

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผู้วิจัยได้ค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
3. บทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. รูปแบบการจัดการกับอาการ
5. แนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งง
6. โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งง
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease) หรือ chronic obstructive airway disease หมายถึง กลุ่มโรคที่มีความผิดปกติที่สำคัญ คือ มีการอุดกั้นของหลอดลมเนื่องจากโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) และโรคหลอดลมโป่งพอง (Pulmonary emphysema) ทำให้ผู้ป่วยขับลมออกจากปอดได้ช้ากว่าปกติหรือไม่สามารถขับลมออกจากปอดจากความจุปอดของปอดทั้งหมด (Total lung capacity) ภายในเวลาที่กำหนด ซึ่งจะทราบได้จากการทดสอบสมรรถภาพของปอด โดยทั่วไปโรคนี้มีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ (Progressive) โดยอาจมีภาวะของหลอดลมไวต่อการตอบสนอง (Airway hyper responsiveness) และมีภาวะของหลอดลมอุดกั้นซึ่งดีขึ้นได้บางส่วน

โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) เป็นชื่อโรคซึ่งนิยามขึ้นมาจากอาการทางคลินิกกล่าวคือผู้ป่วยมีอาการไอและมีเสมหะเรื้อรัง โดยมีอาการเป็นๆ หายๆ ปีละอย่างน้อย 3 เดือน และผู้ป่วยจะมีอาการในลักษณะนี้ เป็นระยะเวลาติดต่อกันประมาณ 2 ปี หรือมากกว่านั้น โดยไม่มีสาเหตุอื่น

โรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary emphysema) เป็นชื่อโรคชนิดหนึ่งที่นิยามขึ้นมาจาก การเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพที่ถุงลมและส่วนปลายสุดของหลอดลม กล่าวคือบริเวณถุงลมและส่วน

ปลายสุดของหลอดลมจะมีการขยายตัวโป่งพอง ซึ่งมีผลทำให้การถ่ายเทแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติไป โดยปกติทั่วๆ ไป เรามักจะพบโรคทั้งสองชนิดดังกล่าวอยู่ร่วมกัน ซึ่งจะแยกออกจากกันได้ยากมาก ดังนั้นจึงมักเรียกรวมโรคทั้งสองชนิดนี้ว่า COPD (สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2545)

สาเหตุและกลไกการเกิดโรคที่แท้จริงนั้น แม้ได้ศึกษากันมากแต่ยังไม่ทราบแน่ชัด ที่ได้รับความสนใจในขณะนี้ คือ บุหรี่ มีหลักฐานที่ค่อนข้างน่าเชื่อถือว่าการสูบบุหรี่มีบทบาทสำคัญในการก่อให้เกิดโรค คือ พบพยาธิสภาพของการอักเสบที่หลอดลมเล็กขนาดน้อยกว่า 2 มิลลิเมตร ลงไปถึงระดับบรอนchioles และถุงลม ทำให้ถุงลมถูกทำลายและขาดแรงยึดเหนี่ยวกับหลอดลมเล็ก ความผิดปกตินี้พบในคนสูบบุหรี่มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ พบว่าทำให้เกิดการอุดกั้นของหลอดลม ความผิดปกตินี้จะค่อยๆ มากขึ้น เมื่อหยุดสูบบุหรี่ ความผิดปกติจะลดลง ถ้ายังสูบบุหรี่ต่อ ความผิดปกติที่มากขึ้นนี้จะมากพอที่จะทำให้เกิดอาการและเกิดโรค สาเหตุอื่นๆ เช่น การติดเชื้อในระบบหายใจส่วนบน มลพิษจากบรรยากาศ สิ่งแวดล้อม และกรรมพันธุ์ โดยพบว่ากรรมพันธุ์ของสารพันธุกรรมที่เรียกว่า อัลฟาวันแอนตี้ทริปซิน (Alpha-1 anti-trypsin) เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อัลฟาวันแอนตี้ทริปซินนี้เป็นโปรตีนเล็กๆ ในร่างกายเป็นเอนไซม์ที่ไปยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ทริปซิน โดยที่เอนไซม์ทริปซินนี้สามารถที่จะทำลายเนื้อเยื่อในปอดได้ถ้ามันถูกผลิตออกมามากกว่าปกติ ดังนั้นถ้าร่างกายมีจำนวนของอัลฟาวันแอนตี้ทริปซินลดลงเอนไซม์ทริปซินก็จะสามารถทำลายปอดได้ (Sandford and Silverman, 2002: 57)

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพยาธิสภาพของหลอดลมอักเสบเรื้อรังร่วมกับถุงลมปอดโป่งพอง ในสัดส่วนต่างๆ กัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีลักษณะของโรคต่างกันขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพ เนื่องจากลักษณะของโรคทำให้ทางเดินอากาศส่วนล่างมีการตีบแคบลงหรือมีการอุดกั้นทางเดินอากาศหายใจ การหดตัวของปอดเสียไปจากการทำลายใยยืดหยุ่นของปอดและหลอดลมฝอย เกิดการตีบตันได้ง่ายขณะหายใจออก การตีบแคบของหลอดลมขณะหายใจออกอย่างแรงอาจบรรเทาได้ด้วยการหายใจออกแบบเป่าปาก (Pursed lip)

อาการในระยะแรกอาจไม่ปรากฏความผิดปกติ แต่ในระยะต่อมาเมื่อปอดถูกทำลายมากขึ้น จะมีอาการไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย อาการไอเรื้อรังมักจะเป็นมากในตอนเช้าและเสมหะมักมีสีขาว ถ้ามีการติดเชื้อร่วมด้วย เสมหะอาจจะเปลี่ยนเป็นสีเขียวหรือสีเหลือง อาการหอบเหนื่อยมักเกิดขึ้นบ่อย แต่จะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปและผู้ป่วยจะมีอาการเลวลงเรื่อยๆ การไอเป็นเลือดนั้นไม่ค่อยพบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Lung Association, 2005) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามระดับการเสียหายที่ของร่างกายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยแบ่งได้ 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดใดๆ ในการทำกิจกรรม ทำกิจกรรมได้ตามปกติ โดยไม่เหนื่อยหอบ

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยถึงปานกลางในการทำกิจกรรมคือยังสามารถทำงานได้ แต่ไม่สามารถทำงานที่หนักหรือยุ่งยากบางอย่างได้ สามารถเดินทางราบแต่ไม่กระฉับกระเฉงเท่าคนปกติ ไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือบันไดได้เท่าคนวัยเดียวกันแต่สามารถขึ้นตึกสูง 1 ชั้น โดยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ต้องเริ่มปรับแผนการดำเนินชีวิต

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดชัดเจนขึ้นไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่สามารถช่วยตนเองหรือดูแลตนเองได้ไม่สามารถเดินทางบนพื้นราบได้เท่ากับวัยเดียวกัน เหนื่อยหอบเมื่อขึ้นตึกสูง 1 ชั้น ยังดูแลตนเองได้

ระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด เดินทางบนพื้นราบมากกว่า 100 หลาไม่ได้ ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่ยังสามารถดูแลตัวเองได้

ระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างมาก การเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัด ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ เดินเพียง 2-3 ก้าว หรือลุกนั่งก็เหนื่อย เดินอย่างช้ามาก ๆ ได้ 100 หลาก็มีอาการเหนื่อยหอบมาก เหนื่อยหอบเมื่อแต่งตัวหรือพูด

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถวินิจฉัยโรคได้โดยพิจารณาจาก การซักประวัติตรวจร่างกาย การถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญได้แก่ การตรวจสมรรถภาพของปอด สำหรับการดำเนินของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า อาการเหนื่อยและไอซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปช้าๆ เมื่อเริ่มมีอาการแล้วนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่การเปลี่ยนแปลงเป็นไปช้าๆ โดยมากขึ้นเรื่อยๆ หรือ ขึ้นๆ ลงๆ เป็นระยะเวลาานและทรุดลงในระยะสั้นๆ แต่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจมีการตอบสนองที่ดีต่อการรักษาและมีการพยากรณ์โรคที่ดี อย่างไรก็ตามการพยากรณ์โรคว่ามีแนวโน้มไปทางด้านไหน ขึ้นอยู่กับอายุ ความรุนแรงของการอุดกั้นเรื้อรังตลอดลม การคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ และการตอบสนองต่อยาขยายหลอดลมด้วย (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2539)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว (Cor-pulmonale) เนื่องมาจากการที่มี pulmonary hypertension เกิดขึ้น จากการมีภาวะพร่องออกซิเจนเป็นเวลานาน ทำให้หลอดเลือดแดง pulmonary เกิดการบีบรัดตัว และมีแรงดันสูงขึ้นเมื่อตรวจร่างกายผู้ป่วย จะพบว่า มีหน้าแดงบวม มี jugular venous pressure สูง และบางรายอาจตรวจพบตับโต ลักษณะของคลื่นหัวใจอาจมี right axis deviation, right ventricular hypertrophy และ right atrial hypertrophy

การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือการบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง ป้องกันภาวะ exacerbation และเพื่อคงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้ หรือให้เสื่อมลงช้าที่สุด ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ส่วนอาการที่พบบ่อยและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต

ลดลงโดยทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานได้แก่อาการหายใจลำบาก (อาภรณ์พรรณ สุนทรจตุรวิทย์, 2546)

อาการหายใจลำบาก เป็นอาการที่ผู้ป่วยบอกเล่าถึงการรับรู้ต่อการหายใจที่ไม่ปกติและหายใจไม่โล่ง ไม่เต็มปอด เป็นความรู้สึกที่ต้องพยายามใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น ซึ่งปกติแล้วร่างกายจะหายใจโดยการรับรู้ของจิตได้สำนึก และไม่มีความรู้สึกต้องใช้แรงใดๆ ซึ่งอาการเช่นนี้อาจจะเกิดขึ้นสัมพันธ์กับการออกแรงหรือขณะอยู่เฉยๆ ก็ได้ มีผู้ให้ความหมายของอาการหายใจลำบากไว้ดังนี้

Gift (1990) ได้ให้ความหมายของอาการหายใจลำบากว่าเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยในการยากที่จะหายใจหรือไม่สุขสบายจากการหายใจ เป็นการบอกเล่าของผู้ที่มีประสบการณ์ในความรู้สึกนั้น ไม่สามารถที่จะกำหนดโดยผู้สังเกต

Kohlman and Janso – Bjerklie (1993) กล่าวว่าอาการหายใจลำบาก เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยถึงความไม่สุขสบายความลำบากในการที่ต้องใช้แรง และกล้ามเนื้อในการหายใจมากขึ้น และรู้สึกกว่าตนเองไม่สามารถหายใจได้อย่างเต็มที่ให้พอกับความต้องการ

Luckmann (1997) ได้กล่าวถึงภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไว้ว่าเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีช่วงการหายใจเข้าที่ไม่เต็มที่และต้องใช้แรงช่วยในการหายใจเป็นอย่างมาก จึงเรียกอาการหายใจลำบากในลักษณะนี้ว่า หายใจสั้น (Shortness of breath)

กล่าวโดยสรุปแล้วคำนิยามของอาการหายใจลำบาก โดยสภาพรวมแล้วมีความหมายคล้ายคลึงกันคือ เป็นความรู้สึกที่ไม่สบายจากการหายใจยากลำบาก และความรู้สึกที่ต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้นกว่าปกติร่วมกับการใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ

### อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาการหายใจลำบากเป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาพบแพทย์มากที่สุด (สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2545) อาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นจะรุนแรงและเรื้อรัง ความรุนแรงของอาการจะเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และมีอาการคงที่ตลอดไป เนื่องจากหลอดลมถูกทำลายอย่างถาวรจากการทำลายไขยืดหยุ่นของปอด ทางเดินอากาศส่วนล่างมีการตีบแคบลงหรือมีการอุดกั้นทางเดินหายใจทำให้ขณะหายใจออกผ่านแรงต้านที่เพิ่มขึ้นในหลอดลม เกิดการหายใจลำบากส่งผลให้ผู้ป่วยค่อยๆ ลดกิจกรรมทางกาย แบบแผนชีวิตจะอยู่ในท่านั่ง กล้ามเนื้ออ่อนแรงความทนในการออกกำลังกายลดลง ซึ่งสามารถบรรเทาโดยการหายใจแบบเป่าปาก และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จากการศึกษาของ Graydon et al. (1995) ที่ใช้ระยะเวลาในการศึกษานาน 2 ปี เพื่อทำการศึกษาปัจจัยที่พยากรณ์ความสามารถทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 71 ราย โดยทำการประเมินปัจจัยต่างๆ เช่นสภาวะทางอารมณ์ การสนับสนุน

ทางสังคม สมรรถภาพการทำงานของปอดและอาการของโรค ผลการศึกษาพบว่าอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยสูงเป็นอันดับหนึ่ง และเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายระดับความสามารถในการทำหน้าที่และกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยได้ดีที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการหายใจลำบาก

