

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วย
2. แนวคิด ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
3. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นอย่างถาวรของทางเดินหายใจส่วนล่าง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดลมหรือเนื้อปอด ทำให้เกิดการจำกัดการไหลของอากาศหายใจอย่างถาวร การดำเนินของโรคจะค่อยๆ เบลลงและมีความก้าวหน้าโดยมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเฉพาะแห่งหรือทั่วทั้งปอด ประกอบด้วยกลุ่มอาการหอบหืดเรื้อรัง (chronic asthmatic bronchitis) ซึ่งเป็นโรคของทางเดินหายใจส่วนปลาย กลุ่มอาการถุงลมโป่งพอง (emphysema) และกลุ่มหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) (McBride, 1993) การวินิจฉัยอาจเป็นโรคใดโรคหนึ่งก็ได้ ส่วนใหญ่หมายถึง โรคถุงลมโป่งพองและโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Leidy, 1995 ; McBride, 1993) ที่มีลักษณะทางคลินิกบางอย่างคล้ายกัน และมักพบร่วมกันแยกออกจากกันได้ยาก แต่ผู้ป่วยอาจมีลักษณะของโรคใดโรคหนึ่งเด่นกว่า สาเหตุการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สาเหตุส่งเสริมที่สำคัญที่สุดและพบมากที่สุด คือ การสูบบุหรี่ (Subramanian & Guntupalli, 1994) พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ (Fiel, 1996) จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อปีเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ เพราะร้อยละ 95 ของสารนิโคติน และร้อยละ 50 ของสารทาร์จับอยู่ที่ปอด ทำให้ขนกวักภายในช่องทางเดินหายใจถูกทำลาย สารฟอร์มาลดีไฮด์ก่อให้เกิดการอักเสบอย่างเรื้อรังของหลอดลม ทำลายถุงลมปอด เกิดอาการไอ (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2542) และร่างกายมีภาวะขาดออกซิเจนเพราะสารคาร์บอนไดออกไซด์จับกับเม็ดเลือดแดง สาเหตุส่งเสริมรองลงมา คือ มลภาวะทางอากาศ เกสร

ดอกไม้ ฝุ่นละอองจากการประกอบอาชีพ ได้แก่ ละอองฟางข้าว ละอองฝ้าย และฝุ่นละอองจากโรงงานไหมหิน การติดเชื้อทางเดินหายใจหรือผู้ที่มีภาวะขาดสารอัลฟา₁-แอนตีทริปซิน (alpha₁-antitrypsin) ทำให้ทางเดินหายใจหดเกร็งและเกิดการอุดตันของระบบหายใจ การดำเนินของโรคค่อยเป็นค่อยไปเป็นเวลานาน นับระยะเวลาจากเริ่มหลอดอาหาร จนเริ่มมีอาการรุนแรงอาจนานถึง 25-30 ปี (พูนเกษม, 2531) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นผู้ที่มีอายุมาก ตั้งแต่ 45 – 75 ปี (สมจิต, 2537) การอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจ ทำให้พยาธิสภาพของโรคดำเนินรุดหน้าไปเรื่อยๆ ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ (Brundage et al., 1993; Lee et al., 1991) กระบวนการเสื่อมถอยที่กำหนดหน้าของโรค ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกเป็นรูปแบบเฉพาะที่สำคัญ 4 ประการ (Leidy, 1995) คือ มีการอุดตันการระบายอากาศ การกักขังอากาศภายในปอด ปอดยืดขยายมากกว่าปกติ และมีความพร่องของการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้ความจุของปอดเพิ่มขึ้น อัตราการไหลของอากาศหายใจออกช้าลงและลำบากกว่าหายใจเข้า ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติที่พบบ่อย 3 ลักษณะ (common triad) ได้แก่ อาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย อาการไอมีเสมหะและอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง (Parsons, 1990)

การวินิจฉัยโรค สามารถวินิจฉัยโรคได้จากประวัติการตรวจร่างกาย การตรวจสมรรถภาพปอด ซึ่งสามารถประเมินความรุนแรงของพยาธิสภาพ และติดตามผลการรักษาโดยใช้สไปโรมิเตอร์วัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ หลังจากหายใจเข้าอย่างเต็มที่ (Force Vital Capacity หรือ FVC) และวัดปริมาตรอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงในเวลา 1 วินาที (Force Expiratory Volume in 1 second หรือ FEV₁) การรายงานผลจะบอกเป็นค่าร้อยละของอัตราส่วน FEV₁ ต่อ FVC เป็นค่าที่ใช้ประเมินความผิดปกติในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อรรถและสมชัย, 2531) ค่าปกติ FVC. ประมาณ 4.5 ลิตร ค่า FEV₁ 3-3.5 ลิตร ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีค่า FEV₁ / FVC น้อยกว่า 70 เปอร์เซ็นต์

ผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความก้าวหน้าของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้าๆ (พูนเกษม, 2531) การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับผลกระทบมากมายทั้งทางด้านกาย จิต สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

1. **ผลกระทบด้านร่างกาย** ผลกระทบด้านร่างกายเป็นผลจากกระบวนการเสื่อมถอยที่กำหนดหน้าของโรค เป็นผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก อาการไอมีเสมหะ อาจมีเสียงวี๊ด (Leidy, 1995) และอาการเหนื่อยอ่อนเพลียซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Parsons,

1990) การตอบสนองของร่างกายต่อโรคเกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่ของระบบทางเดินหายใจ (Carrieri & Janson-Bjerklie, 1984; Miller, 1992) การอุดกั้นการระบายอากาศทำให้มีอากาศคั่งในถุงลม การแลกเปลี่ยนก๊าซเป็นไปได้ไม่ดี ก่อให้เกิดอาการหายใจลำบากตลอดเวลา (Leidy & Traver, 1995) อาการหายใจลำบาก เป็นอาการสำคัญที่พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพเด่นของโรคถุงลมโป่งพอง ทำให้ทรวงอกคล้ายถังเบียร์ในระยะหลัง มีผิวหนังสีชมพู (pink puffer) ในกลุ่มโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคทางเดินหายใจส่วนปลาย มักมีอาการไอและมีเสมหะมากเกือบทุกวัน อาจมีอาการหอบเหนื่อยเมื่อออกแรง ผิวกายเขียวคล้ำ (blue bloater) แต่ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะมีภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลว (corpulmonale) เนื่องจากหลอดเลือดฝอยในปอดถูกทำลายมาก หรือจากภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรังมากขึ้นตามพยาธิสภาพ ทำให้แรงต้านทานภายในหลอดเลือดปอดสูง หัวใจห้องขวาทำงานหนัก นอกจากนี้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากระบบการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด กระดูกและกล้ามเนื้อที่เสื่อมสภาพร่วมกับอาการหายใจลำบากเรื้อรัง ทำให้ร่างกายอ่อนแอ กล้ามเนื้อสูญเสียหน้าที่ในการหดตัวและสืบลง และการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้น้อยลง เพราะหายใจลำบากจะยิ่งทำให้ร่างกายอ่อนแอมากขึ้น อาการอ่อนเพลียเป็นผลกระทบด้านร่างกาย ที่เกิดร่วมกับอาการหายใจลำบากมากที่สุด และมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ (West & Popkess-Vawter, 1994) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลง ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากปัญหาด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการออกแรงทำกิจกรรม (Gift & Pugh, 1993; Weaver & Nasarvage, 1992) ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากขึ้นเมื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่น อาบน้ำ แต่งตัว เพราะต้องใช้แรงซึ่งต้องการพลังงานมากกว่าวัยอะส่วนล่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้แรงโดยไม่ได้ผ่อนแรง (Breslin et al., 1992 cited by Gift & Pugh, 1993) ประกอบกับผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมีข้อจำกัดของการหมุนข้อไหล่ การดึงตัวของกล้ามเนื้อและการขยายตัวของปอดลดลง ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องก้มตัวลงได้ลำบาก เช่น การใส่ชุดชั้นใน รองเท้า หรือกิจกรรมที่ต้องยืน เช่น การอาบน้ำ (Hoffman, Berg & Roger, 1989) มีปัญหาทางระบบประสาทเนื่องจากภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง หรือมีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เกิดภาวะกรดจากการหายใจ จึงมีความรู้สึกสัมผัสลดลง มักมีอาการปวดศีรษะในตอนเช้า อิดโรย ความคิด การตัดสินใจไม่ดี ความจำเสื่อม หลงลืม กล้ามเนื้อกระตุก และหมดสติได้ (นิพนธ์, 2531) รับประทานอาหารได้น้อยเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง จากอาการหายใจลำบาก และฤทธิ์ข้างเคียงของยาขยายหลอดลมที่ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีความอยากอาหารลดลง (Gift, 1989) และขณะหอบเหนื่อยการรับรส การได้กลิ่นอาหารลดลง มีความวิตกกังวลซึมเศร้า ไม่สนใจดูแลตนเอง และจากประสบการณ์ที่เคยได้รับภายหลังรับประทานอาหาร

ว่าทำให้หายใจลำบากมากขึ้น เนื่องจากภาวะอาหารขยายตัวมากกว่าปกติ ดันกระบังลมทำให้ปอดขยายตัวได้น้อยลง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสูญเสียการรับรู้รสอาหารในระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยมักมีน้ำหนักตัวลดลงประมาณร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวมาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยดูลมโป่งพองจะมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าผู้ป่วยหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Haas & Axen, 1991) มีปัญหาการนอนหลับ พบว่า นอนหลับยาก ร้อยละ 36 และตื่นนอนมากกว่าคืนละ 2 ครั้งร้อยละ 76 และนอนกลางวันมากกว่ากลางคืนร้อยละ 72 (Legal, et. al. 1994)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีการตอบสนองด้านอารมณ์ที่หลากหลายจากอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง หายใจลำบาก ไอและมีเสมหะ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตื่นตกใจกลัว วิตกกังวล รู้สึกโกรธ (Gift & Pugh, 1993) อาจโกรธเพราะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้เช่นคนอื่น กลัวการหายใจไม่ออกอาจเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้ (Sarooja, 1993) วิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต วางเฉยต่อการรักษาที่ไม่สามารถรักษาได้หายขาด มีภาวะซึมเศร้าเพราะโรคมีภาวะสงบและกำเริบตลอดชีวิต การมีความเครียดวิตกกังวล โกรธ กลัวทำให้มีการเคลื่อนไหวของกระดูก กล้ามเนื้อและใช้พลังงานมาก ผู้ป่วยจึงมีอาการหายใจลำบากรุนแรง ในขณะที่การวางเฉยและภาวะซึมเศร้าจะทำให้การระบายอากาศลดลง ผู้ป่วยจึงมีรูปแบบการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ การศึกษาของกิปท์และคาลฮิล (Gift & Cahill, 1990) เรื่องภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบาก พบว่า ระหว่างหายใจลำบาก ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง กล้ามเนื้อช่วยหายใจทำงานหนัก ระดับคอร์ติซอลและคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นด้วย เพราะอาการหายใจลำบากเป็นปรากฏการณ์ทางกายและจิตที่เกิดร่วมกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เนื่องจากความเครียดด้านจิตใจและอาการหายใจลำบาก ต่างส่งผลกระทบซึ่งกันและกันตลอดเวลา เมื่อโรคมีความก้าวหน้าร่างกายเกิดความพร่องมากขึ้น อาการหายใจลำบากยิ่งรุนแรง มีความวิตกกังวลสูง ซึมเศร้า พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สำคัญ เช่นเดียวกับอาการหายใจลำบาก (Engstrom et al, 1996)

