเราหายใจเข้าไม่ได้ มีแต่หายใจออก ตอนกระสับกระส่ายนั้น ที่เป็นอย่างนั้นเพราะเราหายใจเข้าได้ครั้งเดียว มันออกเสียก่อน เราอยากจะหายใจเข้า เราก็ทูน (เคลื่อนไหว) ตอนนั้นเพื่อหายใจเข้าบ้าง อย่านำหายใจออกเสียหมด หากเข้านิด เข้าออก คนหอบก็พยายามที่จะหายใจเข้าให้ตลอด คือ ถ้าหายใจเข้าได้ตลอดก็ดี พอได้หายใจบ้าง เราก็พยายามสูดหายใจเข้า ตอนนั้นเมื่กำลังอยู่เท่าไรก็สูดหายใจเข้า... คือ เราอยากได้อากาศหายใจเข้า เราก็พยายามสูดเข้าเอาไว้ ดีกว่าปล่อยลมออกไปหมด หายใจให้ยืดเข้าไว้ จะหายใจโปร่งขึ้น...ก็เริ่มทำเมื่อเริ่มหอบ คนหอบที่จะลองทำดู ลองหาวิธีการว่า อะไรที่จะช่วย หายหอบได้ก็จะลองทำดู พยายามทำดู ลองผีกของเราเอง ลองดู พอได้ผลก็ทำอีก พอหายใจยืดๆ ไว้ ก็หายใจ

ไปร้องขึ้น เราก็ลองของเราเอง ทางหอมเขาไม่ได้มาสอนพี่โดยตรง พี่เห็นหอมพยายามเขาสอนแต่ยั้งๆ พี่ก็ทำอีก พอทำก็ได้ผล หายใจไปร้องขึ้นทุกที

(พี่หมาย)

"... ครั้งแรกผมจะฝึกของเราก่อน จากการเรียนรู้ โดยการหายใจยาวๆ สูดหายใจเข้าเต็มปอดก็จะช่วยเราได้ ... คือ หลายนๆ คนก็แนะนำ แล้วลองดูด้วย คือ แบบนี้ครับ พอหอบจะหายใจออก 80 แต่หายใจเข้า 20 เราก็พยายาม หายใจเข้าให้เต็มปอด คือ พอหอบหายใจเข้าแค่ 20 เปอร์เซ็นต์ ไม่เต็มที่ ถ้า 50 /50 พอถูกใจ จึงพยายามหายใจเข้ามากที่สุด เพื่อให้ความหอบมันทุเลาลง จากหายใจเข้าปอดมากๆ ... ผมฝึกของผมเอง หายใจยาวลองดู พอเป็น มากู้ตัวว่าหายใจเข้า 20 หายใจออก 80 ก็พยายามหายใจยาวๆ หายใจเข้ามากๆ ก็เราก็ฝึกเองอยู่แล้ว มีครั้งหนึ่ง หัวหน้าตึกเคยมาแนะนำการหายใจที่ถูกวิธีให้ คือ ที่ฝึกไว้อาจไม่ถูกวิธี หายใจเข้าลึก ๆ แล้วกลั้นเอาไว้ ปล่อยหายใจ ออกทางปาก อย่าออกทางจมูกจนลมออกหมด ตอนนั้นผมก็ทำครับ ตอนหนึ่งทำงาน ถ้าวาง เพราะไม่ต้องใช้อุปกรณ์ ะไร หรือตอนนั่งดูทีวี ก่อนนี้ก็ทำ แต่อาจไม่ถูกวิธี ไม่ได้หายใจออกทางปาก... ที่ใช้การฝึกการหายใจก่อนเป็น เพราะ ผมมีความคิดว่าธรรมชาติ คงจะดีกว่าใช้ยาช่วย... จากประสบการณ์ของตัวเองที่เคยทดลองทำดู แล้วคิดว่า เมื่อเราทำสม่ำเสมอ ดีกว่าจะใช้ยาตลอด ที่ผ่านมาแม้ว่าจะไม่ทำสม่ำเสมอ พี่ก็พยายามอยู่เรื่อย แม้จะทำเองวิธีการ อาจขาดตกบกพร่องบ้างก็ตาม... ก็เริ่มฝึกการหายใจตั้งแต่เริ่มเป็นหนักในช่วงหลัง มีอาการหอบมากขึ้น ก็เริ่มหาวิธีการด้วยตัวเอง ที่จะลดอาการหอบลง"

(พี่เหมือน)

4.2 พลิกซ้ายตะแคงขวา ท่าที่เหมาะสม ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 10 ราย แสวงวิธีการช่วยตนเอง โดยเฉพาะขณะมีอาการเหนื่อยหอบด้วยการจัดท่า เช่น นั่งพิงหมอน หรือ นอนตะแคง ศีรษะสูง ไม่นอนหงาย ป้องกันการสำลักน้ำลาย ทำให้โรคกำเริบได้ เป็นการเรียนรู้ด้วยตัวเองจากการเก็บเกี่ยว ประสบการณ์ที่อยู่ร่วมกับโรคมานาน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า

"...นอนต้องมีท่าของมัน คือ ต้องระวังน้ำลายสำลักเข้าคอถ้านอนหงาย หอบได้ง่าย ต้องนอนตะแคง ขวาก็ได้ ซ้ายก็ได้ นอนหงายน้ำลายไหลลงคอ เมื่อก่อนนอนหงายได้สบายดี ตอนนี้นอนตะแคงอย่างเดียว...ไม่นอนหงาย นอนตะแคงน้ำลายจะไม่เข้าคอ ไฉไล ไฉลัด...ก็พี่ก็นอนตะแคง นอนหัวสูงหนุนหมอนสักสามลูก ไม่นอน หงาย นอนหงายแล้วน้ำลายเข้าคอ พาไปหอบได้อีกเหมือนกัน"

(พี่หมาย)

"พอหอบผมต้องนั่ง นอนไม่ได้ ต้องให้หัวสูงประมาณ 45 องศา ต้องจับทำนี้ (ท่าทำให้อู โดยยกแขนทั้ง 2 ข้างขึ้น ในท่าจับราว)... เมื่อก่อนท่าแบบนี้ทุกครั้งที่เป็นครับ "

(พี่เหมือน)

"นั่งพิงหมอน เพราะนอนแล้วยิ่งแน่นมาก นั่งดีกว่านอน นั่งเอาหมอนอัดให้สูง... ที่ว่านั่งดีกว่าในลักษณะการหายใจ หายใจได้คล่องกว่านอน... ช่วงที่เริ่มหอบใหม่ๆ พี่จะนอนไม่ได้ พี่ (ชื่อสามี) ก็ว่าจะเอาเตียงยัดลึบ แล้วช่วยกันหา ว่าจะอยู่ที่ไหนดี แล้วก็มาตกลงที่นั่งพิงหมอน คือ ช่วยกันหาวิธีจนเรียนรู้ว่าจะเอาอย่างนี้"

(พี่อ้อม)

5. ขอความช่วยเหลือ เมื่อช่วยตัวเองไม่ได้

โดยการขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว บุตร ภรรยา ตลอดจนบุคคลที่ตนเองให้ความเชื่อถือ ดังเช่น แพทย์ผู้ให้การรักษา เนื่องจากรับรู้ว่าจะไม่สามารถช่วยตนเองได้แล้ว โดยเฉพาะขณะมีอาการเหนื่อยหอบ ซึ่งผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 10 ราย เล่าว่า

“ขอความช่วยเหลือจากลูกเมีย ช่วยพาไปโรงพยาบาลที่...นั่งหอบถ้าลูกเห็นก็วิ่งมือ เรียกให้มาช่วยทบทหลัง... ผมบอกลูกว่าพ่อไม่ไหวแล้ว พ่อต้องรักษาตัวแล้ว ลูกต้องพาพ่อเข้าโรงพยาบาล...ตอนนี้ต้องการให้ลูกช่วยแล้ว... ลูกหรือเมียช่วยกัน ลูกกำลังกินข้าวก็ต้องหยุด ผมบอกต้องทบทหลังให้พ่อก่อน...ความสุขของผมคือ หมอต้องช่วยผม...พอมหอบหนักโรงพยาบาล ช่วยเหลือผมได้...”

(ลุงหอม)

“ขอความช่วยเหลือจากเขา จากลูก จากเมีย ส่วนใหญ่ให้เขาช่วยบีบ เอาพัดลมมาช่วยพัด ขอช่วยทำโน่นทำนี่ให้ช่วยเอาน้ำให้ที่ เอายาให้ที่ แล้วขอช่วยพาไปโรงพยาบาล ถึงโรงพยาบาล หมอพยาบาลช่วยคิดยา ให้กินยา ให้หมอช่วยรักษา...”

(ลุงหอม)

ปัจจัยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยส่งเสริมจะเป็นแรงผลักดันหรือกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มต้นปฏิบัติ คงไว้ และสืบต่อซึ่งการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดไป และสามารถดูแลตนเองได้สะดวกขึ้น โดยมี 3 ลักษณะ คือ 1) แรงกายแรงจิตจากมวลมิตรและคนซิดใกล้ 2) พลังหวัง เมื่อหาย และ 3) ถึงตายแน่ถ้าไม่แก้ไข ดังนี้

1. แรงกายแรงจิตจากมวลมิตรและคนซิดใกล้

เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ช่วยเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถดูแลตนเองได้ ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว กัลยาณมิตร สวัสดิการทางสังคม และบุคลากรที่มสุภาพ ดังนี้

1.1 บุคคลในครอบครัว นับเป็นแรงสนับสนุนจากครอบครัว โดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ที่มีความสำคัญต่อความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ทั้งสามีและบุตร คอยดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือในการปฏิบัติภารกิจประจำวันเมื่ออาการเหนื่อยหอบ จนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สิ่งสำคัญคือคอยปลอบโยนเป็นกำลังใจ เข้าใจและยอมรับภาวะโรคที่เกิดขึ้น รวมถึงการคอยดูแลยามต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล จนผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้รับความเข้าใจ นอกจากนี้ยังมีญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือด้านการเงินอำนวยความสะดวกในการแสวงหาการรักษา และปลอบโยนเป็นกำลังใจ ตลอดจนกระตุ้นให้รักษาต่อไป ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 10 ราย โดยเฉพาะพี่หมวยซึ่งมีสามีและลูกจำนวน 6 คน มีพี่สาวและน้องชาย กล่าวถึงความช่วยเหลือที่ได้รับจากครอบครัวและญาติพี่น้องว่า

“ถ้าเป็นไม่มากคือหอบไม่มากไม่ถึงขั้นต้องไปโรงพยาบาล ก็ได้ลูกมาพูดปลอบใจว่าแม่จะหอบอีกหรือ จะเอายาให้กิน ถามว่าแม่จะไปโรงพยาบาลมั๊ย ลูกๆพอเห็นหน้าไม่ดีก็จะมาพูดเอาใจเรา แม่จะกินนั้นกินนี่มั๊ย หรือแม่ไปพักผ่อนให้สบายใจเถอะ พอบางทีก็อาการดีขึ้น กินยากินอะไรก็หายไม่ต้องถึงขั้นต้องไปโรงพยาบาลก็มี...ตอนแรกที่เริ่ม...ที่บ้านพาไปหาหมอที่คลินิก...ที่บ้านก็เป็นพี่สาว เพราะสามีไปตั้งยาสมุนไพรรักษา เพื่ออยู่กับพี่สาว หอบมากขึ้น พี่สาวเลยพาไปหาหมอที่คลินิก...ลูกๆ...พี่ๆ...น้องๆ ช่วยดูแลร่างกาย หนีผมให้ บือนข้าวให้ แล้วบอกว่าอยู่ให้สบายใจเถอะ พี่ๆน้องๆช่วยกัน ส่วนคนดีที่สุดคือแฟน ตั้งแต่เป็นหวัด ใช้พัดลมไม่ได้ต้องพัดวีให้เอาใจ อาบน้ำ ซักผ้า ทำทุกอย่างให้ พี่จะปวดเมื่อยทั้งตัวโดยเฉพาะส่วนล่าง เป็นตอนหอบนี่ละ ท่อนบนที่จะเจ็บอกหลังจากหอบ ท่อนบนของพี่จะมีคนคอยช่วยบีบ บีบหัว บีบไหล่ ลูกก็จะช่วยบีบประจำ...ถ้ามีอาการหนัก สามีก็เฝ้าเอง ช่วยกัน ครอบครัวยุติ ดีมาก แม้ว่าเจ็บหนัก จน แต่ลูกที่แต่ละคนดูแลอย่างดี พุดจาไม่เคยหยาย ซักผ้าซักผ้าเย็บเย็บ ทำได้ทุกคนเลย...พี่อยากทำอะไรก็ได้ ที่บ้านเขาตามใจ ให้ทำอะไรก็ได้ให้สบายใจ อยู่อย่างไรก็ได้ให้สบายใจก็อยู่ไป ที่บ้านไม่ขัดข้อง อยากกินอะไร บอกได้จะหามาให้ ทุกคนช่วยเหลือ...แฟนช่วยทุกอย่าง แล้วพี่น้อง ลูกๆอีก ช่วยได้มาก...น้องชายจากยะลา ก็บอกให้ไปตั้งยาสมุนไพรรักษา น้องไปเห็นคนหอบมา 50 ปีกินแล้วหาย เลยเอามาให้พี่สาวด้วย พารมหารบพี่...ต้องการจะอาบน้ำร้อน ลูกก็ต้มให้ จะนอนจะพักผ่อน ลูกก็ดูแลเต็มที่ จะไม่รบกวนเลย ถ้าที่นอนหลับจะไม่ปลุกหรือส่งเสียงดัง ลูกคนโตที่รู้เรื่องก็คอยห้ามน้องว่าแม่นอนอยู่ อย่าดังเดี๋ยวแม่จะตื่น ตรงนี้เป็นความสบายใจของเรา หมอเคยบอกว่าอยู่อย่าให้เครียดให้สบายใจ แล้วถามว่าคนที่บ้านดีมั๊ย พี่ว่าดี...ผ้าดีนั้นสองราวเต็มหมด ลูกสาวก็จะช่วยซักผ้าให้ ตอนเช้าเต็มราวหมด...ก็เขาช่วยกันนุ่งผ้าให้ พวกลูกๆ ที่เฝ้านี้แหละ...”

(พี่หมาย)

“ก็มี เลียงพวกไม่ยอมกวาดบ้าน ถ้าอย่างนี้ก็เอาผ้าชุบน้ำถูบ หรือใช้เครื่องดูดฝุ่น พี่เอง มีพี่(ชื่อสามี) คอยช่วยทำแทนให้ คือพี่(ชื่อสามี)เขาเข้าใจ ถ้าเห็นพี่จะทำงานพวกนี้ เขาจะบอกว่าไป ไป ไม่ต้องทำ... ตอนที่พี่หอบใครมาถูกตัวไม่ได้ แคใครเอามือมาถูก ก็รู้สึกหนัก เหมือนมีอะไรมากดทับ เป็นมานานจนพี่(ชื่อสามี)รู้ดีพอที่หอบ พี่(ชื่อสามี)จะคอยช่วยอยู่ห่างๆ ไม่มาถูกตัวพี่”

(พี่อ่อน)

1.2 กัลยาณมิตร ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 10 ราย ได้รับความช่วยเหลือจากสังคม เพื่อน ทั้งเพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน หรือแม้แต่คนรู้จัก ให้ความเห็นใจ เข้าใจถึงสภาวะโรค รวมถึงช่วยทำงานแทน ให้อำนาจความสะดวกให้ เช่น ขับรถนำส่งโรงพยาบาลและช่วยเหลือเงินให้มารับการรักษา รวมทั้งให้กำลังใจ บางครั้งอาจถึงช่วยชีวิต ซึ่งมีพี่อ่อน พี่เชียว ลุงผอม และพี่หมาย พูดถึงเรื่องนี้ว่า

“...พี่เองไปทำงานได้ทุกวัน พี่โชคดีที่เพื่อนร่วมงานเขาเข้าใจ พอจะทำความสะอาดหรือพัฒนา พี่กลายเป็นคนพิเศษไปเลย แม้แต่ผู้บริหารเองก็เข้าใจพี่ ถือว่าพี่ได้เพื่อนร่วมงานและหัวหน้าดี ตัดหมดไปเลย ไม่ต้องทำ...”

(พี่อ่อน)

“ผมเคยช็อกจากโรคนี้ พี่ที่ทำงานช่วยนวดหัวใจ...ผมรอดชีวิตมาได้เพราะพี่เขาช่วยไว้... คนที่ส่งเสริมก็มี เขาก็รู้ว่าผมไม่ถูกอะไร เพื่อนที่ใกล้ชิดสนิทจริงๆ เขาก็รู้ว่าผมแพ้ควันบุหรี่ ช่วงนี้ผมอาการหอบรุนแรงขึ้น ก็ต้องเปลี่ยน

งาน คือโอนงานมาอยู่สำนักงานส่วนใหญ่...อีกอย่างเจ้านายเขาเห็นใจ ให้ผมอยู่สำนักงานแทน เขาก็ช่วยเหลือทาง
อ้อม”

(พี่เขียว)

“ตอนนั้นผมทำงานก่อสร้าง มีเพื่อนช่วย เมื่อผมหอบเพื่อนก็ทำงานแทนผม บอกให้ผมหยุดพัก เพื่อนทำแทน ผม
จึงคง(ดูแล)ตัวอยู่ได้...เพื่อนผมเป็นครูเขาให้ทุนผมมาขายได้เงิน 70 บาท ไปตรวจที่หมอมหา...กลับมาบ้าน
เพื่อนที่เป็นครูให้เงิน 100 บาท ส่งมาศูนย์โรคปอด...”

(ลุงผอม)

“...คนรู้จัก คนข้างบ้านช่วยกันเอา(ยาพื้นบ้าน)มาให้...เพื่อนบ้านช่วย...ตอนนั้นเพื่อนบ้านก็ช่วยมาก ช่วยพาไปส่งโรง
พยาบาล ค่ารถก็ไม่เอา...หิ้งเพื่อนบ้านช่วยหารมาให้เวลาหอบจะไปโรงพยาบาล...แม้แต่เพื่อนข้างบ้านก็ดี คอยช่วย
ขับรถไปส่งโรงพยาบาลเมื่อหอบ...ส่วนใหญ่ก็มีคนช่วย ค่ารถไม่ค่อยได้ออก บางครั้งเพื่อนบ้านไปส่งแล้วยังทิ้งเงิน
ไว้อีกร้อยสองร้อย เอาไว้ซื้อยาพื้น รากมันแพง...แบบว่าที่มีคนมาให้กำลังใจมาก เพื่อนบ้านมาบอกว่าที่จะเจ็บใช้ก็
ไม่เหมือนเพื่อน ที่มีลูกดีสามสี่ ที่ห้องดี...”

(พี่หมาย)

1.3. สวัสดิการทางสังคม ผู้ให้ข้อมูลบางรายเบิกค่ารักษาไม่ได้ โดยเฉพาะค่ายานอกบัญชียา
หลัก ซึ่งมีราคาแพง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง แม้บัตรสังคมสงเคราะห์ก็ช่วยได้เพียงบางส่วน
เท่านั้น เช่น พี่หมายครั้งแรกใช้สังคมสงเคราะห์แบบชั่วคราวก่อน ต่อมาก็ซื้อบัตรสุขภาพ ซึ่งบัตรสุขภาพ
สามารถช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด ดังที่เล่าให้ฟังว่า

“...ที่เบิกไม่ได้ ตอนหลังพี่ซื้อบัตรสุขภาพ...ตอนอยู่โรงพยาบาลเราเบิกไม่ได้ สงเคราะห์ก็ไม่มี ต้องใช้สงเคราะห์
ชั่วคราว...นานเข้าก็ซื้อบัตรสุขภาพ แต่สงเคราะห์นั้นก็ต้องจ่ายเองเยอะมาก...พอใช้บัตรสุขภาพก็สบายใจ ไม่ต้อง
จ่ายอะไรเลย แต่ก็เพิ่งได้บัตรสุขภาพมาเมื่อ 5 ปีหลังนี้ 500 บาทไม่ต้องจ่ายอะไรอีกเลย...ก่อนที่จะได้บัตรสุขภาพ
ยาพ่นกล่องหนึ่งใช้ได้ไม่นาน พอได้บัตรสุขภาพพ่นยาพ่นครั้งละ 3 กล่อง...”