Steele and Shaver (1992) ได้อธิบายว่าปัจจัยอาจมีผลต่อการเกิด หรือความรุนแรงของอาการหายใจลำบากนั้นสามารถแบ่งได้เป็น 2 ปัจจัยหลักคือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล

1. **ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม** จากการศึกษาของ Viegi et al. (2000) ที่ศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1,727 ราย อายุมากกว่า 25 ปีระยะเวลาศึกษา 3 ปีตั้งแต่ ค.ศ.1988 - 1991 พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากเนื่องมาจาก สถานแวดล้อมที่อยู่อาศัย และลักษณะของสถานที่ทำงาน เช่น สถานที่ของครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวอยู่กันหลายคนในห้องที่แคบ จำกัด ไม่มีที่ระบายอากาศ และ ผู้ที่ทำงานอยู่ในสถานที่ชุมชนที่ผู้คนพลุกพล่าน เป็นต้น

2. **ปัจจัยส่วนบุคคล** เป็นสิ่งแวดล้อมภายในตัวบุคคลที่ทำให้มีอาการหายใจลำบากดีขึ้นหรือเลวลง ได้แก่ พยาธิสภาพและระยะเวลาที่เป็นโรค ความรุนแรงของโรคหรืออาการ เพศ สถานะทางอารมณ์

2.1 พยาธิสภาพและระยะเวลาที่เป็นโรค ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการหายใจลำบากที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และพบว่าเมื่อผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเวลามากกว่า 10 ปีจะมีผู้รอดชีวิตประมาณ 50 % และหนึ่งในสามของจำนวนที่เสียชีวิตนั้นมีสาเหตุการเสียชีวิตจากอาการหายใจลำบาก (Anto, Vermeire, Vestbo, and Sunyer, 2001)

2.2 ระดับความรุนแรงหรืออาการ จากการศึกษาของ Nishimura et al. (2002) ที่ศึกษาเปรียบเทียบระดับของอาการหายใจ และความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 183 คน เป็นเวลา 5 ปี ตามการแบ่งระดับความรุนแรงของโรค American Thoracic society พบว่าระดับของอาการหายใจลำบากมีระดับต่างๆ กับซึ่งแปรผันตามความรุนแรงของการอุดกั้นของทางเดินหายใจ

2.3 อายุ อาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มว่าจะเลวลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นจนบางครั้งต้องใช้ออกซิเจนอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นโรคที่มีความก้าวหน้าของโรคไปเรื่อยๆ แต่ก็มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (45 ถึง 54 ปี) จะรายงานอาการรุนแรงและบ่อยกว่าของอาการหายใจลำบากมากกว่าและมีผลกระทบต่อด้านจิตใจมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าจะมีความ

ตระหนักในอาการของตนเองมากกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุจะมีความเคยชินกับอาการของตนเองหรือไม่ก็สามารถที่จะจำกัดกิจกรรม เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงปัญหาในการหายใจได้ (American Lung Association, 2003; ไพรวัลย์ โศตรตะ, 2547) ดังนั้นอายุไม่ใช่ปัจจัยที่มีผลต่ออาการหายใจลำบาก

2.4 พบว่าเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างด้านสรีระ กล่าวคือ ไม่ว่าจะเป็นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจและสมรรถภาพในการทำงานของปอดนั้น เพศหญิงมีน้อยกว่าเพศชาย (Berry et al., 2000) สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Janson-Bjerklie et al. (1986) ศึกษารายงานความรู้สึกลึกถึงอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอด ซึ่งประกอบด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหืดและโรคปอดที่มีข้อจำกัดในการขยายตัวของทรวงอก การศึกษาพบว่าในด้านข้อมูลส่วนบุคคลมีความแตกต่างระหว่างเพศเท่านั้น ที่มีผลต่ออาการหายใจลำบากอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ความได้เปรียบทางด้านกายภาพ และความสามารถที่ทนต่อการทำกิจกรรมที่เพศชายมีความแตกต่างจากเพศหญิงอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เพศหญิงมีอาการหายใจลำบากได้ง่ายกว่า

2.5 สภาวะทางอารมณ์ จากการศึกษาของ Marco et al. (2006) ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 202 รายที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี ที่มีคะแนนความวิตกกังวลและความซึมเศร้าแตกต่างกัน 2 กลุ่ม เปรียบเทียบพบว่ากลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลและความซึมเศร้าที่ระดับสูงมีอาการหายใจลำบาก และความรุนแรงของโรคมักมากกว่ากลุ่มที่มีระดับภาวะวิตกกังวลและความซึมเศร้าที่ต่ำกว่ากลุ่มแรกอย่างมีนัยสำคัญ

### การประเมินอาการหายใจลำบาก

อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่มีหลายมิติ (Multidimensional) Steel and Shaver (1992 cited in Truesdell, 2000: 179) ซึ่งเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอาจจะชักนำให้เกิดการตอบสนองทางด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยจิตใจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรายงานอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยแต่ละราย (Truesdell, 2000: 179) การประเมินอาการหายใจลำบากได้มีผู้กล่าวถึงมากมาย สามารถสรุปได้เป็น 2 ประการคือการประเมิน โดยตรงเป็นการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก และการประเมินโดยอ้อมเป็นการประเมินพยาธิสรีรภาพของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก

## I. การประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก

1.1 การประเมินโดยใช้ Visual Analogue Scale (VAS) แบบวัดอาการหายใจลำบาก นี้พัฒนามาจากแบบวัดทางจิตวิทยาที่ใช้ทดสอบทางด้านความรู้สึก ซึ่งได้มีการอธิบายครั้งแรกในปี 1921 โดย Hayes and Patterson ซึ่งได้กล่าวว่า VAS เป็นมาตรวัดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงซึ่งจะแทนระดับความรู้สึกต่างๆ ของมนุษย์ได้ดี แบบวัดนี้นำมาใช้ในการวัดอาการหายใจลำบากครั้งแรกในปี ค.ศ. 1969 โดย Aitken โดยนำมาประเมินอาการหายใจลำบากในระหว่างการออกกำลังกาย (Ripamonti and Bruera, 1997: 226) ซึ่งการใช้แบบวัด VAS นี้มีประโยชน์มากในการประเมิน

ถึงการรักษาและการบำบัดอื่นๆ สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเมื่อมีการนำเอา VAS มาใช้ในการวัดอาการหายใจลำบากจึงเรียกว่า Dyspnea Visual Analog Scale (DVAS) (ควงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541: 30) นอกจากนั้นยังได้นำแบบวัดชนิดนี้ไปใช้วัดอาการหายใจลำบากในกลุ่มคนปกติที่ได้รับการกระตุ้นการหายใจ (Adams et al., 1985; Stark et al., 1981 cited in Ripamonti and Bruera, 1997: 227) และในผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ (Stark, et al., 1982; Gift et al., 1986; Gift et al., 1989 cited in Ripamonti and Bruera, 1997: 227)

แบบวัด Visual analogue Scale (VAS) เป็นแบบวัดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงอยู่ในแนวยาว (horizontal) หรือเป็นเส้นตรงในแนวตั้งตรง (Vertical) (Ripamonti and Bruera, 1997: 226) ลักษณะของแบบวัดนี้จะเป็นเส้นตรงที่ยาว 100 มิลลิเมตร (10 เซนติเมตร) ทุกๆ ตำแหน่งที่อยู่บนเส้นตรงนี้จะแสดงถึงความรู้สึกของอาการหายใจลำบากในระดับที่แตกต่างกันที่ตำแหน่ง 0 ซึ่งอยู่บนซ้ายสุดของเส้นตรงหรืออยู่ด้านล่าง หมายถึงผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบากเลย ที่ตำแหน่ง 100 ซึ่งอยู่ขวาสุดหรือด้านบนสุด หมายถึงผู้ป่วยรู้สึกมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ตัวผู้ป่วยจะเป็นผู้กำหนดค่าตำแหน่งบนเส้นตรงนี้เพื่อเป็นเครื่องหมายที่แสดงถึงความรู้สึกหอบเหนื่อย หายใจลำบากของตนที่เกิดขึ้นในขณะนั้นๆ (Janson – Bjerklie et al., 1986: 155 อ้างถึงใน ควงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541: 31)

การหาความตรง (Validity) โดย Janson-Bjerklie et al. (1986 cited in Gift, 1989: 323-325) ได้หาความตรงตามสภาพ (Concurrent) จากความตรงตามสภาพปัจจุบัน (Criterion-related validity) ซึ่งเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่วัดได้กับเกณฑ์ภายนอกของเครื่องมือโดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 16 รายที่มีอาการหายใจลำบากในระดับสูง โดยใช้แบบวัด DVAS ทั้งในแนวตั้งและแนวนอน เทียบกับค่า PEFR (Peak Expiratory Flow Rate) ซึ่งเป็นค่าที่วัดอัตราการไหลของอากาศสูงสุดในช่วงที่หายใจออกโดยเร็ว และแรงเต็มที่ภายหลังหายใจเข้าเต็มที่ ซึ่งค่านี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับการอุดกั้นของทางเดินหายใจ โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation ผลการศึกษาพบว่า แบบวัด DVAS แนวตั้งและแนวนอนมีความสัมพันธ์กัน = 0.97 แบบวัด DVAS ในแนวตั้งมีความสัมพันธ์กับ PEFR = - 0.85 แบบวัด DVAS ในแนวนอนมีความสัมพันธ์กับ PEFR = - 0.71 และพบว่าแบบวัด DVAS ในแนวตั้งมีความสะดวกในการใช้มากกว่าแบบวัดในแนวนอน นอกจากนั้นยังมีการหาความตรงตามภาวะสันนิษฐาน (Construct validity) ของแบบวัดอาการหายใจลำบากในแนวตั้ง โดยความตรงตามภาวะสันนิษฐานเป็นระดับความสามารถของเครื่องมือว่าเครื่องมือสามารถวัดคุณลักษณะภายใต้การทดสอบนี้ได้มากน้อยเพียงใด (Bausell, 1986 cited in Gift, 1989: 324) ในที่นี้ก็คือคุณลักษณะของอาการหายใจลำบากซึ่งเป็นความรู้สึกยากลำบากในการหายใจ หรือต้องออกแรงในการหายใจของบุคคลนั้นๆ โดยใช้เทคนิคของการศึกษาในกลุ่มที่มีความตรงข้ามกัน คือกลุ่มที่มีอาการหายใจลำบากมากกว่าและกลุ่มที่มีอาการหายใจลำบากน้อยกว่าโดยใช้ค่า PEFR เป็นตัวบ่งชี้

ของอาการหายใจลำบาก โดยถ้าค่า PEFR มากกว่า 150 lpm ถือว่ามีอาการหายใจลำบากมากกว่า และถ้าค่า PEFR น้อยกว่า 150 lpm ถือว่ามีอาการหายใจลำบากน้อยกว่า ทำการทดสอบโดยใช้สถิติ paired t - test ภายในกลุ่มเดียวกันของผู้ป่วยในแต่ละโรค ทั้งในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 ราย และผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 16 ราย ผลพบว่าค่า t - score ในผู้ป่วยหอบหืด = 12.03 ( $p < .01$ ) และค่า t - score ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง = 9.73 ( $p < .01$ ) ซึ่งอาการหายใจลำบากภายในกลุ่มโรคเดียวกันของทั้งสองโรคนี้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากผลของความตรงตามภาวะสันนิษฐานของแบบวัดอาการหายใจลำบากชนิดนี้ แสดงว่าแบบวัดนี้สามารถวัดอาการหายใจลำบากได้ทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหายใจลำบากชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรัง (Gift, 1989: 324)

นอกจากนี้ยังมีอำนาจในการจำแนก (Discriminate) ซึ่งสามารถจำแนกความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง โดย Joyce et al. (1975 cited in Gift, 1989) ได้เปรียบเทียบระดับอาการปวดจากการใช้ VAS และการได้รับยาบรรเทาปวดระหว่างผู้ป่วยที่เคยมีอาการปวดและเคยได้รับยาบรรเทาอาการปวดมาแล้ว และ Gift (1989) ได้นำไปหาอำนาจในการจำแนกโดยใช้ระดับการ อุดกั้นของทางเดินหายใจและระดับคะแนนของการมีอาการหายใจลำบาก และได้หาความเที่ยงของ VAS หลายวิธีโดยมีการหาความคงที่ (Stability) โดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (Test - retest) พบว่าอัตราการวัดซ้ำหลังจาก 1 ชั่วโมงมีค่าความเที่ยงสูงกว่าอัตราการวัดซ้ำหลังจาก 2 สัปดาห์ และพบว่ามาตรวัด VAS มีความไวในการวัดความรู้สึกของบุคคลมากกว่ามาตรวัดที่เป็น 4 สเกล (Joyce et al., 1975 cited in Gift, 1989)