ผลการปรับชุดเขยทางร่างกายทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง มีอาการหายใจลำบากตลอดเวลา ไอเรื้อรังและมีเสมหะ มีอกถึง ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมัก รับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคน้อยกว่า (Nicolas & Leuner, 1992) ผู้ป่วยหญิงคำนึงถึงภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงมากกว่าผู้ป่วยชาย ผู้ป่วยชายคำนึงถึงอาการหายใจลำบากมีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมากกว่า เพราะมีภาระต้องรับผิดชอบดูแลครอบครัว ผู้ป่วยบางรายอาจแยกตัวออกจากสังคมหากรู้สึกว่าอาการมีอกถึง หายใจเสียงดัง มีเสมหะอาจทำให้ผู้อื่นไม่พอใจ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตบางอย่าง

เช่น งดการออกกำลังกายสังคม แยกตัวจากสังคมภายนอก และรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ผิดเป็นนักโทษ (Miller, 1992) พยายามปรับแบบแผนชีวิตใหม่ให้สอดคล้องกับศักยภาพที่เหลืออยู่ มีการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Dudley, Glasser, Jorgenson & Logan, 1980) รู้สึกหมดศักดิ์ศรีและคุณค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง การแยกตัวทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าเหว่สูงถึงร้อยละ 63 (Keele-Card, Foxall & Barron, 1993) ผู้ป่วยอาจต้องงดการมีความสัมพันธ์ทางเพศกับคู่สมรส ทำให้ผู้ป่วยชายรับรู้ว่าคุณภาพหรือความเป็นชายน้อยกว่าคนอื่น และผู้ป่วยหญิงคิดว่าตนเองสูญเสียความเป็นหญิง ทำให้รู้สึกวิตกกังวลมากขึ้น ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตลดลง การศึกษาของฟอกซอลและคณะ (Foxall, et. al, 1987 cited by Gift & McCrone, 1993) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ มีความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุหลอดเลือดสมอง

3. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ การรักษาภาวะเจ็บป่วยเป็นเวลานานทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก เพราะผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากรุนแรงตามพยาธิสภาพและภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากกำเริบ (acute exacerbation) อย่างน้อยปีละครั้ง (Subramanian & Guntupalli, 1994) ส่วนใหญ่ต้องเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินและหออภิบาลผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาล (Fromn & Varon, 1994) จากสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลทรวงอก พบว่าร้อยละ 45 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะการหายใจวาย ต้องใส่ท่อหลอดลมคอและเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (โธมณา, 2539) จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัวและรัฐมากที่สุด เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงกว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่มีภาวะการหายใจวาย การศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสาเหตุจากการสูบบุหรี่ (สุรางรัตน์, 2542) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องรับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 9.44 ครั้งต่อปี เสียค่าใช้จ่ายทางตรงเกี่ยวกับทางการแพทย์เฉลี่ย 367.71 บาทต่อเดือน เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 0.68 ครั้งต่อปี เสียค่าใช้จ่ายทางตรง 819.57 บาทต่อเดือน และมารับการตรวจรักษาทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในเฉลี่ย 10.11 ครั้งต่อปี เสียค่าใช้จ่ายทางตรง 538.15 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายลดลงเมื่ออายุมากขึ้นและระยะเวลาการเจ็บป่วยมากขึ้น แต่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเมื่อระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้น สำหรับผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศคาดว่าตั้งแต่ทศวรรษที่จะถึงเป็นต้นไป จำนวนผู้ป่วยตายด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นถึงปีละ 10 ล้านคนหรือเท่ากับทุก 1 นาทีจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคที่

เกิดจากการสูบบุหรี่ 20 คน และครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้จะตายเมื่ออยู่ในวัยกลางคน หรือมีอายุเพียง 36-69 ปี คาดว่าในปี ค.ศ. 2020 บุหรี่จะเป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของปัญหาสุขภาพมากกว่าโรคเอดส์ เพราะอัตราการสูบบุหรี่ทั่วโลกเพิ่มมากขึ้นประมาณร้อยละ 2 ต่อปี และอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากจำนวน 850 มวนต่อคนต่อปีในทศวรรษที่ 70 เป็น 1230 มวนต่อคนต่อปีในทศวรรษที่ 90 สำหรับประเทศไทยรัฐบาลต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่รักษาผู้ป่วยทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 25-65 ของงบประมาณทั้งหมดที่ใช้ในการสาธารณสุขของประเทศ และในช่วงระยะเวลา 5-6 ปีที่ผ่านมาคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละ 42,000 คน โดยเสียชีวิตจากโรคถุงลมโป่งพอง 6,090 คน และเมื่อมองในแง่รายได้และความสูญเสียจากการบริโภคยาสูบ 1,000 ตัน พบว่าต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นจำนวน 140 ล้านบาท สูญเสียค่าใช้จ่ายทางอ้อม 275 ล้านบาท และสูญเสียรายได้ที่ควรได้รับจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 330 ล้านบาท (สุรางรัตน์, 2542)

4. ผลกระทบด้านสังคม การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตการทำงาน และได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวมากที่สุด ต้องการการพึ่งพาจากคู่สมรสมากขึ้น (Hass & Axen, 1991) ชาลเมอร์ (Chalmer, 1984) ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพถึงผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยและครอบครัว และกลยุทธ์ที่ใช้ในการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคในระดับน้อย ปานกลางและมาก จำนวน 30 ราย พบว่า สิ่ง que ผู้ป่วยตระหนักเป็นอันดับแรก คือ ความสามารถในการดำรงบทบาทในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดมากที่สุดที่ต้องออกจากงานก่อนถึงเวลาอันควร สัมพันธภาพในบทบาทของสามี ภรรยา บิดา มารดา ญาติ และเพื่อนเปลี่ยนไป บางรายรู้สึกผิดที่ต้องใช้บุตรซึ่งยังเล็กทำงานแทนในทุกเรื่อง การเข้าสังคมก็เปลี่ยนไป ผู้ป่วยจะหายใจลำบากเมื่อสัมผัสฝุ่นละออง ควันบุหรี่ ทำให้ต้องอยู่บ้านหรือเข้าสังคมได้ในระยะเวลาสั้นๆ การออกงานสังคมกับครอบครัวก็อาจทำให้ครอบครัวหมดความสุข เพราะต้องรับตามผู้ป่วยกลับบ้านไปด้วย ผู้ป่วยไม่สามารถวางแผนล่วงหน้าได้ เพราะบางครั้งประสบปัญหาการหายใจลำบากกระทันหัน การไม่สามารถดำรงบทบาททางสังคม และใช้ชีวิตตามปกติได้ทำให้รู้สึกไร้พลังและคับข้องใจ เพราะอาการหายใจลำบากและอ่อนเพลีย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพรัองในการทำหน้าที่ทางสังคม มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมสันทนาการ และถูกแยกตัวจากสังคม

แนวคิด ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

แนวคิดของคุณภาพชีวิต

เริ่มมีการกล่าวถึงแนวคิดคุณภาพชีวิตเป็นครั้งแรกในสมัยอดีตกาล โดยอริสโตเติลนักปรัชญาชาวตะวันตก มองคุณภาพชีวิตว่าเป็นความสุข (happiness) เป็นส่วนที่ดีของจิตวิญญาณ ทำให้คนมีชีวิตที่ดี (Mckeon, 1947 cited by Kleinpell, 1991) และปรากฏเป็นหลักฐานครั้งแรกในปีค.ศ. 1947 เมื่อองค์การอนามัยโลกกำหนดให้ความผาสุก (well-being) เป็นส่วนหนึ่งของภาวะสุขภาพ (healthy) ถือเป็นจุดหมายสูงสุดในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกคนที่ต้องการให้ชีวิตตนเองมีคุณค่ามากที่สุด กล่าวคือ มีความสมดุลของกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และมีความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมแม้ในยามเจ็บป่วย

คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมมีมิติหลายรูปแบบ แต่นั่นมากในเรื่องความสุขและความพึงพอใจในชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงสภาวะของตนเองในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล (Orley & Kuyken, 1994 อ้างตาม จารณี, 2542) กล่าวคือเมื่อใดก็ตามที่บุคคลมีความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ หรือสิ่งที่มีอยู่ไม่ว่าจะอยู่ในสภาพใด ถือว่าบุคคลนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว เป็นการบอกถึงผลลัพธ์สุดท้ายของความคิดที่แต่ละคนเปรียบเทียบ หรือมีความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่อยากให้เป็น หรือคาดหวังผลที่ได้ จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ มีความสุขหรือไม่มีความสุขก็ได้เพราะเป็นการคิดของแต่ละบุคคล (Cambell, 1976 cited by Graham & Longman, 1987)

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้อย่างแท้จริงตามสัญชาตญาณของแต่ละบุคคล ที่เกิดขึ้นภายหลังจากบุคคลนั้นได้สังเกต เกิดความรู้สึกและตระหนักในความหมายของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามกาลเวลา การมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะทำให้รับรู้ความพึงพอใจในชีวิตได้มากขึ้น เพราะช่วยเน้นให้เห็นคุณค่าในตนเอง ยอมรับความเป็นมนุษย์ ความรู้สึกเป็นเจ้าของและความต้องการระหว่างบุคคล การรับรู้คุณภาพชีวิตจะเกี่ยวข้องกับเวลา สถานการณ์ที่ต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน และการเปลี่ยนแปลงตามโอกาสของชีวิต มีความหมายที่สอดคล้องกับความผาสุกหรือความสุขด้านจิตใจ (Peplau, 1994) คุณภาพชีวิตจึงเป็นปรากฏการณ์แบบองค์รวมที่ถูกกำหนดโดยวัฒนธรรมของสังคม เป็นสัญลักษณ์และการแสดงออกที่ได้รับอิทธิพลมาจากวัฒนธรรม (Leininger, 1994) มีการเคลื่อนไหว เปลี่ยนแปลงไปตามการให้คุณค่าและกาลเวลา