(พี่หมาย)

1.4. บุคลากรที่มสุขภาพ ในขณะที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ด้วยเวลาที่เนิ่นนานของการต้อง
เข้าๆออกๆโรงพยาบาล ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดสัมพันธ์ส่วนตัวกับบุคลากรทางการพยาบาล และได้รับ
ความเข้าใจในภาวะของโรคว่า เมื่ออาการของโรคกำเริบไม่สามารถพักผ่อนได้ พยาบาลจึงเอื้ออำนวยความสะดวก
สะดวก โดยเปิดโอกาสให้พักผ่อน ด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมที่พร้อมสำหรับการพักผ่อน เช่น ปิดม่าน
ปิดไฟ และบอกคนข้างเตียงว่าอย่าส่งเสียงดัง จะเห็นได้จากคำบอกเล่าของพี่หมาย ซึ่งนอนโรงพยาบาล
บ่อยเสมือนโรงพยาบาลเป็นบ้านและบ้านเป็นที่พักชั่วคราวแล้วว่า

“...อยู่ที่โรงพยาบาลก็เหมือนกัน ถ้าเมื่อไรที่หลับอยู่ แม้วางถึงเวลาฉีดยา พยาบาลก็ไม่ปลุก ยอมให้พี่ได้นอน
พยาบาลที่สนิทก็จะพาเริ่มยาหลับ แล้วสั่งกับลูกว่า ถ้าแม่ตื่นเมื่อไรให้ไปตามพยาบาลมาฉีดยา เขาไม่เอายากรบกวน
เพราะบางที 5 คืน 6 คืน ที่หอบไม่ได้นอนเลย พอหอบลดลงสักนิด เขาให้เวลา แต่พี่เองถ้ารู้สึกก็บอกให้ฉีดยา

ไม่อยากให้พยาบาลเสียเวลาเหมือนกัน พยาบาลเราส่งสารบางครั้งไม่ได้นอนมาหลายคืน เราก็รู้ดม่านปิดไฟ แล้วบอกข้างเตียงว่าอย่าเสียงดังรบกวนพี่

(พี่หมาย)

2. พลังหวัง เพื่อหาย

ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 10 ราย มีการแสวงหาการรักษา หรือทดลองตามที่คุณอื่นบอก เนื่องจากมีความหวังว่าจะสามารถรักษาโรคนี้อันตราย โดยมีความหวังว่าจะได้ไปแสวงบุญที่เมืองเมกกะ หรือมีชีวิตอยู่ต่อไปเพื่อรอบุตรชายเพียงคนเดียวอุปสมบทให้ มีชีวิตอยู่เพื่อรอเงินกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการที่สะสมไว้ เพื่อช่วยเหลือครอบครัว หรือบางรายหวังเพียงบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน ขณะมีอาการหอบเหนื่อย ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลดูแลตนเองโดยการแสวงหาการรักษาจนถึงที่สุด ดังที่ผู้ให้ข้อมูลซึ่งมีชีวิตอยู่ด้วยความหวังเล่าว่า

“...แล้วอีกอย่างที่เป็นมุสลิมก็คิดว่าตอนนี้แก่แล้ว นึกว่าอยากอยู่ในที่ที่มีคนช่วยสอนศาสนา แล้วอยากไปเมืองเมกกะ พี่ยังไม่เคยไปเลย อยากไปสักครั้ง ตั้งความหวังว่า อยากจะไป...เขาวาผ่าหลอดคอหายเราก็อยมผ่า เพื่อหาย เพราะถ้าผ่าแล้วหายก็กำไร ถ้าไม่หายก็เสมอตัว ถ้าผ่าอาจจะไม่หอบ ถ้าปล่อยไว้ก็หอบอย่างนี้ตลอดไป ก็เลยยอมเสี่ยงเพื่อหาย ก็คิดว่าถ้าใครบอกว่าทำแบบนี้ดี กินอันนี้ดี ถ้าเราไม่ทำตามเราก็กังวล กังวลว่าถ้าเพื่อได้ผลขึ้นมาล่ะ เราอาจจะลองทำดู เพื่อหาย ดังนั้น พอใครบอกว่ากินยานี้ก็เลยกิน จะกินหม้อก็กินจนจนถึงที่สุด จะได้หมดกังวลใจ เขาบอกฝังเข็ม ฝัง 30 วัน เราขอฝัง 40 วัน จนหมอก็อยม เราจึงยอมหยุด... พี่ทนฝังเข็มอยู่ 1 เดือน ไม่ได้มันใจอะไร แต่ทำไปเพื่อหาย ทำพลาด หอบพลาดก็ยอม”

(พี่หมาย)

3. ถึงตายแน่ถ้าไม่แก้ไข

ผู้ให้ข้อมูล 6 ใน 10 ราย ระบุว่าไม่สามารถควบคุมเมื่ออาการของโรคกำเริบได้ ก่อเกิดความทุกข์ทรมานอย่างรุนแรง ระบุว่าคุณภาพถึงชีวิต เกิดความกลัวตาย กระทั่งต่อการพักผ่อนนอนหลับ เกิดความเครียด ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานอย่างบุคคลธรรมดาได้ อาทิ ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถสนทนาได้ตามปกติ เนื่องจากการสนทนาเป็นเวลานานทำให้กระตุ้นการไอ เกิดอาการกำเริบของโรคได้ในที่สุด

นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เช่น ภรรยา ดังที่พี่เขียว ซึ่งมีความรุนแรงของโรคระดับ 4 ต้องระมัดระวังตัวมากขึ้นกว่าเดิม ดูแลตนเองโดยไม่ยอมปล่อยให้อาการของโรคกำเริบได้ เล่าถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาไม่นานด้วยเสียงอันสั้นเครือว่า

“...แล้วหอบก็ตามมาหัดเห่ ในโรคนี้ก็ถือว่าไปแล้วแก้สปีเรียเซนต์ ถ้าไม่ไปหาหมอก็ทรมานอย่างแรงเลย...ผมขึ้นบ้านพักจากชั้นล่างขึ้นชั้นบน ผมต้องหยุดครึ่งทาง จากบ้านพักถึงสำนักงานประมาณสามร้อยเมตร ผมต้องเดินไปหยุดไปประมาณ 3 ครั้ง ปากหอบฮาบๆเหมือนปลาถูกยกยวบมือ กำลังลอยคอจมน้ำตาย ไอโฮ ทารุกจริงๆ บางทีเหมือนจะขาดใจตาย...โดยเฉพาะลูกเมีย น่าเห็นใจมาก ต้องเร่งเร้าเขา โหษกั้นะครับ บางทีเมียงกางเกง

โนไม่ทัน ต้องรีบ กลัวผมจะตาย ผมบอกช่วยที ผมจะตายแล้ว หายใจไม่ออกแล้ว หายใจหนึ่งใในสามแล้ว หารถหารากว่าจะมาถึงโรงพยาบาล ผมเหมือนจะช็อกตายกลางทาง น่ากลัวมากครับ เพราะฉะนั้นเรื่องนี้สำคัญมาก ผมจึงต้องระวังตัว การพักผ่อนถือเป็นอันดับหนึ่ง...เมื่อสิบเดือนที่แล้วผมเคยช็อกจากโรคนี้คือ เสมหะอุด หลอดลม เหนื่อยอย่างแรง ทุกคนนี่คิดว่าผมหมดลมแล้ว... พอผลออกมาแบบนี้... ต้องทรมานตัวเอง นี่ถึงว่าร้าย ล้นฟ้า ก็ไม่มีความหมายอะไร... มีแต่ทุกข์ทรมานขึ้นเรื่อย ๆ ... สิ่งสำคัญตอนนี้ คือ การทรมาน อยู่ 3 วันดี 4 วัน ไข้ เหมือนคนถูกตราบาอย่างแรง รู้สึกว่าเป็นบาปหนามาก... แต่ที่สำคัญ ผมตอนนี้ พอหอบต้องถึงหมอก่อน ไม่ได้ อยู่บ้านเสียง หมอกก็แนะนำให้มา... พอหอบเสียง ช็อกได้ง่าย เพราะเสมหะไปติดหลอดลม เหมือนข้างเตียงผม ยังไม่แก่เลย พุดอยู่ดี ๆ เป็นหอบเหมือนผม หอบแล้วไป (ตาย) เลยครับ ไปง่าย ๆ ครับ เพราะหลอดลมตีบ น่ากลัว โรคนี้ต้องระวังตัวให้มาก ผมใส่ท่อ (เครื่องช่วยหายใจ) คราวนี้ยอมรับว่าอาการหอบเป็นมาครั้ง... เพราะหอบแค่ครั้งนี้นี่ ก็หัวใจเหมือนจะขาด แต่ไม่ขาดเสียเลย ผมทรมานมาก ทรมานตัวเองไม่พอ ทรมานคนเฝ้าอีก น่าสงสารมาก ตายอย่างทรมาน... ต่อไปนี้ผมต้องรับกรรมไปจนนาทีสุดท้ายของชีวิต(ในขณะที่ให้การสัมภาษณ์ที่ เชียงไอ และไอมาวที่จังหวัดนครราชสีมา) นี่แหละ เป็นผลพวงของโรคที่ทำให้ผมทรมานเหลือเกิน แม้แต่พูด พอพูดมาก ๆ ก็ไอ ไอจนเหนื่อย ทำให้ผมหอบไปเลยก็มี"

(พี่เชียว)

"นี่ก็ถึงตาย... มันเหนื่อย คือว่าโรคของเรามันรุนแรง... คือช็อกตายไม่รู้ตัว เพราะโรคหอบส่วนมากมักจะช็อกตาย... เราต้องปรับปรุงตัวของเรารักษาตัวเอง หรือประคองตัวของเรา หนึ่งเราอย่าทำอะไร สิ่งที่น่ากลัวเกินไป เราก็อย่าไปทำ"

(น้ำสายฝน)

ปัจจัยอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคไม่ให้เกิดการดูแลตนเอง หรือขัดขวางไม่ให้เกิดการระทำการดูแลตนเองได้ ต้องหยุดชะงักลง ขาดความต่อเนื่อง หรือไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร มี 4 ลักษณะ คือ 1) เกิดเป็นคนจนต้องทนกับโรค 2) ขาดคนเฝ้าช่วยรักษาหายใจ 3) สิ่งแวดล้อมที่เหนือการควบคุม และ 4) เริ่มต้นดูแลตนเองเมื่อสาย

1. เกิดเป็นคนจน ต้องทนกับโรค

ความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง รักษาไม่หายขาด โดยเฉพาะในช่วงที่อาการของโรคกำเริบบ่อย ทำให้ต้องมารับการรักษาที่ขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีฐานะค่อนข้างลำบาก ไม่มีรถยนต์ส่วนตัวต้องเช่ารถ เพิ่มค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา และไม่มีความสะดวก ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นปัญหาสำหรับตัวเองเช่นกัน ประกอบกับภาระที่ต้องรับผิดชอบในการเลี้ยงดูครอบครัว ยิ่งทำให้มีปัญหาในการใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 10 ราย มีพี่เชียว ลุงพอม พี่หมาย พี่น และน้ำสายฝนที่ว่า

"ตอนนี้ก็เรื่องเงินเรื่องทอง เพราะภาระผมมาก ผมต้องส่งลูกเรียน แต่ก็ไม่ใช่เป็นอุปสรรคมากจนไม่ถึงหมอบ ผมก็มาได้ทุกครั้ง ถึงหมอบทุกครั้งเมื่อหมอบ เป็นอุปสรรคเล็กน้อยเท่านั้น โดยเฉพาะความคล่องตัว เพราะเราไม่ใช่คนรวย รถยนต์ก็ไม่มี มีแต่รถมอเตอร์ไซด์ พอหมอบมากก็ต้องหาเช่ารถกัน บางทีก็ยุ่งยาก...ก็มันค่อยๆคลี่คลายเอง จะให้คล่องตัวแบบไม่ได้ ก็เป็นปัญหาบางคราวครับ...ปัญหาค่าใช้จ่ายก็มีบ้างเป็นธรรมดา ดีแต่ว่าเราไม่ได้มากหมอบทุกวัน แต่ผมมีภาระต้องใช้จ่ายส่งลูกสองคนเรียนหนังสือ ภาระในครอบครัว ภาระเจ็บป่วย..."

(พี่เชียว)

"เพราะลูกยังเล็กพ่อต้องทำงาน...ความจน ความจนขัดขวางผม ไม่ใช่คอง(ดูแล)ตัวเอง ผมทำงานตอนเช้าตอนเย็นผมต้องต้มข้าวกิน จนลูกอายุสี่ปี ผมอดทน อดเกลืออดกะปิมาตลอด กลัวลูกอด ถ้าผมมีคองตัวเองอยู่ ลูกผมคอง...ผมไม่คอง (ดูแล)ตัวเอง หาเข้ากินค่าเพราะความจน ดูแลลูกๆ ถ้าไม่ทำแบบนี้แน่นอน เพราะลูกยังเล็ก ยังทำงานไม่ไหว แล้วเมียก็ไม่สบาย ออกๆแอดๆ ผมต้องทำงานคนเดียว เมียไม่สบายมาสามสิบกว่าปี แล้วทำงานไม่ได้ เป็นลมบ่อยๆ หมอกี่ไม่ได้ไปหา เพราะไม่มีตังค์เหมือนกัน ผมบุกงาน ตอนนั้นร่างกายจึงทรุดลงเพราะไม่มีใครทำงานได้ แม้จะไม่สบายอย่างไรก็จำเป็นต้องทำงาน เพราะผมมันจน ไม่ใช่ลูกๆ ไม่ใช่ใครรู้...ผมไม่ใช่ลูกเมียรู้ความไม่สบาย ความเหนื่อยหอบของผม เพราะลูกยังเล็กอยู่ รู้ไปก็ช่วยเหลืออะไรไม่ได้ ตัดสินใจไม่ใช่ลูกๆว่าเป็นไข้ เป็นหวัดแล้วจะหอบเหนื่อย ทำแรงแงนหดไม่ได้...เมื่อก่อนผมขอยพ่นจากโรงพยาบาลไม่ได้...เขาบอกว่าให้เฉพาะคนเบิกได้ ผมต้องซื้อ...ผมซื้อไม่ได้เพราะผมจน มีเงินมาแค่จ่ายค่ารถเงินค่ากินข้าวยังไม่มี ลูกก็ทำงานเป็นกรรมกรหมดเลย เป็นข้าราชการไม่มี อยู่ต่อมาผมหอบหนัก ผมไปคลินิกแต่ไม่มีเงินให้หมอบ...ไม่รู้จะไปรักษาที่ไหนเพราะตอนนั้นบัตรสงเคราะห์ผมไม่มี ไปรักษาต้องเสียตังค์ ผมเลยตัดสินใจไม่ยอมไปรักษาเพราะไม่มีเงินจ่ายค่ารักษา ตอนแรกผมทำบัตรสงเคราะห์ เขาให้มาทำที่สถานีอนามัยก่อนไปรักษาทุกครั้ง ผมต้องไปอนามัยก่อน ผมสู้ไม่ไหวกับระยะทาง ค่ารถไปอนามัยประมาณ 25 บาท จากอนามัยไปโรงพยาบาลอีก 10 บาท ผมทำตามขั้นตอนอยู่หลายเดือน ก็สู้ไม่ไหว ผมไม่มีเงินจ่ายค่ารถ..."

(ลุงผอม)

"ก็รักษากับนาน พี่เองไม่ถึงกับยากจนมาก แต่พอเป็นโรคหอบต้องอยู่โรงพยาบาลประจำ ยังมีหมดเงินมากกับยาสมุนไพร...ยาสมุนไพรหมอละพันก็ต้ม ยากิน 500 บาทก็เอามากิน ...ค่าใช้จ่ายก็เลยยิ่งเร่งแค้นยิ่งขึ้น มีค่าใช้จ่ายกับพี่แล้วยังมีลูกที่กำลังเรียนอยู่อีก 5 คน ก็เลยขายที่ 3 แสน ไม้ที่เตรียมจะทำบ้านก็ขายหมด ยังเป็นหนี้อีก 1 แสน...ที่เบิกไม่ได้ ตอนหลังพี่ซื้อบัตรสุขภาพ แต่ก็รักษาตัวจนเกือบหมดตัว 3 ปี หักหลังนี้ดีขึ้น ลูกโตขึ้น ออกโรงเรียน ลูกคนเล็กเรียนต่อไม่ได้ เพราะไม่มีเงินส่งเรียน อีกอย่างแฟนต้องทำงานออกเรือ ไม่มีคนเฝ้าที่โรงพยาบาล ลูกต้องหยุดเรียนไป 2 ปี...ก็มีบางเรื่องไปต้มสมุนไพร หมอละหลายตังค์ บางทีก็บอกว่าจะไม่เอาแล้ว ไม่ต้มยาแล้ว ไม่มีตังค์...ตอนอยู่โรงพยาบาลเราเบิกไม่ได้ สงเคราะห์ตอนแรกก็ไม่มี ต้องใช้สงเคราะห์ชั่วคราว แต่ตอนแรกที่หมอบก็ยังไม่กระทบค่าใช้จ่ายมากนัก พอนอนโรงพยาบาลบ่อยมันก็แพง รายจ่ายสู้ไม่ไหว...แต่สงเคราะห์นั้นต้องจ่ายเองเยอะ ส่วนมากยานอกบัญชี พันหนึ่งเขาให้เราเสียร้อยหนึ่งก็จริง แต่ยานอกสงเคราะห์ต้องจ่ายเองวันละเจ็ดแปดร้อย ยาพ่นนอกสงเคราะห์ แล้วราคาแพงต้องจ่ายเอง...คือสงเคราะห์เท่าแต่ชื่อเท่านั้น อย่างอื่นต้องจ่ายอีก ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่ไปโรงพยาบาล แต่จำเป็นเพราะเราไปคลินิกไปรีดยา กลับมาบ้านหมดฤทธิ์ยาก็ต้องไปรีดยา เพราะหมอบอีก หนไม่ไหว ก็เลยต้องไปโรงพยาบาล มีคนดูแลตลอด แต่ไปโรงพยาบาลต้องนอนกิน นอนจ่าย แล้วคนเฝ้าก็เที่ยวไปมา ค่ารถก็แพง ขนาดโรงพยาบาลอำเภอใกล้สุดแค่สิบกิโลนี่ก็ต้องใช้ค่ารถประมาณ 50 บาทแล้ว เพราะต้องต่อรถหลายทอด...ยาพ่นราคาแพง กล่องหนึ่งใช้ได้ไม่นาน มีหลายแบบ อย่างถูกที่สุดแล้วก็ 170 บาท..."

(พี่หมาย)

นอกจากนี้ น้ำสายฝนยังมีเหตุผลที่ไม่ยอมไปรับการรักษา เพราะเชื่อว่าจะทำให้เคยชิน จนต้องไปรับการรักษาทุกครั้งที่อาการกำเริบ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่าย หากวันไหนที่ไม่มีเงินจะก่อให้เกิดปัญหากับตนเองได้ ประกอบกับภาวะโรคและภาระที่ต้องเลี้ยงดูหลานชาย น้ำสายฝนจึงไม่สามารถเดินทางไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ ขาดรายได้ที่จะเลี้ยงตัวเองและรักษาโรค

“ก็เรื่องไปไหนไม่ได้ แล้วเรื่องเงิน แล้วเป็นโรคของเราที่แหละอ้าว...ตอนนี้ยังพอหาเงินได้ ลำพังตัวเองคิดว่าหาเงินมาได้พอเลี้ยงตัวเอง รักษาตัวเองได้ แต่มาติดขัดที่หลานคนนี้ ไปไหนไม่คล่องต้องหอบหิ้วไปด้วย ทำให้ไปหาเงินได้ไม่คล่อง...เมื่อก่อนไม่คงตัว ยากก็ไม่ยอมไปฉีด กลัวจะเคยตัวจนต้องฉีดทุกครั้งทีหอบ...ก็พอหอบ ฉีดยา กินยา วันไหนเรามีเงินก็เป็นไร วันไหนไม่มีเงินอีกล่ะ จะเอาอะไรไปซื้อยา ฉีดยา แต่พอหอบหนักก็เริ่มไปฉีด เมื่อก่อนไม่ยอมไปฉีด”

(น้ำสายฝน)

2. ขาดคนเี่ยวยา รักษาภายในใจ

ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 10 ราย ไม่มีคนคอยดูแลช่วยเหลือ ในขณะอาการของโรคกำเริบจนไม่สามารถช่วยตัวเองได้ รวมทั้งขาดปัจจัยส่งเสริมในด้านการเงิน ที่จะเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และใช้ในชีวิตประจำวัน บางรายขาดคนคอยช่วยเหลือ นำส่งโรงพยาบาลเมื่ออาการของโรคกำเริบ รวมทั้งไม่มีคนคอยดูแลยามพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล เนื่องจากบุตรไม่มีเวลาต้องทำงาน และภรรยาไม่สบายอยู่ที่บ้าน ทำให้ไม่สะดวกในการมารับการรักษา นับเป็นการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น น้ำสายฝน ซึ่งเป็นแม่ อาศัยอยู่กับหลานชายวัยเพียงสองขวบ มีบุตรสามคน คนแรกเสียชีวิต คนที่สองติดคุกตลอดชีวิต และคนที่สามทำงานรับจ้างอยู่ที่กรุงเทพฯ มีรายได้น้อย จึงได้ส่งเงินให้มารดาและบุตรใช้จ่าย ซึ่งน้ำสายฝนได้เล่าถึงชีวิตตัวเองด้วยน้ำตาคลอเบาว่า

“มันเหนื่อย...ลูกอยู่ที่ไหนก็คิดถึงแม่มาซิ พอเจ็บ พอหอบเราก็อยากให้มีความอบอุ่นขึ้นมา อยากให้มีคนเอาใจ...น้อยใจตัวเองว่า โรคของเราทำให้เหนื่อย เราไม่มีความอบอุ่น เราขาดกำลังใจกับความเจ็บของเรา อยากให้มีคนเอาใจ อยากให้มีความอบอุ่น อยากให้เราสนุกบ้าง อย่าให้ทุกข์มาก...นี่ว่าถ้าลูกอยู่ โรคก็คงไม่รุนแรง...ถ้าเหนื่อยขึ้นมาก็ไม่เหนื่อยมาก หนึ่งถ้าจะหิบบอะไรขึ้นมา ก็มีลูกไปหิบบให้ไม่ต้องหิบบเอง ก็ทำให้ไม่เหนื่อย นี่พอเหนื่อยขึ้นมา จะกินยากินน้ำก็ต้องคลานไปเอาเอง ทำให้เหนื่อยเพิ่ม ถ้าเราเิ่งที่เดียวลูกยกมาให้ ก็ไม่เหนื่อยถึงแม้กำลังเหนื่อยก็เหนื่อยน้อย นี่คือกำลังใจของเรา...งานอย่างอื่นพอเลี้ยงได้ แต่ตัดน้ำ ซักผ้าเลี้ยงไม่ได้ เพราะอยู่บ้านคนเดียว ไม่มีคนทำให้...ก็ลูกอีกนั่นแหละทำให้เราเสียใจ หมดกำลังใจ แต่คนละคนกัน”

(น้ำสายฝน)

“...มันเป็นกรรม เป็นกรรมของลุง ลูกๆไม่ค่อยดูแล มันยุ่ง ต้องไปทำงาน...มาโรงพยาบาล...มาอยู่คนเดียว ลูกไม่ได้มาเฝ้า พยาบาลเขารู้เกือบหมดว่าผมมาอยู่ครั้งเดือนไม่มีคนเฝ้า ลูกบอกไม่ว่าง...ลูกก็ต้องไปทำงาน ทำมาหากินเพื่อเลี้ยงครอบครัวเขา...ลูกบอก พ่อลูกไม่ได้มา ต้องทำงานจ้าง...ผมก็เข้าใจว่าเขาทำงานจ้างจริง ถ้าไม่ทำงานเขาก็ต้องมาเฝ้าพ่อ...ที่ช่วยตัวเองเพราะลูกเมียไม่ช่วย...สมมุติผมบอกลูกว่า ช่วยพาพ่อมาโรงพยาบาลที่

ลูกก็ไม่ฟัง ทำเลย พูดกับคนอื่น เมื่อพูดหลายครั้งคนไม่สบายใจไม่ตี ผมก็พูดลูกอีกลูกก็ว่า มันเอาไม่ทัน ผมก็ว่าไม่ทันก็ไม่ต้อง...ลูกเมียไม่สนใจผมเลย ผมจะชอบมากเขาก็ไม่ถามอาการ ไม่พาผมมาโรงพยาบาล ถ้า หอบกลางคืนเขาก็นอนเลย เขารังเกียจที่ผมทำงานให้เขาไม่ได้ ผมมาโรงพยาบาลตั้งค์ผมไม่มี... เมียผมก็ไม่สบาย ตัวเองก็เจ็บออดแอด มาเฝ้าผมไม่ได้..."