1.2 การประเมินโดยใช้ Borg's scale หลังจากได้มีการใช้ DVAS กันอย่างแพร่หลายแล้ว Borg ได้ปรับปรุงสเกลเพื่อลดจุดบกพร่องของสเกลเปิดซึ่งไม่ค่อยเฉพาะเจาะจง โดยใช้สเกลตั้งแต่ 0 - 10 มีการจัดอันดับ 12 อันดับ โดยไม่มีอาการหายใจลำบาก จะให้ลำดับ = 0 มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด = 10 ระหว่าง 0 ถึง 10 ก็จะมีการจัดอันดับความรุนแรงตั้งแต่ค่อยไปหามากโดยมีข้อความอธิบายถึงความรู้สึกในลำดับต่างๆ (Carrieri-Kohlman, 1991: 464 อ้างถึงใน ควงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541: 31)

1.3 การประเมินโดยใช้ Medical Research Council Dyspnea Scale (MRC) เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยสเกลที่มีการวัดระดับของอาการหายใจลำบากใน 5 ระดับในแต่ละระดับแสดงถึงกิจกรรมต่างๆ ที่ก่อให้เกิดอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยจะต้องอ่านรายละเอียดในแต่ละระดับ แล้วเลือกระดับที่เหมาะสมกับการหายใจลำบากของตนเองมากที่สุด 1 ระดับ แต่เป็นสเกลที่ค่อนข้างหายากจึงมีข้อจำกัดในการเปลี่ยนแปลงของอาการหายใจลำบาก (Mahler, 1988: 581 อ้างถึงใน ควงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541: 31)



1.4 การประเมินโดยใช้ Oxygen-Cost Diagram (OCD) มีความยาว 100 มิลลิเมตร ระหว่างสเกลในจุดต่างๆ จะมีข้อความแสดงถึงความต้องการใช้ออกซิเจนในขณะที่มีกิจกรรมต่างๆ ด้านบนสุดของสเกล หมายถึงไม่มีอาการหายใจลำบาก ด้านล่างสุดหมายถึงมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ผู้ป่วยจะได้รับการแนะนำให้กำหนดตำแหน่งหนึ่งตำแหน่งโคบนเส้นตรงนี้เพื่อแสดงระดับของอาการหายใจลำบากในขณะนั้น (ควงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541: 31)

1.5 การประเมินโดยใช้ Baseline Dyspnea Index (BDI) BDI ประกอบด้วยการวัด 3 ส่วน ได้แก่ การเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรม และความสามารถในการใช้ความพยายามออกแรง (Magnitude of effort) โดยในแต่ละส่วนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ การที่จะให้ระดับคะแนนได้ จะต้องใช้การสังเกตและสัมภาษณ์โดยการใช้คำถามปลายปิด ถามถึงอาการของผู้ป่วย แล้วจึงมุ่งเน้นไปที่การถามความรุนแรงของอาการหายใจลำบากตามลำดับต่างๆ ในแต่ละส่วนซึ่งจะมีการจัดลำดับตั้งแต่ 0-4 นอกจากนี้ยังมีคำถามเพิ่มอีก 3 ลำดับ ถ้ารายละเอียดของผู้ป่วยไม่ตรงกับข้อ 0-4 ที่ได้ระบุไว้ คะแนนของแบบประเมินจะอยู่ในช่วง 0-12 คะแนน (Mahler, 1988: 586-588 อ้างถึงใน ควงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541: 34)

2. การประเมินพยาธิสรีรภาพของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก อาการหายใจลำบากสามารถวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาซึ่งสามารถสังเกตและประเมินได้จากอาการแสดงต่างๆ เช่น อัตราการหายใจ โดยผู้ป่วยจะมีอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น มีลักษณะการหายใจเร็วและตื้น ระยะเวลาหายใจเข้ายาว และหายใจออกสั้นมีการใช้กล้ามเนื้อที่ช่วยการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อสเตอร์โนมาสตอยด์ (sterno mastoid) กล้ามเนื้อเพคทอราลิส (pectoralis) มีอาการของการขาดออกซิเจน รูปแบบการหายใจเปลี่ยนไป การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหน้าท้องในขณะหายใจที่ไม่สัมพันธ์กันการเคลื่อนไหวของทรวงอก (Carrieri-Kohlman, 1991: 465 อ้างถึงใน ควงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541: 37)

จากการที่อาการหายใจลำบากเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลจึงต้องมองจากมุมมองของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรวัดในการแยกแยะระดับของความรู้สึกหายใจไม่สะดวกหรือหายใจไม่อิ่มที่เกิดขึ้นและใช้ติดตามคูประสิทธิภาพของการปฏิบัติพยาบาล ทำให้มองเห็นการอธิบายระดับของอาการหายใจลำบากจากตัวผู้ป่วยเอง (Hospice and Palliative Nurses Association, 2002) ซึ่งใช้บ่อยทั้งในการศึกษาการบำบัดทางคลินิกและในการศึกษาทฤษฎีด้านกายภาพ เพื่อวัดความรู้สึกของอาการหายใจลำบาก (Ripamonti and Bruera, 1997: 227) และยังคงสอดคล้องกับรูปแบบการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ซึ่งเน้นการรับรู้อาการของผู้ป่วย ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินอาการหายใจลำบากแบบ DVAS ในแนวตั้ง เนื่องจากมีงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นว่าเป็นแบบประเมินที่สะดวกในการใช้ และเป็นที่ยอมรับประกอบกับแบบประเมินนี้ได้ถูกนำไปประเมินในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างแพร่หลาย และ

ไวต่ออาการหายใจลำบากในระดับสูง นอกจากนั้นยังมีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ เพราะว่าคะแนนที่ได้จากการใช้แบบวัดชนิด VAS ก่อนและหลังการวัดปริมาณความจุปอดระหว่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนอาการหายใจลำบากใกล้เคียงกัน (Martinez et al., 2000)

### บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก

พยาบาลเป็นการกระทำในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการของโรคและการติดตามของโรค (สภาการพยาบาล, 2528) ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่รุนแรงและเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลนอกจากจะบำบัดอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้ว พยาบาลต้องมีความรู้และสามารถถ่ายทอดและนำวิธีการจัดการกับอาการมาใช้ให้เหมาะสม เพื่อทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้และมีทักษะในการดูแลตนเอง ดำรงไว้ซึ่งความผาสุกทางร่างกาย จิตใจ และคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้แก่

#### 1. การให้ความรู้

การให้ความรู้จำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความเข้าใจถึงสาเหตุ อาการและสามารถนำความรู้ที่ช่วยในการดูแลตนเองการปฏิบัติเพื่อควบคุมอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงหน้าที่การทำงานของปอด ความรู้เรื่อง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรู้เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การหยุดสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงสถานที่แออัดที่มีควันบุหรี่ หลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคืองทางเดินหายใจ เช่น ฝุ่นบ้าน เกสรดอกไม้ ควันไฟ ควันสัตว์ เกสรดอกไม้ นอกจากนี้ควรให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยใช้เพื่อรู้จักใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม สอนวิธีการดูแลตนเอง เช่น การจัดทำที่ช่วยให้ลดอาการหายใจลำบากขณะประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งทำต่างๆ ผู้ป่วยต้องมีการบริหารการหายใจร่วมด้วย และการให้ความรู้ในการออกกำลังกาย (Christenbery, 2005) และจากการศึกษาของ Sassi-Dambrom et al. (1995) พบว่าการให้ความรู้แต่เพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยลดอาการหายใจลำบากได้ การให้ความรู้ควรควบคู่กับการพัฒนาทักษะจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้

#### 2. บทบาทในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก

2.1 ให้ยาตามแผนการรักษา ยาที่ใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นยาขยายหลอดลมและยาในกลุ่ม Steroids ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังบางรายมีการใช้ยาขยายหลอดลมชนิด

รับประทานคู่กับการใช้ยาสูดพ่น และผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดร่วมกัน อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ถึงฤทธิ์ของยา วิธีการใช้ยา อาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์เพื่อสามารถสังเกตและประเมินตลอดทั้งสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น

**2.2 การให้ออกซิเจน** ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะมีอาการขาดออกซิเจนเสมอ การให้ออกซิเจนโดยปกติต้องการ  $FiO_2$  ที่ไม่สูงมากนัก ดังนั้นสามารถให้โดยใช้ nasal canular โดยจะให้ 2-3 ลิตร/นาที แล้วตรวจเช็คดูว่าคนไข้ได้ออกซิเจนพอหรือยัง เป้าหมายที่เราต้องการคือให้  $PaO_2 > 60$  มม.ปรอท หรือ หรือค่าระดับความอิ่มตัวของฮีโมโกลบินในหลอดเลือดแดง (Oxygen saturation) 90% การให้ออกซิเจนต้องระวังอย่าให้มากเกินไป เนื่องจากว่าอาจจะทำให้ค่าแรงดันในหลอดเลือดแดง ( $PaCO_2$ ) สูงเกินไป (วัชราน บุญสวัสดิ์, 2543)

### 2.3 สอนและฝึกทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก

- **เทคนิคการหายใจและการบริหารการหายใจ (Breathing retraining techniques or breathing exercise)** ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าจะตายได้จากการหายใจไม่ออก ความรู้สึกกลัวเกิดขึ้นทำให้เกิดความวิตกกังวลและใช้ความพยายามที่จะหายใจมากที่สุด แต่ความพยายามเหล่านั้นเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นเทคนิคการหายใจและฝึกการบริหารการหายใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้กล้ามเนื้อกะบังลมในการหายใจเข้าแล้วยังทำให้ปอดแข็งแรง การระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดดีขึ้น

- **เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น** ยาสูดพ่นขยายหลอดลมออกฤทธิ์ที่ปอด ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องกดพ่นยาออกมาให้พร้อมกับการหายใจเข้ามากที่สุด และขณะที่พ่นยาต้องแน่ใจว่าละอองยาไม่ปลิวลมออกมาจากปากหรือกระบอกยา ซึ่งหากผู้ป่วยไม่มีทักษะในการใช้ยาสูดพ่นที่ถูกต้องนอกจากจะสิ้นเปลืองยาแล้วยังไม่สามารถทำให้อาการเหนื่อยลดลงได้ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลควรสอนเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นและประเมินผลการปฏิบัติของผู้ป่วย

- **เทคนิคการสงวนพลังงาน (Energy conservation technique)** หมายถึงการวางแผนการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เทคนิคการสงวนพลังงานนั้นมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน เช่น ลดอาการหายใจลำบากขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดอาการเหนื่อยล้าในการทำงานต่างๆ ดังนั้นพยาบาลควรสอนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติทำที่เหมาะสมเพื่อลดอาการเหนื่อย ได้แก่ ท่าที่ 1 ทำนั้ง: นั่งที่ริมเตียง และพุบบนโต๊ะโดยใช้หมอน 2-3 ใบรองรับศีรษะ ท่าที่ 2 ทำนั้ง: นั่งบนเก้าอี้ เอนตัวมาข้างหน้าเล็กน้อย วางศอกทั้งสองข้างไว้บนเข่าโดยที่ปลายเท้าแยกจากกันเล็กน้อย แขนและมือทั้งสองข้างผ่อนคลาย ท่าที่ 3 ทำยืน: ยืนหันหลังให้หลังและสะโพกพิงฝาผนัง โดยส้นเท้าห่างจากฝาผนังประมาณ 1 ฟุต (12 นิ้ว) หัวไหล่ผ่อนคลายและก้มศีรษะมาทางด้านหน้าเล็กน้อย แขนทั้ง 2 ข้างวางแนบลำตัว (Ignatavicius and Bayne, 1991 อ้างถึงใน อัมพรพรรณ ธีรานูตร และคณะ, 2540: 215)

- การออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นหัวใจสำคัญที่ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจำกัดหรือหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายเนื่องจากกลัวว่าจะเกิดอาการหายใจลำบากเกิดขึ้น แต่การออกกำลังกายนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญและมีประโยชน์ เพราะการออกกำลังกายช่วยรักษาความตึงตัวของกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ ให้มีการเคลื่อนไหว นอกจากนี้การออกกำลังกายช่วยให้การแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดดีขึ้นอย่างมาก (Zeng and Zhang, 1992)

- เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique) การผ่อนคลาย หมายถึง ปรากฏิริยาภายในร่างกายที่ตรงกันข้ามกับปฏิกิริยาสู้หรือถอย เป็นผลจากการทำงานของสมองส่วนไฮโปธาลามัสทำให้มีการลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาทีติก ซึ่งเกิดในภาวะสุดท้ายของการผ่อนคลายต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทำให้ลดการใช้ออกซิเจน ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและความดันโลหิต ลดกรดแลคติกในหลอดเลือดแดง หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัว อุณหภูมิของผิวหนังที่อวัยวะส่วนปลายสูงขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมองเป็นแอลฟา ซึ่งคลื่นสมองแบบแอลฟานี้ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย (Benson, 1975; Motto, 1984; Fakouri and Jones, 1987) วิธีฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation technique) มีหลายวิธีทุกวิธีทำให้เกิดปฏิกิริยาการผ่อนคลายเหมือนกัน เช่นวิธีการคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนของร่างกาย (Progressive muscle relaxation) การออกคำสั่งให้กับตนเอง การนำไปเกิดจินตนาการ และการฝึกสมาธิ