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมีความหมายกว้างสลับซับซ้อน (Patterson, 1985 cited by Holmes & Dickerson, 1987) เป็นคำที่ใช้ในการประเมินเปรียบเทียบหรือวัดเกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลต่อชีวิตตนเองหรือผู้อื่นตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล (อาภรณ์และคณะ, 2540) มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพเสมอ (Peplau, 1994) คำนิยามหรือความหมายจึงสอดคล้องกับนิยามทั่วไปของภาวะสุขภาพ อันได้แก่ความผาสุกทางกาย ความผาสุกทางจิต และความผาสุกทางสังคม สะท้อนภาพรวมของคุณภาพชีวิตว่าเป็นเรื่องที่ว่าด้วยความเป็นมนุษย์และภาวะสุขภาพ สำหรับพจนานุกรมของ Webster ค.ศ. 1986 (อ้างตามมนลิน, 2542) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วย คุณภาพและชีวิต โดยคำว่าคุณภาพหมายถึงระดับที่ยอดเยี่ยม ชีวิตหมายถึงระดับความเป็นอยู่และวิถีชีวิตหรือวัฒนธรรม ประเพณีการดำรงชีวิตของบุคคล ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ระดับความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่ดีภายใต้วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมและประเพณีของบุคคลนั้นซึ่งเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา การมีแนวคิดมุมมองที่แตกต่าง จึงปรากฏคำที่มีความหมายเช่นเดียวกับคุณภาพชีวิตหลายคำ เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่า ชีวิตที่มีความหมายและภาระหน้าที่ของบุคคล (Dean, 1985)

เฟอร์แรนส์ (Ferrans, 1990, cited by Parse, 1994) ได้จัดกลุ่มความหมายของคุณภาพชีวิตออกเป็น 5 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

1. กลุ่มความหมายที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิตทั่วไป คุณภาพชีวิตหมายถึง ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของแต่ละคนที่ได้รับจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับชีวิตตนเองและสามารถดำรงไว้ซึ่งพัฒนาการของตนได้ แพทเทอร์สัน (Patterson, 1985 cited by Holmes & Dickerson, 1987) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตคือการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อันจะช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

2. กลุ่มความหมายเกี่ยวกับความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ฮอร์นควิส (Hornquist, 1982) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงระดับความต้องการความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและวัตถุ สอดคล้องกับกูดีนสันและซิงเกิลตัน (Goodinson & Singleton, 1988) ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นระดับความพึงพอใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในชีวิต โดยรวมถึงความผาสุกทางด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจสังคม และองค์ประกอบอื่นของแต่ละบุคคล มีความหมายทำนองเดียวกับแนวคิดของนักวิจัยอีกหลายท่าน (Dalkey & Rourke, 1973 cited by Goodinson & Singleton, 1988; Hanestad & Alberktsen, 1992)

3. กลุ่มความหมายเกี่ยวกับการได้รับความสำเร็จตามเป้าหมาย เมนโดลาและเพลเลกรินิ (Mendola & Pellegrini, 1979 อ้างตามเสาวรศ, 2540) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง การที่บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตนพึงพอใจในสังคมได้ ภายใต้ข้อจำกัดของการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถด้านร่างกายของตนเอง

4. กลุ่มความหมายเกี่ยวกับความสามารถตามธรรมชาติ ได้แก่ความสามารถด้านร่างกาย และจิตใจ ดูบอส (Dubos, 1976) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจระดับสูงของบุคคล อันเนื่องมาจากการมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ มีคุณค่าแก่ตนเอง เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

5. กลุ่มความหมายที่เกี่ยวกับบทบาทและความสามารถทางสังคม (social ability) ของบุคคล ทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในตนเอง

สำหรับประเทศไทยไม่ปรากฏชัดเจนว่า สังคมไทยนำถ้อยคำ "คุณภาพชีวิต" มาใช้ตั้งแต่เมื่อใด แต่มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตกันอย่างแพร่หลาย โดยศิริ (2536) ได้สรุปความหมายไว้ว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตของบุคคลที่สามารถดำรงอยู่ในสังคมที่เหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดำรงชีวิตที่ชอบธรรมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ค่านิยมของสังคม สามารถแก้ไขปัญหาตลอดจนแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่ กิ่งแก้ว (1997) ได้ให้ความเห็นว่า คำว่า คุณภาพชีวิตน่าจะใกล้เคียงกับคำว่า "กินดี อยู่ดี" หรือ "อยู่ดี มีสุข" ทั้งนี้การกินอยู่ดังกล่าวจะมีความหมายกว้างและครอบคลุมกว่าการกินอยู่ธรรมดา กล่าวคือ การมีปัจจัยพื้นฐานที่เพียงพอและสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามอัตภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งมีมาตรฐานที่แตกต่างกัน อันเนื่องจากพื้นฐานความคิด ค่านิยมและสิ่งแวดล้อมที่ตนดำรงอยู่ ดิเรก (2526) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตเป็นความคิดเกี่ยวข้องกับปริมาณและคุณภาพของความ ต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย สังคมและวัฒนธรรม เกี่ยวข้องทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม จิตวิทยา และสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิตทั้งที่เป็นนามธรรมและรูปธรรม พวงรัตน์ (2530) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกพึงพอใจของบุคคลเกี่ยวกับสภาพที่ตนมีอยู่ เป็นอยู่ ด้รับอยู่และปฏิบัติเป็นประจำ หรือเป็นสภาพการดำรงชีวิตในชุมชน โดยมีแนวทางการดำเนินชีวิตที่มีความสุขซึ่งทั่วไปหมายถึงการกินดี อยู่ดี ถูกต้องตามสุขลักษณะ มีสุขภาพอนามัยแข็งแรงสมบูรณ์ มีงานทำที่สามารถเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้

จากแนวคิดมุมมองการให้คำจำกัดความและความหมายของคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้นมีความแตกต่างกันในประเด็นสำคัญที่ต้องการเน้น แต่มีสิ่งที่เหมือนกันคือ คุณภาพชีวิตเป็นเชิงจิต

วิสัย (subjective phenomena) และเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล เป็นมโนทัศน์ที่มีหลายมิติ ประสานกัน สามารถสรุปโดยรวมได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความผาสุก ความรู้สึกที่เป็นสุข ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองในสิ่งที่บุคคลต้องการ รวมทั้งการมีสุขภาพดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยการให้ความหมายของคุณภาพชีวิต จะเป็นการประเมินโดยตนเองหรือโดยบุคคลอื่น ความหมายที่ให้อาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิด ความเชื่อ ทัศนคติหรือค่านิยมของผู้ประเมิน และคุณภาพชีวิตสามารถเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นกับ เวลาและสถานการณ์ซึ่งไม่สามารถกำหนดความหมายหรือสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้กับทุกคนได้

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างหลากหลายมากเช่นเดียวกับแนวคิดและความหมายของคุณภาพชีวิต ลักษณะที่สำคัญขององค์ประกอบคุณภาพชีวิต คือ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ทำให้บุคคลมีชีวิตอยู่ได้หรือมีสภาพที่พอสอยู่ได้ ล้วนมาจากทั้งภายในและภายนอกร่างกาย (Flanagan, 1978) ด้านภายในร่างกาย ได้แก่ อารมณ์และความรู้สึก ด้านภายนอกร่างกาย ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ทรัพย์สินที่เพียงพอสำหรับใช้จ่ายเพื่อความสะดวกสบาย หน้าที่การงาน สุขภาพร่างกาย ความปลอดภัย การติดต่อสื่อสารกับบุคคลในสังคม การพักผ่อนและการแสดงบทบาทของตนเองในทางสร้างสรรค์ เป็นสิ่งที่กำหนดมาจากความต้องการพื้นฐานของบุคคล เพื่อให้ชีวิตมีความสุข ฟลานานแกน (Flanagan, 1982) ได้จำแนกไว้ 5 องค์ประกอบ คือ 1) ความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านวัตถุ เช่น มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก ทางด้านร่างกาย เช่น มีสุขภาพแข็งแรง 2) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น ความสัมพันธ์อันดีคู่สมรส บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น การมีบุตรและเลี้ยงดูบุตร 3) กิจกรรมทางสังคมและชุมชน การช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น 4) พัฒนาการทางบุคลิกภาพและความสำเร็จที่สมบูรณ์แบบตามพัฒนาการชีวิต เช่น มีพัฒนาการทางสติปัญญา เรียนรู้สนใจและเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจ ได้รับการตอบแทนที่คุ้มค่า มีการแสดงออกในทางสร้างสรรค์ และ 5) กิจกรรมสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ดูดนตรี กีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น มีส่วนร่วมในกิจกรรม นอกจากนี้ยังหมายถึงสถานที่ วัตถุสิ่งของ กิจกรรม บุคคลและบทบาทที่บุคคลต้องกำหนดเพื่อให้สามารถตัดสินใจคุณภาพชีวิตของตนได้ (Andrews & Withey, 1976 cited by Oleson, 1990a) สอดคล้องกับที่สุวัฒน์ ,ปริทรรศและวนิดา (2541) กล่าวว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็นส่วนประกอบที่ทำ

ให้บุคคลมีชีวิตอยู่ได้ มี 5 ระดับ คือ 1) ความต้องการการยกย่อง 2) ความปลอดภัยและความมั่นคง 3) ความต้องการทางสังคมและความรัก 4) ความต้องการทางด้านร่างกาย และ 5) ความต้องการพิสูจน์ความสามารถของตนเอง

ที่ประชุมขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี ค.ศ. 1993 ณ กรุงปารีส ได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้กว้างๆ 4 หมวด (WHOQOL Group, 1993 อ้างตามมนสิน, 2542) โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ WHOQOL - BREF จำนวน 26 ข้อ ที่มีลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบการรับรู้เชิงรูปธรรม ในแง่ของความเข้ม ความจุ และความถี่ของพฤติกรรมหรือความรู้สึกที่เป็นประสบการณ์ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต รายงานตามการรับรู้ของตนเอง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย

1. องค์ประกอบด้านร่างกาย (physical domain) ประกอบด้วยความรู้สึกเจ็บปวดและไม่สุขสบาย ความเมื่อยล้า อ่อนเพลีย การนอนหลับพักผ่อน และการรับรู้ความรู้สึก ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความจำเป็นในการใช้ยาและอุปกรณ์การแพทย์ ความจำเป็นในการพึ่งพาสิ่งเสพติด สมรรถนะทางสังคมและสมรรถนะในการทำงาน
2. องค์ประกอบด้านจิตใจ (psychological domain) ประกอบด้วย ความรู้สึกด้านบวก จิตวิญญาณความเชื่อส่วนบุคคล ศาสนา ความคิด การเรียนรู้ ความจำและสมาธิ อึดทนในทัศนภาพลักษณะและรูปร่าง และความรู้สึกด้านลบ
3. องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมทางเพศ
4. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) ประกอบด้วยอิสรภาพ ความปลอดภัยด้านร่างกายและการได้รับความคุ้มครอง สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ความพึงพอใจในสถานที่ทำงาน แหล่งเงินทุน คุณภาพของระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ มลภาวะและระบบขนส่งมวลชน

สำหรับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง พาติลล่าและแกรนด์ (Padilla & Grant, 1985) มีแนวคิดว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอาการของโรคเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนั้นเปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ความผาสุกทางด้านร่างกาย 2) ความผาสุกทางด้านจิตใจ 3) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ 4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา และ 6) ภาวะโภชนาการ

คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นประสบการณ์ชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตที่ดีและภาวะสุขภาพ (health-related quality of life) ในส่วนของภาวะสุขภาพเกี่ยวข้องกับปัญหาความเจ็บป่วยอันเป็นผลกระทบของโรค (McMahon, cited by Miller, 1992) ดังนี้

1. **ปรากฏการณ์ความเจ็บป่วย** (illness phenomena) หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากโรค ประกอบด้วยอาการหายใจลำบากและอาการอ่อนเพลีย เป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยประสบปัญหาเรื้อรังหลายประการ และมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง (Gift & Pugh, 1993) กล่าวคือ

1.1 อาการหายใจลำบาก เป็นอาการที่แสดงถึงความไม่สมดุลระหว่างความต้องการระบายอากาศกับความสามารถในการระบายอากาศ (Niemeyer, 1985) กลไกของอาการหายใจลำบากยังไม่เป็นที่เข้าใจกันอย่างแจ่มชัด และยังไม่มียาใดๆ ที่เป็นที่ยอมรับว่าสามารถอธิบายกลไกการเกิดได้อย่างสมบูรณ์แบบในทุกสถานการณ์ของอาการหายใจลำบาก อาการหายใจลำบากเป็นการรับรู้ เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเอง (DeVito, 1990) ที่ตระหนักถึงความยากลำบากในการหายใจ ความไม่พึงพอใจจากการต้องออกแรงมากในการหายใจแต่ละครั้ง (Gift, 1989) เป็นประสบการณ์ที่บุคคลรับรู้และแปลความหมายเอง จึงมีความสัมพันธ์กันเพียงเล็กน้อยกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหรือระดับความรุนแรงของโรค (Carrieri & Janson-Bjerklie, 1984) การตอบสนองของผู้ป่วยต่ออาการหายใจลำบากขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ พฤติกรรมและภาวะอารมณ์เป็นสำคัญ โดยระดับออกซิเจนในเลือดไม่สามารถทำนายอาการหายใจลำบากได้ การศึกษาของกิฟท์และคาฮิลล์ (Gift & Cahill, 1990) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีค่าความดันของออกซิเจนในเลือดคงเดิม ทั้งในระยะเวลาที่หายใจลำบากรุนแรงและหายใจลำบากเพียงเล็กน้อย การให้ความหมายของอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยไม่สามารถกำหนดความหมายที่ชัดเจนและครอบคลุมได้ แต่เป็นความหมายที่บ่งบอกถึงความรู้สึกไม่สะดวกไม่สุขสบายต่อการหายใจ ต้องเพิ่มแรงในการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ชอบและรับรู้ว่าเป็นภาวะที่ไม่เหมาะกับตนเอง (Mahler et al., 1984 cited by Leidy, 1995) เช่น หายใจไม่ทัน (Miller, 1992; Sassi-Dambron, 1995) แน่นอึดอัดในอก (Niemeyer, 1985) หายใจเอาอากาศได้ไม่เพียงพอและแน่นในอก (Gift & Pugh, 1993) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกหายใจลำบากตลอดเวลา ไม่เคยรู้สึกว่างเปล่า ดังการศึกษาของลารูและคณะ (Lareau et al., 1994) ที่ศึกษาอาการ

หายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจเพียงเล็กน้อย มีค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (Force Expiratory Volume หรือ FEV1) ร้อยละ 65-80 จนถึงผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างรุนแรง ค่า FEV1 น้อยกว่าร้อยละ 45 รวม 131 ราย พบว่าผู้ป่วยทุกรายมีประสบการณ์การหายใจลำบาก โดยบอกว่าหายใจไม่ออก 110 ราย และหายใจลำบากตลอดเวลา 59 ราย และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาพบแพทย์ด้วยอาการหายใจลำบาก พบว่าหายใจออกได้ยากร้อยละ 85 รู้สึกว่าหายใจเอาอากาศเข้าไปได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 63 และรู้สึกว่าหน้าอกถูกบีบรัดร้อยละ 46 (Janson-Bjerklie, Carrieri & Hudes, 1986)

การประเมินอาการหายใจลำบากสามารถทำได้ 2 ประการ คือ การประเมินโดยตรงเป็นการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก และการประเมินโดยอ้อมเป็นการประเมินพยาธิสรีรภาพของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก การประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก นิยมใช้วัดด้วยแบบวัด Visual Analog scale เป็นเครื่องมือที่มีความไวต่อการประเมินอาการหายใจลำบากในระดับสูง สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงได้นาทีต่อนาทีโดยเฉพาะความไวต่ออาการหายใจลำบากที่วัด ขณะที่ผู้ป่วยมีกิจกรรมหรือออกกำลังกาย โดยเรียกเครื่องมือชนิดนี้ว่า Dyspnea Visual Analog Scale (DVAS)(Janson-Bjerklie et al.,1986) และวิธีการประเมินพยาธิสรีรภาพของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก โดยใช้สไปโรมิเตอร์วัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ (Force Expiratory Vital Capacity: FVC) บันทึกลงเทียบกับช่วงเวลา (โด่งปริมาตร - เวลา) เพื่อประเมินการอุดกั้นของทางเดินหายใจ นอกจากนี้ยังสังเกตได้จากอาการแสดงต่างๆ เช่น อัตราการหายใจที่เพิ่มขึ้น หายใจเร็วตื่น หายใจเข้ายาว และหายใจออกสั้น ไ้ก่ล้ามนเนื้อช่วยหายใจ และมีการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน

การประเมินอาการหายใจลำบากโดยใช้ Visual Analog Scale เพื่อศึกษาถึงความรุนแรงของอาการหายใจลำบากและภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นวิธีการที่น่าเชื่อถือ เนื่องจากอาการหายใจลำบากเป็นปรากฏการณ์ทางกายและจิตที่เกิดขึ้นร่วมกัน (Gift, 1993) มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดเช่นเดียวกับอาการปวด ส่วนอาการทางกายเช่นหน้าที่ของปอด ความดันก๊าซในหลอดเลือดแดง สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของภาวะอารมณ์และพฤติกรรมของการมีอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยได้เพียงบางส่วนเท่านั้น การที่ผู้ป่วยรายงานอาการหายใจลำบากด้วยตนเองจึงเป็นสิ่งที่เชื่อถือได้ เพราะอาการหายใจลำบากแตกต่างกันตามภาวะอารมณ์ และภาวะอารมณ์เป็นตัวอธิบายการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งกระตุ้นได้ดีที่สุด (Steel & Shaver,1992) การตอบสนอง

ต่อโรคในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วยอาการหายใจลำบากยังไม่รุนแรง ผู้ป่วยอาจมีอาการหายใจลำบากภายหลังการออกกำลังกายหนัก ๆ แต่เมื่อโรครุนแรงผู้ป่วยอาจรู้สึกหายใจลำบากได้แม้เพียงการออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน นอนพักผ่อนหรือหลับในตอนกลางคืน (สุจิตรา, 2537) ในด้านจิตสังคมพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวต่อการหายใจลำบากเนื่องจากไม่สามารถควบคุมการหายใจได้ รู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ สูญเสียพลังอำนาจในการมีชีวิต เพราะไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลได้ รู้สึกเหมือนว่าทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตกำลังจะสิ้นสุดลง และเป็นการยากที่จะบอกให้ผู้อื่นรับรู้เหมือนตนเองที่กำลังมีอาการหายใจลำบากเพียงใด ทำให้รู้สึกคับข้องใจและพยายามปิดกั้นตัวเอง (DeVito, 1990) ผู้ป่วยต้องปรับตัวทุกด้านเพื่อให้มีแบบแผนชีวิตที่เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยมากที่สุด หลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย การใช้อารมณ์ การหายใจลำบากจึงเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (Lareau et al., 1994) และเป็นตัวกำหนดความพร่องของคุณภาพชีวิตที่สำคัญ (Engstrom et al., 1996) ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยเรื้อรังประเภทอื่น (Anderson, 1995) การจำกัดแบบแผนการดำเนินชีวิต ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองได้ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้ความสุขในชีวิตลดลง การศึกษาของกราดอนและรอส (Graddon & Ross, 1995) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบากทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับออกซิเจนรวม 143 ราย พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมด้านสันตนาการ การใช้เวลารว่าง และการจัดการภายในบ้านได้เนื่องจากอาการหายใจลำบาก มีผลกระทบต่อความมั่นคงด้านจิตใจ เพราะแม้ได้รับการช่วยเหลือเพื่อลดอาการหายใจลำบาก แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของแมคสเวนนี่และคณะ (McSweeney et al., 1982) ใน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับออกซิเจนที่พบว่า ผู้ป่วยยังคงมีความเครียด โกรธ สับสน อ่อนล้า รู้สึกอ่อนแอ ซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญเพราะไม่สามารถลดอาการหายใจลำบากได้ และจากการที่อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความรู้สึกวิตกกังวล ผู้ป่วยจึงรับรู้ความรู้สึกวิตกกังวลตลอดเวลา ดังนั้นการลดอาการหายใจลำบากด้วยวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาทักษะการควบคุมอาการหายใจลำบาก และการรู้จักถนอมพลังงานจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการควบคุมอาการหายใจลำบากได้ ทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขมากขึ้น ดังการศึกษาของสเคอเชอร์และชไมเดอร์ (Scherer & Schmieder, 1996) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 29 ราย อายุเฉลี่ย 66 ปี มีอาการหายใจลำบากปานกลาง ที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเพื่อลดอาการหายใจลำบากโดยประเมินความสามารถในการควบคุมอาการหายใจลำบากเมื่ออยู่ใน 5 สถานการณ์คือ สถาน

การณืที่มีความเครียด สถานการณ์ที่มีความโกรธ ความกลัว และความกดดันจากการใช้ชีวิต สถานการณ์ที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภูมิอากาศ และสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับความรู้และการจัดการเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง แรงสนับสนุน และฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมที่ต้องการอย่างถูกต้อง เช่น ถ้าผู้ป่วยต้องการขึ้นบันไดจะได้รับการสอนฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อท้อง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการหายใจลำบากในสถานการณ์ต่างๆ ได้เกือบทั้งหมด มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเองได้ครอบคลุม และลดภาวะกดดันจากการใช้ชีวิตได้ และการศึกษาของวิกส์ตราและคณะ (Wijkstra et al., 1995) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างรุนแรง จำนวน 36 คน ค่า FEV1 เฉลี่ยร้อยละ 44 ที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนาน 18 เดือน ด้วยวิธีการฝึกหายใจออกแบบเป่าปาก การหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและทรวงอก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การยกน้ำหนักขณะหายใจออก และการตีบจักรยานอยู่กับที่ด้วยความเร็ว 60 รอบต่อนาที ทำการตรวจสมรรถภาพปอดโดยวัด FEV1 และวัดคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค มีองค์ประกอบ 4 มิติ คือ การหายใจลำบาก อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง ภาวะอารมณ์ และการควบคุมตนเอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีอาการหายใจลำบากลดลง ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น รู้สึกผ่อนคลายเป็นและมีคะแนนคุณภาพชีวิตทุกด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุม

1.2 อาการอ่อนเพลีย หมายถึง การมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจลดลง (Polus-Docter & Westra, 1974 cited by Potempa, Lopez, Reid, & Lawson, 1986) ทางด้านร่างกายมีสาเหตุจากกระบวนการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด กระดูกและกล้ามเนื้อที่เสื่อมสภาพ ร่วมกับอาการหายใจลำบากเรื้อรัง ทำให้ร่างกายอ่อนแอ กล้ามเนื้อต่างๆ สูญเสียหน้าที่ในการหดตัวและสืบ ส่วนด้านจิตใจ พบว่าอาการอ่อนเพลียเป็นทั้งสาเหตุและผลของภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติ โดยความเครียดเป็นจุดเริ่มต้นของวงจรนี้ เมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียดวิตกกังวล จะทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง และอาการอ่อนเพลียไม่มีแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดมากขึ้น และมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านบุคคล พบว่าผู้ป่วยที่ขาดแรงกระตุ้น ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จะงดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น มีความยากลำบากในการทำงาน หรือใช้เวลาทำงานมากเกินไป (Potempa et al., 1986) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้ความรู้สึกอ่อนเพลียว่าเป็นความรู้สึกหมดกำลัง เหนื่อยต้องการพักผ่อน (Gift & Pugh, 1993) มีความสัมพันธ์กับภาวะออกซิเจนต่ำ เพราะการขาดออกซิเจนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลียมากขึ้น อาการอ่อนเพลียมีความสัมพันธ์กับอาการหายใจ

ลำบาก การเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ ภาวะอารมณ์และความกดดันด้านจิตใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจบอกความรู้สึกของอาการอ่อนเพลียในรูปของการมีกำลังแรงลดลง อิดโรย เฉื่อยชา เหนื่อย และรู้สึกอ่อนเพลียมากขึ้นเมื่อมีความวิตกกังวล ผู้ป่วยจึงต้องการแหล่งประโยชน์เรื่องเวลา และพลังงานด้านร่างกายที่พอเพียงเพื่อการดำรงชีวิตที่ดี

2. ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ เป็นความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่โดยอิสระทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ได้แก่ การดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว การดำรงบทบาท หน้าที่ในครอบครัวและสังคม เป็นความสามารถที่จะประกอบกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการในการดำรงชีวิตและบทบาทเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพ (Meyboom et al., 1992 อ้างตามชวลี, 2538) เป็นศักยภาพสูงสุดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องใช้ความคิด สติปัญญาและจิตสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Leidy, 1995) ผลกระทบของโรคทำให้ผู้ป่วยประสบปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ด้านร่างกาย เช่นการอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดที่พิก การทำอาหาร มิติด้านจิตใจ เช่น การพักผ่อนหย่อนใจ การมีงานอดิเรก มิติทางด้านสังคม ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การประกอบอาชีพ และมิติทางจิตวิญญาณได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม (Leidy, 1995) อาการหายใจลำบากและอ่อนเพลียทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความรู้สึกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ การตอบสนองด้านจิตใจมีภาวะซึมเศร้าจะเป็นตัวจำกัดระดับพลังงานและความเข้มแข็งของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคเหมือนกัน อาจมีระดับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่และคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน บางรายอาจปฏิบัติหน้าที่ได้ดีเท่าหรือสูงกว่าความศักยภาพของตนเอง (Leidy & Haase, 1996) ผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดี ลดการพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิต รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ดังการศึกษาเชิงคุณภาพของโลดีและฮาเซ่ (Leidy & Haase, 1996) ที่ทำการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งชายและหญิงจำนวนเท่ากันรวม 12 ราย มีอายุเฉลี่ย 66 ปี พบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ดีในเรื่องการจัดการภายในบ้าน การทำกิจกรรมในครอบครัว การทำกิจกรรมทางสังคม การทำงานอาชีพ การทำงานเพื่อผู้อื่น และการมีกิจกรรมสังคมนานการ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจตนเองและเกิดแรงกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยทำให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลงดังนี้

2.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม จากความรุนแรงของโรคและผู้ป่วยขาดแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา ทั้งแหล่งประโยชน์ภายในตนด้านร่างกาย สติปัญญา การรับรู้

และจิตวิญญาณ และแหล่งประโยชน์ภายนอกตนด้านผู้ดูแลช่วยเหลือ ฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรงจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงมาก ดังการศึกษาของอิงสเตรอมและคณะ (Engstrom et al., 1996) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการหายใจลำบากรุนแรงจำนวน 68 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก รุนแรงมีความพร้อมมากที่สุดในเรื่องการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การนอนหลับ การจัดการภายในบ้าน การสังสรรค์และการทำงานอดิเรก และมีคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

2.2 ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และการใช้สติปัญญา การเปลี่ยนแปลงของ ภาวะอารมณ์เนื่องจากวัยสูงอายุ โรคและผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยและครอบครัวทำให้ผู้ป่วยเกิด ความเครียด วิตกกังวล หายใจลำบากรุนแรงและซึมเศร้าได้ง่าย ผู้ป่วยมีความรู้สึกโกรธ คับข้องใจ ไม่เป็นมิตร เก็บกด มีความพร้อมด้านความรู้สึกนึกคิด สติปัญญาและมีการรับรู้เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มี ระดับออกซิเจนในเลือดลดลง ทำให้ประสบความยากลำบากในการใช้ความคิด และตัดสินใจแก้ ปัญหาในชีวิตประจำวัน

3. การรับรู้ของผู้ป่วย การรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วย ต่อโรค ผลกระทบที่เกิดขึ้น การให้ความหมายของภาวะสุขภาพ การปฏิบัติหน้าที่และความพึงพอใจ ในชีวิตตามแนวคิดแบบปรากฏการณ์วิทยา อันเป็นการรับรู้ที่แท้จริงของผู้ป่วยและมีความสำคัญ มากกว่าความจริงที่เกิด ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับรู้ว่าจะสามารถควบคุมอาการแสดงของโรค ปฏิบัติหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจได้ดี ย่อมมีความพึงพอใจ ภาคภูมิใจในตนเอง การประเมินว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพแม้ยามเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะตนเองสามารถมีสุขภาพดีโดยไม่จำเป็นต้องอยู่ในภาวะที่ปราศจากโรค จากรายงานการศึกษาของ แลมเบิร์ตและแลมเบิร์ต (Lambert & Lambert, 1987) พบว่า อาการหายใจลำบาก อาการอ่อน เพลีย การเปลี่ยนแปลงของภาวะอารมณ์ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ และการลดลง ของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพราะรู้สึกผิดที่สูบบุหรี่หรือไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ มีอิทธิพลต่อ ความสามารถในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ทำให้ความสามารถในการควบคุมตนเองของผู้ป่วยลดลง กระทบต่อการรับรู้ความสุขความพึงพอใจในชีวิต ผู้ป่วยจึงต้องแสวงหาแหล่งประโยชน์ เพื่อรองรับความเป็นตัวของตัวเองและคงไว้ซึ่งชีวิตที่มีคุณค่า

4. แหล่งประโยชน์ภายในของผู้ป่วย หมายถึง คุณสมบัติทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย เป็นตัวกำหนดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตน

เองเมื่อพยาธิสภาพของโรครุนแรง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องการแหล่งประโยชน์ภายในของตนเองด้านภาวะโภชนาการ การพักผ่อนนอนหลับ ระบบความเชื่อและคุณค่า เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ดังนี้

4.1 ภาวะโภชนาการ ภาวะโภชนาการเป็นเครื่องชี้วัดสภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากอาหารมีความจำเป็นต่อการหายใจที่มีประสิทธิภาพและการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย การขาดอาหารจะทำให้กล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง เกิดการติดเชื้อที่ปอดและระบบอื่นของร่างกายได้ง่าย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความอยากอาหารและความสามารถในการรับประทานอาหารลดลงเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การหายใจลำบากและฤทธิ์ข้างเคียงของยาขยายหลอดลม ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีความอยากอาหารลดลง (Gift, 1989) อ่อนเพลีย ปากแห้ง มีเสมหะ รสชาติและกลิ่นอาหารเปลี่ยนไปจากภาวะทุพโภชนาการและการสูบบุหรี่ การระคายเคืองของระบบทางเดินอาหารจากการใช้ยาสเตียรอยด์ การหายใจลำบากจะทำให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการรับประทานอาหารและการหายใจในเวลาเดียวกัน บางรายอาจมีความดันของก๊าซออกซิเจนในเลือดแดงต่ำลงเมื่อรับประทานอาหารอิ่ม เนื่องจากกระบังลมทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

4.2 การนอนหลับและการพักผ่อน การนอนหลับที่เพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญและแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น เพราะร่างกายเก็บสำรองพลังงานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปฏิบัติการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยต่อโรค จะเป็นตัวชี้วัดวางแผนการพักผ่อนนอนหลับตามปกติทำให้ผู้ป่วยประสบปัญหาการนอนหลับ เช่น นอนหลับยาก นอนกลางวันมากกว่ากลางคืน รวมถึงความยากลำบากในการเริ่มนอนหลับและการคงไว้ให้หลับสบายตลอดคืน ทำให้ร่างกายทรุดโทรมเร็ว อ่อนแอ เกิดผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ได้

4.3 ความเชื่อและระบบคุณค่า เมื่อผู้ป่วยประสบกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อความหวังและความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ จะมีความยากลำบากที่จะคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรง การตระหนักถึงความเจ็บป่วยและความตายทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหมดหวัง หมดพลังอำนาจ หรือมีภาวะกอดตันด้านจิตวิญญาณ และการตระหนักถึงความสำคัญของการหายใจว่าเป็นสัญลักษณ์ของการมีชีวิตและสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะกอดตันมากขึ้น มีความคับข้องใจ ไม่มีความรู้สึกที่เป็นสุข

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีทั้งปัจจัยทางบวกและลบ อาจเป็นคุณสมบัติส่วนตัวหรือสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ที่ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลเปลี่ยนแปลง (สุวัฒน์ และคณะ, 2541) จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลายประการ พอสรุปได้ดังนี้