(ลุงพอม)

3. สิ่งแวดล้อมที่เหนือการควบคุม

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 10 ราย พยายามแสวงหาสถานที่ที่อากาศบริสุทธิ์ และสังเกตตัวเองว่าแพ้ สิ่งใด ก็พยายามดูแลตนเองโดยหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น หลีกเลี่ยงอากาศที่ไม่บริสุทธิ์ ทั้งอากาศเสียจาก โรงงาน ฝุ่นละออง และที่สำคัญอีกประการคือ ควันนุหรี เนื่องจากค่านิยมเรื่องการสูบบุหรี่ยังคงมีในสังคม ไทย บางครั้งคนรอบข้างสูบบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับควันหรืออย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองที่ไม่สามารถควบคุมได้ ใน 2 ลักษณะ คือ มลภาวะและอากาศขึ้น เนื่องจากฝนตกมากของภาคใต้

3.1 มลภาวะ ส่วนใหญ่เป็นมลพิษทางอากาศ เช่น ควันนุหรี ฝุ่นละออง และอากาศเสียจาก โรงงาน ดังที่พี่อ่อน ซึ่งอาศัยอยู่ในแหล่งที่มีโรงงานอุตสาหกรรม และพี่เชียว เล่าถึงเหตุการณ์ที่ประสบกับ ตัวเองว่า

"ตอนที่อยู่ชะวอด(ชื่ออำเภอ) บ้านพักอยู่ในตลาด รถวิ่งผ่านฝุ่นมาก กวาดบ้านนี้ถ้ากวาดสองชั่วโมงก็ฝุ่นเต็มแล้ว ที่ก็เลยแยเลย ตอนนั้นหอบบ่อยมาก...แต่พอมายู่ปากพ่อง(ชื่ออำเภอ) อาการหอบก็กำเริบอีก เป็นเพราะที่ที่ อากาศไม่ดีมีกลิ่นแปลกปลอมมาก กลิ่นโรงงานปลาไก่ พอได้กลิ่นปุ๊บเริ่มแน่น หายใจไม่คล่องต้องใช้ยาพ่นบ่อยขึ้น กว่าอยู่ภูเก็ต เป็นบ่อยกว่าอยู่ภูเก็ตมาก ยอมรับว่าอากาศไม่ดี ที่มาอยู่ 4 ปี ใช้ยาพ่นบ่อยหมดไปหลายหลอด แล้ว...ปัญหาจริงๆคือเรื่องหลีกเลี่ยงควันนุหรี เหมือนกับพี่ไปประชุมแล้วมีคนสูบบุหรี่ จะลุกออกมาจากห้องประชุม ก็ทำไม่ได้"

(พี่อ่อน)

"แต่สำหรับผม เรื่องควันนุหรีเป็นปัญหามากกว่า ผมนั่งใกล้คนสูบบุหรี่สักครึ่งชั่วโมง ผมจะหายใจหนักๆ ถ้าไม่ ลูกหนีไป มีหวังหอบเลย ควันนุหรีเป็นอันดับหนึ่ง...บางทีผมนั่งเฉลๆ เพื่อนสูบบุหรี่มานั่งข้าง กว่าผมจะรู้ตัว หันไปเห็นก็สูดควันนุหรีเข้าไปแล้ว อันนี้ก็อันตราย ผมแพ้มากเลยควันนุหรี บางทีไปงานเลี้ยง ร่วมรับประทานอาหาร กับเพื่อนฝูง มีคนสูบบุหรี่ในวง เราจะลุกไปหันที่ก็ไม่ได้เพราะต้องให้เกียรติเขาลักนิต...ก็มีบางคนยื่นสูบ บุหรี่ใส่เรา โดยที่ไม่รู้ว่าเราแพ้ควันนุหรี เขาไม่นึกถึง...คนอื่นเขาไม่รู้ เขาไม่คิดว่าบุหรืทำลายสุขภาพเรา..."

(พี่เชียว)

3.2 อากาศขึ้นเนื่องจากฝนตกมากของภาคใต้ ผู้ให้ข้อมูลเคยอาศัยอยู่ในภาคกลาง ต่อมา ย้ายมาทำงานที่ภาคใต้ และรับรู้ว่าการของโรคกำเริบเมื่อย้ายมาทำงานที่ภาคใต้ ซึ่งได้พยายามดูแล ตนเองด้วยพกหมวก ร่ม ทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน แต่บางครั้งไม่อาจที่จะหลบฝนได้ เนื่องจากภูมิอากาศของ

ภาคใต้มีฝนตกตลอดเวลา ผู้ให้ข้อมูลจึงเป็นหวัดบ่อย ทำให้อาการของโรคกำเริบบ่อยขึ้นกว่าเดิม ดังที่ พี่เชี่ยวเล่าว่า

“ผมเริ่มเป็นโรคถุงลมโป่งพองนี้มาได้ 4 ปี... ก่อนหน้านั้นผมไม่เคยมีอาการเลย ผมเมื่อก่อนทำงานที่กรุงเทพฯ ผมย้ายจากกรุงเทพฯ ได้คราวนี้ถูกฝนบ่อยๆ เป็นหวัดบ่อยๆ เพราะที่นี้โดนฝนหนักกว่าตอนอยู่กรุงเทพฯ พอโดนฝนมากๆ กลายเป็นหวัดบ่อยๆ เกี่ยวกับการเปลี่ยนสถานที่ แล้วก็ดินฟ้าอากาศของภาคใต้ผิดกับกรุงเทพฯ บ้านเราหนักไปทางหน้าฝน 70 เปอร์เซ็นต์ เป็นหวัดบ่อยๆ ก็โอ้ประกอบ มีเสมหะ... ถูกละอองฝนนิดเดียว หัสนี่เลยเป็นหวัด... ผมพยายามไม่ให้มันเป็นหวัด แต่บางครั้งก็เอาไม่ทัน ฝนตกมาเสียก่อน”

(พี่เชี่ยว)

4. เริ่มต้นดูแลตนเองเมื่อสาย

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 10 ราย เล่าว่า เมื่อเริ่มมีอาการเหนื่อยหอบ ไม่ได้สนใจตัวเอง ไม่ไปรับการรักษาเนื่องจากอาการยังไม่รุนแรง สามารถทนได้ ร่างกายยังแข็งแรง ประกอบกับไม่มีเวลาไปรับการรักษา เนื่องจากต้องทำงานเพื่อเลี้ยงครอบครัวที่บุตรยังเล็กอยู่ทุกวันหยุดไม่ได้ จึงหนีงานหนัก ไม่ดูแลตนเอง บางรายไปซื้อยาจากร้านขายยามารับประทาน เมื่ออาการทุเลาลง ก็ไม่ได้ดูแลตนเองอีก หรือไม่ได้ดูแลตนเองอย่างจริงจัง ขาดความต่อเนื่อง ต่อมาอาการของโรคกำเริบทำให้ไม่สามารถทำงานหนักได้ ต้องหยุดทำงาน ประกอบกับในเวลาต่อมาบุตรโตแล้วสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ภาระในการเลี้ยงดูลดลง จึงเริ่มต้นไปรับการรักษาและดูแลตนเอง ซึ่งเป็นเวลาที่การดำเนินของโรครุนแรงแล้ว มีระยะเวลาการเป็นโรครุนแรง อายุของผู้ให้ข้อมูลก็มากขึ้น ร่างกายอ่อนแอลง ทำให้การดูแลตนเองไม่ได้ผลเท่าที่ควร ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า

“นี่แหละ ปีนี้แหละที่ได้คอง (ดูแล)ตัวเอง ที่ได้ทำจริงจัง เมื่อก่อนไม่คองตัว ยกก็ไม่ยอมไปฉีด กลัวจะเคยตัวจนต้องฉีดทุกครั้ง วันที่ไม่มีเงิน จะเอาอะไรไปซื้อยา ไปฉีดยา... แต่พอหอบหนักทนทำงานไม่ไหวก็เริ่มไปฉีด... แต่ช้าแล้ว เป็นมากแล้ว บางทีไปพ่นยาที่โรงพยาบาล อาการก็ยังไม่หายหอบ... ตอนแรกไม่ได้ไปรักษา... มารักษาตอนนี้อายุก็มากแล้ว... งอมแล้ว ก็เลยไม่ค่อยพ่น”

(น้ำสายฝน)

“...ลูกมันยังเล็กอยู่ ผมต้องทำงาน จะหยุดมาคองตัวไม่ได้ จนอาการหอบเป็นมากขึ้น หมอถามว่า ทำไม่ลองเพิ่งมารักษาตอนนี้ อาการของลุงเป็นมากแล้ว ผมเองก็รู้ว่าตอนนี้ 60 แล้ว ร่างกายก็ชกไม่ไหว... นี่ถ้าได้รักษาตั้งแต่ต้น ได้คองตัวเองตั้งแต่เริ่มเป็น ไม่มุงงานหนัก ไม่ผินทนกับโรคอย่างนี้ ผมว่าอาการของผมน่าจะดีกว่านี้”

(ลุงหอม)

การอภิปรายผล

ลักษณะผู้ให้ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศชาย และเพศหญิง กลุ่มละ 5 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 48-70 ปี เฉลี่ย 59 ปี เป็นวัยก่อนช้ำสูงอายุ สอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคปอด

อดุกันเรื้อรัง ซึ่งพบในช่วงอายุ 45 ปีขึ้นไป (Luckman & Sorensen, 1993 : 1026) โดยโรคหลอดเลือด อักเสบเรื้อรังพบในช่วงอายุ 45-65 ปี และโรคถุงลมโป่งพองพบในช่วงอายุ 65-75 ปี (สมจิต, 2537 : 246; Luckman & Sorensen, 1993 : 1029) สอดคล้องกับการศึกษาของปริกาทาโน (Prigatano, 1984 : 1614) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า อายุเฉลี่ย 60.9 ปี ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วย โรคนี้มีระยะเวลาจากเริ่มปอดอาการ จนเริ่มมีอาการรุนแรงอาจนานถึง 25-30 ปี จากการดำเนินของโรค ช้า ค่อยเป็นค่อยไปอย่างเรื้อรัง (ดวงรัตน์, 2540 : 401) ดังนั้นกว่าจะตรวจพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง มักมีระยะการเป็นโรคมานานปี จึงพบในช่วงที่มีอายุค่อนข้างมากดังกล่าว สอดคล้องกับผลการ ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งพบลักษณะของผู้ป่วยที่ตรงกันว่ามักพบในเพศชาย อายุมากกว่า 45 ปี (สมองค์, 2528; อัมพรพรรณ, 2531; ประสบสุข, 2534; อารยา, 2536; วราณี, 2542) ผู้ให้ข้อมูลมีระดับ การศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาปีที่ 4-ปริญญาตรี โดยส่วนใหญ่มีการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 ทั้งนี้เพราะ การศึกษาภาคบังคับของไทยสมัยก่อนมีเพียงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในชนบทห่างไกล ความเจริญ โอกาสเข้าถึงการศึกษามีน้อย สำหรับอาชีพส่วนใหญ่เป็นพ่อบ้าน แม่บ้าน ซึ่งอาชีพเดิมทำสวน ทำนา และรับจ้างตามวิถีชาวเกษตรกรไทย สอดคล้องกับการศึกษาของปริกาทาโน (Prigatano, 1984 : 1614) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ร้อยละ 22.2 มีอาชีพรับจ้าง และ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของแม็คสวีนิและคณะ (McSweeny, et al., 1982 : 473) และการศึกษาของปริกาทาโนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า เคยมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 10 เป็นพ่อบ้าน และแม่บ้าน ร้อยละ 8 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับ การศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของแม็คสวีนิและคณะ (McSweeny, et al., 1982 : 473) พบว่า ร้อยละ 58 คู่ ร้อยละ 31 เป็นหม้าย ร้อยละ 6 แยกกัน และไม่เคยแต่งงานอีกร้อยละ 4 ผู้ ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว แสดงถึงสังคมปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายอยู่ ร่วมกันทั้งพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย มาเป็นอยู่กันลำพังสามีภรรยา และมี 1 ราย อาศัยอยู่กับหลานชายวัย 2 ขวบ ซึ่งนอกจากไม่สามารถช่วยเหลือยามไม่สบายแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังมีภาระในการดูแลหลานอีก ลักษณะครอบครัวเดี่ยวดังกล่าวทำให้ขาดคนดูแลช่วยเหลือเมื่ออาการของโรคกำเริบ รายได้ของครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2,000-10,000 บาท/เดือน และมีปัญหาในการรักษา 5 ใน 10 ราย ซึ่งมี 1 ราย แม้ว่า เบิกค่ารักษาได้ แต่ยังมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาเนื่องจากอาการของโรคกำเริบบ่อย ประกอบกับมีภาระ ในการเลี้ยงดูบุตรที่อยู่ในวัยเรียน สำหรับระยะเวลาการเป็นโรคส่วนใหญ่ไม่เกิน 10 ปี และมีความรุนแรง ของโรคระดับ 3

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีประวัติการสูบบุหรี่จำนวน 5 ใน 10 ราย โดยสู่วันละ 1 ซอง เป็นเวลา 15 - 35 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของอารยา (2534) ศึกษา ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยสูบบุหรี่ร้อยละ 75 โดยมีระยะเวลามากกว่า 20 ปีมากที่สุด ถึงร้อยละ 55 และมีปริมาณการสูบบุหรี่

ต่อวันประมาณ 10-20 มวน เป็นจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 30 ซึ่งปริกาทาโน (Prigatano, 1984 : 1617) ศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงปริมาณในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 97 ของผู้ป่วย จำนวน 985 ราย สูบบุหรี่อย่างต่ำ 20 มวน และ 393 ราย ยังคงสูบบุหรี่ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ แม็คสวินนี่ และคณะ (1982 : 474) พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 38 ยังคงสูบบุหรี่ นอกจากนี้ก็ฟท์, มอร์ และโซเคิน (Gift, Moore & Soeken, 1992 : 243) ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งใช้การผ่อนคลายความเครียดลดภาวะหายใจลำบากและความวิตกกังวล พบว่า ผู้ป่วยสูบบุหรี่ปีละ 82 แพ็ค (แพ็คละ 10 ของ) ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว แต่ในผลการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีประวัติสูบบุหรี่เป็นเวลานานกว่า 30-35 ปี (สมองค์, 2528; อัมพรพรรณ, 2531; ประสบสุข, 2534) และมีเพียงรายเดียวที่ยังสูบบุหรี่ สะท้อนถึงสังคมเมื่อ 20 ปีก่อนนิยมสูบบุหรี่ ซึ่งถือเป็นเรื่องปกติ ส่วนในปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุสำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากการสูบบุหรี่ ทั้งนี้ขึ้นกับปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันและระยะเวลาในการสูบบุหรี่ด้วย (ประกิต, 2531 : 116 -117; สมจิต, 2537 : 243; ลินจง, 2539 : 87; Luckman & Sorensen, 1993 : 1026-1029) ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ที่สูบบุหรี่หนักจะพัฒนาสู่การเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Hardy & Connolly, 1996 : 83) ซึ่งอัตราการตายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่สูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มาก เช่น ผู้สูบบุหรี่วันละ 2 ของ มีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 22 เท่า ถ้าสูบบุหรี่นานเกิน 10 ปี พบว่า หลอดลมขนาดเล็กมีหน้าที่ผิดปกติ บุหรี่มีส่วนสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของการเสื่อมสมรรถภาพของปอดมากที่สุด ซึ่งนิโคตินในควันบุหรี่ทำให้ภูมิคุ้มกันการติดเชื้อของปอดและประสิทธิภาพในการขับไล่เชื้อโรคลดลง เนื่องจากในนักสูบบุหรี่และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประสิทธิภาพของสารภูมิคุ้มกันที่คลุมผิวเยื่อภายในหลอดลมจะอ่อนแอที่ผ่านเข้ามาและขับกลับออกไป โดยการพัดพาของขนที่ผิวเซลล์หลอดลมลดลง (สุชัย และคณะ, 2535 : 566)

ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความหมายของการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายต่อการดูแลตนเอง 5 ลักษณะคือ 1) พยายามให้อยู่ดีกินดี 2) ทำอย่างไรก็ได้ให้หายจากโรค 3) ทำตนเป็นที่พึ่งแห่งตน 4) ปฏิบัติตัวดีต่อชีวิตให้ยืนยาว และ 5) ระวังตัวเอง

การให้ความหมายต่อการดูแลตนเองของผู้ให้ข้อมูล มีความเกี่ยวข้องกับสภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีอาจแยกออกจากกันได้ ดังนี้

1. พยายามให้อยู่ดีกินดี ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าเป็นการพยายามปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้สอดคล้องกับภาวะของโรคที่เกิดขึ้น พยายามให้มีความเป็นอยู่ที่ดี มีความสมบูรณ์ โดยเฉพาะความเป็นอยู่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้วยการปรับเปลี่ยนกิจกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับพลังงานที่มีอยู่จำกัด สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอาการ

เหนื่อยหอบเกิดขึ้นก็จะหยุดกิจกรรมนั้น และเมื่ออาการดีขึ้นก็จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอีก (วราณี, 2542) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยพยายามปรับการปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับอาการของตัวเองขณะนั้น นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลเน้นการทำความสะอาดร่างกาย เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย รวมถึงที่นอนให้สะอาด และการนอนในที่อากาศถ่ายเทสะดวก การพักผ่อนและการเลือกอยู่ในสถานที่ที่ทำให้สบายใจ บางรายให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารว่ามีความสำคัญที่สุด ถ้ารับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค จะทำให้สบายไม่เป็นโรค ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความหมายในการดูแลตนเองดังกล่าว จะพยายามปรับความเป็นอยู่ให้สอดคล้องกับสภาวะโรค

2. ทำอย่างไรก็ได้ให้หายจากโรค เป็นการให้ความหมายต่อการดูแลตนเองที่แสดงถึงความมุ่งมั่นพยายามของผู้ให้ข้อมูลในการกระทำทุกอย่างโดยมีเป้าหมายอยู่ที่ให้โรคหาย การกระทำดังกล่าวสืบเนื่องจากการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานในขณะมีอาการของโรคกำเริบ ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยให้ตื่นกลัว และนึกถึงจุดจบแห่งชีวิต ผู้ป่วยจึงแสวงหาทุกวิถีทางเท่าที่จะทำได้ในการบรรเทาความทรมานดังกล่าว ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เน้นด้านการรักษา ทั้งแผนปัจจุบันและแผนโบราณ หรือการใช้วิธีการอื่นร่วมกับการใช้ยา เช่น การฝึกหายใจด้วยตนเอง การนวดหลัง และทำยาสตรีใช้สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ตามความเชื่อ ความศรัทธา นัยแห่งความหมายของการดูแลตนเองลักษณะนี้ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ได้ศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาวิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้ (ชนินฐา, 2542) พบว่า การดูแลตนเองของผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยมีเป้าหมายเพื่อรักษาพยาบาลให้หายโดยเร็ว

3. ทำตนเป็นที่พึ่งแห่งตน เป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เช่น การปฏิบัติภารกิจประจำวันด้วยตนเอง พยายามเดินเข้าห้องน้ำเอง ซักเสื้อผ้าเอง เตรียมอาหารและรับประทานอาหารด้วยตนเอง เนื่องจากรักตัวเอง ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้คิดว่าตนเองมีความสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการช่วยตัวเอง พึ่งตัวเอง ไม่เป็นภาระให้กับบุคคลอื่น อธิบายได้ว่า กิจกรรมเบื้องต้นในการดำเนินชีวิตที่ทุกคนจำเป็นต้องกระทำ คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าตัวเองทำให้ตัวเองน่าจะดีที่สุด ดังนั้นจึงกระทำกิจกรรมด้วยตัวเอง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการกำเริบจนทำให้ความทนในการทำกิจกรรมลดลงก็จริง แต่ก็ยังมีช่วงที่อาการของโรคไม่กำเริบ หรืออาการเหนื่อยหอบไม่รุนแรง จึงสามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของวราณี (2542 : 32-37) พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงมาก สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองร้อยละ 96.19 โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สอดคล้องกับนิยามการดูแลสุขภาพตนเองของเลวิน (Levin, 1976 : 206-216) ซึ่งกล่าวถึงการดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่โดยตัวเองและเพื่อตัวเอง ในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับแนวคิดของนอร์ริส (Norris, 1979 : 487) ว่าการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและครอบครัวได้มีโอกาสที่จะริเริ่ม

รับผิดชอบและทำหน้าที่ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการพัฒนาศักยภาพของตนเองเพื่อสุขภาพ และจากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นชาวพุทธได้รับคำสอนต่อๆ กันมาให้ฟังตนเองตาม หลักศาสนา ซึ่งต้องการให้มนุษย์ช่วยตนเอง ตัดสินใจเลือก และลงมือปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายเป็นหน้าที่ ของบุคคลเป็นผู้กระทำเอง ดังที่พระพุทธองค์ทรงเห็นว่า “ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน” และมีหลักในการพึ่งตนเอง ความว่า “พวกเรามีตนเป็นที่พึ่งเกิด อย่างมีสิ่งอื่นเป็นที่พึ่งเลย” พุทธธรรมช่วยชี้ทางดับทุกข์ เป็นแนวทาง ให้บุคคลเห็นทางดับทุกข์ด้วยตนเอง ปฏิบัติด้วยตนเอง ช่วยตนเอง พึ่งตนเอง เพื่อดับทุกข์โดยสิ้นเชิง (มัท:เกียรติ, 2541 : 50-51)