- การมีภาวะโภชนาการที่ดี เมื่อผู้ป่วยใช้พลังงานมากผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยมากนอกจากนี้พบว่าผลลัพธ์ในกระบวนการเมตาโบลิซึมที่จะเผาผลาญอาหาร นอกจากได้พลังงานแล้วยังเกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย อาหารคาร์โบไฮเดรต ถึงแม้จะเกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์แต่ก็พบว่ามีประโยชน์ในการให้พลังงานสูง ดังนั้นอาหารที่เหมาะสมควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย และเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น คาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซในกระเพาะอาหาร ได้แก่ ฟักทอง หอมใหญ่ มะม่วงดิบ และควรชั่งน้ำหนักตัวอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง จากการศึกษาพบว่าหากน้ำหนักของผู้ป่วยน้อยโดยวัดจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI คัดจาก Weight device by square of height in matter) ถ้าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 21 จะมีอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Pauwels et al., 2005) ผู้ป่วยบางรายที่ใช้ยา steroid เป็นระยะเวลาานมากกว่า 2-3 ปีจะเกิดกระดูกผุ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับอาหารที่มีแคลเซียมสูง

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิต เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนพึงปรารถนาไม่ว่าจะอยู่ในสภาวะปกติหรือสภาวะที่มีการเจ็บป่วย ในปัจจุบันคุณภาพชีวิต เป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพประชากร ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ จึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรค ได้แก่ อาการและความผิดปกติต่างๆ มีการยอมรับศักยภาพของตน สามารถดูแลตนเองได้และใช้ชีวิตอยู่ด้วยความพึงพอใจ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตให้ชัดเจนและครอบคลุมทั้งในด้านความหมายหรือองค์ประกอบ (Diminution) ปัจจัยที่มีผล การวัดหรือเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต รวมถึงบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต

Padilla and Grant (1985) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนต่อสุขภาพ ความพึงพอใจของชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

Zhan (1992) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตคือระดับความพึงพอใจซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคน

Ferrel (1995 อ้างถึงใน มนสิน แยมสกุล, 2542) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความผาสุกของบุคคลด้านร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ

WHO (1995 cited in Mandzuk and McMillan, 2005) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตว่าเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลต่อการดำเนินชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระ ไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

จากความหมายของคุณภาพชีวิตพบว่ามีได้หลายความหมาย ความหมายของคุณภาพชีวิตที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ตามความหมายของ Padilla and Grant (1985) เนื่องจากว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ ซึ่งภาวะสุขภาพจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนั้นเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่

### องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมายซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกัน ตามทัศนะของแต่ละบุคคล หรือแต่ละสังคม

Ferrans and Powers (1992) ได้พิจารณาว่าองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจกรรมต่างๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการรับผิดชอบครอบครัว สุขภาพตนเอง ความเครียด หรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคลประกอบด้วยมาตรฐานการดำเนินชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ เพื่อนบ้าน สภาพทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและการศึกษา

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological / Spiritual) เป็นสภาพการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่างในชีวิต ประกอบด้วยความพึงพอใจในชีวิต ความสุขต่างๆ ไป ความพึงพอใจในตนเอง การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ

4. ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัว ของบุคคล ประกอบด้วยความสุขในครอบครัว บุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัว / คู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

WHO QOL Group (1993 อ้างถึงใน มลสิน เข้มสกุล, 2542) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตกว้างๆ เป็น 4 หมวด ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) ประกอบด้วยความรู้สึกรู้สึกเจ็บปวดและไม่สุขสบาย การนอนหลับพักผ่อน

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) ประกอบด้วยความรู้สึกรู้สึกด้านบวก จิตวิญญาณ ความเชื่อส่วนบุคคล ศาสนา ความคิด การเรียนรู้ ความจำและสมาธิ

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) ประกอบด้วยความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมทางเพศ

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ประกอบด้วยอิสรภาพ การได้รับความคุ้มครอง มลภาวะและระบบขนส่งมวลชน ความพึงพอใจในสถานที่ทำงาน

Ferrel (1996) ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบคือ

1. ความผาสุกด้านร่างกายและอาการทางกาย (Physical well-being and symptoms) ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความเหนื่อยล้า การพักผ่อนนอนหลับ

2. ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) เป็นความสามารถในการควบคุมความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความกลัว และการรับรู้

3. ความผาสุกทางสังคม (Social well-being) เป็นความสามารถในการควบคุมความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ ความสามารถในการดำรงอยู่ในสังคมได้ตามปกติ การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว

4. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เป็นความรู้สึกถึงการมีความหวัง เช่น การมีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต การมีความรู้สึกและความเชื่อในทางที่ดี

Padilla and Grant (1985) ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

1. ความผาสุกทางด้านร่างกาย กำหนดความหมายโดย ความแข็งแรง ความเมื่อยล้า ความสามารถในการทำงาน สุขภาพและการรับรู้ประโยชน์

2. ความผาสุกทางด้านจิตใจ กำหนดความหมายโดย ความสุข ความพึงพอใจ ความสนุก คุณภาพชีวิตทั่วไป ความพึงพอใจในการนอนหลับ

3. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ กำหนดความหมายโดย ความสามารถในการดูแล ความเป็นห่วง ความสามารถในการปรับตัว และความสามารถในการมีชีวิตอยู่กับอาการของโรค

4. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม กำหนดความหมายโดย การแยกตัวออกจากสังคม การติดต่อกับสังคม และความต้องการความเป็นส่วนตัว

5. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา กำหนดความหมายโดย ความสามารถในการมีกิจกรรมทางเพศ และ ความบอ้ยและความรุนแรงของความเจ็บปวด

6. ด้านภาวะโภชนาการ กำหนดความหมายโดย น้ำหนักร่างกาย และการรับประทาน อาหารที่เพียงพอ

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาองค์ประกอบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตตามแนวคิด ของ Padilla and Grant (1985) แนวคิดนี้มองว่าการรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีอาการของโรคเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะ สุขภาพ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ คุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนั้นเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ การวัดคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดดังกล่าวเป็นการรับรู้ด้วยตัวของผู้ป่วยเองถึงความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตาม สภาวะสุขภาพในขณะนั้น จึงน่าที่จะทำให้เข้าใจถึงสภาพความเป็นอยู่ของตนเองในขณะนั้น ได้ อย่างแท้จริง นอกจากจะศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแล้ว การประเมินคุณภาพชีวิตก็มีความสำคัญเพื่อที่จะได้นำมาใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตให้ถูกต้องตรงกับวัตถุประสงค์ที่ศึกษา

#### ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับบุคคลและสิ่งแวดล้อมรวมถึงบริบทต่างๆ (Zhan, 1992) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต มีทั้งปัจจัยทางบวกและทางลบ อาจเป็นคุณสมบัติส่วนตัว หรือสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลเปลี่ยนแปลง จากการศึกษา ค้นคว้าวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีหลายประการ สรุปได้ดังนี้

1. เพศ การศึกษาการดูแลตนเองและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าเพศชายมีการดูแลตนเองและมีการรับรู้ความผาสุกในชีวิตดีกว่าเพศหญิง (นาฎอนงค์

สุวรรณจิตต์, 2537 อ้างถึงใน อภรณ์พรรณ สุนทรจตุรวิทย์, 2546) อธิบายได้ว่าเพศชายถูกกำหนดทางสังคมว่าเป็นผู้เข้มแข็งเป็นหัวหน้าครอบครัว ในขณะที่เพศหญิงมีบทบาทจะเป็นผู้ดูแลให้การช่วยเหลือทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและเกิดความพึงพอใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า จากการศึกษาของ จารุณี บันลือ (2542) ที่ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ ที่พบว่าเพศมีอิทธิพลในทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญ และจากการศึกษาของ Foy et al. (2001) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 140 คน พบว่าเพศหญิงมีการพัฒนาอาการหายใจลำบากแตกต่างจากเพศชาย และเพศมีผลต่อคุณภาพชีวิตระดับปานกลางและเสนอว่าในการศึกษาคุณภาพชีวิตควรนำเพศมาพิจารณาด้วย

2. ระดับความรุนแรงของโรคหรืออาการ ระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยบ่งบอกถึงสถานะสุขภาพซึ่งมีอิทธิพลต่อระดับความสามารถในการทำกิจกรรมเป็นอย่างมาก จากการศึกษาของ วรณระวี อคินิจ (2534: 51) ได้ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 100 คน ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอด แขนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามารัตนบุรี พบว่า ผู้มีระดับความรุนแรงของโรคมักจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้จำกัด สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี บันลือ (2542) พบว่าระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยหอบมีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่และพบว่าความรุนแรงของโรคระดับที่ 2 - 4 มีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญตามลำดับ

3. แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของ เขียน เหมย์จง (2540) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 73 คน คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลของชาน มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์เชียงใหม่ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant (1985) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับทุกมิติของคุณภาพชีวิต ( $P < .05$ ) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คุณภาพชีวิตจะดีกว่าผู้มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำกว่า ยกเว้นมิติด้านภาพลักษณ์ เหตุผลเพราะว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากคู่สมรส และบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้ดูแลด้านสุขภาพ และได้รับการดูแลจากรัฐบาล โดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล

4. สถานะทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต McSweeny et al. (1982) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะพร่องออกซิเจนจำนวน 203 รายและผู้ที่มีสุขภาพดีเป็นกลุ่มควบคุม 73 ราย โดยใช้แบบสอบถามประเมินคุณภาพใน 4 มิติ คือ 1) ภาวะทางอารมณ์และทางจิต 2) บทบาททางสังคมรวมทั้งการประกอบอาชีพ การทำงานบ้านการทำกิจวัตร



ประจำวัน และสัมพันธภาพของครอบครัว 3) การประกอบกิจวัตรประจำวัน 4) การทำงานอดิเรก และการพักผ่อนหย่อนใจ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตลดลงทุกมิติเมื่อเทียบกับผู้มีสุขภาพดี ยกเว้นบทบาททางสังคมและการประกอบอาชีพเนื่องจากว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ และอารมณ์ซึมเศร้าพบว่าเป็นอารมณ์ที่เด่นที่สุดในความผิดปกติด้านอารมณ์

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ ระดับความรุนแรงของโรคหรืออาการ แรงสนับสนุนทางสังคม สภาวะทางอารมณ์ ดังนั้นใน โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซังก ได้มีขั้นตอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่รวมทั้งมีการสอนและสาธิตการบริหารการหายใจ การใช้ยาสูดพ่น และการบริหารกาย-จิตด้วยซังก จะเป็นการช่วยผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการดูแลตัวเอง ลดความวิตกกังวลในโรคที่เป็นอยู่ ช่วยสนับสนุนทางสภาวะอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง และการฝึกซังกนอกจากเป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ประสานกับการหายใจที่ถูกต้องโดยการหายใจที่ใช้กะบังลมแล้วขณะฝึกซังกก่อให้เกิดสมาธิ ช่วยผ่อนคลายซึ่งทำให้มีสภาวะอารมณ์ที่ปกติ สงบ ส่งผลต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยลดลงอีกด้วย ในการสนับสนุนทางด้านสังคม พยายามให้คู่มือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตด้วยซังก เพื่อให้ผู้ป่วยไปใช้ประกอบการศึกษา และฝึกการบริหารร่างกายที่บ้านถือเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ปัจจัยด้านเพศ และระดับความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยได้นำมาจับคู่ (Matched pair) เพื่อเลือกประชากรเข้ากลุ่มตัวอย่างเพื่อลดการเกิดตัวแปรแทรกซ้อนในงานวิจัย

### การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตยังไม่มีข้อตกลงที่แน่นอน มีนักวิชาการหลายท่านได้แบ่งไว้โดยอาศัยตัวบ่งชี้ในการประเมินดังนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO) (1980 cited Meeberg, 1993; 36-37; Zhan, 1992: 796; Ferrans and Powers, 1985: 16) ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้เป็น 2 ประเภทคือ

1. ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุ (Objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็น นับได้วัดได้ เช่น รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา อัตราการเป็นโรค และลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรม หรือลักษณะของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นจริง (Factual information)

2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก เจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อ

สภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตรวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เช่น ความพึงพอใจของชีวิต ความผาสุก ภาวะสุขภาพ ความสุข ความมีคุณค่าในตนเอง ความหมายของชีวิต บทบาทหน้าที่ ฯลฯ

Frank and Stromberg (1998) ได้แบ่งเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยคือ

1. การประเมินด้านวัตถุวิสัย โดยวัดเป็นเชิงปริมาณ (Objective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์หรือนุเคราะห์อื่นๆ ในทีมสุขภาพ
2. การประเมินด้านจิตวิสัย โดยวัดเป็นเชิงปริมาณ (Subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง
3. การประเมินด้านจิตวิสัย โดยวัดเป็นเชิงคุณภาพ (Subjective scale yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

ปัญหาในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ การเลือกใช้แบบวัดที่เหมาะสม โดยควรประเมินทั้งวัตถุวิสัยและจิตวิสัย (Zhan, 1992) หรือควรประเมินทางด้านจิตวิสัย ซึ่งเป็นการประเมินสิ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเท่านั้น (Campbell, 1981 cited in Ferran and Power, 1985) นอกจากนี้การประเมินคุณภาพชีวิตอาจพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิตดังนี้

1. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วย โครงสร้างมิติเดียว ซึ่งนิยมกันมากในอดีต โดยใช้คำถามเดียว สรุปลงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด ซึ่งถือว่าการประเมินที่เที่ยงตรงและเชื่อถือได้ (Cantril, 1985 cited in Hanucharunkul, 1988)

2. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย โครงสร้างหลายมิติ (Multidimensional) การประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้โครงสร้างหลายมิติ อาจเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เพราะช่วยให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วย ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมด แนวคิดนี้นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในบุคคลที่เจ็บป่วย โดยเชื่อว่าจะประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้เหมาะสม ถูกต้องตามสภาพความเป็นจริงมากกว่าการประเมินจากมิติเดียว (Zhan, 1992; Padilla and Grant, 1985; Ferrans, 1990)

การประเมินคุณภาพชีวิตแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย แต่ในด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยการประเมินคุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่ประเมินเชิงจิตวิสัยมากกว่าวัตถุวิสัย ซึ่งเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยเองถึงคุณภาพชีวิตของตนเมื่อเจ็บป่วย ทำให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วย และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าการประเมินโดยบุคคลอื่น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติในเชิงจิตวิสัย มีข้อมูลเป็นเชิงปริมาณ ตามแนวคิดของ Padilla and Grant (1985) เนื่องจากการประเมินคุณภาพชีวิตตามการรับรู้หรือประสบการณ์ด้วยตัวผู้ป่วยเอง และเป็นการศึกษาประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย ดังนั้นการประเมินโครงสร้างหลายมิติน่าจะมีความเหมาะสมเนื่องจากคุณภาพชีวิตของบุคคลขึ้นอยู่กับหลายสิ่งประกอบกัน แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) สร้างโดย Padilla and Grant ในปี ค.ศ. 1983 และปรับปรุงใน

ปี ค.ศ. 1985 เพื่อใช้ในผู้ป่วยผ่าตัด โคลอสโตมีย์ (colostomy) แบบวัดนี้ สมจิต หนูเจริญกุล (2536) ได้แปลและดัดแปลงใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยดัดข้อคำถามเกี่ยวกับการผ่าตัด โคลอสโตมีย์ออกเหลือข้อคำถาม 22 ข้อ และ นิรามย์ ไข้เทียมวงษ์ (2535) นำมาดัดแปลงให้เหมาะสมใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อมา จันทรจิรา วิรัช (2544) ได้นำแบบวัดที่นิรามย์ ไข้เทียมวงษ์ ดัดแปลงแล้ว มาวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เครื่องมือนี้วัดการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตทั้ง 6 ด้าน คือ 1) ความผาสุกทางด้านร่างกาย 2) ความผาสุกทางด้านจิตใจ 3) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ 4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา 6) ด้านภาวะโภชนาการ จำนวนข้อคำถามมี 23 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามในด้านบวก 16 ข้อ และข้อคำถามในด้านลบ 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Linear analogue scale) มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนนบนเส้นตรง คะแนนเท่ากับ 0 หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเลย คะแนนเท่ากับ 100 หมายถึงคุณภาพชีวิตดีมาก ลักษณะการตอบผู้ป่วยจะเป็นผู้ประมาณค่าตามการรับรู้ของตนเองว่าคะแนนอยู่ในช่วงใด ผู้วิจัยจะเป็นผู้เขียนเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรงและระบุคะแนนกำกับกับการให้คะแนนข้อคำถามในด้านลบ จะกลับคะแนนก่อนนำมารวมคะแนนกับข้อคำถามในด้านบวก เมื่อได้คะแนนรวมทั้งหมดแล้ว นำคะแนนของผู้ป่วยแต่ละรายหารด้วยจำนวนข้อคือ 23 ข้อ เพื่อหาค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย

การพิจารณาระดับคะแนนคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ มาลี วรรัตนากุล (2535) ที่ใช้แบ่งระดับคุณภาพดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0-33	มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับต่ำ
> 33 - 66	มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
> 66 -100	มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับสูง

### 3. บทบาทพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การพยาบาลเป็นการกระทำในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการและการดูแลของโรค (สภาการพยาบาล, 2528) ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่รุนแรงและเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลนอกจากจะบำบัดอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้ว ควรส่งเสริมการดำรงไว้ซึ่งความผาสุกทางร่างกาย จิตใจ และคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้แก่

1. บทบาทการให้ความรู้และการฝึกทักษะ ความรู้และทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองที่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยได้มีความเข้าใจถึงสาเหตุ อาการและสามารถนำความรู้ที่ช่วยใน

การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมอาการ โดยเฉพาะอาการหายใจลำบาก ซึ่งถือเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตลดลง การให้ความรู้ที่แน่นแฟ้นยังพบว่ามีข้อจำกัดเนื่องจากอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นบ่อย ซึ่งพยาบาลไม่ได้หาสาเหตุที่เกิดขึ้นจริงทำให้การแก้ปัญหาไม่ตรงจุด การให้ความรู้ควรจะใช้ร่วมกับการรับรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วยตัวผู้ป่วยเอง พยาบาลต้องรับฟังปัญหาและแก้ไข โดยให้ความรู้ที่ผู้ป่วยต้องการ (Christenbery, 2005)

2. **บทบาทด้านงานวิจัย (Researcher)** เป็นผู้ทำการวิจัยหรือมีส่วนร่วมในการวิจัย ติดตามงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โดยเผยแพร่และนำผลงานวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ ปัจจุบันมีงานวิจัยหลายงานวิจัย ที่ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังงานวิจัยของ จันทรจิรา วิรัช (2544) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง งานวิจัยของ อภรณ์พรหมศุนทรจตุรวิทย์ (2546) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น

3. **บทบาทด้านการให้คำปรึกษา (Consultation)** การเป็นที่ปรึกษา เป็นการแสดงบทบาทในการเป็นแหล่งประโยชน์ด้านความรู้ความชำนาญในด้านคลินิกในสาขาที่เชี่ยวชาญ โดยการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้มีปัญหาทางด้านสุขภาพ และการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการบำบัดทางการพยาบาลแก่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งการวางแผนหรือเข้าร่วมในการประชุมปรึกษาหารือ หรือตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยกับพยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพ และกระตุ้นเตือนการเข้าโปรแกรมตลอดทั้งให้คำปรึกษาเพื่อหาแนวทาง ขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการทำกิจกรรมตามโปรแกรมตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย

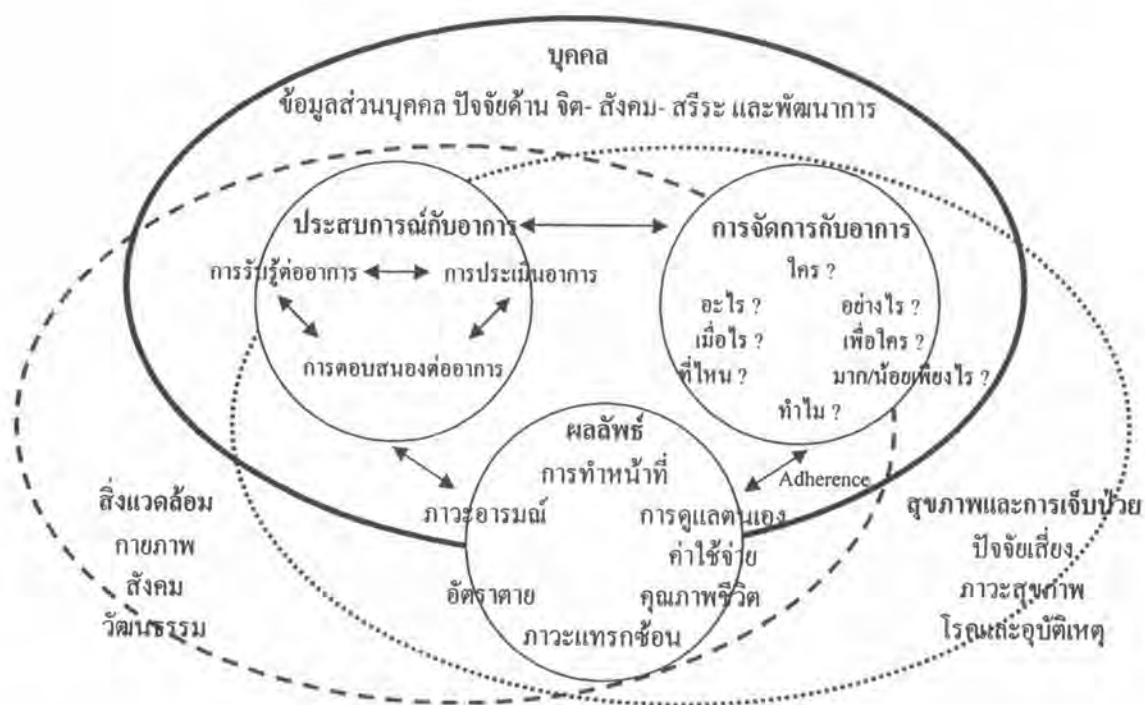
**บทสรุป** คุณภาพชีวิตสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับเวลาและสถานการณ์ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับปรากฏการณ์ทางจิตวิสัย และวัตถุวิสัยของบุคคล โดยเฉพาะ เช่น สภาพของร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ด้านร่างกาย จิตสังคม และการรับรู้ความสุขในชีวิต บุคคลที่มีประสบการณ์ชีวิตโดยตรงเพียงผู้เดียว เป็นผู้ที่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของตนเองได้ถูกต้องทั้งหมด ดังนั้นการที่พยาบาลจะรับรู้และเข้าใจคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการแต่ละรายได้อย่างลึกซึ้งและถูกต้องนั้นจำเป็นต้องประเมินจากคำบอกเล่าของผู้รับบริการ โดยตรง

#### 4. รูปแบบการจัดการกับอาการ (Symptom management model)

อาการ เป็นประสบการณ์ที่เป็นความรู้สึกส่วนบุคคล คนทั่วไปจะมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัย หรือองค์ประกอบหลายประการ ถึงแม้ว่าจะได้รับหรือมีสิ่งกระตุ้น ที่ทำให้เกิดอาการเหล่านั้นเหมือนกัน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะมีอาการต่างๆ เกิดขึ้น

อันเป็นผลมาจากโรค หรือความเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ อาการปวด เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ เป็นต้น

รูปแบบการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ที่มุ่งเน้นแนวคิดหลักที่สำคัญ 3 แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กันคือประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของอาการ โดยรูปแบบการจัดการนี้ขึ้นอยู่กับข้อตกลง 5 ข้อคือ 1) การรับรู้เป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลและเป็นการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเอง 2) บุคคลอาจมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเนื่องจากผลของตัวแปร เช่น การทำงานที่เป็นอันตราย และกลวิธีในการจัดการกับอาการอาจจะเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การมีอาการ 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสาร จะมีประสบการณ์และอธิบายการมีประสบการณ์โดยการแปลความหมายโดยครอบครัวหรือผู้ดูแล 4) กลยุทธ์ในการจัดการอาจมีเป้าหมายที่ตัวบุคคล กลุ่ม ครอบครัวหรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และ 5) การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ป่วยเอง โดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และได้รับอิทธิพลจากบุคคล ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อม



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของรูปแบบการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของ (Dodd et al., 2001)

**ประสบการณ์กับอาการ** เป็นการแสดงออกของบุคคลต่อสภาวะการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ การรักษา มีลักษณะเป็นพลวัตเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของ

1. การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (Perception of symptom) บุคคลมีการรับรู้ต่ออาการแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล (เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะพัฒนาการ สภาพจิต ความสามารถในการเผชิญปัญหา ฐานะทางเศรษฐกิจ) ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (เช่น ความรุนแรง ระยะของโรค และการรักษาที่ได้รับ) และปัจจัยแวดล้อมอย่างอื่น (เช่น สภาพความเป็นอยู่ในบ้าน/โรงพยาบาล สัมพันธภาพในครอบครัว เครือข่ายสนับสนุน ระบบการให้คุณค่าความเชื่อ)

2. การประเมินอาการ (Evaluation of symptom) การประเมินของบุคคลต่ออาการ ตำแหน่ง เวลา ความถี่ของการเกิดอาการ รูปแบบของการเกิดอาการ เพียงชั่วคราวหรือถาวร และอาการนั้นคุกคามต่อชีวิต ทำให้เป็นอันตราย หรือทำให้เกิดความพิการหรือไม่ คาดหวัง

3. การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptom) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่ออาการหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การตอบสนองต่ออาการประกอบด้วย การตอบสนองทางสรีระ เป็นการตอบสนองทางกาย เช่น การเปลี่ยนแปลงของอัตราการหายใจ การตอบสนองทางจิต เช่นภาวะทางอารมณ์ที่เปลี่ยนไป หรือการตอบสนองทางพฤติกรรม

**การจัดการกับอาการ** กลวิธีในการจัดการกับอาการ ในรูปแบบนี้มีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการ คือการป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางลบ หรือเป็นการชะลอผลลัพธ์ทางลบให้เกิดช้าที่สุด ด้วยการใช้กลยุทธ์ในการดูแลตนเอง กลยุทธ์ที่อาศัยบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ต้องการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ตลอดเวลา ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องยินยอมในการใช้กลยุทธ์นั้นๆ และมีความเฉพาเฉาะจงว่าใช้กลวิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ใช้ที่ไหน ทำไมจึงต้องใช้ ใช้มากน้อยเท่าไร ใช้กับใคร และใช้อย่างไร โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลที่ประกอบด้วย การประเมินประสบการณ์การมีอาการจากมุมมองของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อนำไปสู่กลวิธีการจัดการกับอาการ พยาบาลและผู้ป่วยร่วมมือหากกลวิธีในการควบคุมอาการ พยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลเพื่อลดความรุนแรงของอาการ นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อควบคุมอาการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการดูแลตนเอง

**ผลลัพธ์จากอาการ (Symptom outcome)** ผลลัพธ์ของอาการ เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และเป็นผลจากกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ โดยผลลัพธ์จะประกอบด้วย 8 ด้าน ดังนี้ 1) ค่าใช้จ่าย (Costs) โดยจะรวมถึงรายได้ฐานะทางเศรษฐกิจและระบบบริการสุขภาพหรือเงินทดแทนจากการทำงาน รวมถึงรายได้ที่ลดลงจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลทำให้เสียโอกาสในการทำงาน 2) ภาวะอารมณ์ (Emotional status) 3) การดูแลตนเอง (Self care) 4) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) 5) คุณภาพชีวิต (Quality of life) 6) อัตราการเกิดโรค และ เกิดโรคร่วม

(Morbidity and co-morbidity) 7) อัตราการตาย (Mortality) และ 8) ความรุนแรงของอาการ (Symptom status)

นอกจากนั้นรูปแบบนี้ตระหนักในมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์ที่ประกอบไปด้วยบุคคล (Person) สุขภาพและการเจ็บป่วย (Health and illness) และสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อมโนทัศน์ของรูปแบบการจัดการกับอาการซึ่งประกอบด้วยประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการประกอบด้วย

1. บุคคล ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic) ได้แก่ลักษณะทั่วไปของบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส จิตใจ (Psychological) ได้แก่ลักษณะทางบุคลิกภาพ ความสามารถในการรู้คิด และแรงจูงใจ สังคม (Sociological) ได้แก่ครอบครัว วัฒนธรรม ศาสนา และสรีรวิทยา (Physiological) ได้แก่แบบแผนการพักผ่อน การปฏิบัติกิจกรรม และความสามารถของร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลมีมุมมองและตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการ รวมทั้งมีผลต่อระดับของการพัฒนาการในแต่ละบุคคลและมีผลต่อภาวะด้วย
2. สุขภาพและการเจ็บป่วย มโนทัศน์ของสุขภาพและความเจ็บป่วยประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บ หรือความพิการ มีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการกับอาการ ตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดแต่ละชนิดมีประสบการณ์อาการหายใจลำบากแตกต่างกันทั้งในเรื่องคุณภาพและปริมาณของอาการหายใจลำบาก (Janson-Bjerklie, Carrieria, and Hudes, 1986 cited in Dodd et al., 2001)
3. สภาพแวดล้อม หมายถึง สภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการ โดยสภาพแวดล้อม ประกอบด้วยสภาพร่างกาย (Physical) สังคม และวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพจะรวมถึงบ้าน ที่ทำงานและโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคมจะรวมทั้งเครือข่ายทางสังคม (Social support network) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและวัฒนธรรมซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ป่วย และเป็นการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างเดียวกันในกลุ่มชนหรือเชื้อชาตินั้นๆ ซึ่งสถานที่ที่มีผลต่อวิธีการในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเช่นผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษามะเร็ง และเมื่อเชื่อกันภายในช่องปากอักเสบก็จะได้รับคำแนะนำ และวิธีการดูแลตนเองในการจัดการอาการดังกล่าวที่บ้าน มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหอบหืดที่ได้รับการสอนการจัดการด้วยตนเอง (Self-management) เป็นรายบุคคลจะมีการยึดติดในการรักษาเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการสอนแบบกลุ่ม แต่การสอนแบบกลุ่มจะทำให้มีทักษะในการใช้ยาเพิ่มขึ้นกว่าการสอนเป็นรายบุคคล (Wilson et al., 1999 cited in Dodd et al., 2001)

**ประสบการณ์อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

อาการเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยรู้สึกและตระหนักรู้ถึงสภาพการณ์เปลี่ยนแปลง จากการเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการรักษา จากการศึกษาประสบการณ์กับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยรับรู้อาการหายใจลำบากซึ่งประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งประสบการณ์ของแต่ละคนแตกต่างกัน การรับรู้แตกต่างกันทำให้การตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นไม่เท่ากันจากการศึกษาของ Maragon et al. (2005) ศึกษาการรับรู้อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 93 ราย พบว่าแต่ละรายมีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพื้นฐานของโรค การทำหน้าที่ของปอด ระดับความรุนแรงของอาการ และความทนต่อระดับความเจ็บปวดของแต่ละคน พบว่าผู้ป่วยที่ไปรักษาที่ห้องฉุกเฉินจะรับรู้ว่าการหายใจลำบากจะเกิดขึ้น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมถึงร้อยละ 63 และในภาวะที่ปกติอาการหายใจลำบากจะคงที่ นอกจากนี้ผู้ป่วยร้อยละ 24 รับรู้ว่าการวิตกกังวล และการใช้ยาจะมีผลต่อการเกิดอาการหายใจลำบาก และอาการหายใจลำบากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากจากการศึกษาของ สุภาพ สุวรรณเดโช (2543) ซึ่งศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะหอบเหนื่อย จากกลุ่มตัวอย่าง 96 ราย พบว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากโดยรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยร้อยละ 87.50 บอกว่าอาการหายใจลำบากทำให้รู้สึกแน่นหน้าอก ร้อยละ 80.40 จะรู้สึกคอแห้งและแน่นท้อง ร้อยละ 79.16 มีเหงื่อออกมากกว่าปกติ ร้อยละ 2.08 มีอาการคันใบหน้า เจ็บคอ เสียงดังในหู เรอและเสียดท้อง และขณะที่ผู้ป่วยมีอาการหอบนั้นมีความต้องการ 5 อันดับที่เกิดขึ้นได้แก่ผู้ป่วยร้อยละ 60.14 ต้องการยาช่วย ร้อยละ 18.75 ต้องการน้ำเกลือ ร้อยละ 18.75 ต้องการออกซิเจน ร้อยละ 16.66 ต้องการเพื่อนมาอยู่ด้วย และร้อยละ 10.41 ต้องการอยู่อย่างสงบไม่ให้ใครมารบกวน

#### กลวิธีการจัดการกับอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลวิธีจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จุดประสงค์เพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์โดยอาศัยกลยุทธ์ กลวิธีการดูแลตนเอง การใช้ยา หรืออาศัยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งกลวิธีอาจใช้ร่วมกันหลายวิธีก็ได้ สำหรับกลวิธีในการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปัจจุบันสามารถทำได้หลายวิธีคือ 1. การจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตัวเอง (ไพรวัลย์ โคตรตะ, 2547 และสินีนานู ป้อมเย็น, 2547) 2. การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541) 3. การบำบัดการพยาบาล (สุกัญญา ปรินญาวุฒิชัย, 2544) และ 4. การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (จันจิรา วิรัช, 2544)

#### ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากงานวิจัยที่ผ่านมาสรุปได้ว่าหลังจากการบำบัดด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อลดอาการหายใจลำบากพบว่าส่วนใหญ่สามารถทำให้อาการหายใจลำบากลดลงได้ (จันจิรา วิรัช, 2544; ไพรวัลย์ โคตรตะ, 2547; ปิยกานต์ บุญเรือง, 2548; Sassi-dambrown et al., 1993) เพิ่มคุณภาพชีวิต (จันจิรา วิรัช, 2544; สินีนานู ป้อมเย็น, 2547) มีความทนต่อการออกกำลังกาย (Bendstrup et al., 2003)



## 5. แนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกง

ในปัจจุบันรูปแบบบริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไป และการดูแลสุขภาพนอกจากรักษาโรคให้หายจากความเจ็บป่วยยังมุ่งส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิต โดยใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (Alternative medicine or complementary therapy) หรือแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีหลากหลาย และได้รับความสนใจมากในปัจจุบัน ซิงกงถือเป็นการแพทย์ทางเลือกรูปแบบหนึ่งที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ (เทอดศักดิ์ เศษคง, 2545)

### ความหมายของซิงกง

ซิงกง หรือ การฝึกการหายใจ ซึ่งมีประวัติศาสตร์อันยาวนานในประเทศจีน ได้ถูกบันทึกไว้ในตำราการแพทย์นับตั้งแต่สมัยโบราณ และเป็นองค์ประกอบสำคัญของการแพทย์แผนโบราณของจีน การฝึกฝนร่างกายด้วยท่าต่างๆ การกำหนดลมหายใจและจิตใจจะทำให้คนสามารถบ่มเพาะพลังชีวิตขึ้นมาบำบัดรักษาความเจ็บป่วย และทำให้มีสุขภาพดีขึ้น (กองการแพทย์ทางเลือก, 2550) ได้มีผู้ให้ความหมายของซิงกงไว้หลายท่านดังนี้

จว้อคำหง (2542) ให้ความหมายว่า เป็นการบริหารการหายใจ หรือการบริหารให้กระปรีกระเปร่า เป็นการบริหารที่รวมการหายใจเข้ากับสมาธิและการผ่อนคลาย โดย ซิง หมายถึง อากาศที่เราหายใจเข้า ออก และกง หมายถึง การบริหาร ความชำนาญหรือการฝึก

พชรพงษ์ พรายมณี (2542) ให้ความหมายว่า เป็นการฝึกพลังของลมปราณ ซึ่งเป็นวิธีการโบราณที่เชื่อมั่นว่าจะทำให้คนอายุยืน มีสุขภาพแข็งแรง

เทอดศักดิ์ เศษคง (2547) ซิง หมายถึงพลังชีวิตซึ่งมีอยู่ในมนุษย์ทุกคนในรูปแบบที่แตกต่างกัน กง คือการกระทำที่นำไปสู่พลังชีวิต ดังนั้น ซิงกงหมายถึงการฝึกฝนที่เพิ่มพลังชีวิตในร่างกาย

Dorcac and Yung (2003) ให้ความหมายว่า ซิงกงคือรูปแบบการออกกำลังกายที่พัฒนามาจากศาสตร์ของจีนที่ช่วยป้องกันการเจ็บป่วยทำให้ ร่างกายแข็งแรงและ สุขภาพจิตดี

สรุป ซิงกง หมายถึง การฝึกฝนให้เกิดพลังเพื่อทำให้ร่างกายมีสุขภาพดี

### ทฤษฎีพื้นฐานของซิงกง

McCaffrey and Fowler (2003) ได้กล่าวถึงทฤษฎีพื้นฐานของซิงกงว่า สัมพันธ์กับทฤษฎีการแพทย์แผนจีน คือ หลักหยินหยาง ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างอวัยวะกลวง และอวัยวะภายใน (Zang – Fu) และทฤษฎีเส้น ไจจอร์เลือดลม 20 เส้น

1. ซิงกงและทฤษฎีหยินหยาง ทฤษฎีหยินหยางเป็นหลักปรัชญาเบื้องต้นของวิถีเต๋า กล่าวถึงด้านของสรรพสิ่งที่ตรงข้ามกัน ขัดแย้งกัน และกลมกลืนกันในสากลจักรวาล รวมทั้งภายใน