1. เพศ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพศชายเมื่อเกิดเจ็บป่วยย่อมกระทบต่อบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ อาจต้องถูกเปลี่ยนตำแหน่งหน้าที่การงาน หรือลาออกจากงาน พึ่งพาคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัว ทำให้รู้สึกไม่พอใจตนเองและสิ่งที่สูญเสียไป เพศหญิงส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถทางร่างกายต่ำกว่าเพศชาย รวมทั้งมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่า เมื่อป่วยจึงมีผลกระทบต่อระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในฐานะแม่บ้าน จำเป็นต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับข้อจำกัดของตนเอง และแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อต้องทำงานหนัก (Barstow, 1974 cited by Miller, 1992) กระทบต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต รายงานการศึกษารูแลตนเองและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า เพศชายมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง และมีการรับรู้ความผาสุกในชีวิตดีกว่าเพศหญิง (นาฏอนงค์ 2537 ; นิรามัย, 2534; ประสบสุข, 2534; วรณระวี, 2534) ชัดแย้งกับการศึกษาของจากรุณี (2542) เรื่องคุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ ที่พบว่าเพศมีอิทธิพลในทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญ คือผู้ป่วยเพศชายและผู้ป่วยเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงสามารถปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลย์ของตนเองได้

2. อายุ มีการศึกษาพบว่า อายุมีอิทธิพลในทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกษียณอายุแล้ว (McSweeny et al., 1982; Prigatano et al., 1984) ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมีระดับการพึ่งพาสูง ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวหรือสังคม ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลงได้ ชัดแย้งกับผลการศึกษาของจากรุณี (2541) ที่พบว่าอายุมีอิทธิพลในทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่อย่างไม่มีนัยสำคัญ โดยอธิบายว่า ถึงแม้การเจ็บป่วยจะเป็นไปอย่างเรื้อรัง แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาและติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตามวัยและ

อายุของตนเอง สามารถปรับตัว ยอมรับกับสภาพร่างกายและความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้ ดังนั้นจึงสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขได้ระดับหนึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุมากมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Anderson, 1995; McBride, 1993) จึงไม่อาจสรุปได้ว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไร เพราะผู้สูงอายุอาจพัฒนาทัศนคติและปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ดี ไม่มีปัญหาในการปรับตัว (Ketelaar et al., 1996)

3. **ระดับการศึกษา** มีความสัมพันธ์กับรายได้และสถานภาพทางสังคม รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองและสุขภาพ เพราะความรู้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตทุกด้าน ทำให้เกิดความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้ และการแสดงออก สามารถเผชิญปัญหา ความเครียดและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเอง ชักถามปัญหา ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทำให้มีชีวิตที่ดี (ประสพสุข, 2534) สอดคล้องกับการศึกษาของเกศรินทร์ (2534) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการศึกษาสูงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า และการศึกษาของจารุณี (2542) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีอิทธิพลในทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่

4. **สถานภาพสมรส** เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงแหล่งประโยชน์จากครอบครัวและคู่สมรส ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากการมีชีวิตคู่จะมีความผูกพันลึกซึ้ง เมื่อเกิดเจ็บป่วยคู่สมรสจะเป็นผู้คอยดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับแก้ปัญหาได้ดี การศึกษาของคิลลี-การ์ด ฟอกซอลและบารรอน (Keele-Card, Foxall & Barron, 1993) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และคู่สมรสจำนวน 30 คู่ พบว่า คู่สมรสดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยทุกด้านมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตได้และมีความเป็นอยู่ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของประสพสุข (2534) และวรรณระวี (2534) ที่พบว่า การมีชีวิตคู่จะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของเกศรินทร์ (2534) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในชีวิต

5. **อาชีพ** อาชีพเป็นการประกอบกรเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ การทำงานอาชีพเป็นบทบาทหนึ่งที่เกิดความพึงพอใจในชีวิต ทำให้บทบาทอื่นคงอยู่และประสานกัน ทำให้ผู้มีอาชีพมีราย

ได้เป็นของตนเอง เกิดความมั่นคงทางเศรษฐกิจช่วยเหลือผู้อื่นได้ ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนมีคุณค่าไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นและสามารถบ่งบอกถึงสถานะในสังคมได้ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับผลกระทบจากโรค ต้องลาออกจากงานที่ทำหรือเปลี่ยนตำแหน่งหน้าที่ให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยทำให้สูญเสียรายได้ในขณะที่ต้องดูแลรักษาโรคตลอดชีวิต มีภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น อาชีพจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

6. รายได้และความเพียงพอของรายได้ เงินเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมความเป็นอยู่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ดีขึ้น เพราะสามารถใช้จัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐาน และเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ครอบครัวที่มีรายได้ดีจะไม่เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองสูง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายมากทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับแพทย์เช่น ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์อุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับแพทย์เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหารที่พักของญาติ และค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่ผู้ป่วยและญาติต้องสูญเสียไปจากการขาดงาน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ (เกศรินทร์, 2534, ประสบสุข, 2534) และการศึกษาของจากรุณี (2542) ที่พบว่า รายได้มีอิทธิพลในทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายทั้งที่มีรายได้ และไม่มีรายได้เป็นของตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุที่เกษียณจากงานแล้ว ดังนั้นผู้ป่วยที่มีรายได้ของตนเอง จึงมีสัดส่วนใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่มียาได้ รายได้ที่ได้จะมาจากสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตรหลานที่ให้การเลี้ยงดู และส่วนมากผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสมาชิกครอบครัว มีผู้คอยดูแลเอาใจใส่ มีปัจจัยพื้นฐานอย่างเพียงพอ และมีสิทธิ์ในการเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ขัดแย้งกับผลการศึกษาของแอนเดอร์สัน (Anderson, 1995) ที่พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ

7. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต เพราะธรรมชาติของบุคคลจะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม และปฏิกิริยาการตอบสนอง ความเครียดของบุคคลจะแตกต่างกันตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่นานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี ผลของการปรับตัวที่ดีคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาของจากรุณี (2542) พบว่าการมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากหรือน้อยจะมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคนี้ จะมี

ความวิตกกังวลความกลัว โกรธ ซึมเศร้า หรืออาจปฏิเสธไม่ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย (Gift & Pugh, 1993) แต่การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ชีวิตดีขึ้น ผู้ป่วยบางรายจะค่อยๆยอมรับและปรับตัวต่อแผนการรักษาและเรียนรู้ที่จะดำรงสุขภาพเอาไว้เพื่อให้ชีวิตมีความสุข เช่น มีการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ปรับกิจวัตรประจำวันได้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย สามารถควบคุมภาวะของโรคได้

8. **ความรุนแรงของโรค** การหายใจลำบากเป็นความรู้สึกและรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะการขาดออกซิเจนในร่างกายอันเนื่องจากความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของโรคในระดับที่ต่างกันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีผลต่อการรายงานความรุนแรงของอาการหายใจลำบากที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคสูงกว่าจะมีความรุนแรงและความถี่ของอาการหายใจลำบากมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระยะแรกๆ (Dudley et al., 1980) การที่ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากต่ำ แสดงถึงการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคต่ำ ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม รู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สามารถแก้ปัญหาการเจ็บป่วยได้ ส่วนการรับรู้การหายใจลำบากรุนแรงทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เมื่อความรุนแรงของโรคมากขึ้น การปรับตัวจึงไม่ดี ดังนั้นความรุนแรงของโรคจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย (McSweeney et al., 1982) สอดคล้องการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของวรรณระวี (2534) และเกศรินทร์ (2534) ที่พบว่าระดับความรุนแรงของโรคมีอิทธิพลในทางลบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกในชีวิตตามลำดับ และการศึกษาของจารุณี (2542) พบว่า ระดับความรุนแรงของอาการหอบเหนื่อย มีอิทธิพลในทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ โดยพบว่าความรุนแรงของโรคระดับที่ 2 มีอิทธิพลในทางลบต่อคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญ และความรุนแรงของโรคระดับที่ 3, 4 มีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ตามลำดับ

ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยให้ความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ (Kinsman et al., 1983)

ความรุนแรงระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดใดๆสามารถประกอบกิจกรรมได้ตามปกติ

ความรุนแรงระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเล็กน้อย หรือปานกลาง เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแผนในการดำรงชีวิต เดินที่ราบได้ เหนื่อยเมื่อเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันได

ความรุนแรงระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมมากขึ้น แต่สามารถดูแลตัวเองได้ เดินที่ราบไม่ได้เท่ากับคนปกติ เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น และต้องหยุดพักเมื่อขึ้นตึกสูง 2 ชั้น

ความรุนแรงระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเป็นอย่างมาก แต่สามารถดูแลตัวเองได้ เดินทางราบไกลกว่า 100 หลาไม่ได้ ต้องหยุดและพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น

ความรุนแรงระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างรุนแรง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เดินเพียง 2-3 ก้าวหรือแค่นั่งก็เหนื่อย

9. **ความรู้เกี่ยวกับโรค** เป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะคุกคามของโรคและส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง ความรู้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาของการเรียนรู้ สิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ แสดงออกในรูปของความจำ ความเข้าใจ และการปฏิบัติ ความรู้ทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดความเชื่อ ค่านิยม และเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้อง สำหรับด้านสุขภาพบุคคลจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพ เพื่อป้องกันหลีกเลี่ยงอาการเจ็บป่วยด้วยความเชื่อว่าทำให้สุขภาพดี ความรู้จึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

10. **การรับรู้สมรรถนะของตนเอง** เป็นตัวเชื่อมระหว่างการเรียนรู้กับการกระทำพฤติกรรมแบบดูรา (Bandura, 1997) มีความเชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล และการรับรู้สมรรถนะของตนเองจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและสถานการณ์ ในผู้ป่วยโรคอุดกั้นเรื้อรัง อาการหายใจลำบากทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะกระทำการกิจกรรมต่างๆ แม้ว่าจะมีความสามารถเพียงพอ การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ในขณะที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรงผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูงและการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ แต่ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง มั่นใจว่าสามารถควบคุมอาการของโรคได้เมื่อต้องออกแรงสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยปฏิบัติได้ผลมาแล้วจะช่วยให้มีการดำรงชีวิตที่ดี

11. **การดูแลตนเอง** ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องการการดูแลตนเองเฉพาะด้วยเหตุผล 2 ประการคือ ลักษณะของความเจ็บป่วยที่ใช้เวลานาน ต้องการการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตและการรักษาภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ประคอง,