การให้ความหมายการดูแลตนเองในลักษณะตนเป็นที่พึ่งแห่งตน เป็นพุทธธรรมระดับพื้นฐานหรือ ระดับสมมุติสัจจะ สอดคล้องกับการให้ความหมายของการดูแลตนเองส่วนหนึ่งของผู้สูงอายุในหมู่บ้านแห่ง หนึ่งในภาคใต้ว่าหมายถึงการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น (ชนินฐา, 2542) นับเป็นการดูแลตนเองโดยทำตนเป็นที่พึ่งแห่งตน สามารถช่วยเหลือ ตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่เป็นภาระให้บุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกพึ่งพา เกิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลที่มีทักษะในการดูแลตนเองดังกล่าว จะพยายามช่วยเหลือ ตนเองในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ

4. ปฏิบัติตัวดีต่อชีวิตให้ยืนยาว ผู้ให้ข้อมูลมีทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่า เป็นการกระทำให้ สามารถให้มีชีวิตอยู่ต่อไป และการที่จะยืดอายุได้ต่อไปต้องดูแลตนเอง ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต โดยเฉพาะการหยุดพฤติกรรมเสี่ยง ทำให้สามารถยืดอายุ ในลักษณะตายมรณดีดีกว่าตายพรุ่งนี้ สอดคล้อง กับวัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรังและรักษาไม่หายเช่นกัน พบว่า เป้าหมาย ของการดูแลตนเองคือ การยืดชีวิตให้ยืนยาว (บำเพ็ญจิต, 2539 : 224; ขวัญตา, 2542 : 100-150)

5. ประคองตัว ผู้ให้ข้อมูลอธิบายการดูแลตนเองด้วยคำว่า “คองตัว” ในภาษาถิ่นใต้ ในลักษณะ ของการรักษาตัว คือ ดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงไม่เจ็บป่วย รวมถึงการรักษาโรคคือ เมื่อมีความเจ็บป่วยก็ไปรักษา ไม่ว่าจะเป็นการรักษาแผนปัจจุบันหรือการรักษาแผนโบราณก็ได้ตามความเชื่อ เนื่องจากความเรื้อรังของโรค และกำเริบโดยไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงรับรู้ว่าการประคองตัวคือ การประคับประคองสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้แข็งแรง ใกล้เคียงกับการดูแลเยียวยาตนเองของผู้ป่วย มะเร็งปอดของภาคใต้ ที่มีการประคับประคองความแข็งแรงของร่างกาย (ทิพมาส, 2541 : 124)

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การดูแลตนเอง นับเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน ลึกซึ้ง และมีความเป็นพลวัต เชื่อมโยงกัน กับภาวะโรคขณะนั้น กล่าวคือ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามสถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องใน บริบทการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูล วิธีการดูแลตนเองจึงมีความหลากหลาย ดังที่ปรากฏในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้ นับเป็นวิถีการดูแลตนเองของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มหนึ่ง ที่มีการดำเนินชีวิตในบริบทสังคมแบบไทยๆ เป็น

มรดกแห่งวิถีการดูแลตนเอง ที่สืบสานต่อกันมาจากบรรพบุรุษ แม้ว่าการแพทย์แผนตะวันตกมีบทบาทและอิทธิพลต่อความคิด การตัดสินใจเลือกที่จะดูแลตนเองตามวิถีใหม่ก็ตาม แต่สิ่งที่ฝังรากลึกลงในวิถีปฏิบัติที่มีมาแต่เดิม ก็มีอาจลบล้างออกไปได้ ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังคงเลือกที่จะดูแลตนเองตามวิถีที่คิดว่าเหมาะสมกับตนเอง ดังนี้ 1) สุวิถีชีวิตใหม่ ระวังภัยแห่งโรค 2) มุ่งหาการรักษาเรื่อยไป ไม่ท้อถอย 3) ปรับสภาพจิต 4) ส่งเสริมวิธีการด้วยตัวเอง และ 5) ขอความช่วยเหลือเมื่อช่วยตัวเองไม่ได้ ดังนี้

1. **สุวิถีชีวิตใหม่ ระวังภัยแห่งโรค** เป็นการพยายามปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับบริบทและภาวะโรคของตนเองขณะนั้น สืบเนื่องจากวิถีความเจ็บป่วยอันยาวนาน ที่ผู้ป่วยจำต้องเผชิญอย่างมีอาจหลีกเลี่ยงได้ ก่อเกิดการปรับตัวในการดำรงชีวิตด้วยการ และการรับรู้ว่าตนเองเป็นคนป่วย จึงเพิ่มความระมัดระวังในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ซึ่งวิถีชีวิตใหม่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมี 2 ลักษณะคือ กินอยู่พอเหมาะพอสม กลมกลืนกับโรค และดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาท

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะดำรงบทบาทเป็นผู้ป่วยตลอดเวลา (สมจิต, 2537 : 243-268) ทั้งนี้เป็นเพราะอาการของผู้ป่วยกำเริบได้ตลอดเวลา ดังนั้นผู้ป่วยจึงใช้วิธีการ

1) **กินอยู่พอเหมาะพอสม กลมกลืนกับโรค** ซึ่งผู้ให้ข้อมูลปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะโรคที่ไม่อาจควบคุมได้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ โดยเฉพาะขณะที่อาการของโรคกำเริบ การรับรู้ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิตของตนเอง ซึ่งแม็คสวินนี่และคณะ (McSweeney, et al, 1982 : 473-478) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถต่ำในเรื่องการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ทัศนคติการดูแลตนเอง และการเคลื่อนไหว ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงปรับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันใน 4 ลักษณะ คือ 1) เปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหาร 2) เปลี่ยนเปลี่ยนกิจกรรม 3) พักผ่อนให้เพียงพอในทันทีที่มีโอกาส และ 4) ห่างไกลภัยของแสง

ผู้ป่วยรับรู้ว่าการรับประทานอาหารแบบเดิม ทำให้อาการของโรคกำเริบได้ จึงปรับการรับประทานอาหาร โดย**เปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหาร** ตามอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ ทำให้เมื่ออาหาร เกิดความอ่อนเพลียและทำให้เหนื่อยได้ สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ร้อยละ 8 สูญเสียเรื่องการรับประทานอาหาร (Prigatano, 1984 : 1615) และส่วนใหญ่มีความอยากอาหารลดลง (Gift, 1989 : 79) ผู้ป่วยจึงปรับอาหารที่รับประทาน โดยการรับประทานอาหารเพื่อ**บำรุงร่างกาย** ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า ในขณะที่เหนื่อยไม่ได้รับประทานอาหาร จึงใช้นมสดและกล้วยตากแทนข้าว ซึ่งเป็นอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานตามปกติ เป็นการทดแทนกับช่วงที่ไม่ได้รับประทานอาหาร นอกจากนี้ยังเพิ่มปริมาณมื้ออาหาร เช่น บางรายเดิมรับประทานอาหารวันละ 1 มื้อ เพิ่มมาเป็นวันละ 2 มื้อ หรือรับประทานอาหารกลางวันก่อนนอน เพื่อบำรุงร่างกายให้สดชื่น ไม่

อ่อนเพลีย นอกจากนี้จะต้อง**กินอย่างระมัดระวัง** โดยการเคี้ยวอาหารให้ละเอียด ค่อยๆ กลืนทีละน้อยเพื่อป้องกันการสำลัก ซึ่งจะเป็นสาเหตุให้อาการของโรคกำเริบ และกินพอประมาณ คือ กินพออิ่ม ไม่อิ่มมากจนเกินไปจะทำให้แน่นอึดอัด ทั้งนี้เนื่องจากการรับประทานอาหารในปริมาณมากเกินไป กระเพาะอาหารขยายตัวทำให้ปอดไม่สามารถขยายตัวได้เต็มที่ ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกแน่น หายใจไม่สะดวก สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ผลกระทบต่อทางเดินอาหารทำให้ความอยากอาหารลดลง คลื่นไส้ และมีอาการเหนื่อยหอบหลังรับประทานอาหารอิ่ม เป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Gift, 1989 : 79; Niemeier, 1985 : 432) ดังนั้นการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องปรับการรับประทานอาหารบำรุงร่างกายเพื่อให้ได้อาหารเพียงพอกับความต้องการ และรับประทานอาหารอย่างระมัดระวังเพื่อป้องกันอาการของโรคกำเริบ

ปรับเปลี่ยนกิจกรรม ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ตามปกติ เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีรูปแบบการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งนอกจากทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากแล้วปัญหาที่สำคัญ คือ ทำให้ความทนในการทำกิจกรรมลดลง (Lareau & Larson, 1987 : 180) สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพรพรรณและคณะ (2540) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้านการคงความสามารถในการประกอบกิจกรรมมีคะแนนในระดับน้อย ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงปรับเปลี่ยนกิจกรรม โดยการวางแผนปรับกิจกรรมต่างๆ เพื่อ**ถนอมพลังงาน** ด้วยการหยุดเคลื่อนไหววิริยบทเมื่อมีอาการหอบ เป็นการใช้พลังงานให้น้อยที่สุดเพื่อควบคุมอาการของโรค ใช้ภาษามือแทนการออกเสียงพูด ขณะมีอาการ หรืออยู่เฉยๆ ไม่พูดเนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าการพูดจะทำให้ใช้พลังงาน หรือในกรณีผู้ป่วยที่เคยทำงานเป็นกรรมกรใช้แรงในการแบกหาม ทำไร่ ทำนากลางแจ้ง ก็ต้องหยุดทำงานเดิมเนื่องจากทำงานดังกล่าวไม่ไหว เป็นการ **หยุดทำงานหนัก** แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยยังต้องมีกิจกรรมพื้นฐาน ในเมื่อไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้เหมือนเดิมจึงลดปริมาณงานลงจากที่เคยปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าจะลดลงจากเดิมจึง**ทำงานพอแรง** คือทำงานให้เหมาะสมกับพลังงานที่มีอยู่จำกัด ไม่หักโหมงานหนัก หรือทำเท่าที่ทำไหว เช่น เคยตักน้ำเต็มถัง ก็ลดปริมาณลงเหลือครึ่งถัง และหยุดพักเป็นระยะๆ สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า กลุ่มตัวอย่างจะหยุดทำกิจกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ (วราณี, 2542) ดังนั้นการวางแผนปรับเปลี่ยนกิจกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการปรับเปลี่ยนการทำงานเป็นไปเพื่อป้องกันและควบคุมอาการของโรค

พักผ่อนให้เพียงพอในทันทีที่มีโอกาส เป็นการดูแลตนเองด้วยการพยายามนอนทันทีที่รู้สึกง่วง โดยไม่คำนึงถึงเวลา ตามแต่โอกาสอำนวยให้ เช่น เมื่อไม่มีอาการเหนื่อยหอบก็จะนอนทันที หรืองีบหลับในตอนกลางวันเพื่อให้มีแรง ไม่อ่อนเพลีย ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า อาการของโรคมักกำเริบตอนกลางคืน เช่น ผู้ให้ข้อมูลง่วงนอนในเวลาเที่ยงคืนแต่นอนไม่ได้เนื่องจากภาวะเหนื่อยหอบ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึก

อ่อนเพลียจากการไม่สามารถพักผ่อนได้ตามเวลาปกติ บางครั้งไม่ได้นอนเป็นเวลาหลายคืน ทำให้ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ อธิบายได้ว่า อาการเลวลงในเวลากลางคืน ทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้จากการหายใจที่ผิดปกติ ต้องตื่นขึ้นมาเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย รูปแบบการนอนจึงตื่นแล้วไม่หลับอีกบ่อยๆ ทั้งนี้เนื่องจากขณะนอนหลับ มีการขยายอากาศลดลง ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงขึ้น และระดับออกซิเจนในเลือดต่ำลง ผู้ป่วยจึงหายใจเร็วขึ้น ทำให้นอนไม่หลับ (ลินจง, 2531 : 105-135; Blanck & Matassarini-Jacobs, 1993 : 1030) นอกจากนี้สาเหตุของการนอนไม่เพียงพอ เช่น การไอ ซึ่งมีความคู่กับภาวะหายใจลำบาก (Neimayer, 1985 : 431) ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ร้อยละ 38 สูญเสียการพักผ่อนนอนหลับ (McSweeney, et al., 1982 : 476) และสอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของสิรินาถ (2541 : 50) พบว่า เมื่อมีอาการหายใจลำบากผู้ป่วยมักนอนหลับได้น้อยลง ซึ่งการพักผ่อนที่ดีที่สุดคือ การนอนหลับ ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงดูแลตนเองโดยการพักผ่อนทันทีที่มีโอกาส เพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ

ห่างไกลภัยของแสง ผู้ให้ข้อมูลงดอาหารบางอย่างที่รับรู้ว่าจะแสงโรค จากความเชื่อในคำบอกเล่าของบุคคลใกล้ชิดหรือคนรู้จัก หรือจากประสบการณ์ของตนเองว่า รับประทานอาหารบางอย่างทำให้อาการของโรคกำเริบ และสามารถมีชีวิตอยู่ได้จากการปฏิบัติดังกล่าว โดยอธิบายว่า อาหารมันหรืออาหารทอดทำให้เกิดอาการไอ ส่งผลให้เหนื่อยหอบ น้ำอืดลมทำให้ท้องอืดแน่น ส่วนอาหารอื่นผู้ให้ข้อมูลไม่ได้อธิบายถึงเหตุผล แต่ปฏิบัติไปตามคำบอกเล่า และรับรู้ว่าการที่จะให้หายจากโรคหรือหายจากความทรมานบางรายกล่าวถึงของแสงโรคสำหรับตนเองว่า ไม่ให้อาหารแต่เป็นความเครียด ความไม่สบายใจ และการไปร่วมพิธีศพ ซึ่งบางครั้งไม่สามารถเลี่ยงได้เพราะเป็นญาติสนิท ซึ่งทุกครั้งที่ไปร่วมงานศพจะมีอาการเหนื่อยหอบ ทำให้ต้องงดการไปร่วมพิธี ทั้งนี้เพราะบรรยากาศในพิธีศพมีความเศร้า ความทุกข์ ความตาย หรือจุดจบของชีวิต ส่งผลต่อภาวะอารมณ์เศร้า ก่อเกิดอาการเหนื่อยหอบ (สมพร, 2531 : 379) และในขณะหายใจเหนื่อยหอบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเกิดความกลัว นึกถึงความตาย (DeVito, 1990 : 188) ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงดูแลตนเองโดยการหลีกเลี่ยงจากสิ่งแสงโรคตามการรับรู้และความเชื่อส่วนตัวของบุคคลเพื่อป้องกันอาการเหนื่อยหอบ

2) ดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาท โดยระมัดระวังในการดำรงชีวิต สืบเนื่องจากการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่กำเริบและระยะเวลายาวนานที่ผู้ให้ข้อมูลอยู่ร่วมกับโรค เกิดการเรียนรู้ถึงวิธีการที่จะมีชีวิตอยู่ด้วยความไม่แน่นอนของโรค ไม่สามารถควบคุมได้ อาจกำเริบรุนแรงขึ้นเมื่อไรก็ได้ จึงก่อเกิดวิธีปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคนี้โดยเฉพาะใน 2 ลักษณะ คือ พร้อมสรรพ รับสถานการณ์ และกันก่อนเกิด ไม่เปิดโอกาส เป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อรับสถานการณ์กำเริบของโรค และการใช้ชีวิตอย่างระมัดระวังด้วยการสังเกตสิ่งที่ตนเองแพ้ และหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้นเพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรค ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ ไม่สามารถควบคุมอาการได้ แม้แต่สติของตนเอง ดังนั้นจึงเตรียมพร้อม

ด้วยการ**พร้อมสรรพ รับประทาน** โดยเฉพาะเตรียมยาพ่น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการมียาพ่นติดตัวว่าเหมือนพกหมอกไปด้วย หรือการมีภรรยาติดตามตลอดเวลาเมื่อออกจากบ้าน เช่น ไปประชุม หรือไปร่วมงานสังคม เป็นต้นเพราะ ภรรยาที่ร่วมชีวิตกันมานานเป็นผู้เดียวที่เข้าใจอาการของสามีว่าเมื่อมีอาการกำเริบอาจทำให้เสียชีวิตได้ ภรรยาเป็นผู้เดียวที่รู้วิธีช่วยเหลือ จึงต้องติดตามไปด้วยเสมอ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการไม่ประมาทในการดำรงชีวิต ด้วยการกำกั้นก่อนเกิด ไม่เปิดโอกาส โดยการหลีกเลี่ยงไม่เลี้ยงและไม่คลุกคลีกับแมว อธิบายว่าขนแมวทำให้หอบ ส่วนการเปลี่ยนที่นอนจากที่นอนนุ่มมาเป็นใยสังเคราะห์ เนื่องจากฝุ่นจากที่นอนทำให้หอบ และหลีกเลี่ยงการกวาดขยะ ถ้าจำเป็นจะใช้น้ำรดก่อนหรือใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดแทน หรือให้คนอื่นทำแทน สิ่งสำคัญอีกประการคือ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อาบน้ำอุ่นแทนการอาบน้ำเย็น โดยอธิบายว่าถ้าอาบน้ำเย็นจะทำให้เหนียวหอบ แต่จำเป็นต้องอาบน้ำ เนื่องจากเมื่อมีอาการหอบจะมีเหงื่อออกมาก ทำให้เหนียวตัวอยากอาบน้ำ จึงอาบน้ำอุ่น การดูแลตนเองด้วยการอาบน้ำอุ่นสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยทั่วไป อธิบายได้ว่า พื้นที่ผิวกายมีฮัยโปทาลามัสคอยควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้เป็น 37 องศาเซลเซียสอยู่ตลอดเวลา เมื่อใดที่ร่างกายถูกความเย็นของน้ำจะปกป้องตนเองโดยหดเส้นฝวกาย เพื่อรักษาความร้อนไว้ และเพิ่มการทำงานของอวัยวะภายใน เพื่อสร้างความร้อนเพิ่มขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อสั่นกระตุก หัวใจ ปอด ต่อมฮอร์โมนต่างๆ ทำงานเพิ่มขึ้น เพื่อผลิตความร้อนออกมา ในทางตรงกันข้าม ถัร่างกายได้รับความร้อนจากน้ำ ฮัยโปทาลามัสจะสั่งให้เส้นเลือดขยายตัว เพื่อระบายความร้อนออก ทำให้หัวใจ ปอด ตับ กล้ามเนื้อและต่อมฮอร์โมนทำงานน้อยลง เพื่อลดความร้อน (บรรจบ, 2540 :134-135) ดังนั้นการที่ผู้ให้ข้อมูลดูแลตนเองด้วยการอาบน้ำร้อน นับเป็นวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อลดการทำงานของปอด ช่วยให้อัตราการหายใจลดลง หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงต่ออาการเหนียวหอบได้

2. มุ่งหาการรักษาเรื่อยไปไม่หือถอย ภาวะโรคที่ทุกข์ทรมานจึงเกิดการแสวงหาการรักษา เพื่อป้องกัน บรรเทา และพยายามรักษาให้หายจากโรค ผู้ให้ข้อมูลมีการแสวงหาการรักษาใน 2 ลักษณะ คือ 1) รักษาอย่างต่อเนื่อง และ 2) พ่วงพึ่งพาภูมิปัญญาตะวันออก ดังนี้

2.1 รักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลทุกรายที่ศึกษามีความเชื่อในการรักษาแผนปัจจุบัน จึงดูแลตนเองด้วยการไปรับการรักษาที่คลินิกและโรงพยาบาล ตามแต่ความสะดวกของแต่ละราย ซึ่งเป็นการแสวงหาการรักษาโดยการใช้การรักษาแผนปัจจุบัน จะเห็นได้ว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการใช้ยาพ่นเพื่อขยายหลอดลมว่าสามารถบรรเทาอาการของโรคได้ จะใช้ยาพ่นทุกครั้งที่เกิดตัวเองว่าเริ่มมีอาการเหนียวหอบ ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดใช้ยาพ่นได้และรับรู้ว่ายาพ่นทำให้หายใจได้สะดวก อาการเหนียวหอบลดลง ทั้งนี้เพราะขยายหลอดลมไม่เพียงแต่จะช่วยขยายหลอดลมเท่านั้น ยังช่วยเพิ่มสมรรถภาพการขับมูกออกจากหลอดลมด้วย (นันทา และสมชัย, 2531 : 311) ปัจจุบันการรักษาของแพทย์นิยมใช้ยาพ่นสูดขยายหลอดลม โดยเฉพาะเป็นที่นิยมในยุโรป (Oyalowo, 1996 : 42) สอดคล้องกับการศึกษาของ

อารยา (2534 : 50) พบว่า ชนิดของยาที่ผู้ป่วยได้รับจากโรงพยาบาล ร้อยละ 85 คือ ยาขยายหลอดลม แต่ยาพ่นมีราคาแพง และเป็นยานอกบัญชียาหลัก ไม่สามารถเบิกได้ ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้ยาพ่น โดยปรับชนิดและขนาดเองตามความต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของแคโรรี และเจนสัน-เบิร์คลี (Carrieri Janson - Bjerklie, 1986 : 291) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลใช้การรักษาแผนปัจจุบันแล้ว ยังมีการแสวงหาการรักษาด้วย

2.2 ฟวงฟิงพวงภูมิปัญญาตะวันออก ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการใน 4 ลักษณะ คือ สารพันสมุนไพร เมื่อยปวด จึงนวดหลัง รักษายาพื้นบ้าน และผลานการฝังเข็ม ดังนี้

สารพันสมุนไพร เป็นการใช้สมุนไพรนานาชนิดควบคู่กันไป และส่วนใหญ่ใช้สมุนไพรมาตลอดจนปัจจุบัน การแสวงหาวิถีทางแก้ปัญหาสุขภาพบนพื้นฐานประสบการณ์ การสังเกต การคัดเลือก และการทดลองปฏิบัติ สัมพันธ์มาจนในที่สุดถ่ายทอดเป็นวัฒนธรรม ซึ่งไพโรจน์ (2539 : 120) ให้ทัศนะว่าเป็นพื้นฐานที่ทำให้เกิดภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว เป็นการดูแลสุขภาพในระดับแรกมีพื้นฐานจากความรู้พื้นบ้าน เพื่อแสวงหาวิถีแก้ปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นมีความควบคู่กับประวัติศาสตร์การพัฒนาลังคมอันยาวนานของมนุษยชนนับแต่โบราณ