ร่างกายคนเรา หมายถึงว่าด้านทั้งสองนี้จะต่อต้านกัน ขณะเดียวกันก็ควบคุมและเป็นเอกภาพแก่กัน คนมีผู้ชาย และผู้หญิง ร่างกายมีฮอร์โมนระบบเสริมสร้างและระบบเผาผลาญประสาทมีเร่งรัดและผ่อนคลาย เซลล์มีเติบโต แบ่งตัว และมีเสื่อมสลาย ลมหายใจมีเข้าและมือออก สิ่งที่ตรงข้ามที่ขัดแย้ง และอยู่ร่วมกันต่างสอดคล้องผสมผสานกันด้วยพลังอย่างหนึ่ง คือ พลังแห่งชีวิต ถ้าจำแนกรายละเอียด ลมหายใจเข้าถือเป็น หยิน ขณะหายใจออกถือเป็น หยาง การหายใจเข้าเป็นการสูดรับชี หรือปราณ จากภายนอกเข้าสู่ตัวเรา การหายใจออกเป็นการปลดปล่อยชีของเราสู่สากลจักรวาล การฝึกซึ้ง ส่วนที่เกี่ยวกับลมหายใจ จึงเน้นให้ผู้มีสังกัดธาตุ หยาบหรือมีธาตุ ไฟรุนแรงควรสนใจในลมหายใจ ออก ส่วนผู้ที่ขาดธาตุหยินหรือ พร่องพลังลมปราณ ให้เน้นหนักที่ลมหายใจเข้า

ความเข้าใจในหยินหยาง น่าจะสรุปด้วยคำว่า “สมดุล” สภาพสมดุลของหยินหยาง หมายถึง ร่างกายของคนทั้งภายในและภายนอก ตลอดจนความสัมพันธ์ของอวัยวะภายในอยู่ในภาวะสมดุลคงที่ การที่จะสามารถอยู่ในสมดุลได้ต้องอาศัยพลังอย่างหนึ่งในการผสมผสานความสมดุล นั่นคือพลังแห่งชีวิต หรือซึ้ง บทสรุปสำหรับความสมดุลของผู้ฝึกพลังซึ้ง ก็คือสมดุลของการนั่งและการเคลื่อนไหว สมดุลของอารมณ์ไม่สุขหรือทุกข์มากเกินไป สมดุลของการให้และการรับ และสุดท้ายสมดุลของอาหารการกินไม่น้อยจนชুবวม กินอาหารที่หลากหลายสารอาหาร และรสชาติ

2. ซึ้งและทฤษฎีเส้น โจรของเลือดลม การแพทย์แผนจีนเชื่อว่าร่างกายมีเส้น โจรของเลือดลมที่จัดวางไว้ 12 เส้นหลัก และเส้นพิเศษอีก 8 เส้น เส้นที่ 12 นั้นเชื่อมต่อระหว่างอวัยวะภายในกับผิวหนังภายนอกอวัยวะจะสมบูรณ์แข็งแรงก็ด้วยได้รับการหล่อเลี้ยงจากธาตุภายนอกเข้ามาผสมผสาน กับธาตุภายในผ่านเส้น โจรทั้ง 12 ขณะเดียวกันการแปรปรวนของลมฟ้าอากาศ ภายนอก ก็อาจกระทบสมดุลของธาตุที่ประกอบขึ้นเป็นอวัยวะภายใน โดยผ่านเส้น โจรเหล่านี้

ซึ้งเป็นพลังปราณที่หมุนเวียนไปตามเส้น โจรเหล่านี้ การเดินลมปราณถือหลัก หมุนเวียนลมปราณในวงจรเบื้องบน เคลื่อนปราณขึ้นและลง เปิดและปิดแคล่วคล่อง ซึ่งถือเป็นหลักสำคัญของการฝึกซึ้ง เมื่อเส้น โจรหมุนเวียนได้ต่อเนื่องไม่ติดขัด ก็ทำให้อวัยวะภายในทั้ง 11 และอีก 1 ช่องลำตัวทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นรากฐานของสุขภาพอันดี

3. ทฤษฎีซึ้งกับอวัยวะ การแพทย์แผนจีนถือว่า จิตของคนเราเป็นองค์รวมของความคิด สัมผัสปัญญา และดวงวิญญาณ การปฏิบัติซึ้งทำให้จิตใจสงบ ก้าวสู่สมาธิ เป็นผลให้จิตพักและปรับตัวได้แคล่วคล่องยิ่งขึ้น ซึ่งซึ้งมีความสัมพันธ์กับอวัยวะต่างๆ ดังนี้

หัวใจ ควบคุม เลือด และการหมุนเวียน หัวใจสำแดงตนออกที่ใบหน้า การปฏิบัติซึ้ง กง มีผลต่อพลังปราณของหัวใจ ซึ่งสังเกตได้จากจังหวะและน้ำหนักรของชีพจร กระทั่งสีสันที่เปล่งประกายบนใบหน้า

ปอด ควบคุม ลม และการหายใจ การฝึกหายใจของซิงเป็นการเปิดรับพลังลมปราณ จากสิ่งแวดล้อมภายนอก และช่วยปลดปล่อยลมปราณที่คั่งค้างจากอวัยวะต่างๆ ให้หมดไป ปอด กำหนดพลัง ในส่วนที่เกี่ยวกับลมหายใจและสารจำเป็น ซึ่งเป็นพื้นฐานในการทำงานของอวัยวะ อื่นๆ ของร่างกาย (เปรียบได้กับระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียน)

ไต เมื่อปอดเป็นผู้สูดลมปราณเข้าสู่ร่างกาย ไตจะเป็นผู้เก็บรับปราณในเรือนร่าง ก่อให้เกิดเป็นปราณประจำกายของเราเอง ทำให้เกิดพลังชีวิตที่ขับเคลื่อนไปมิหยุดหย่อน

ตับ เป็นอวัยวะที่สะสมเลือดและเพิ่มพลังความคิด อารมณ์ที่แจ่มใสเบิกบานช่วยตับ ให้ทำงานดี อารมณ์เศร้า เกรียด ทำให้เผาไหม้พลังตับ ทำให้การ โคจรของปราณตับชะงักเมื่อปฏิบัติ ซิง-กงจิตจะสงบและผ่อนคลาย ทำให้อารมณ์แจ่มใส ช่วยตับเชื้อไฟ พลังหยางที่ผลาญตับ ได้อย่างดี

ม้าม เป็นอวัยวะส่งผ่านและย่อยสลายสารอาหาร น้ำลายคือสารคัดหลั่งของม้าม การปฏิบัติซิง กง ช่วยส่งเสริมพลังย่อยอาหารของม้ามได้โดยตรง ทำให้อุบายอาหาร การหายใจที่ อาศัยการเคลื่อนขึ้นลงของกะบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง จึงเป็นการนวดกระเพาะ ช่วยขับเคลื่อน ลำไส้ได้เป็นอย่างดี

### หลักในการฝึกซิง กง

การปฏิบัติให้เกิดผลมีพลังซิง จะต้องเข้าใจหลักการที่จำเป็นซึ่งขาดไม่ได้ในการฝึกซิง กง ฉะนั้นการฝึกซิง กงที่จะให้ผลดีนั้นควรมีหลักในการฝึกดังนี้ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545)

1. Respiration การหายใจ เป็นตัวแรกที่ต้องทำความเข้าใจฝึกฝน จนเกิดความชำนาญ โดยเฉพาะการหายใจด้วยท้องผ่านการเคลื่อนไหวของกะบังลม การหายใจเข้าออกในขณะที่ฝึกซิง กง จะต้องมีสมาธิในการฝึกและหัดควบคุมการหายใจเข้าออกผสมผสานกันไปด้วย การหายใจจะถูก ควบคุมโดยตรงจากสมอง ทำให้เกิดจังหวะสม่ำเสมอ ลมหายใจที่ลึกและคงที่ตลอดช่วงที่หายใจ เข้า-ออก เมื่อใดที่เคลื่อนมือขึ้นหรือขยายออกให้หายใจเข้าท้องพอง และเมื่อมือลดต่ำลงหรือหดเข้า เป็นจังหวะหายใจออกท้องยุบซึ่งจะทำให้ได้ซิงจากธรรมชาติ

2. Relaxation การผ่อนคลาย ควรทำอย่างสงบ ในระหว่างที่ฝึกนั้น ให้ผ่อนคลายทั้งทาง ร่างกายและจิตใจ

3. Regulation หมายถึง กฎเกณฑ์ที่ใช้ในการเคลื่อนไหวของร่างกายและวางจิตใจ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ ส่วนร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม

3.1 กฎของร่างกาย คือ ทำเมื่อร่างกายพร้อม เช่น ไม่อึดหรือหิวจนเกินไป ไม่อ่อนเพลีย ไม่มีไข้สูง กระบวนท่าต่างควรเรียงลำดับ แต่ก็อาจจะกลับมาเป็นชุดๆ ได้ เน้นความ สม่ำเสมอและนุ่มนวลของร่างกาย มือขึ้นช้าลงช้าอย่างสม่ำเสมอ ไม่สะดุดหรือหยุดชะงัก

### 3.2 กฎของจิตใจ

3.2.1 ท่าเมื่อจิตใจพร้อมอยู่ในอารมณ์สบาย ไม่เคร่งเครียด หงุดหงิด โกรธ โมโห

3.2.2 จิตใจนิ่งอยู่บนฝ่ามือ การฝึกชี่กง 4 ท่า เป็นการทำให้สมาธิกับการเคลื่อนไหวของฝ่ามือทั้ง 2 ข้าง

3.2.3 กฎของสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่ดีนำมาซึ่งพลังที่สมบูรณ์สถานที่ฝึกจะเป็นในห้องหรือกลางแจ้งก็ได้ ขอให้เป็นที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก

#### ผลของการฝึกชี่กงต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

จากการศึกษาของ Chen (2004) ได้ทำการวิเคราะห์และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับผลของการฝึกชี่กงในประเทศจีน แล้วพบว่าการเปลี่ยนแปลงต่อระบบต่างๆ ดังนี้

1. ผลของชี่กงต่อระบบกล้ามเนื้อและประสาท เมื่อฝึกชี่กงจนบรรลุเป้าหมายแห่งการโคจรของลมปราณ คลื่นไฟฟ้าสมองของผู้ฝึกจะเกิดการเปลี่ยนแปลงความถี่ลดลงเรื่อยๆ รูปคลื่นเริ่มเรียงตัวเป็นระเบียบไม่สับสนวุ่นวายเหมือนในยามปกติ ทั้งจะพบคลื่นของคลื่นสมองด้านหน้า (Frontal lobe) มีอำนาจมากขึ้น สมองหลีบนี้ควบคุมการทำงานของอวัยวะภายในและต่อมต่างๆ จะลดน้อยลง นักสรีรวิทยาอธิบายว่าชี่กงทำให้เกิดการกระตุ้นกรองสัญญาณ ของคลื่นสมอง ที่บริเวณเครือข่ายสมองชื่อว่า reticulum เป็นผลให้จิตสงบได้ดีในสภาวะนี้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ทั้งระบบประสาทซิมพาเทติกก็มีความไวลดลง แต่ไปเพิ่มความไวในการทำงานของระบบพาราซิมพาเทติก สำหรับกล้ามเนื้อลายจะมีการคลายตัวลง

2. ผลของชี่กงต่อระบบหายใจ ในภาวะชี่กง การหายใจจะช้าลงหายใจลึกลมเข้าออกมากขึ้น เพิ่มอัตราการขับคาร์บอนไดออกไซด์ และเพิ่มจำนวนออกซิเจนในร่างกายการหายใจลึกจนถึงช่องท้องโดยผ่านเคลื่อนไหวของกะบังลมเป็นการกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 ที่เรียกว่า วากัส ซึ่งเป็นเส้นประสาทที่มีจุดเริ่มต้นที่ก้านสมองทอดยาวมาตามแนวกระดูกสันหลังลงมายังอวัยวะในช่องท้องโดยได้ส่งแขนงบางส่วนไปยังกล้ามเนื้อกะบังลม การกระตุ้นเส้นประสาท วากัส นั้นจะทำให้เกิดการส่งสัญญาณประสาทไปยังก้านสมอง แล้วทำให้มีการตอบสนองมายังอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งมีผลในการผ่อนคลายของอวัยวะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหลอดเลือดฝอย การเคลื่อนไหวของลำไส้ และการลดอัตราการเต้นของหัวใจ เป็นต้น

3. ผลของชี่กงต่อระบบทางเดินอาหาร ปฏิบัติชี่กงช่วยเพิ่มคลื่นการบีบตัวของทางเดินอาหารทั้งบีบไล่อาหารได้แรงขึ้น เพิ่มการขับน้ำย่อยมาย่อยอาหาร ชี่กงอีกด้านหนึ่งสงบประสาทส่วนปลาย และปรับการทำงานของประสาทควบคุมอวัยวะภายใน ผลคือทำให้กระเพาะ ลำไส้ทำงานได้ดีกว่าเดิม ยังช่วยการขับเคลื่อนอาหารในกระเพาะลำไส้ได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

4. ผลของซึ่กต่อระบบหัวใจหลอดเลือด ปฏิบัติซึ่กมีผลลดความดันเลือดในผู้ที่มีความดันเลือดสูง แต่ก็มีผลเพิ่มความดันเลือดในคนที่มีความดันเลือดต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ ภิราษร (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบริหารผ่อนคลายแนวซึ่กต่อความเครียด และความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 ราย ผลการวิจัยพบว่าภายหลังที่เข้าร่วมการทดลอง พบว่าระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic มีระดับที่ลดลงกว่าก่อนการทดลอง