2536) ผู้ป่วยต้องเรียนรู้และผสมผสานการดูแลตนเองที่จำเป็นเข้าด้วยกันตามความสามารถที่เหลืออยู่ โดยเฉพาะการควบคุมการหายใจลำบาก เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาของวิกส์ตราและคณะ (Wijkstra et al., 1994) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะรุนแรงที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยวิธีการฝึกผ่อนคลาย การฝึกหายใจ การฝึกการเคลื่อนไหวของแขน และการฝึกกล้ามเนื้อหายใจภายใน พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในมิติของอาการหายใจลำบาก ภาวะอารมณ์และการควบคุมตนเอง แสดงให้เห็นว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของเกศรินทร์ (2534) ที่พบว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ สามารถอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ การศึกษาของสมองค์ (2528) ที่ศึกษาผลของการหายใจต่อสมรรถภาพการทำงานของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้วิธีการหายใจออกทางปากร่วมกับการบริหารการหายใจ พบว่า สมรรถภาพปอดไม่เปลี่ยนแปลง แต่ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้นจากการหายใจลำบากลดลง และการศึกษาเชิงคุณภาพของมนัสวี (2542) เรื่องประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า กิจกรรมหลักในการดูแลตนเองมี 4 ลักษณะ คือ 1) สุวิถีชีวิตใหม่ระวางภัยแห่งโรคด้วยการปรับแบบแผนชีวิตในเรื่องการกินอยู่ให้พอเหมาะ และดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาทด้วยการรู้จักควบคุมและลดอาการหายใจลำบาก 2) มุ่งหาการรักษาเรื่องไปไม่ทอดทิ้ง ใช้วิธีการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน พึงยาสมุนไพร 3) ปรับสภาพจิตใจให้เกิดการผ่อนคลาย 4) สังสมวิธีการรักษาด้วยตนเองด้วยการฝึกหายใจ จัดทำให้เหมาะสม และ 5) ขอความช่วยเหลือเมื่อช่วยตนเองไม่ได้

12. การบริการพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะมีการเปลี่ยนแปลงความทุกข์สบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตวิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการขัดขวางต่อความทุกข์สบายของผู้ป่วย คือ อาการและอาการแสดงของโรค อาการข้างเคียงจากการรักษา ภาวะอารมณ์ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล การสูญเสียพลังอำนาจ การบริการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพจะทำให้เกิดความทุกข์สบาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นและเป็นแรงผลักดันให้มีการดูแลตนเองมากขึ้นด้วย การศึกษาของฮามิลตัน (Hamilton, 1989 อ้างตามสิรินาถ, 2541) เรื่องการรับรู้ความทุกข์สบายของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าการรับรู้ความทุกข์สบายของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับการดำเนินของโรค เช่น ความเจ็บปวด ท่าทางที่ถูกต้องขณะอยู่บนเตียง แก้อ้อหรือล้อเซ็น และความสัมพันธ์หรือการต้องพบปะกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ซึ่งส่วนมากจะเป็นพยาบาล จะมีผลกระทบต่อระดับ

ความสุขสบายที่เกิดขึ้น ด้านพยาบาลที่ให้การดูแลมีความเห็นอกเห็นใจมีความเป็นมิตร ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ตลอดจนให้มีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ตนเองจะได้รับ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายได้

13. ระบบบริการสุขภาพ ในกระบวนการจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นบุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ 3 ระบบ คือ ระบบการแพทย์ของสามัญชน (Popular sector) เป็นระบบที่ใหญ่ที่สุดประกอบด้วยบุคคล ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และชุมชน โดยใช้วิธีการปรึกษาผู้อื่น รักษาตนเองโดยไม่ใช้ยา ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) เช่น หมอสมุนไพร และระบบการแพทย์วิชาชีพ (Professional sector) ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ 1) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ คือ ความสามารถในการเข้าถึงและความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ความสะดวกในการไปใช้บริการ ครอบคลุมในเรื่องคุณภาพและความสะดวกรวดเร็วของบริการ สถิติการและระบบประกันสุขภาพและอัตราค่ารักษาพยาบาล 2) ปัจจัยด้านระยะทางได้แก่ระยะทางระหว่างบ้านถึงสถานบริการสุขภาพ ความสะดวกในการเดินทาง ความเพียงพอของผู้ให้บริการ 3) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการได้แก่ อธิษาคัย ความเป็นกันเอง และความสนใจในการดูแลตนเอง การให้ความรู้และคำแนะนำ และ 4) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่ ลักษณะของความเจ็บป่วย ปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ เช่น การตัดสินใจของบุคคลในครอบครัว ประสบการณ์การรักษาตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนคำแนะนำของเพื่อนบ้านหรือเครือข่ายทางสังคม จากการศึกษาการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพเมื่อป่วยของผู้สูงอายุ (กฤษณาและคณะ, 2541) พบว่าผู้สูงอายุใช้ระบบบริการสุขภาพหลายวิธีด้วยกันและมักมีมากกว่า 1 ขั้นตอน ได้แก่ ปรึกษาญาติ เพื่อนบ้านและการดูแลตนเอง เลือกใช้บริการของโรงพยาบาลรัฐ ร่วมกับการรับบริการจากระบบการแพทย์พื้นบ้าน เช่น ผู้สูงอายุที่มีอาการไอ จะใช้วิธีการดูแลตนเองก่อนด้วยการหลีกเลี่ยงอากาศเย็นและฝุ่นละออง รักษาความอบอุ่นของร่างกาย ดื่มน้ำอุ่นเพื่อละลายเสมหะเช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีอาการเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอกนอกจากนอนพักแล้วยังต้องงดทำงานหนัก เลิกสูบบุหรี่ ปั่นนวดหน้าอก ถ้าไม่ดีขึ้นก็จะรีบไปโรงพยาบาล สอดคล้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่จำเป็นต้องเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพมากกว่า 1 ระบบ จึงจะทำให้อาการของโรคทุเลาได้ ระบบบริการสุขภาพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

14. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผลการศึกษาของวราณี (2542) เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวด้านอารมณ์ในระดับมาก ร้อยละ 47.6 โดยได้รับความรักและกำลังใจ สามารถปรับทุกข์หรือมีโอกาสพูดคุยกับบุคคลที่ต้องการได้ ทั้งยังมั่นใจว่าบุคคลในครอบครัวจะเป็นผู้ที่คอยดูแลช่วยเหลือและอยู่ใกล้ชิดเมื่อมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ตลอดจนให้ความสำคัญในการดำเนินชีวิตของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา (2531) ที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากญาติพี่น้อง การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.1 โดยได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวในด้านสิ่งของเช่น เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม อาหารและการช่วยเหลือ ด้านความเป็นอยู่ทั่วไป ความสะดวกในการรักษาพยาบาลเช่น การพาไปตรวจตามแพทย์นัด การดูแลให้รับประทานอาหารและยา สอดคล้องกับการศึกษาของภาวดี (2536) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือด้านบริการและสิ่งของจากครอบครัวและพี่น้อง และการอาศัยอยู่กับครอบครัวที่คอยให้ความช่วยเหลือให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ ยกย่องนับถือ ส่งผลให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มีพื้นฐานความเชื่อตามกระแสแนวคิดของสำนักปรากฏการณ์นิยม (phenomenology or interpretativism or naturalism) อันเป็นพื้นฐานทางสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ที่เชื่อว่า ความจริงแท้แน่นอนไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามธรรมชาติที่เป็นสากลเสมอไป เพราะสังคมและธรรมชาติมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (อาภรณ์, 2536) เป็นวิธีการวิจัยที่มีแนวคิดหลักเพื่อสืบสวนและพรรณาปรากฏการณ์ที่ผู้ศึกษาได้ประสบโดยตรงตามที่ตั้งใจ โดยไม่คำนึงถึงคำอธิบายเชิงทฤษฎี และเป็นอิสระมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้จากข้อสันนิษฐานหรือข้อสมมติเบื้องต้นที่ยังไม่มีการสอบสวน (Spiegelberg, 1975 cited by Beck, 1994) จุดมุ่งหมายของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเพื่ออธิบายปรากฏการณ์เฉพาะที่เกิดขึ้น เป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ เพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง โดยการบรรยาย อธิบาย และสะท้อนคิดพิจารณาอย่างมีสติ เพื่อค้นหาความหมายของประสบการณ์นั้นๆ (Thaniwattananon, 1995) ภายใต้อการศึกษายกตัวอย่างถูกต้อง แม่นยำ โดยไม่ใช้ทฤษฎีหรือแนวคิดใดในการอธิบาย (Field & Morse, 1985) โดยมีสมมติฐานเบื้องต้นทางปรัชญาว่า บุคคลสามารถเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของอีกบุคคลหนึ่งได้ เพียงแค่การให้ความสนใจต่อการรับรู้และให้ความหมายของบุคคลนั้นด้วยความตระหนักรู้ที่มีสติ(Beck,1994) อันเป็นแนวคิดที่มีรากฐานทาง

ปรัชญาจิตวิทยาเชิงประจักษ์ของเบรันทาโน (Brentano cited by Koch, 1996) ที่เน้นการรับรู้คุณค่าภายในของตนเอง โดยเฉพาะแนวคิดด้านจิตใจเรื่องของการรับรู้ต่อสิ่งที่ได้ประสบโดยตรงไปตรงมา (intentionality or directness) และบุคคลเป็นผู้ที่รู้และสามารถบอกเล่าความหมายของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้

แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาได้รับการพัฒนา และนำเสนอเป็นคนแรกโดยฮัสเซิล (Husserl, 1965 cited by Omerly, 1983) บิดาแห่งปรากฏการณ์วิทยา ที่ได้ให้ความสำคัญต่อสาระข้อมูลจากคำบอกเล่าที่มาจากประสบการณ์ของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์โดยตรง มุ่งหาความรู้จากประสบการณ์ชีวิตมนุษย์ตามข้อเท็จจริงที่มีอยู่และปรากฏออกมาโดยไม่ต้องแปลความ โดยผู้ศึกษาจะต้องไม่นำความคิดเห็นของตนเข้าไปปะปนกับข้อค้นพบจากการวิจัย (Bracketing) (ประณีต, วิชาวิ และเพลินพิศ, 2543) เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่เป็นแก่นแท้ตามความจริงจากผู้เล่าประสบการณ์ได้ ต่อมา มีการพัฒนาแนวคิดเป็นแบบเฮร์เมนิวติก โดยไฮเดกเงอร์ (hermeneutic or heideggerian phenomenology) (Heidegger, 1965 cited by Walters, 1994; Koch, 1995) ที่เน้นการแปลความหมายของประสบการณ์ เป็นปรัชญาที่ว่าด้วยการให้ความหมายของบริบทและการทำความเข้าใจบริบทนั้น

วิธีการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก เป็นวิธีการค้นหาความหมายของการมีชีวิตอยู่ของบุคคลในปรากฏการณ์ที่ศึกษา เพื่อทำความเข้าใจข้อเท็จจริง โดยเชื่อว่าแต่ละคนมีความเป็นเอกภาพทั้งความคิดและการกระทำ แปรเปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อม ดังนั้นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาจึงต้องทำความเข้าใจการให้ความหมายของประสบการณ์ ซึ่งสัมพันธ์อยู่กับสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และความคิดที่ซ่อนอยู่ในพฤติกรรมของบุคคล (Heidegger, 1962 cited by Koch, 1996) โดยบุคคลจะให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ ตามสภาพและภูมิหลังของตนเอง เป็นการวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจข้อเท็จจริงของประสบการณ์ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ให้สามารถแปลความหมายของประสบการณ์ในรูปของภาษาที่เข้าใจง่าย มีความชัดเจน โดยไม่เปลี่ยนแปลงหรือทำลายความหมายของประสบการณ์เดิม (Walters, 1994) หรือเพื่อวิเคราะห์โครงสร้างของประสบการณ์โดยเน้นที่สังคมวัฒนธรรม ภูมิหลัง และสาระที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ของบุคคล วอลเตอร์ (Walters, 1994) ให้ความเห็นว่าการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเหมาะที่จะนำมาใช้ในการค้นหาสิ่งที่ซ่อนเร้นอยู่ในการปฏิบัติพยาบาล