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า วิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลายๆ วิธี เป็นวิธีที่ใช้ยาร่วมกับไม่ใช้ยา สอดคล้องกับพิมพ์วัลย์และคณะ (2530 อ้างตาม ทวีทอง, 2533 : 23) ที่ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนในอำเภอหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมาพบว่า ผู้ป่วยรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยการใช้น้ำสมุนไพรเป็นอันดับ 1 และรองลงมา คือ การปฏิบัติตัวโดยไม่ใช้ยา

เมื่อยปวด จึงนวดหลัง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการนวดบริเวณหลัง ไหล่ และรับรู้ว่าให้ผลดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นับเป็นวิธีการดูแลตนเองแบบดั้งเดิม ซึ่งจากการสังเกตของกิฟท์และคณะ (Gift, et al., 1986 : 596) พบว่า ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรงจะใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ (accessory muscle) เพิ่มขึ้นจนทำให้สามารถเห็นการยกไหล่อย่างชัดเจนในขณะหายใจเข้า ด้วยเหตุนี้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รู้สึกเมื่อยหลังเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ เนื่องจากการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ผู้ให้ข้อมูลจึงใช้การนวดเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

การนวดไม่ใช่เรื่องแปลกสำหรับวัฒนธรรมไทย ซึ่งลาตูแบร์ บาทหลวงชาวฝรั่งเศส กล่าวไว้ในสมัยสมเด็จพระนารายณ์ว่า “เจ็บป่วยก็ไม่เห็นทำอะไร นวดๆ บีบ ๆ แต่ก็หายเป็นอันมาก” คำกล่าวนี้สะท้อนว่า คนไทยรู้จักใช้การนวดมานาน นอกจากนี้มีบันทึกเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการสัมผัส โดย

ออลิวส์ คอร์เนเลียสเซลซัส เรียกว่า "การเสียดสี" กับหัวไหล่ แขน ขา และหน้าอก เพื่อรักษาโรคปอดอักเสบ ซึ่งได้ผลเป็นที่น่าพอใจ จะเห็นว่าที่ผ่านมา แนวคิดเกี่ยวกับการนวดเพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วยได้ใช้อย่างแพร่หลาย เป็นแบบแผนปฏิบัติตามวัฒนธรรมดั้งเดิม สืบทอดกันมาหลายสมัย เนื่องจากมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ไม่สิ้นเปลือง โดยเฉพาะการวิจัย ของนายแพทย์ไมค์ ทอมป์สัน กล่าวว่า "เป็นการสมควรอย่างยิ่งที่จะนำการสัมผัส และการนวดเข้าไปรวมในแผนบำบัดรักษาเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วม" และการศึกษาวิจัยโดย ดร. ทิฟฟานี ฟีลด์และคณะ พบว่า คุณประโยชน์ของการนวดมีผลต่อการรักษาอาการหอบ ช่วยลดความกระวนกระวาย มีอารมณ์ดีขึ้น และหายใจโล่ง (ชลทิพย์, 2542 : 6-9)

อีกทางเลือกหนึ่งในการปฏิบัติการดูแลตนเอง คือ **รักษาพยาบาลที่บ้าน และผลานการฝังเข็ม** เป็นสิ่งที่ได้รับการบอกเล่ากันมา โดยที่ยาพื้นบ้านดังกล่าวมีหลากหลาย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า ส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์เพื่อขับเสมหะ ส่วนการฝังเข็มก็เลือกที่จะทดลอง ทั่วๆไปไม่มั่นใจ นับเป็นความพยายามในการแสวงหาการรักษาของผู้ให้ข้อมูลที่ยังคงอยู่ แม้ว่าจะมีความหวังน้อยนิดเพียงใดก็ตาม

ซึ่งในบริบทชาวกะเหรี่ยงได้มีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเชื่อแผนโบราณและพฤติกรรมรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านของพ่อบ้านและแม่บ้านชาวกะเหรี่ยงของประยงค์และคณะ (2536) พบว่า ร้อยละ 6 เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง หอบหืด มีพฤติกรรมการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้าน คือ ทำการเลี้ยงผีมากที่สุด สิ่งต่างๆเหล่านี้สะท้อนถึงทางเลือกในการดูแลตนเองตามวิถีแห่งภูมิปัญญาชาวบ้านที่มีอยู่ดั้งเดิมในบริบทที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเลือกแล้วว่าเหมาะสมสำหรับตนเอง ซึ่งวิธีการรักษาโดยวิถีพื้นบ้านดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นสมุนไพรหรือการบีบนวด การประคบร้อน มีความปลอดภัยค่อนข้างสูง (มัลลิกา, 2530 : 23)

3. ปรับสภาพจิต เป็นการดูแลตนเองด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดความรู้สึกสบายใจ และผ่อนคลายความเครียด ใน 2 ลักษณะ คือ ยึดจิตเหนียวใจ และ ปรับจิต ปล่อยใจ ดังนี้

3.1 ยึดจิตเหนียวใจ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ ตามความเชื่อและความศรัทธาที่มีมาแต่เดิม ผู้ที่เป็นมุสลิมจะละหมาด (สวดมนต์) วอนขอต่อพระเจ้าเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในชีวิต ก็จะยึดมั่นและรำลึกพระผู้เป็นเจ้าที่ตนเองศรัทธา เพราะเชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างในโลกอยู่นอกเหนือการควบคุมของมนุษย์ พระเจ้าเท่านั้นที่ควบคุมทุกสิ่งทุกอย่าง ทำให้ลดความกังวลลงได้ ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่นับถือศาสนาพุทธก็มุ่งสู่ร่มเงาแห่งกาสาพุทธ อธิบายว่า ระหว่างบวชเป็นพระภิกษุได้สวดมนต์ปฏิบัติกิจสงฆ์ อาการของโรคไม่กำเริบ เนื่องจากไม่มีความกังวลใจ บางรายบวชพระเนื่องจากได้บ่นานไว้ว่าให้หายจากโรค หรือการสะเดาะเคราะห์ เนื่องจากเชื่อว่าโรคเกิดจากเคราะห์กรรม เพื่อให้หายจากโรค การปฏิบัติดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของการใช้พลังจิตที่เกิดจากความเชื่อมั่น ซึ่งรู้จักใช้กันมานานแล้วในสังคมไทย (บรรจบ, 2540 : 142) นอกจากนี้บางรายได้ถือศีลกินเจแล้วอาการของโรคไม่กำเริบ โดยอธิบายว่า ในระหว่างที่ถือศีลกินเจ ได้ปฏิบัติธรรม สวดมนต์และถือศีล 8 อย่างเคร่งครัด ทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจ

บางรายใช้การนั่งภาวนากรรมฐาน ทำสมาธิ เพื่อดับความโมโหและเกิดความสบายใจ ซึ่งเป็นความเชื่อตามแนวหลักอริยสัจ 4 เชื่อว่าวิธีดับทุกข์ (มรรค) ด้วยศีล สมาธิ และปัญญา การปฏิบัติสิ่งดังกล่าวส่วนหนึ่งมาจากความเชื่อตามหลักพุทธศาสนา ดังนั้นชายชาวพุทธมักจะมีอุปสมบท นอกจากนี้ผู้ที่เชื่อหลักการในศาสนาพุทธ ว่าความเจ็บป่วยเกิดจากเคราะห์กรรม กรรมจะควบคุมชีวิต จึงใช้วิธีสะเดาะเคราะห์ (ฟาริดา, 2536 : 79)

จะเห็นได้ว่า การดูแลตนเองในลักษณะดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าหลักศาสนาเป็นแนวทางในการปฏิบัติและแสดงถึงการให้คุณค่าทางจิตวิญญาณ โดยผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามเชื่อว่าการประสบความสำเร็จแตกต่างกันไปในโลกนี้ เป็นการทดสอบของพระเจ้าที่มนุษย์ได้รับ ซึ่งกล่าวว่า “และไม่ว่าสิ่งใดที่ประสบกับมุสลิม จากความเหนื่อยยาก โรคเรื้อรัง ความกังวลใจ ความเสียใจ ความเจ็บปวด ความเศร้าโศก หรือแม้แต่หนามแหลมที่มิดตำ พระเจ้าจะปลดเปลื้องความผิดของเขาจากสภาพดังกล่าว” “เจ้าจงอดทนต่อสิ่งที่มาประสบ แท้จริงนั้นเป็นการะกิอันหนึ่ง” และ “อัลเลาะห์ จะเปลื้องบาปจากผู้ป่วยไข้ที่มีความอดทน” (ฟาริดา, 2536 : 88-89, 90) หลักคำสอนดังกล่าวทำให้ผู้ให้ข้อมูลอดทนต่อสู้กับโรคเรื้อรังของตนเองและต่อภาระที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป เนื่องจากหลักความประพฤติของอิสลามบัญญัติในพระคัมภีร์อัลกุรอานว่า “คนอื่นในหมู่เจ้าอย่าได้คิดอยากตายเป็นอันขาด” (ฟาริดา, 2536 : 90) ผู้ให้ข้อมูลจึงรำลึกถึงอัลเลาะห์ตลอดเวลาที่อาการของโรคกำเริบรุนแรง และพยายามควบคุมสติตนเองให้ได้กล่าวคำสวดดีต่อพระองค์ตลอดเวลา ด้วยความรู้สึกศรัทธาแน่นและเกิดความปีติยินดีว่า ตนเองยังสามารถกล่าวคำสวดดีต่อพระองค์ได้ ยังไม่ถึงกับขาดสติไป ซึ่งเกิดจากความศรัทธาว่า การที่มนุษย์มีความสุขอย่างแท้จริง ก็ด้วยการรำลึกถึงพระองค์ ดังคำกล่าวที่ว่า “เจ้าทั้งหลายจงรำลึกถึงอัลเลาะห์ให้มากและจงสวดดีต่อพระองค์ ทั้งตอนเช้าและตอนเย็น” ซึ่งผู้ปฏิบัติจะเกิดความสงบสุข ดังคำกล่าวที่ว่า “บรรดาผู้ที่ศรัทธา และหัวใจของเขาสุขสงบด้วยการรำลึกถึงพระองค์ หามิได้ การรำลึกถึงพระองค์อัลเลาะห์ทำให้หัวใจสงบสุขมิใช่หรือ” (ฟาริดา, 2536 : 89) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติศาสนกิจโดยการละหมาด ถือเป็นเรื่องที่ต้องกระทำอย่างเคร่งครัดของมุสลิม เป็นการเคารพภักดี และบำเพ็ญสมาธิ (ฟาริดา, 2536 : 88)

สิ่งเหล่านี้เป็นแนวคิดเรื่องดับทุกข์ ที่ผู้ให้ข้อมูลแต่ละบุคคลพิจารณาเลือกปฏิบัติเพื่อกำจัดทุกข์จากความเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ให้ได้รับการบรรเทา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับตนเอง อธิบายได้ว่า การปฏิบัติสมาธิเป็นการฝึกให้จิตนิ่ง ไม่จำกัดอยู่กับศาสนาใด ในทุกๆ ศาสนา ก็มีการทำสมาธิในวิธีการของตนเอง เช่น การภาวนาถึงพระเจ้า การท่องสวดมนต์ การกำหนดลมหายใจ ทั้งนี้ก็เพื่อจุดประสงค์ร่วมกันเบื้องต้น คือ การทำจิตให้ว่างหรือ สมาธินั่นเอง สมาธิทำให้ใจสงบ สามารถกำจัดสิ่งรบกวนจิตให้เบาบางลง เปรียบกับสถานการณ์เฉพาะหน้าได้ นอกจากนี้จิตใจสงบมีสมาธิ ลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ และประสาทส่วนกลางทำให้การเผาผลาญสารอาหาร และการใช้ออกซิเจนลดลง ทำให้อัตราการหายใจลดลง ซึ่งสมาธิมีผลต่อสุขภาพ ทำให้ใจสงบ ระวังซึ่งกายสังขาร ทำให้การเผาผลาญ

พลังงานลดลง การใช้ออกซิเจนลดลง การหายใจช้าลง ช่วยรักษาโรคหอบหืด (บรรจบ, 2540 : 147-148) การศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของชนิษฐา (2542) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไทย พบว่า การดูแลตนเองที่ผู้สูงอายุกระทำ คือ การปรับแต่งจิตใจ และสอดคล้องกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (อัมพร ชรินทร์ และชลธิชา, 2538) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การปฏิบัติตนทางศาสนา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพในต่างประเทศที่ได้ศึกษาถึงวิธีการจัดการกับการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอด พบว่า ใช้วิธีสวดมนต์ หรือทำสมาธิ ร้อยละ 9 (Carrieri & Janson-Bjerklie, 1986 : 294) ดังนั้นผลการศึกษาสະท้อนให้เห็นว่าการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอดุดกันเรื้อรังกลุ่มที่ศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุไม่ว่าจะนับถือศาสนาพุทธหรืออิสลาม ล้วนแต่ให้คุณค่ากับการดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณทั้งสิ้น

3.2 ปรับจิต ปล่อยใจ เป็นการดูแลตนเองด้านจิตใจ ด้วยการใช้วิธีคิด หรือมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี เพื่อให้จิตใจสบายขึ้น มี 2 ลักษณะคือ ปรับจิต คิดทางบวก และ ปล่อยคน ปล่อยใจ ดังนี้

ปรับจิต คิดทางบวก เป็นการเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไปในทางที่ดี ซึ่งผู้ให้ข้อมูลใช้ดูแลตนเองในด้านจิตใจ ช่วยให้รู้สึกสบายใจขึ้น เป็นวิธีคิดที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ในการเผชิญกับปัญหา โดยบางครั้งบุตรเป็นผู้กระตุ้นให้มองเหตุการณ์เจ็บป่วยไปในทางที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปรับจิตใจตัวเอง ให้คิดและมองเหตุการณ์ไปในทางบวก ทำให้สามารถยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพถึงกลยุทธ์ในการจัดการกับการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดจำนวน 68 ราย พบว่า ร้อยละ 13 พยายามคิดถึงแต่ประสบการณ์ที่ดี (Carrieri & Janson-Bjerkli, 1986 : 294) ส่วน**ปล่อยคน ปล่อยใจ** เป็นการแยกตัวออกจากสังคม โดยการเลี้ยงมาอยู่คนเดียว เพื่อปรับอารมณ์ตนเองให้เกิดความสบายใจ โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าการพูดคุยกับบุคคลอื่นซึ่งไม่สามารถเข้าใจในภาวะที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ได้ จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจมากขึ้น จึงเลือกที่จะดูแลตนเองโดยการไม่อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของปริกาทาโน (Prigatano, 1984 : 1615) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอดุดกันเรื้อรังพบว่า ร้อยละ 25 สูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม (social interaction) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอดุดกันเรื้อรังต้องการอยู่คนเดียว เพื่อควบคุมอารมณ์และร่างกายในการหายใจ เนื่องจากขณะหายใจลำบาก ความสนใจของผู้ป่วยอยู่ที่การหายใจเท่านั้น การแยกตัวออกจากสังคมและการมีพฤติกรรมถอยหนีเป็นกลไกการป้องกันตนเองอย่างหนึ่ง เพื่อลดผลกระทบทางด้านอารมณ์ (Carrieri & Janson-Bjerklie, 1986 : 304-5; DeVito, 1990 : 191; Mckinny, 1990 : 48-50) ดังนั้นผู้ป่วยจึงอยู่คนเดียวเพื่อมุ่งอยู่กับการหายใจของตนเองเท่านั้น นับเป็นการดูแลตนเองเพื่อควบคุมการหายใจนั่นเอง

4. **สังมวิธีกรด้วยตนเอง** ผู้ให้ข้อมูลได้เก็บเกี่ยวประสบการณ์ การอยู่ร่วมกับโรคอันยาวนาน ก่อเกิดการแสวงหาวิธีการด้วยตนเองเพื่อบรรเทาและควบคุมอาการเหนื่อยหอบ ใน 2 ลักษณะ คือ ฝึกการหายใจ และพลิกซ้ายตะแคงขวา หากทำเหมาะสม

4.1 ฝึกการหายใจ เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลเรียนรู้ด้วยตนเอง จากการสังมประสบการณ์การอยู่ร่วมกับโรคมาเป็นเวลานาน ซึ่งในขณะที่ยังเหนื่อยหอบ ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า หายใจเข้าได้น้อย ส่วนใหญ่อากาศจะออกหมด จึงพยายามสูดหายใจช้าๆ ลึกๆ ยาวๆ เพื่อเอาอากาศเข้าให้มากที่สุด ทำให้หายใจได้โล่งขึ้น จึงเริ่มต้นวิธีการฝึกหายใจด้วยตนเองก่อน จากนั้นเมื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่ง ได้รับคำแนะนำการหายใจที่ถูกวิธีจากพยาบาล โดยให้หายใจออกทางปากและทำปากจู๋หรือการหายใจแบบเป่าปาก (pursed lips breathing) ทำให้สามารถควบคุมอาการหายใจเหนื่อยหอบได้ในระดับหนึ่ง ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ระบุว่าใช้ควบคุมเมื่อหายใจเหนื่อยหอบเล็กน้อย แต่เมื่ออาการหอบรุนแรงมากขึ้นก็ไม่สามารถควบคุมได้เหมือนกัน ต้องใช้ยาพ่นขยายหลอดลมเมื่ออาการรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาถึงกลยุทธ์ที่ผู้ป่วยโรคปอดใช้ในการจัดการกับการหายใจลำบาก ซึ่งพบว่าการบริหารการหายใจเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ผู้ป่วยนำมาใช้จัดการกับอาการหายใจลำบากและใช้น้อยกว่าการใช้ยาขยายหลอดลมเช่นกัน (Carrieri & Janson - Bjerklie, 1986 : 284-305) จะเห็นได้ว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งที่ใช้วิธีการหายใจยาวๆด้วยตนเอง และรับรู้ว่าเป็นการควบคุมการหายใจขณะหายใจลำบากได้นั้น แม้ว่าไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลแล้วแต่ก็ยังไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องการหายใจแบบเป่าปาก เนื่องจากแพทย์และพยาบาลมีเวลาเพียงเล็กน้อยเท่านั้นในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมาก นอกจากนี้อาจเกิดจากการไม่ตระหนักในความสำคัญของการบริหารการหายใจจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของอารยา (2534 : 60) พบว่าผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้บริหารการหายใจ โดยส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากนักกายภาพบำบัด และพบว่าไม่มีผู้ใดได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเลย ทั้งนี้อารยาอธิบายว่าแผนกผู้ป่วยนอกมีผู้มารับบริการจำนวนมาก ดังนั้นพยาบาลแผนกนี้เน้นหน้าที่คัดกรองและจัดผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ เช่นเดียวกับแพทย์ที่ต้องตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก จึงต้องส่งให้นักกายภาพบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา (2531 : 63) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสอนฝึกหายใจจากแพทย์หรือพยาบาล และในรายที่ได้รับการสอนก็ได้ปฏิบัติตาม โดยอัจฉราอธิบายว่าแผนกผู้ป่วยนอกมีผู้ป่วยมารับการรักษาจำนวนมาก แพทย์และพยาบาลจึงไม่มีเวลาและผู้ป่วยก็ไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งปัจจุบันมีการศึกษาการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อารยา, 2534; สิรินารถ, 2541; Gift, Moore & Soeken, 1992) พบว่า ช่วยบรรเทาอาการหายใจเหนื่อยหอบทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เพิ่มขึ้น ลดการพึ่งพาผู้อื่น การหายใจแบบเป่าปากมีผล

ในการเพิ่มแรงต้านทานขณะหายใจออก ทำให้แรงดันในหลอดลมเพิ่มขึ้น ช่วยต้านแรงดันจากเยื่อหุ้มปอด หลอดลมจึงแฟบซีกกว่าปกติ ทำให้มีการระบายอากาศดีขึ้น ลดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในปอด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจช้าลง บรรเทาอาการหายใจลำบากได้ สอดคล้องกับการศึกษาของโทแมน สโตเกอร์และรอสส์ (Thoman, Stoker & Ross, 1965) โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยการให้ผู้ป่วยหายใจแบบเป่าปากช้าๆ พบว่า การหายใจวิธีนี้ทำให้อัตราการหายใจลดลง ประสิทธิภาพการหายใจของผู้ป่วยดีขึ้น อัตราการระบายอากาศเพิ่มขึ้น ส่งผลให้รู้สึกสบายเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ ฮาสร์และคาร์ดอน (Hasr & Cardon, 1969) ซึ่งศึกษาผลการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยให้ผู้ป่วยหายใจออกทางปากช้าๆ พบว่า สมรรถภาพในการทำงานของปอดไม่เปลี่ยนแปลง แต่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและหายใจสะดวกมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนพพร (2540) พบว่า การฝึกการผ่อนคลายโดยใช้วิธีการหายใจแบบลึกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลองมีอัตราการหายใจน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก และส่วนใหญ่บอกว่าภายหลังการฝึกรู้สึกสบายใจ หายใจสะดวกขึ้น ฝึกได้ง่ายและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

4.2 พลิกซ้ายตะแคงขวา ท่าท่าเหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จัดทำที่เห็นว่าเหมาะสมกับตัวเองขณะนั้น โดยเฉพาะขณะที่มีอาการเหนื่อยหอบ จะพยายามจัดทำ เช่น นิ่ง นอนศีรษะสูง หรือนอนตะแคง อธิบายได้ว่า ท่าหนึ่งหรือการนอนศีรษะสูงทำให้กระบังลมหย่อนตัว เพิ่มพื้นที่ในการขยายตัวของปอด ทำให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดพบว่า ท่านอนตะแคงขวาจะทำให้มีการใช้ออกซิเจนได้ดีกว่าท่านอนหงาย (Norton & Conforti, 1985 : 47) และสอดคล้องกับการศึกษาของแคร์ริเออร์และแจนสัน - เบอร์กลี (Carrieri & Janson - Bjerklie, 1986 : 284-305) ที่พบว่า กลยุทธ์ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดใช้จัดการกับอาการหายใจลำบาก คือ การปรับเปลี่ยนท่าทาง และการเคลื่อนไหว

5. ขอความช่วยเหลือ เมื่อช่วยตัวเองไม่ได้ นับเป็นทักษะชีวิตในการแสวงหาความช่วยเหลือ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นการดูแลตนเอง โดยเฉพาะขณะเกิดอาการหายใจลำบาก ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ก็ขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว โดยการให้ช่วยบีบนิ้วหลังหรือเมื่ออาการเป็นมาก ก็ขอความช่วยเหลือให้ไปส่งที่โรงพยาบาล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการขอความช่วยเหลือจากแพทย์ เนื่องจากเชื่อถือในการรักษาแผนปัจจุบัน จึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และรับรู้ว่าจะยังอยู่บ้านต่อไป บุตรและภรรยาไม่มีความรู้ในการรักษาจึงไม่สามารถช่วยเหลือได้มากกว่านั้น สิ่งเหล่านี้ผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ประเมินสถานการณ์ด้วยตนเองว่าต้องการความช่วยเหลือจากใคร และต้องการความช่วยเหลืออย่างไร อธิบายได้ว่า วิธีการดังกล่าวเป็นวิธีการเผชิญปัญหาวิธีหนึ่ง โดยการแสวงหาความช่วยเหลือ หรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (สมจิต, 2537 : 109) เป็นดังนี้เพราะผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งที่ศึกษามีสัมพันธภาพภายในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมากกว่าบุคคลอื่น สอดคล้องกับการศึกษาวัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ผู้ป่วยเอดส์มีการดูแลตนเองโดยการปรึกษาหรือ ขอความช่วยเหลือ

จากบุคลากรด้านสุขภาพและบุคคลในครอบครัว รวมทั้งบุคคลสำคัญสำหรับตนเอง (บาเพ็ญจิต, 2541 : 221) ดังนั้นในการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการของโรคกำเริบที่บ้าน บุตรและภรรยาช่วยเหลือในระดับเบื้องต้น แต่ช่วยในการรักษาไม่ได้ จึงมาโรงพยาบาลเพื่อขอความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล เนื่องจากความเชื่อในการรักษาแผนปัจจุบัน และจากประสบการณ์ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลแล้วอาการของโรคดีขึ้น สิ่งเหล่านี้นับเป็นความสามารถของผู้ป่วยที่จะติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรที่สุขภาพ รู้จักขอความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง ได้มากกว่าผู้ที่ขาดทักษะด้านนี้

การศึกษาครั้งนี้สะท้อนถึงวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีความคิด ความเชื่อ และประสบการณ์หลากหลายในบริบทที่เป็นอยู่ ดังนั้นการแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อดูแลตนเอง ทดลองปฏิบัติด้วยความมุ่งมั่น เชื่อและหวังว่าจะสามารถแก้ปัญหาสุขภาพครั้งนี้ได้ ในที่สุดตัดสินใจเลือกวิธีการด้วยตนเองที่เห็นว่าเหมาะสมสำหรับตนเองมากที่สุด ตามความคิด ความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรม โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง ดังนี้

ปัจจัยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมี 3 ลักษณะ คือ 1) แรงกายแรงจิตจากมวลมิตรและคนชดใกล้ 2) พลังหวัง เพื่อหาย และ 3) ถึงตายแน่ถ้าไม่แก้ไข

1. **แรงกายแรงจิตจากมวลมิตรและคนชดใกล้** เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับความช่วยเหลือในการปฏิบัติภารกิจประจำวัน ในขณะที่อาการของโรคกำเริบรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และความช่วยเหลือในการดูแลและพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล การอำนวยความสะดวกในการเดินทางไปรับการรักษา ช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทอง รวมทั้งทำทางและคำพูดที่คอยปลอบโยน ให้กำลังใจ เข้าใจในภาวะโรคที่เกิดขึ้น จากบุคคลในครอบครัว และกัลยาณมิตร นอกจากนี้ ยังมีสวัสดิการทางสังคม เช่น เบิกค่ารักษาได้ การใช้บัตรสงเคราะห์ บัตรสุขภาพ อธิบายได้ว่า ผู้ที่เจ็บป่วยต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมด ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลตนเอง (สมจิต, 2537 : 23; Orem, 1995 : 104) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ในภาวะที่มีความเจ็บป่วยหรือมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อการรักษาและฟื้นฟูสภาพในด้านจิตสังคม และมีผลต่อเนื่องไปถึงสุขภาพด้วย (Cohen & Syme, 1985 : 4-5) การสนับสนุนอาจเป็นคำพูดที่กระตุ้นให้กำลังใจ หรือริยาทำทางของบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงหรือแม้แต่บุคคลที่รู้จัก การช่วยเหลือด้านร่างกาย การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะในเวลาที่ยาของโรคกำเริบ จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะเป็นเวลาที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น ซึ่งการ

สนับสนุนทั้งร่างกาย และอารมณ์ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและแรงจูงใจที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการให้ความช่วยเหลือด้วยการสนับสนุน (supporting another) ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (สมจิต, 2537:44) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับคุณลักษณะของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ซึ่งกล่าวว่า ความเห็นใจเข้าใจและยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วย ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้รับการดูแลอย่างเข้าใจจากพยาบาล (สมจิต, 2537 : 84-85) ส่วนอัจฉรา (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษากลับพบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการช่วยเหลือสิ่งของและการได้รับการบริการ การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะสามารถแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการเผชิญปัญหาได้ และไม่กังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายต่างๆ และความรับผิดชอบในครอบครัว ซึ่งทรัพย์สินเงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น (สมจิต, 2537 : 111; Lazarus & Folkman, 1984 : 164)

นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังรวมถึงความช่วยเหลือด้านการให้ความรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลด้วย ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ ดังการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของอัมพรพรรณและคณะ (2539) พบว่า ภายหลังจากกลุ่มทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น และความรู้สึกเหนื่อยหอบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สิ่งสำคัญจากผลการศึกษาครั้งนี้คือ ความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มสุขภาพ โดยเฉพาะความเข้าใจและเอื้ออำนวยความสะดวกจากพยาบาล ซึ่งดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมที่พร้อมในการพักผ่อน หรือการไม่รบกวนขณะนอนหลับ สิ่งนี้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดูแลที่ดีจากพยาบาล ทำให้เกิดความรู้สึกประทับใจ นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่ายังมีความช่วยเหลือจากแพทย์ในการแนะนำวิธีการปฏิบัติตัว และให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทรี เสาวลักษณ์ และผจงพร (2540) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนตัวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสในระดับร้อยละ 32 ระดับปานกลางร้อยละ 66 และระดับน้อยร้อยละ 12 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรู้สึกพึงพอใจ ทำให้ความเหงาและความซึมเศร้าลดลง (Keele - Card, Foxall & Barron, 1993) การศึกษาโดยอ้อมพบว่า

การดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตสามารถทำนายการดูแลตนเองได้ (นิรามัย, 2535) และการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการได้รับคำแนะนำจากแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นๆ หรือการให้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถ ประกอบด้วยสอนผู้ป่วย ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ให้ความมั่นใจ สร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมให้สมาชิกช่วยสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย สร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัดและเป็นที่ยอมรับว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น (นาฏอนงค์, 2535; วราภรณ์, 2536; มพรพรรณ และคณะ, 2539) ดังนั้นแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว กัลยาณมิตร สวัสดิการทางสังคมและบุคลากรที่มีสุขภาพมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยอดทนต่อการรักษา มีกำลังใจและมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเอง นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการดูแลตนเองดีขึ้น

2. พลังหวัง เพื่อหาย จากลักษณะของความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ต้องใช้เวลายาวนานในการอยู่ร่วมกับโรค ซึ่งบางช่วงเวลาสามารถควบคุมให้สงบได้ และอาจกำเริบโดยที่ไม่สามารถทำนายได้ ดังนั้นแรงจูงใจจากการมีความหวังว่าน่าจะมีวิธีการรักษาหรือบรรเทาอาการลงได้บ้าง ตราบใดที่ผู้ป่วยไม่สิ้นหวัง ก็ยังคงแสวงหาการรักษาอยู่เรื่อยไป ความหวังเป็นกระบวนการของความรู้สึก ความคิดและการกระทำที่เปลี่ยนแปลงได้ในแต่ละเวลา บุคคลผู้ที่มีความหวัง จะมีแรงจูงใจในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จ ความหวังเป็นแรงผลักดันให้บุคคลกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น (Brown, 1989 : 97-105) ความหวังเป็นแรงจูงใจในการกระทำการดูแลตนเอง ความหวังจึงเป็นเสมือนพลังในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยริเริ่มมีการดูแลตนเองตลอดจนส่งเสริมให้การดูแลตนเองคงอยู่อย่างต่อเนื่องตลอดไป สอดคล้องกับการศึกษาของคินส์แมนและคณะ (Kinsman, et al., 1983) ศึกษาอาการและประสบการณ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ผู้หญิงมีความรู้สึกหมดหวังมากกว่าผู้ชาย และความรู้สึกหมดหวัง ส่งผลให้มีการดูแลตนเองลดลง ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมีความหวัง จะเป็นพลังในการส่งเสริมให้มีการดูแลตนเอง

จะเห็นได้ว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้พลังจากความหวังว่าจะหายจากโรค หรือบรรเทาอาการ ไม่ทุข์ทรมานมากเกินไป ในการกระตุ้นตนเองให้มีการแสวงหาวิธีการดูแลตนเอง และปฏิบัติการดูแลตนเอง

3. ถึงตายแน่ถ้าไม่แก้ไข เป็นการรับรู้ในความรุนแรงของโรค ทุกครั้งที่อาการของโรคกำเริบผู้ป่วยแทบเอาชีวิตไม่รอดจากภาวะหายใจลำบากทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้โรคนี้อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยจะปล่อยให้อาการของโรคกำเริบไม่ได้ จะต้องหาวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือบรรเทาเมื่ออาการของโรคกำเริบ มิให้เป็นรุนแรงมากขึ้นจนถึงขั้นเสียชีวิต บางรายเคยเห็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาอยู่ข้างเตียงเสียชีวิต เนื่องจากหายใจวาย ทั้งๆ ที่อายุยังน้อยทำให้เกิดความรู้สึกกลัว สอดคล้องกับการศึกษาของเดวิโต (DeVito, 1990 : 188) ซึ่งพบว่าความรู้สึกกลัวของผู้ป่วยขณะหายใจเหนื่อยหอบเกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค นึกถึงความตาย การหายใจเหนื่อยหอบเป็นสัญลักษณ์ของจุดจบแห่ง

ชีวิต และใกล้เคียงกับงานวิจัยในผู้ป่วยหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพองของคินส์แมนและคณะ (Kinsman, et al., 1983 : 755-61) พบว่า ขณะหายใจลำบากผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกตื่นตระหนกและกังวล ดังนั้นผู้ป่วยจึงตระหนักในความสำคัญของการดูแลตนเองว่าปฏิบัติตัวเหมือนเดิมก่อนที่เป็นโรคไม่ได้ จะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเมื่ออาการของโรคกำเริบเป็นอันมาก ต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้เหมาะกับสภาวะโรค มีการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน บรรเทา และแสวงหาวิธีการดูแลตนเองเพื่อให้อาการของโรคด้วยวิธีการต่างๆที่เหมาะสมกับตนเอง

ปัจจัยอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มี 4 ลักษณะ คือ 1) เกิดเป็นคนจนต้องทนกับโรค 2) ขาดคนเฝ้าช่วยรักษาหัวใจ 3) สิ่งแวดล้อมที่เหน็ดเหนื่อย การควบคุม และ 4) เริ่มต้นดูแลตนเองเมื่อสาย

1. เกิดเป็นคนจนต้องทนกับโรค ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน และอาการกำเริบบ่อย ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งแผนปัจจุบันและสมุนไพร รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อไปรับการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน จะทำให้มีปัญหาเศรษฐกิจเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา (2530 อ้างตาม ประกิจ, 2531 : 125)พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉลี่ยต่อการอยู่โรงพยาบาล 1 ครั้ง เป็นเงิน 17,600 บาท จะเห็นได้ว่า เป็นค่าใช้จ่ายเมื่อ 10 ปีที่แล้ว ถ้าคิดถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาปัจจุบัน จะมีอัตราสูงชันกว่าเดิมมาก นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลที่มีอาชีพรับจ้าง ต้องทำงานหนักก็ไม่สามารถทำงานได้อีกต่อไป ทำให้ขาดรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของปริกาทาโน (Pritagano, 1984 : 1614) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 22.2 มีอาชีพรับจ้าง และร้อยละ 44.4 ถูกออกจากงาน ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุจึงไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้ หรือมีรายได้จากบุตรหลานเพียงเล็กน้อย ดังนั้น ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล นับเป็นข้อจำกัดของแหล่งสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นผู้ป่วยที่เศรษฐกิจต่ำ ขาดเงินทุนที่จะใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เบิกไม่ได้ และยาบางอย่าง เช่น ยาพ่น เป็นยาที่มีราคาแพง ในขณะที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาพ่น ส่วนอัจฉรา (2531) ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษากลับพบว่า ปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสรรหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ไม่เกิดกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือขาดความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง

2. ขาดคนเฝ้าช่วยรักษาหัวใจ เป็นการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ขาดบุคคลคอยช่วยเหลือทั้งทางด้านการเงิน และช่วยเหลือในการปฏิบัติภารกิจ ตลอดจนการขาดกำลังใจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในการทำงาน การประกอบกิจวัตรประจำวัน ค่ารักษาพยาบาล ค่าแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรค ตลอดจนการให้กำลังใจ และการยอมรับจาก

บุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรส สามี หรือภรรยา ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมารับบริการจากโรงพยาบาล แต่กลับรับรู้ว่ามีสุขภาพให้ข้อมูลและช่วยเหลือในการดูแลตนเองค่อนข้างน้อย ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองอย่างละเอียดพร้อมด้วยเหตุผล แต่ก็ไม่ได้รับการตอบสนอง ส่วนใหญ่จะได้เฉพาะยามารับประทานเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบทำนองเดียวกันว่า พยาบาลให้ข้อมูลและช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการดูแลตนเองค่อนข้างน้อย ในขณะที่ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหรือการดูแลตนเองสูงสุด และความรู้เกี่ยวกับโรครองลงมา (จิราภา, 2534; ทิพาน และคณะ, 2534; วรณระวี, 2534) แม้ว่าการศึกษาคั้งนี้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงประชากรกลุ่มอื่น แต่ส่วนหนึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลในบทบาทของการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลซึ่งอยู่คนเดียวกล่าวว่า ในขณะที่อาการของโรคกำเริบ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติภารกิจประจำวัน แม้แต่การเดินไปตักน้ำ ก็ต้องคลานไป เนื่องจากเดินไม่ไหว ทำให้เกิดความรู้สึกหมกหมองใจ คิดถึงบุตรที่อยู่ไกลว่าหากมีบุตรมาอยู่ใกล้จะได้คอยช่วยเหลือ ไม่ต้องเหน็ดเหนื่อยคนเดียว แต่จากสภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบัน ทำให้ครอบครัวไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ความสำคัญเบื้องต้นคือ การสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (Lareau, et al., 1996 : 212) ในขณะที่ผู้ป่วยมีความต้องการเรื่องนี้มากขึ้น เนื่องจากทำอะไรไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนตัวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าเรื่องที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือน้อยคือ การช่วยเหลือในด้านชีวิตประจำวัน ร้อยละ 16.31 ขาดผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และร้อยละ 34.29 ขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการช่วยเหลือสิ่งของและการได้รับการบริการ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยขาดแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านสิ่งของและด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้สึกวิตกกังวลและซึมเศร้าจากอาการเหนื่อยหอบ (Mckiney, 1990 ; 48-50 ; Gift, Moore & Soeken, 1992 ; 242-246) ส่งผลให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมประจำวัน ซึ่งต้องใช้พลังงานที่มีอยู่จำกัด มีพฤติกรรมไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ก่อเกิดความอ่อนล้าและความอ่อนล้าส่งผลให้กิจกรรมการดูแลตนเองลดลง เมื่ออ่อนล้านานๆ ทำให้เกิดความซึมเศร้าเป็นวงจร เมื่อซึมเศร้าก็ไม่ยอมทำกิจกรรม การดูแลตนเองก็ไม่เกิดขึ้น (ประสพสุข, 2534 ; Gift Moore & Soeken, 1992 ; Gift & Pugh, 1993)

3. สิ่งแวดล้อมที่เหนือการควบคุม การรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยจึงพยายามปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับเงื่อนไขของโรค โดยการใช้ชีวิตอย่างระมัดระวัง หลีกเลี่ยงสิ่งที่ตัวเองแพ้ เพื่อป้องกันอาการของโรคกำเริบ แต่บางครั้งผู้ป่วยก็ไม่สามารถปฏิบัติกรดูแลตนเองดังกล่าวได้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง

สิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามต้องการมี 2 ลักษณะคือ มลภาวะ และอากาศขึ้นเนื่องจากฝนตกมากของภาคใต้ ดังนี้

มลภาวะ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าคุณนบุรีเป็นสิ่งที่ตนเองแพ้อย่างมาก แต่บางครั้งเมื่อไปงานเลี้ยงงานแต่งงาน ในห้องประชุม และบนรถโดยสารประจำทาง ก็ยังมีผู้สูบบุหรี่ บางครั้งหลบไม่ทัน หรือไม่สามารถหลบออกมาได้ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องทน จนไอ และมีอาการเหนื่อยหอบ สะท้อนถึงสังคมปัจจุบันยังมีการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ทั้งๆที่มีการรณรงค์เรื่องการเลิกสูบบุหรี่ ส่วน**อากาศขึ้น เนื่องจากฝนตกมากของภาคใต้** ซึ่งธรรมชาติเรื่องฤดูกาลของภาคใต้ที่มีฝนตกตลอดทั้งปี ทำให้อากาศชื้น ง่ายต่อการเป็นหวัดและทำให้อไอ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า ตนเองต้องพยายามดูแลตนเองไม่ให้เป็นหวัด เนื่องจากจะเป็นสาเหตุให้อาการเหนื่อยหอบกำเริบ ผู้ให้ข้อมูลจึงไม่ชอบฝน ใกล้เคียงกับการศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นในภาคใต้ ที่พบว่าอุปสรรคในฤดูฝนทำให้มีอาการไอ หอบเหนื่อยและเป็นหวัดง่ายกว่าปกติ (ทิพมาส, 2541 : 201)

4. เริ่มต้นดูแลตนเองเมื่อสาย ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าคุณนบุรีเป็นโรคหอบ แต่ไม่ได้ดูแลตนเองเนื่องจากความไม่พร้อมในเรื่องปัญหาเศรษฐกิจที่ต้องรับผิดชอบทำงานเลี้ยงครอบครัว จึงไม่มีเวลาและไม่มีเงินไปรับการรักษา สิ่งสำคัญคือ ผู้ให้ข้อมูลยังมีอาการไม่กำเริบรุนแรง มีความรู้สึกรู้ว่ายังสามารถทำงานได้ยังทนไหว ประกอบกับยังมีอายุไม่มาก ร่างกายยังแข็งแรง ต่อมาอาการของโรครุนแรงขึ้น ตามระยะเวลาที่เป็นเนื่องจากพยาธิสภาพก้าวหน้า และรุนแรงขึ้นเรื่อยๆจากปอดถูกทำลายอย่างถาวร (วิศิษฐ์, 2530 : 536; Graydon & Ross, 1995 : 525) ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รับการดูแลรักษาเลย หรือไม่ได้ดูแลตนเองอย่างจริงจังขาดความต่อเนื่อง ร่วมกับวัยที่สูงขึ้น ร่างกายทรุดโทรมลงไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม จึงมาเริ่มการรักษา ซึ่งขณะนั้นผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณนบุรีเริ่มดูแลตนเองเมื่อสายเสียแล้ว คือ เริ่มมาดูแลตนเองเมื่ออาการของโรคกำเริบรุนแรงจนยากที่จะรักษา ควบคุมอาการให้ดีขึ้นได้ ร่วมกับย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายไม่แข็งแรงไม่สามารถต่อสู้กับโรคได้ ระยะเวลาที่เริ่มดูแลตนเองเมื่ออาการของโรคกำเริบรุนแรงมากแล้วนั้น นับเป็นอุปสรรคส่งผลให้การดูแลตนเองไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษา “ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายการให้ความหมายต่อการดูแลตนเอง ประสบการณ์การดูแลตนเอง ตลอดจนปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 ราย เพศชายและเพศหญิง กลุ่มละ 5 ราย ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เดือนธันวาคม 2541 ด้วยการสร้างสัมภาษณ์ภาพ จนผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ แล้วติดตามสัมภาษณ์แบบเจาะลึกที่บ้าน รวมทั้งการสังเกตขณะสัมภาษณ์ ทำการบันทึกเทป และบันทึกภาคสนามรายวันทันทีที่สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเสร็จสิ้น และตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านระเบียบวิทยาการ และตรวจสอบความตรงกับผู้ให้ข้อมูลทั้งในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล และหลังสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลรายวันจนพบว่าไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมแล้วจึงวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด โดยอาศัยกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการของโคไลซ์ซี ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความหมายของการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ให้ความหมายต่อการดูแลตนเอง 5 ลักษณะคือ 1) พยายามให้อยู่ดีกินดี 2) ทำอย่างไรก็ได้ให้หายจากโรค 3) ทำตนเป็นที่พึ่งแห่งตน 4) ปฏิบัติตัวดีต่อชีวิตให้ยืนยาว และ 5) ประคองตัว