ขั้นตอนของการศึกษาด้วยวิธีนี้ทำได้โดยการพูดคุยอย่างลึกซึ้งกับบุคคลที่มีประสบการณ์นั้นๆ โดยตรง ประกอบด้วยการหาคุณค่าและความเชื่อของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อประสบการณ์นั้นๆ เป็นการศึกษาค้นคว้าในมุมมองขององค์รวมทั้งในความหมายของประสบการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้อง อันได้

แก่ ความเชื่อ การดำเนินชีวิตและความสัมพันธ์ในสังคม (ทิพมาส, 2541) เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมหรือบริบทนั้นว่าเป็นปรากฏการณ์ที่เชื่อมโยงกันในลักษณะของการเป็นอยู่ของบุคคลในสิ่งแวดล้อม (being-in-the-world) ผู้วิจัยจึงต้องมีความเข้าใจแนวคิดหลักในเรื่องความเป็นบุคคล(person) และสิ่งแวดล้อม (world) ดังนี้

1. บุคคล ไฮเดกเกอร์ได้อธิบายแนวคิดของบุคคลตามทัศนะของตนเองไว้ดังนี้

1.1 บุคคลเป็นผู้ที่มีโลกทัศน์ของตนเอง (the person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์อยู่กับสิ่งแวดล้อม (world) หรือสิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด โดยไม่สามารถแยกออกจากกันได้ (Leonard, 1994) แสดงให้เห็นว่าบุคคลและสิ่งแวดล้อมต่างเป็นส่วนประกอบซึ่งกันและกัน (Heidegger, 1962 cited by Koch, 1995) ดังนั้นการรับรู้ประสบการณ์ของบุคคลมีอิทธิพลมาจากสิ่งแวดล้อมเสมอ

1.2 บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายและคุณค่าแก่สิ่งแวดล้อม (the person as a being for whom things have significance and value) บุคคลให้ความหมายต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่เหมือนกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ภาษาและสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ดังนั้นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมของแต่ละบุคคล จึงต้องศึกษาบุคคลนั้นในบริบทที่เขาให้คุณค่าและความสำคัญ (Leonard, 1994)

1.3 บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายด้วยตนเอง (the person as self-interpreting) การมีชีวิตอยู่ของบุคคลคือ การแปลความหมายด้วยตนเอง บุคคลเป็นผู้ที่สามารถให้ความหมายของประสบการณ์ชีวิตได้ตามความรู้สึกนึกคิดของตนเอง แตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่นหรือความจริงตามทฤษฎี

1.4 บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) หน่วยรวมของบุคคล หมายถึง ความเป็นบุคคลซึ่งประกอบด้วยสิ่งต่างๆ รวมกัน ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลขึ้นอยู่กับศักยภาพในการแลกเปลี่ยน การรวบรวมความหมาย (embodied) และการรับรู้ของบุคคลนั้น โดยบุคคลจะรวมการให้ความหมายของสิ่งต่างๆ อยู่ภายในตัวเอง (Benner, 1985 cited by Leonard, 1994) แสดงให้เห็นว่าประสบการณ์ชีวิตของบุคคลทั้งด้านวัตถุนิสัย และจิตนิสัยเป็นส่วนหนึ่งของการเป็นอยู่ของบุคคลในสิ่งแวดล้อม (Benner & Wrubel, 1989 cited by Walters, 1994)

1.5 บุคคลอยู่ในช่วงเวลา (the person in time) มิติของเวลา (temporality) เป็นองค์ประกอบของมีชีวิต ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะเป็นอยู่ตามช่วงเวลา การศึกษาประสบการณ์ชีวิตเป็นการศึกษาการเป็นอยู่ของบุคคล ณ ช่วงเวลานั้น (being-in-time) การมีชีวิตในปัจจุบันจะเป็นผลสืบเนื่องมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในอนาคต หรือขึ้นอยู่กับ

กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสนใจ โดยสิ่งนั้นได้ถูกกำหนดมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตและความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Leonard, 1994)

2. สิ่งแวดล้อม (world) คำว่าสิ่งแวดล้อมของบุคคลตามแนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาหมายถึง กลุ่มของความสัมพันธ์ที่มีความหมาย การปฏิบัติ และภาษาที่หล่อหลอมมาจากวัฒนธรรมที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด (Leonard, 1989 cited by Walters, 1995) รวมถึงความหมาย ทักษะ วัฒนธรรม และการปฏิบัติในครอบครัวซึ่งบุคคลไม่สามารถแยกออกจากสิ่งแวดล้อมที่เขาอยู่ได้ สิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบที่ซึมซับอยู่ในตัวบุคคล ดังนั้นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตจึงเป็นการค้นหาความหมาย ความรู้สึก การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้นๆ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากสังคม วัฒนธรรม และภูมิหลังที่บุคคลประสบด้วยตนเอง

แนวคิดที่สำคัญในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติกอีกประการหนึ่งคือ การแปลความหมาย (hermeneutic circle) การแปลความหมายเป็นการให้ความหมายแก่ประสบการณ์ที่เกิดขึ้น โดยบุคคลจะเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่เคยรับรู้ และเข้าใจมาก่อนเข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อให้ความหมายแก่ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่นั้นและแสดงออกทางการกระทำในปัจจุบันและจะส่งผลต่อการกระทำในอนาคต (Waters, 1995) นั่นคือ บุคคลจะเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้โดยการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่เขารู้จักดีมาก่อน หรือบุคคลจะเข้าใจสิ่งนั้นได้โดยการนำเข้าไปรวมกับส่วนอื่นๆ (Palmer, 1969 cited by Thaniwattanon, 1995)

กาดาเมอร์ (Gadamer, 1976 cited by Thomson, 1990; Annells, 1996; Gadamer, 1976 cited by Koch, 1996) ศิษย์ของไฮเดกเงอร์ได้อธิบายเพิ่มเติมถึงลักษณะของประสบการณ์การมีชีวิตว่าประสบการณ์มีความเป็นเอกภาพ มีความสำคัญและเป็นรูปแบบปัจจุบันในการมีชีวิตอยู่ของบุคคล มีความเกี่ยวข้องกับหน่วยรวมในชีวิตของบุคคลแต่ละคน โดยไม่สามารถนำออกจากบุคคลได้และไม่สามารถหาสิ่งอื่นมาทดแทนได้ เป็นสิ่งที่บุคคลเข้าใจและตัดสินใจเลือกแล้วว่ามี ความหมายต่อตนเองดังนั้นจึงไม่สามารถทำให้หมดไปได้ และเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการขยายขอบเขตการศึกษาเรื่องการเชื่อมโยงประสบการณ์ หรือการแปลความหมาย (hermeneutic circle) ดังนั้นจึงได้นำแนวคิดของภาษา (language) และการหล่อหลอมความเข้าใจ (fusion of horizon) มาใช้เพื่อการค้นหาความหมายของประสบการณ์ โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของแนวคิดดังกล่าว ดังนี้

1. ภาษา (language) การค้นหาความหมายหรือการแปลความหมายของประสบการณ์ชีวิตของบุคคลต้องอาศัยความเข้าใจที่ถูกต้องลึกซึ้ง เพื่อให้สามารถเห็นมุมมองของประสบการณ์ได้อย่างละเอียด โดยการใช้บทสนทนาที่ไม่มีโครงสร้างแน่นอน (Kondora, 1993) และการเก็บ

รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึกแบบไม่มีโครงสร้างแน่นอน จำเป็นต้องใช้ภาษาเป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารหรือทำความเข้าใจ ภาษาจึงเป็นพื้นฐานของการศึกษา เพื่อทำความเข้าใจบุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมด้วยวิธีการพูดคุย เพื่อค้นหาความหมายจากสิ่งที่มีความสำคัญ มีคุณค่าต่อบุคคลในบริบทที่เขาเป็นอยู่ และเน้นให้เห็นว่าการยืนยันข้อเท็จจริงในบริบทที่ศึกษาสามารถทำได้โดยวิธีการพูดคุยเท่านั้น

2. การหลอมหลอมความเข้าใจ (fusion of horizon) เป็นการรวบรวมความสำคัญ ความหมายหรือจุดเด่นของประสบการณ์ที่กำลังศึกษาและทำความเข้าใจให้ตรงกับผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยต้องพิจารณาสิ่งที่ต้องการหาคำตอบหรือค้นหาความหมายเพื่อทำความเข้าใจอย่างกว้างๆ ไม่มีขอบเขต และเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ครอบคลุมรายละเอียดของปรากฏการณ์ทั้งหมด และมองภาพรวมของปรากฏการณ์อีกครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยมีความเห็นว่าแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งเป็นการสำรวจบุคคลในสิ่งที่เขาเป็นอยู่ (being thing) เพราะคุณภาพชีวิตคือคุณภาพของการเป็นอยู่ของบุคคลในสิ่งแวดล้อม (quality of being) (Heidegger, 1962 cited by Benner, 1985; Drapper, 1992) โดยมีสมมติฐานทางปรากฏการณ์วิทยาของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของฮัสเซิล (Husserl, 1965 cited by Olesonb, 1990) ที่ถือว่าบุคคลเป็นจุดเริ่มต้นของความจริงที่มีความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของตนเองทั้งในเชิงวัตถุวิสัยและจิตวิสัยในฐานะองค์รวมอยู่ในบริบทแห่งตน ดังนั้นการสัมภาษณ์เจาะลึกและเปิดโอกาสผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ต่างๆ ออกมาอย่างอิสระ จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเข้าไปอยู่ในโลกของผู้ให้ข้อมูลและทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพราะสามารถนำข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตที่ได้ มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพพยาบาลผู้ป่วยได้ เพราะพยาบาลมีความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตจริงของผู้ป่วยมาก่อน (Munhall, 1994 cited in Annells, 1996) และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีคุณภาพจะช่วยส่งเสริม by ให้ผู้ป่วยมีชีวิตความเป็นอยู่ในบริบทของตนเองที่ดีกว่าเดิม คุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญต่อการวิเคราะห์การปฏิบัติพยาบาล (Walters, 1994) เพราะจะช่วยสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ถือเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญในการประเมินประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Engstrom et al., 1996; Saroea, 1993) ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการวิจัยนี้เป็นแนวทางดำเนินวิธีวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มที่ต้องการศึกษา