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การดูแลตนเองที่ปรากฏในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลเลือกที่จะมีการดูแลตนเองตามวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง 5 ลักษณะคือ 1) ลู่วิถีชีวิตใหม่ ระวังภัยแห่งโรค (กินอยู่พอเหมาะพอสม กลมกลืนกับโรค และ ดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาท) 2) มุ่งหาการรักษาเรื่อยไป ไม่ห่อถอย (รักษาอย่างต่อเนื่อง และ พ่วงพึ่งพามีปัญญาตะวันออก) 3) ปรับสภาพจิต 4) สังสมวิธีการด้วยตนเอง และ 5) ขอความช่วยเหลือ เมื่อช่วยตัวเองไม่ได้

ปัจจัยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มี 3 ลักษณะ คือ 1) แรงกายแรงจิตจากมวลมิตรและคนซิดใกล้ 2) พลังหวัง เพื่อหาย และ 3) ถึงตายแน่ถ้าไม่แก้ไข

ปัจจัยอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มี 4 ลักษณะ คือ 1) เกิดเป็นคนจนต้องทนกับโรค 2) ขาดคนเฝ้าช่วยรักษาหัวใจ 3) สิ่งแวดล้อมที่เห็นอก การควบคุม (มลภาวะ และอากาศขึ้นเนื่องจากฝนตกมากของภาคใต้) และ 4) เริ่มต้นดูแลตนเองเมื่อสาย

ข้อเสนอแนะ

การศึกษา “ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” ครั้งนี้ เป็นการศึกษา ปรากฏการณ์การดูแลตนเองจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง จำนวน 10 ราย ผลการวิจัยจึงมีความเหมาะสมที่จะนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางสำหรับการ ให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีบริบทคล้ายคลึงหรือใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ผลการวิจัย ยังสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติ การบริหาร การศึกษา และการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลดูแลตนเองด้วยการผสมผสานการรักษาแผนปัจจุบันและการ รักษาพื้นบ้านตามความเชื่อ ความศรัทธา โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลังของแต่ละบุคคล ดังนั้นทีมสุขภาพควรให้ ความสำคัญกับสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ โดยยอมรับความเชื่อ เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม และคอยอำนวยความสะดวกให้ตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองที่เชื่อว่าเหมาะสมกับตนเองได้อย่างเปิดเผย เช่น การ ประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การนำหลักความเชื่อและศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือมาเป็นที่พึ่งพิงจิตใจ มาผสมผสานกับการรักษาแผนปัจจุบัน เพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องปกปิด ซึ่งเป็นผลเสียต่อภาวะ สุขภาพและเพิ่มภาระค่าใช้จ่าย ทำให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมปัญหาความเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง เกิดความภาคภูมิใจ มีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองให้สอดคล้อง กับบริบทความเชื่อ และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล

2. ผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอจากแบบแผนการหายใจที่ไม่มี ประสิทธิภาพ ดังนั้น พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนประมาณคืนละ 6-8 ชั่วโมง ถ้านอน ไม่หลับหรือไม่ได้นอนในเวลากลางคืน ควรให้ได้หลับในตอนกลางวันเป็นระยะๆ และอำนวยความสะดวก ให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยไม่รบกวนเมื่อผู้ป่วยนอนหลับ และจัดสถานที่ที่เงียบสงบ เป็น

ส่วนตัว ไม่มีแสงรบกวน และจัดทำตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

3. ผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้การฝึกการหายใจด้วยตนเอง ซึ่งยังไม่ถูกวิธี พยาบาลควรสอนผู้ป่วยถึงวิธีการหายใจแบบเป่าปาก และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วย

4. ควรส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มมีอาการ เพื่อป้องกัน และควบคุมไม่ให้มีอาการรุนแรง เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า การเริ่มต้นดูแลตนเองเมื่อสาย เป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง ทำให้การดูแลตนเองไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

5. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลยังมีการแสวงหาสถานที่รักษาใหม่ ก่อเกิดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยรวมสูงขึ้น ซึ่งยาที่ได้รับก็เป็นยาเดิม การรักษาก็ขาดความต่อเนื่อง เหตุจากผู้ป่วยไปสถานที่รักษาใหม่ด้วยตนเอง มีใช้สถานที่รักษาเดิมส่งไป นอกจากนี้ผลการวิจัยยืนยันว่าวิธีการใช้สมุนไพรเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน ซึ่งค่ายาสมุนไพรราคาค่อนข้างสูง ก่อเกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซ้ำซ้อนกัน เป็นผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยรวมสูงขึ้นกว่าความน่าจะเป็น ปัญหาค่าใช้จ่ายซึ่งผู้ป่วยมีอยู่เป็นทุนเดิมก็เพิ่มทวีขึ้นอีก ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงความสำคัญในประเด็นนี้ โดยให้ข้อมูลที่สำคัญและที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ผู้บริหารควรจัดสัมมนาการดูแลตนเองในวิถีไทยให้พยาบาลปฏิบัติการ เพื่อให้เข้าใจในวิถีการดูแลตนเอง และให้มีการส่งเสริมการดูแลตนเองให้เป็นรูปธรรม โดยเน้นความเป็นปัจเจกบุคคล และสิทธิในการที่จะเลือกวิธีการดูแลตนเอง สนองตอบนโยบายให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2. จัดทีมพยาบาลปฏิบัติการประจำโรงพยาบาล ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค ซึ่งมีความเข้าใจในวิถีความเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างถ่องแท้ ให้ความช่วยเหลือและแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายที่มารับการรักษา เพื่อให้สามารถสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยได้จริง ลดการมารับบริการที่โรงพยาบาลจากอาการของโรคกำเริบบ่อยครั้ง และลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยตลอดจนประเทศชาติได้

3. สนับสนุนให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญในบทบาทที่พยาบาลเป็นเสมือนผู้ประสานความแตกต่างและความคล้ายคลึงกันระหว่างทัศนคติทางการแพทย์แผนตะวันตก และการแพทย์แผนไทยที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกที่จะปฏิบัติอยู่เข้าด้วยกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการจัดบริการทางการแพทย์ให้สอดคล้องสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ยังเป็นการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลไทยให้แข็งแกร่งด้วยจิตสำนึกแห่งการให้คุณค่า ให้เกียรติ และยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

4. ผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงควรกำหนดเป็นนโยบายของหอผู้ป่วยในการให้คำแนะนำ หรือจัดทำคู่มือในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายที่มารับการรักษา

ด้านการศึกษาทางการพยาบาล

1. บรรจุการดูแลตนเองตามวิถีแห่งสังคมไทยในหลักสูตรการพยาบาล และเน้นให้นักศึกษาระดับชั้นในความสำคัญ และมีความเข้าใจการดูแลตนเองในบริบทสังคมไทยอย่างถ่องแท้ เพื่อผลิตบุคลากรทางการพยาบาล ซึ่งเป็นกำลังสำคัญและมีจำนวนมาก เป็นการสนับสนุนนโยบายด้านสาธารณสุขที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเอง ให้บรรลุซึ่งเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543

2. ผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ โดยใช้ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จึงควรจัดการศึกษา โดยเน้นให้นักศึกษาระดับชั้นในความสำคัญของการดูแลตนเองดังกล่าว และให้มีการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองตามความเชื่อความศรัทธา

3. ผลการศึกษาที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกกว่าเหมาะสมกับตนเอง โดยมีความหลากหลายตามความเชื่อและบริบท ดังนั้นควรมีการเน้นในการสอนนักศึกษาพยาบาลให้เข้าใจผู้ป่วยตามบริบทที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่จริง เพื่อบรรลุซึ่งแนวทางการให้การพยาบาลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. การวิจัยครั้งนี้ เลือกผู้ให้ข้อมูลจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาการรักษาทุกรายจึงมีการรักษาแผนปัจจุบัน ดังนั้นควรมีการศึกษาลักษณะเดียวกันนี้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในชุมชน ซึ่งอาจจะไม่เคยมารับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันเลย เพื่อให้เข้าใจวิธีการดูแลตนเองของผู้ให้ข้อมูลในมุมมองที่เพิ่มเติมจากการวิจัยครั้งนี้

2. นำผลการวิจัยเกี่ยวกับความหมายและประสบการณ์การดูแลตนเองไปทำการวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มอื่น เพื่อสร้างเครื่องมือวัดการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย และสามารถนำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้กับการวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองในสังคมไทยต่อไป

3. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้การรักษาแผนไทยควบคู่กันไปเสมอ ไม่ว่าจะ เป็นสมุนไพร หรือการนวดหลัง เหล่านี้นับเป็นการดูแลตนเองตามวิถีไทย ดังนั้นควรมีการวิจัยการรักษาแผนไทย เพื่อสืบสานมรดกอันล้ำค่าที่มีมาแต่เดิม ให้เชิดชูเคียงคู่โดดเด่นเด่นเช่นการรักษาแผนปัจจุบัน

4. ควรส่งเสริมให้พยาบาลระดับปฏิบัติการ มีการศึกษาวิจัยประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในบริบทสังคมไทยแต่ละท้องถิ่น เพื่อให้เข้าใจการปฏิบัติของผู้ป่วยอย่างถ่องแท้

สามารถให้การพยาบาลที่สนองตอบต่อความต้องการจริงของผู้ป่วยมากที่สุด และนำไปสร้างชุด
ประสบการณ์การดูแลตนเองในบริบทสังคมไทย

5. นำผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล
ตนเองที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในสังคมไทย

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

การวิจัยครั้งนี้พบว่า แม้นโยบายเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ได้ดำเนินการแล้ว แต่ปัจจุบันการสูบบุหรี่
ยังคงมีอยู่ในสังคมไทย ดังนั้นแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะไม่สูบบุหรี่ แต่ยังได้รับควันหรืออาจหลีกเลี่ยงได้
ดังนั้นควรเน้นณรงค์เลิกสูบบุหรี่ และกำหนดบทลงโทษของการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะให้เด็ดขาด
เป็นรูปธรรม นอกจากนั้นรัฐบาลควรดูแลมลภาวะทางอากาศของแหล่งที่อยู่อาศัยให้จริงจัง ไม่ปล่อยให้
มีโรงงานอยู่ในเขตอาศัย และโรงงานควรรับผิดชอบในการกำจัดกลิ่นที่เกิดขึ้น ไม่ปล่อยให้อากาศเน่าเสีย
จนประชาชนโดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะโรคต้องเดือดร้อน ย้ายบ้านหนีมลพิษเหล่านั้น

บรรณานุกรม

กาญจนา เกษสะอาด, วิณา จิรัจฉริยากร และอัญชลี จุฑะพุทธิ. (2539). สมุนไพรกับโรคเอดส์และโรคมะเร็ง. ใน เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. (บ.ก.), สรุปรายงานการจัดงานทศวรรษการแพทย์แผนไทย.(หน้า 204-208) สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

เกศรินทร์ ศรีสง่า. (2534). การดูแลตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

กรรณิกา อนุภักดิ์. (2537). พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของมารยาผู้เสพยาเสพติดทางหลอดเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

กongsin คติการ. (2534). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ชนิษฐา นาคะ. (2540). วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุขฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ขวัญตา บาลทิพย์. (2542). ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์ ณ วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

จรรุวรรณ มานะสุรการ. (ตุลาคม-ธันวาคม 2535). ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง : ผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพของบุคคลและครอบครัว. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 12 (4), 28-41.

จรรุวรรณ รัศมีเหลืออ่อน. (2535). ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- จรรยา ผาสุข, ชนะ นฤมาน และมนต์ชัย อักษรอินทร์. (พฤษภาคม 2539). บรรณานุกรม "โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง". สารศิริราช, 48 (5), 467-468.
- จำเรียง กุระมะสุวรรณ, นิตยา ภานุพันธ์ และวินัส ตันติบูล. (พฤษภาคม-สิงหาคม 2533). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 4 (2), 70-80.
- จำลอง ดิษยวณิช. (2531). การวินิจฉัยและการใช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : เจริญการพิมพ์.
- ชลทิพย์ นาคาลัย. (มกราคม 2542). สัมผัสสมทศวรรษย์. วารสารหมอชาวบ้าน, 20 (237), 6-9.
- ชาลี โฉมิตทากวีวัฒน์. (2534). ปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- โฉมณา กิตติศัพท์. (กันยายน-ธันวาคม 2539). การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลโรคทรวงอก, 1 (2), 43-48.
- ชัยเวช นุชประยูร. (2538). โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD). ในวิชา ศรีดามา (บ.ก.), ตำราอายุรศาสตร์ 3 (หน้า1079-1098). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- ดวงใจ นิยม. (มกราคม-มีนาคม 2539). การส่งเสริมสมรรถภาพการหายใจช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : รายงานการศึกษาผู้ป่วย. วารสารวิชาการเขต 12, 7 (1), 41-50.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (พฤษภาคม-สิงหาคม 2540). การสร้างพลังอำนาจ : กลยุทธ์ในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. รวมอาชีพดีพยาบาลสาร, 3 (2), 200-210.

- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2530). การดูแลสุขภาพตนเอง : งานวิจัยที่ท้าทายการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศกำลังพัฒนา. ใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ ประเสริฐ และอัญญา ปุณณัน, การดูแลสุขภาพตนเอง : ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. (หน้า 321-347). ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพมาส ชินวงศ์. (2541). การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์ และคณะ. (ตุลาคม-ธันวาคม 2538). ผลของการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร, 22 (4), 40-48.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2531). ความผิดปกติทางระบบประสาท. ในสมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์ (บ.ก.), โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (หน้า 259-270). กรุงเทพมหานคร : อักษรสมัย.
- นิรามัย ใช้เทียมวงศ์. (2535). แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- นิตย์ เสวยศสกุล และศุภวดี ลิ้มปานานท์. (มกราคม-มิถุนายน 2540). ผลของพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล, 1 (1), 99-114.
- นพพร เชาวเจริญ. (2540). ผลการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- นันทา มาระเนตร์ และสมชัย บวรกิตติ. (ธันวาคม 2531). โรคปอดอักเสบติดเชื้อในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. สารศิริราช, 40 (11), 821-824.
- บรรจบ ชุณหสวัตติกุล. (2540). อยู่อย่างยั่งยืน : สุขภาพทางเลือก 1. กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์รวมธรรม.

- บุษบา ดันตติ์ศักดิ์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคแอสแอลอี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- บังอร ผลเนื่องมา และคณะ. (มกราคม-มีนาคม 2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วารสารพยาบาลศาสตร์, 14 (1), 88-95.
- เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์. (2536). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ. การประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 : มิติใหม่ของการพัฒนางานสุขภาพและการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ 19-22 เมษายน 2536. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์, บุปผา ศิริวิเศษ และวาทีนี บุญระลักษ์. (2533). การศึกษาเชิงคุณภาพ : เทคนิคการวิจัยภาคสนาม. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2540). วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเอชไอวีและเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ประภีต วาทีสาชกิต. (2531). การสูบบุหรี่. ในสมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์.(บ.ก.), โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (หน้า 115-126). กรุงเทพมหานคร : อักษรสมัย.
- ประดิษฐ์ เจริญลาภ. (2531). พยาธิกำเนิด. ในสมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์.(บ.ก.), โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (หน้า 53-64). กรุงเทพมหานคร : อักษรสมัย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์.
- ประยงค์ ลิ้มตระกูล และคณะ. (2536). ความเชื่อแผนโบราณและพฤติกรรมการรักษาเย็บยาแบบพื้นบ้านของชาวบ้าน บ้านห้วยสะแพท อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่, รายงานการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ประสพสุข อินทร์กษา. (2534). ความวิตกกังวลและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พนิดา ชูสุวรรณ. (2539). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่เหล็กตามภายใน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2539). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอชดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พีระยศ ลีลารุ่งระยับ. (กรกฎาคม-กันยายน 2539). การออกกำลังกายกับโรคปอด. พยาบาลสาร, 23 (3), 26-33.
- ไพโรจน์ นิงสานนท์. (2539). ภูมิปัญญาไทยกับการดูแลสุขภาพ. ใน ปัญญา ทรัพย์สินเจริญ. (บ.ก.), สรุปรายงานการจัดงานทศวรรษการแพทย์แผนไทย. (หน้า 18-20). สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และอรัญญา นูรณ์น. (2530). การดูแลสุขภาพตนเอง : ทัศนทางสังคมวัฒนธรรม. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพย์ อารีย์กุล. (2539). การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 16 (1), 10-26.
- พรทิภา อินทร์พรหม, ฉวีวรรณ ชงชัยและสุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (มกราคม-มิถุนายน 2540). ผลของการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 1 (1), 99-114.
- พูนเกษม เจริญพันธุ์. (2531). การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค. ใน สมชัย บวรกิตติ และนันทามาระเนตร์. (บ.ก.), โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (หน้า 281-292). กรุงเทพมหานคร : อักษรสมัย.

- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และลือชัย ศรีเงินยวง. (ตุลาคม-ธันวาคม 2537). สถานการณ์ชีวิตและพฤติกรรมการรักษาตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 2 (4), 273-280.
- ภาวดี มโนหาญ, สมบัติ ไชยวัฒน์ และลดาวลัย ภูมิวิฑูเวช. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ภัทรา จุลวรรณ. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ภัสสร ลิมานนท์. (มีนาคม 2540). วิสัยทัศน์และแนวนโยบายการพัฒนาคุณภาพประชากรไทย. วารสารประชากรศาสตร์, 13 (1) 1-8.
- มาลี เลิศมาสว่างค์ และสุทธิศรีตระกูลสิทธิโชค. (มกราคม-เมษายน 2537). ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. รวมอภิธาน, 1 (1), 24-32.
- มารยาท วงษาบุตร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมกาดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการบำบัด ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี. ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- มัลลิกา มัติโก. (2530). แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง. ใน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และอรัญญา ปุรณัน. (บ.ก.), การดูแลสุขภาพตนเอง : ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม. (หน้า 1-24). ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รังสรรค์ ปุษาปกคม และบุญรัตน์ เอื้อสุดกิจ. (2531). พยาธิสรีรวิทยา. ในสมชัย บวรกิตติ และนันทามาระเนตร์. (บ.ก.), โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (หน้า 81-93). กรุงเทพมหานคร : อักษรสมัย.

- รวีวรรณ ชาญเวชช์. (ตุลาคม-ธันวาคม 2527). พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดลมชักสงบเร็วและ
 ฤกษ์ลมพอง ปรับตัวได้อย่างไร. วารสารพยาบาล, 39 (4), 354-361.
- รัชนี้ นามจันทร์. (2535). ความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเองและแบบแผนการเกิดอาการ
 คลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
 มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ลีนา อองอาจยุทธ. (2531). ใต้กับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ในสมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์.
 (บ.ก.), โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (หน้า 271-279). กรุงเทพมหานคร : อักษรสมัย.
- ลินจง โปธิบาล. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.การพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบทางเดิน
 หายใจ. เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์.
- ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2533). ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. นครปฐม:
 ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วราภรณ์ สุปีย์. (2536). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแล
 ตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 วิทยาศาสตร มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วิศิษฐ์ อุดมพานิชย์. (กุมภาพันธ์ 2530). การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นของหลอดลมอย่างเรื้อรัง.
คลินิก, 3 (8), 529 - 536.
- วรรณระวี อัครนิจ. (2534). ความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อ
 รัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ศรีเพ็ญ ศุภพิทยากุล. (มกราคม - เมษายน 2532). การศึกษาและวิจัยด้วยปรากฏการณ์วิทยา. วิธีวิทยา
 การวิจัย, 4 (1), 9-20.

- ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์. (2538). การรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2536). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุ และคุณภาพชีวิต. ปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, กรุงเทพมหานคร.
- สิรินาถ มีเจริญ. (2541). ผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความสบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุชัย เจริญรัตนกุล และคณะ. (กรกฎาคม 2535). อุรเวชสังเขป : ระบบพิทักษ์ปอด. สารศิริราช, 44 (7), 566-568.
- สุภาวค์ จันทวานิช. (2535). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาวค์ จันทวานิช. (2537). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณมา บุญยะสิทธิ์พรณ และคณะ. (2540). ปัจจัยคัดสรรและความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอดส์. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุนทรี จงไกรรัตนกุล, เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย และผจงพร สุภาวิตา. (มิถุนายน 2540). ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับการสนับสนุนจากคู่สมรส. สารศิริราช, 49 (6), 574-579.
- สำนักนโยบายและแผนงานสาธารณสุข. (2537 - 2538). รูปสถิติสาธารณสุขที่สำคัญ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

เสม พริ้งพวงแก้ว. (2539). การแพทย์พื้นบ้านในกระแสโลกาภิวัตน์. ในเพ็ญนาท ทรัพย์เจริญ. (บ.ก.), สรุปรายงานการจัดงานทศวรรษการแพทย์แผนไทย. (หน้า 117-120). สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

แสงโสม ส่งแสง. (2541). การดูแลตนเองของผู้ป่วยเอชไอวีในสังคมและวัฒนธรรมไทย ที่วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

แสงอรุณ สุขเกษม. (มกราคม - มีนาคม, 2533). การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในระหว่างหย่าออกจากเครื่องช่วยหายใจ. วารสารสงขลานครินทร์, 10 (1), 1 - 17.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2. (ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3) กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล, ภาวนา กীরติยวงศ์ และวัลลา ตันตโยทัย. (มีนาคม 2539). ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วารสารการพยาบาลรามธิบดี, 2 (2), 53-62.

สมชัย บวรกิตติ. (มกราคม 2539). ปกิณกะ. สารศิริราช, 47 (7), 684-686.

สมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์. (2531). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสมัย.

สมองค์ วังศรี. (2528). ผลการบริหารการหายใจต่อสมรรถภาพในการทำงานของปอดในผู้ป่วยหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (มกราคม - มีนาคม 2536). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการแพทย์พยาบาล. วารสารพยาบาล, 42 (1), 16-31.

อารยา ต้นสกุล. (2536). ผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อกรหายใจลำบากและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

อำพล จินดาวัฒน์ และสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2531). การประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทยครั้งที่ 1, มุลินีธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานประสานงานวิชาการ และพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

อรรถ นานา และสมชัย บวรกิตติ. (2531). การทดสอบสมรรถภาพการหายใจ. ในสมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์. (บ.ก.), โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (หน้า 165-180). กรุงเทพมหานคร : อักษรสมัย.

อัมพรพรรณ ธีรานูตร และคณะ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. รายงานการวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

อัมพรพรรณ ธีรานูตร และคณะ. (2539). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. รายงานการวิจัย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

American Lung Association. (1975, November). Standard for the diagnosis and care of patients with COPD. American Review Respiratory Disease. 4(1), 393-398.

- Agle, D.P., et al. (1973, January-February). Multidiscipline treatment of chronic pulmonary insufficiency : Psychologic aspect of rehabilitation. Psychosomatic Medicine, 35 (1), 41-49.
- Anderson, L.K. (1995). The effect of obstructive pulmonary disease on quality of life. Research in Nursing & Health, 18 (8), 547 - 553.
- Annells, M. (1996, April). Hermeneutic phenomenology : Philosophical perspective and current use in nursing research. Journal of Advance Nursing, 23 (4), 705-715.
- Bauldoff, G.S., et al. (1996, July - August). Home - based, upper - arm exercise training for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Heart & Lung, 25 (4), 288 - 294.
- Beare, P.G. & Myers, J.L. (1994). Principle and practice of adult health nursing. (2nd ed.). St. Louis : Mosby.
- Beck, C.T. (1994, June). Reliability and validity issues in phenomenological research. Western Journal of Nursing Research, 16 (3), 254-267.
- Blanck, J.M. & Matassarini - Jacobs, E. (1993). Medical - Surgical Nursing : A Psychophysiological approach. (4th ed.). Philadelphia : W. B. Saunders Company.
- Braden, C.T. (1993, March). Research program on learned response to chronic illness experience : Self-help model. Holistic Nurse Practice, 8 (1), 38-44.
- Breslin, H.E. (1996, July - August). Respiratory muscle function in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Heart & Lung, 25 (4), 271 - 287.
- Brundage, D.J., et al. (1993). Self - care instruction for patients c̄ chronic obstructive pulmonary disease. Rehabilitation Nursing, 18 (5), 321 - 325.

- Burney, P. (1995, April). The origins of obstructive airways disease : A role for diet. American Journal Respiratory Care Medicine, 151 (1), 1292-1293.
- Byer, P.H. (1992, May). Relationship between body image and chronic obstructive pulmonary disease. Applied Nursing Research, 5 (2), 83 - 88.
- Carrieri, V.K., Janson - Bjerklie, S. & Jacobs, S. (1984). The sensation & dyspnea : A review. Heart & Lung, 13 (4), 436 - 447.
- Carrieri, V.K. & Janson-Bjerklie, S. (1986, August). Strategies patients use to manage the sensation of dyspnea. Western Journal of Nursing Research, 8 (3), 284-305.
- Carter, M.A. (1993, January). Ethical framework for care of the chronically ill. Holistic Nurse Practice, 8 (1), 67-77.
- Celli, B.R. (1995, November). Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 152 (5), 79-121.
- Chalmer, K.L. (1984, March). A closer look at how people cope with chronic airflow obstruction. Canadian Nurse, 80 (6), 35-38.
- Chang, J.T., et al. (1995, June). COPD in the elderly : A reversible cause of functional impairment. Chest, 108 (3), 736-740.
- Clarke, J.B. (1992, January). A view of the phenomenon of caring in practice. Journal of Advanced Nursing, 17 (6), 1283-1290.
- Cohen, L.J. (1994, August). The experience of therapeutic reading. Western Journal of Nursing Research, 16 (4), 426-437.

- Crowe, M.I. et al. (1996, March-April). Anxiety and depression after acute myocardial infarction. Heart & Lung, 25 (2), 107.
- DeVito, A.G. (1990, March). Dyspnea during hospitalization for acute phase of illness as recalled by patients with chronic obstructive pulmonary disease. Heart & Lung, 19 (2), 186-194.
- Dudley, D., et al. (1980). Psychosocial concomitants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Path 1 psychosocial and psychological consideration. Chest, 79 (3), 393-398.
- Eben, J.D., et al., In A. Marriner-Tomey. (1994). Nursing Theories and Their work. (3rd ed). St. Louis : The C.V. Mosby Company, 181-198.
- Gift, A.G. (1989, September). A dyspnea assessment guide. Critical Care Nurse, 9 (8), 79-87.
- Gift, A.G. (1990, December). Dyspnea. Nursing Clinics of North America, 25 (4), 955-965.
- Gift, A.G., Moore, T. & Soeken, J. (1992, July-August). Relaxation to reduce dyspnea and anxiety in COPD patients. Nursing Research, 41 (4), 242-246.
- Gift, A.G. (1993, January). Therapies for dyspnea relief. Holistic Nurse Practice, 7 (2), 57-63.
- Gift, A.G. & Pugh, L.C. (1993, June). Dyspnea and fatigue. Nursing Clinics of North America, 28 (2), 373-384.

- Gift, A.G. & McCrone, S.H. (1993, December). Depression in patients with COPD. Heart & Lung, 22 (4), 289.
- Gray, V.R. & Sergi, J.S. In P.J., Bomar. (1989). Family self-care. Nursing and Family Health Promotion : Concepts assessment and intervention (pp. 67-70). Baltimore, Williams & Wilkins.
- Graydon, J.E. & Ross, E. (1995). Influence of symptoms, lung function, mood, and social support on level of functioning of patients with COPD. Research in Nursing & Health, 18 (4), 525-533.
- Groskin, S.A. (1993). The lung : Radiologic - pathologic correlation. St. Louis : Mosby.
- Hardy, C. & Connolly, M.J. (1996). Chronic airflow obstruction in elderly patients. Respiratory Disease in the Elderly Patient. Chapman & Hall : London.
- Hasr, A. & Cardon, H. (1969). Rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. The Medical Clinics of North America, 53 (3), 606.
- Hill, L. & Smith, N. (1985). Self-care nursing : Promotion of health. New Jersey : Prentice-Hall, Inc.
- Hill, L. & Smith, N. (1990). Self-care nursing : Promotion of health. (2nd ed.). Norwalk : Appleton & Lange.
- Hoeman, S.P. (1996). Rehabilitation nursing : Process and application. (2nd ed.). St. Louis : Mosby.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (1996). Qualitative research for nurses. Oxford : Blackwell Science.

- Hosker, H.S., et al. (1995, March). Assessment and provision of home nebulizers for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in the Yorkshire region of the U.K. Respiratory Medicine, 89 (4), 47-52.
- Hubbard, P., Muhlenkamp, A.F. & Brown, N. (1984, September-October). The relationship between social support and self-care practice. Nursing Research, 33 (5), 266-269.
- Kaplan, R.M., et al. (1994, January). Self-efficacy expectations predict survival for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Health Psychology, 13 (4), 366-368.
- Keele - Card, G., Foxall, M.J. & Barron, C.R. (1993, April). Loneliness, depression and social support of patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. Public Health Nursing, 10 (4), 245-251.
- Kinsman, R.A., et al. (1983, May). Symptoms and experience in chronic bronchitis and emphysema. Chest, 83 (5), 755-761.
- Kleinman, A. (1980). Patients and healers in the context of culture : An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. California : University of California.
- Koch, T. (1995, May). Interpretive approaches in nursing research : The influence of Husserl and Heidegger. Journal of Advance Nursing, 21 (4), 827 -836.
- Lareau, S.C., et al. (1996, May - June). Functional status instrument : Outcome measure in the evaluation of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Heart & Lung, 25 (3), 212-224.
- Lareau, S. & Larson , J.L. (1987, March). Ineffective breathing pattern related to airflow limitation. Nursing Clinics of North America, 22 (1), 179-191.

- Lee, et al. (1991). Effect of psychosocial well - being physical status and social support on oxygen - dependent COPD patients level of functioning. Research in Nursing and Health, 14 (5), 323-328.
- Leidy, N.K. (1995, June), Functional performance in people with COPD. Image : Journal of Nursing Scholarship, 27 (1), 23-34.
- Leidy, N.K. & Traver, G.A. (1995, August). Psychophysiologic factors contributing to functional performance in people with COPD : Are these gender differences ?. Research in Nursing & Health, 18 (3), 535-546.
- Leonard, V.M. (1994). A Heideggerian phenomenological perspective on the concept of person In P. Benner (Ed.). Interpretive Phenomenology. (pp. 43-63). Thousand Oaks : Sage publications.
- Luckman, J. & Sorensen, K.C. (1993). Medical - surgical nursing : A psychophysiologic approach. (4th ed.). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Lundman, B., et al. (1990, August). Living with diabetes : Preception of well-being. Research in Nursing and Health, 13 (6), 255-262.
- McKinney, B. (1994, March). COPD & Depression : Treat them both. RN, 57 (4), 48-50.
- McSweeney, A.J., et al. (1982, March). Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Archive Internal Medicine, 142 (2), 473-478.
- Miller, J.F. (1992). Coping with chronic illness : Over coming powerlessness. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Moutakes, C.E. (1994). Phenomenological research methods. Thousand Oaks : Sage publications.

- Muhlenkamp, A. & Sayles, J. (1986). Self esteem, social support and positive health practice. Nursing Research, 35 (6), 333-338.
- Munhall, P.L. (1989). Philosophical ponderings on qualitative research methods in nursing. Nursing Science Quarterly, 2 (1), 20-28.
- Narsavage, G.L. & Weaver, T.E. (1994). Physiological status, coping and hardiness as predictors of outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. Nursing Research, 43 (2), 90-94.
- Neimeyer, M. (1985). Dyspnea and cough. Signs and Symptoms in nursing : Interpretation and management. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Norris, C.M. (1979). Self-care. American Journal of Nursing, 79 (10), 486-489.
- Norris, J. & Kunes-Connell, M. (1985). Self-esteem disturbance. Nursing Clinics of North American, 20, (5) 745-761.
- Norton, L.C. & Conforti, C.G. (1985). The effect of body position on oxiganation. Heart & Lung, 14 (1), 45-51.
- Oiler, C.L. (1981). The phenomenological approach in nursing research. Nursing Research, 31 (3), 178-181.
- Omery, A. (1983, January). Phenomenology : A methods for nursing research. Advance in Nursing Science, 5 (2), 49-63.
- Oyalowo, M.T. (1996, March). Bronchodilator in chronic obstructive pulmonary disease. The Journal of Practice Nursing, 39 - 48.
- Orem, D.E. (1991). Nursing : Concepts of practice. (4th ed.). Philadelphia : Mosby.

- Orem, D.E. (1995). Nursing : Concepts of practice. (5th ed.). St. Louis : Mosby.
- Paavilainen, R. & Åstedt-kurki. (1997, August). Self-reported family health and well-being after early discharge from maternity hospital : A phenomenological study. Journal of Advance Nursing, 26 (2), 266-272.
- Parson, J.E. (1990). Coping and well-being strategies in individual with chronic obstructive pulmonary disease. Heart & Lung, 14 (3), 17-23.
- Pender, N.J. (1996). Heath promotion in nursing practice. Norwalk : Appleton & Lang.
- Pierson, D.J. (1992). Clinical approach to the patient with obstructive lung disease. In D.J. Pierson & R.M. Kacmarek (Eds.). Foundation of respiratory care. (pp. 679-697). New York : Churchill Livingstone Inc.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1995). Nursing Research : Principle and Methods. (5th ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 197-198.
- Prigatano, G.P., et al. (1984, August). Quliti of life and its predictors in patients with mild hypoxemia and chronic obstructive pulmonary disease. Archive International Medicine, 14 (8), 1613-1619.
- Roberts, S.L. (1976). Behavioral concepts and the critically ill patient. New Jersey : Prentice-Hall Inc.
- Robichaud, A.M. (1990). Alteration in gas exchange related to body position. Critical Care Nurse, 10 (1), 56-58.
- Sorrell, J.M. & Redmond, G.M. (1995, June). Interviews in qualitative nursing research: Differing approaches for ethnographic and phenomenological study. Journal of Advanced Nursing, 21 (7), 1117-1122.

- Thaniwattananon, P. (1995). The experiences of nurses in providing care for patients with AIDS in Thailand : A phenomenological approach. a thesis submitted for the degree of doctor of philosophy of the University of New England, Armidale.
- Thoman, R.L., Stoker, G.L. & Ross, J.C. (1965). The efficacy of pursed-lips breathing in patients with chronic obstructive pulmonary disease. American Review of Respiratory Disease, 93 (1), 100-106.
- Thompson, T.L. (1990). Hermeneutic inquiry In L.M. Moody (Ed.). (4th ed.). Advance nursing science through research. Vol. 2 (pp. 233-280). New York : Sage publications.
- Weaver, G.L. & Narsavage, T.E. (1992, September-October). Physiological and psychological variables related to function status in chronic obstructive pulmonary disease. Nursing Research, 41 (5), 286-291.
- Wigal, J.K., et al. (1991). The COPD self-efficacy scale. Chest, 99 (5), 1193-1196.
- WHO/UNICEF. (1978). Report of the international conference on primary health care, Alma-Ata 6-12 September.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ช่วยนามสมมุติ.....

ครั้งที่.....

ว.ด.ป.....

สถานที่.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

1. อายุ.....ปี

2. เพศ

3. ศาสนา

4. สถานภาพสมรส

5. อาชีพ

6. รายได้ของครอบครัว

7. ระดับการศึกษา

8. ระยะเวลาที่เป็นโรค

9. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

10. ระดับความรุนแรงของโรค (ในช่วงที่มีอาการคงที่) แบ่งตามสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา

(American Lung Association, 1975 cited by Dudley, 1980) มี 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 ไม่มีข้อจำกัดใดๆ สามารถทำงานได้ตามปกติ โดยไม่เหนื่อยหอบ

ระดับ 2 สามารถทำงานได้ ไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือบันไดได้เท่าคนวัยเดียวกัน แต่สามารถขึ้น
ตึกสูง 1 ชั้นได้ โดยไม่เหนื่อยหอบระดับ 3 ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่สามารถช่วยตนเองหรือดูแลตนเองได้ ไม่สามารถเดิน
ทางราบได้เท่าคนวัยเดียวกัน เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้นระดับ 4 ไม่สามารถทำงานได้ เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด เดินทางราบมากกว่า 100 หลาไม่
ได้ ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่ยังสามารถดูแลตนเองได้ระดับ 5 ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ เดิน 2-3 ก้าวหรือลุกนั่งก็เหนื่อย เดินอย่างช้าๆมากๆได้ 50
หลา ก็มีอาการเหนื่อยหอบมาก เหนื่อยหอบเมื่อแต่งตัวหรือพูด

11. ประวัติการเจ็บป่วย

12. ประวัติการสูบบุหรี่

13. ลักษณะครอบครัว
14. สภาพบ้านที่อยู่อาศัย(ระบุรายละเอียด)
15. ระยะจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขรวมถึงความสะดวกในการเดินทาง

ส่วนที่ 2 แนวคำถามประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. เมื่อพูดถึง "การดูแลตัวเอง" ในความคิดของท่านนึกถึงอะไร / หมายถึงอะไร ?
2. เมื่อท่านเป็นโรคนี้ ท่านดูแลตัวเองอย่างไรบ้าง ? (หมายเหตุ : จากนั้นใช้คำถามเจาะลึก ดังนี้)
 - ท่านดูแลตัวเองเพื่อไม่ให้โรคที่เป็นอยู่เป็นมากขึ้น หรือมีอาการรุนแรงขึ้นอย่างไรบ้าง ?
 - ท่านดูแลตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างไรบ้าง ?
3. ท่านเริ่มดูแลตัวเองในเรื่องดังกล่าวเมื่อไร ?
 - 3.1 เพราะเหตุผลใด ท่านจึงเริ่มดูแลตัวเองเช่นนั้น ?
 - 3.2 มีความเชื่ออย่างไร ท่านจึงดูแลตัวเองเช่นนั้น ? (และเพราะเหตุผลใด จึงมีความเชื่อเช่นนั้น ?)
4. ผลของการดูแลตัวเองของท่านในแต่ละเรื่องเป็นอย่างไรบ้าง ? และเพราะเหตุผลใดจึงเป็นเช่นนั้น ?
5. ที่ท่านเล่ามาการดูแลตัวเองเรื่องใดบ้างที่สามารถทำได้ดี ? (ดีอย่างไรบ้าง ? เป็นเพราะเหตุผลใด ?)
6. ที่ท่านเล่ามาการดูแลตัวเองเรื่องใดบ้างที่ไม่สามารถทำได้ดี ? (ไม่ดีอย่างไรบ้าง ? เป็นเพราะเหตุผลใด ?)
7. มีสิ่งใดบ้างที่สนับสนุน หรือส่งเสริมการดูแลตัวเองของท่าน ? ที่ผ่านมาการดูแลตัวเองของท่านได้รับความช่วยเหลือจากใคร ? อย่างไรบ้าง ?
8. มีสิ่งใดบ้างที่เป็นอุปสรรค หรือขัดขวางการดูแลตัวเองของท่าน แล้วท่านแก้ไขอย่างไรบ้าง ?

ภาคผนวก ข

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลรายที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
นามสมมุติ	ลุงเหม	น้าสายฝน	ลุงพอม	พี่เหมื่อน	พี่เชียว	พี่หมาย	พี่อ่อน	พี่โคม	ลุงสามิต	พี่นี่
อายุ (ปี)	70	58	69	59	56	49	49	48	60	54
เพศ	ชาย	หญิง	ชาย	ชาย	ชาย	หญิง	หญิง	หญิง	ชาย	หญิง
ศาสนา	อิสลาม	อิสลาม	พุทธ	พุทธ	พุทธ	อิสลาม	พุทธ	พุทธ	พุทธ	พุทธ
สถานภาพสมรส	หม้าย	หม้าย	คู่	คู่	คู่	คู่	คู่	คู่	คู่	คู่
อาชีพ (เดิม)	พ่อบ้าน (ทำสวน)	รับจ้าง	พ่อบ้าน (ทำสวน)	พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	รับราชการ	แม่บ้าน (รับจ้าง)	รับราชการ	พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	พ่อบ้าน (ทำนา)	ค้าขาย
รายได้ของครอบครัว (บาท /เดือน)	2,000-3,000 (จากลูก)	2,000-3,000 (ไม่แน่นอน)	2,000* (ไม่แน่นอน)	50,000*	30,000*	7,000	60,000*	40,000*	3,000-4,000 (จากลูก)	10,000
ระดับการศึกษา	ป.4	ป.4	ป.4	ม.6	ป.ว.ช.	ป.4	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ป.4	ป. 4
ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี)	10	10	30	30	4	9	13	10	5	4-5
ปัญหาค่าใช้จ่ายในการ รักษา	ไม่มี เบิกได้	มี เบิกไม่ได้	มี เบิกไม่ได้	ไม่มี เบิกได้	มีบ้าง เบิกได้	มี เบิกไม่ได้	ไม่มี เบิกได้	ไม่มี เบิกได้	ไม่มี เบิกได้	มี เบิกไม่ได้
ระดับความรุนแรงของโรค	2	3	3	2	4	3	1	1	3	3
ประวัติการเจ็บป่วย	เบาหวาน	-	ไตอักเสบ	ภูมิแพ้	เบาหวาน	ภูมิแพ้	ภูมิแพ้	-	เบาหวาน	เบาหวาน หัวใจ
ประวัติการสูบบุหรี่	20 ปี วันละ 1 ซอง	15 ปี วันละ 1ซอง	35 ปี วันละ 1ซอง	ไม่สูบ	30 ปี วันละ 1ซอง	ไม่สูบ	ไม่สูบ	ไม่สูบ	15 ปี วันละ 1ซอง	ไม่สูบ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ผู้ให้ข้อมูลรายที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ลักษณะของครอบครัว	ครอบครัว ขยาย	อยู่คนเดียว	ครอบครัว ขยาย	ครอบครัว เดี่ยว	ครอบครัว เดี่ยว	ครอบครัว เดี่ยว	ครอบครัว เดี่ยว	ครอบครัว เดี่ยว	ครอบครัว ขยาย	ครอบครัว เดี่ยว
สภาพบ้านที่อยู่	บ้านไม้ ในชนบท	บ้านปูน ในชนบท	บ้านไม้ ในชนบท	บ้านปูน ในเมือง	บ้านไม้ครึ่งปูน ในชนบท	บ้านไม้ชั้นครึ่ง ในชนบท	บ้านปูน ในเมือง	บ้านปูน ในเมือง	บ้านปูน ในเมือง	บ้านปูน ในเมือง
ระยะจากบ้านถึงสถาน บริการที่ใกล้ที่สุด	500 เมตร เดินทาง สะดวก	5 ก.ม. เดินทาง สะดวก	30 ก.ม. เดินทาง ไม่สะดวก	500 เมตร เดินทาง สะดวก	13 ก.ม. เดินทาง ไม่สะดวก	10 ก.ม. เดินทาง ไม่สะดวกนัก	200 เมตร เดินทาง สะดวก	500 เมตร เดินทาง สะดวก	500 เมตร เดินทาง สะดวก	1 ก.ม. เดินทาง สะดวก

ภาคผนวก ค

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางมนัสวี อุดลยรัตน์ นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังทำวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบเรื้อรัง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำความเข้าใจการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบเรื้อรังให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย จึงขอความร่วมมือจากท่านในการให้สัมภาษณ์และบันทึกเทป ซึ่งวันและเวลาในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความพร้อมและความสะดวกของท่าน ข้อมูลที่ได้รับจะเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำเสนอข้อมูลโดยใช้นามสมมุติ หากเมื่อใดที่ท่านไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล หรือต้องการออกจากการศึกษา ก็สามารถปฏิเสธและออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา และขอรับรองว่าในการที่ท่านเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อ ใดๆ ต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้ท่านสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

ผู้วิจัยขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

.....
(นางมนัสวี อุดลยรัตน์)

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเคียงมือวิจัย

1. อาจารย์จรรุวรรณ มานะสุรการ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ดร. วันดี สุทธิรังษี ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. อาจารย์แสงอรุณ สุขเกษม ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางมนัสวี อุดุลยรัตน์
วัน เดือน ปีเกิด 25 มีนาคม 2507
วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีสำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	พ.ศ. 2530 พ.ศ. 2542

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช พ.ศ. 2530-2535
วิทยาจารย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช พ.ศ. 2535-2538
พยาบาลวิชาชีพ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช พ.ศ. 2535- ปัจจุบัน