5. ผลของซึ่กต่อระบบต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญอาหาร การปฏิบัติซึ่กทำให้ระดับเพิ่มกระบวนการสร้าง กลัยโคเจน ซึ่งเป็นสารอาหารที่พึงสะสมในตับ และลดการย่อยสลายสารนี้ที่จะออกไปเป็นพลังงาน ซึ่กจึงเป็นกระบวนการเก็บซับพลังงานที่ดี ที่เกิดผลเช่นนี้ได้เพราะซึ่กช่วยเสริมสร้างการทำงานของอินซูลินในการเก็บรับน้ำตาลจากแป้งเพื่อส่งเข้าตับ ลดการทำงานของต่อมใต้สมอง เมื่อซึ่กลดการทำงานของต่อมใต้สมอง เป็นผลให้ต่อมหมวกไตทำงานได้ตามปกติ โดยไม่ต้องรับหมุนเปลี่ยนแป้งเป็นพลังงาน ทั้งไม่ต้องบีบรัดหัวใจและหลอดเลือดอย่างรุนแรง จึงทำให้ร่างกายได้ปรับสมดุลและเข้าสู่ความสงบ ได้พักและและได้ซ่อมแซมตัวเองอีกด้วย

6. เมื่อร่างกายมีความเครียด ระบบหลอดเลือดฝอยจะมีขนาดเล็กลง เนื่องจากระบบซิมพาเทติกได้ถูกกระตุ้น อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันต่อมไทมัส และต่อมน้ำเหลืองต่างๆ จะลดความไวลง ความเครียดอย่างยาวนานทำให้ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตมีปริมาณสูงผิดปกติและเป็นตัวที่ลดการทำงานของเม็ดเลือดขาวที่มีหน้าที่จับกินเชื้อโรคและเซลล์ที่ผิดปกติ ด้วยสาเหตุนี้จึงทำให้บุคคลนั้นเสี่ยงต่อการก่อตัวของมะเร็งง่ายขึ้น การฝึกซึ่กจะทำให้มีการเพิ่มของเม็ดเลือดต้องใช้ความพร้อมทางกายและใจ ในการฝึกฝนซึ่งจำเป็นจะต้องใช้ร่วมกันกับการปรับสมดุลของอาหาร พฤติกรรม การฝึกฝนจิตใจ และการออกกำลังกาย

**ทำเตรียมตัวก่อนฝึกบริหารแนวซึ่ก (Worm up) (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545)**

**ทำเตรียมร่างกายที่ 1**

ยืนแยกเท้าห่างกันประมาณ 1 คืบ ยืนมือทั้ง 2 ข้างเหนือศีรษะ(จังหวะนี้ควรหายใจเข้า) แล้วค่อยๆ ก้มลงเอามือแตะปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง จังหวะนี้ควรหายใจออก) แล้วค่อยๆ ยืดตัวขึ้น แอ่นไปด้านหลังเล็กน้อย(จังหวะนี้หายใจเข้า)ทำนี้ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง

**ทำเตรียมร่างกายที่ 2**

ยืนแยกเท้าห่างจากกัน 1 คืบ ถึง 1 ฟุต มือเท้าเอวหมุนตัวไปทางซ้าย พร้อมกับเอียงคอไปมองส้นเท้าขวาด้านหลังเสร็จแล้วหมุนตัวไปทางขวา พร้อมกับเอียงคอไปมองเท้าซ้าย ทำซ้ำสลับกันไป 5-10 ชุด หลังจากนั้นทำการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กทั้ง 4 ท่า ในช่วงแรกๆ อาจทำเพียง 1-2 ท่าก่อนก็ได้

### ทำในการฝึกบริหารแนวซิงก 4 ท่า (เทอดศักดิ์ เศษคง, 2545)

**ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ** เริ่มต้นจากการยืนกางขา ด้วยความกว้างพอๆ กับไหล่ วางปลายเท้าให้ชี้ตรงไปข้างหน้า หลังตั้งตรง ตามองตรงไปข้างหน้า ค่อยๆ หายฝ่ามือทั้ง 2 ข้างขึ้นช้าๆ ตามจังหวะหายใจเข้า เมื่อมือถึงระดับคางก็คว่ำมือและลคมือลงต่ำ ช่วงนี้เป็นจังหวะหายใจออก เมื่อฝ่ามือลงมาถึงระดับเอวค่อยๆย่อเข้าทั้ง 2 ข้างเล็กน้อย เป็นท่าที่เอื้อต่อการหายใจโดยการใส่กะบังลม

ท่าซ้ำท่าที่ 1 ด้วยการหายใจฝ่ามือ ยกขึ้น ไปใหม่ เมื่อมือถึงระดับเอว ค่อยเหยียดเข่า ยกฝ่ามือขึ้นไปจนถึงระดับคางจึงคว่ำมือ แล้วลดลงมาใหม่ วนเวียนอย่างนี้ไปเรื่อย ๆ

**ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง** เริ่มต้นโดยต่อจากท่าที่ 1 ด้วยการยกแขนและฝ่ามือขึ้นมาตรงๆ ในแนวกลางจนถึงรับสาขตา แล้วหันฝ่ามือเข้าหากันก่อน จึงขยายฝ่ามือออกทั้ง 2 ด้าน จังหวะนี้เป็นจังหวะหายใจเข้า เมื่อกลับหุบแขนเข้ามาตรงหน้า คว่ำมือลดลงต่ำ มือถึงเอวก็ย่อเข่าลง จังหวะนี้ให้หายใจออก เป็นท่าที่ช่วยบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกด้านหน้า

**ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า** จากท่าที่ 2 วางมือไว้ข้างลำตัว แล้วกางแขนออกจนหลังมือทั้ง 2 ข้างสัมผัสกันเหนือศีรษะ จังหวะนี้หายใจเข้า เมื่อลดแขนลงมาและผ่านระดับเอวก็ย่อเข่า จังหวะนี้เป็นการช่วยหายใจออกเป็นท่าที่ช่วยบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกด้านข้างในการฝึกจริงๆ แล้วผู้ฝึกจะทำท่าที่ 1 จนพอ อาจเป็น 5 นาที แล้วไปยังท่าที่ 2 อีก 5 นาทีก่อน จึงไปทำท่าที่ 3 ทั้งนี้เพื่อสร้างสมาธิและลดช่วงเวลาการเปลี่ยนท่าให้น้อยที่สุด

**ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา** ท่าที่ 4 นั้นคล้ายกับท่าที่ 1 แต่จะต่างกันบ้างตรงที่มีการวาด ฝ่ามือออกไปกว้างกว่า เหมือนกับเป็นการช้อนเอาพลังจากพื้นดินและธรรมชาติเข้ามาไว้ในตัวเรา ในจังหวะหายใจเข้า เมื่อฝ่ามือเลื่อนขึ้นจนถึงระดับคาง ก็คว่ำมือแล้วลคมือลง ฝ่ามือผ่านเอวก็ย่อเข่า เหมือนกับท่าที่แล้วมา

จิตใจที่แตกต่าง ตลอด 3 ท่าแรกจะเน้นการวางจิตใจไว้ที่ฝ่ามืออย่างเดียว แต่พอมาถึงท่าที่ 4 แล้ว จิตใจจะต้องแบ่งไว้ที่เท้าด้วยครึ่งหนึ่ง โดยการจินตภาพ (Visualization) ถึงรากแก้วที่ต่อลงไปจากเท้าลึกลงไปในพื้นที่ดินประมาณ 1-2 เมตร การหายใจเข้าจึงเป็นตัวแทนของการดึงพลังจากเท้าขึ้นมาสะสมในลำตัวในการฝึกมีอจะจะเป็นตัวแทนของพลังซึ่งจากอากาศและแสงอาทิตย์ ซึ่งได้จาก ฝ่าเท้าเป็นตัวแทนของซึ่งจากพื้นดินซึ่งจะสร้างสมดุลของพลังในร่างกายนั่นเอง

การเก็บพลัง ทุกครั้งหลังการฝึกเสร็จสิ้นต้องเก็บพลังทันที เพื่อไม่ให้พลังสูญหายไป วิธีเก็บมีหลายวิธี แต่วิธีที่ง่ายที่สุดคือ การเอาฝ่ามือทั้ง 2 ข้างซ้อนกันวางปิดบนท้องน้อย แล้วใช้จิตใจ โนม้นำขึ้นบนฝ่ามือ ไปยังช่องท้อง ซึ่งจะรู้สึกได้ถึงความร้อนและประจุไฟฟ้าที่ไหลเข้าไป ผู้ชายให้เอาฝ่ามือขวาทับฝ่ามือซ้าย ผู้หญิงฝ่ามือซ้ายทับมือขวา วางนิ่งด้วยใจสงบสักครู่ หลังการฝึกควรเดินเล่นไปมา ขยับตัว ขาและแขน ประมาณ 10 นาที

## 6. โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์

โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการลดอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง โดยใช้รูปแบบการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวทางการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ โดยมีขั้นตอน 5 ขั้นตอน ดังรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูลหลังจากนั้น ผู้วิจัยประเมินประสบการณ์ผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก การรับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยได้ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นซึ่งผู้วิจัยจะรับฟังด้วยด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง โดยตระหนักว่าอาการเป็นประสบการณ์ที่เป็นความรู้สึกส่วนบุคคล คนทั่วไปมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย และประเมินสิ่งที่ควรให้ความรู้เพิ่มเติม

2. การให้ความรู้ในการจัดการอาการหายใจลำบาก ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยให้ความรู้กับผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในเรื่อง หน้าที่และโครงสร้างของระบบทางเดินหายใจ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสาเหตุ อาการ และการรักษา การจัดการกับอาการหายใจลำบากได้แก่การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การบริหารการหายใจร่วมกับการไอ การใช้ยาและเทคนิคการหายใจสูดพ่น การโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยซิงก์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัย และร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและญาติในการจัดการกับอาการอย่างเหมาะสมตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้น และให้คู่มือความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ส่งเสริมญาติให้กำลังใจช่วยเหลือผู้ป่วยในการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ให้ปฏิบัติเป็นกิจวัตร

3. การฝึกทักษะในการจัดการอาการหายใจลำบาก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติในการจัดการกับอาการหายใจลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะที่จะให้ได้แก่การฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่น การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก โดยผู้วิจัยสาธิตให้ผู้ป่วยดู 2 ครั้งและให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยหลังจากนั้นให้ผู้ป่วยดูวีซีดีซิงก์ที่จัดทำขึ้น โดย นพ.เทอดศักดิ์ เดชคง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงประโยชน์และกระบวนการฝึกมากขึ้น หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ด้วยตัวผู้ป่วยเอง พร้อมกับผู้วิจัย โดยปฏิบัติที่ละท่าจนครบทั้งหมด 4 ท่า หลังจากนั้นปฏิบัติทั้ง 4 ท่าอย่างต่อเนื่อง

ตั้งแต่ทำที่ 1-4 จำนวน 2 รอบในขณะที่สาธิตจะให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามผู้วิจัยไปพร้อมกัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก

4. การปฏิบัติการในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยได้ฝึกซิ้งที่บ้านทุกวัน วันละ 20 - 30 นาทีอาจเป็นเวลาเช้า เย็น จนครบ 6 สัปดาห์ ซึ่งการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้งนี้เป็นการจัดการกับอาการหายใจลำบากและช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นผู้ป่วยฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังทำให้จิตใจสงบเกิดสมาธิ

5. การประเมินผลการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมประเมินผลและวางแผนร่วมกันในการควบคุมอาการหายใจลำบากต่อไป การจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองนี้จะเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมของผู้ป่วยแต่ละราย

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง

อุไรวรรณ โพร้งพนม (2546) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการร่ำมวยจีนซิ้งต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน ผลการศึกษาในระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวานหลังออกกำลังกายด้วยวิธีร่ำมวยจีนซิ้งมีค่าลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมการร่ำมวยจีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีค่าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัชรวรรณ จันทร์อินทร์ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิ้งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับเคมีบำบัดกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดเพศหญิง ที่เข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาลรามารัชชิตี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย โปรแกรมพัฒนามาจากรูปแบบการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) และแนวทางการบริหารกาย-จิตแบบซิ้ง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การประเมินความต้องการและประสบการณ์รับรู้ของผู้ป่วย 2. การให้ความรู้ 3. การบริหารกาย-จิตแบบซิ้งสัปดาห์ละ 3 วันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และ 4. การประเมินผล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิ้งมีคะแนนความเหนื่อยล้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปิยกานต์ บุญเรือง (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกบริหารแนวซิ้งร่วมกับการให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับรูปแบบการ



บริหารแนวซิ่ง และการติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ใน จำนวน 40 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการบริหารร่างกาย แนวซิ่งร่วมกับการให้ความรู้มีอาการหายใจลำบากน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Tang (1994) ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ถึงประสิทธิภาพของซิ่งในการรักษาโดยการ เก็บรวบรวมรายงานการรักษาระหว่างประเทศออสเตรเลีย และจีนตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 เพื่อจะให้เห็น ถึงการใช้ซิ่งในการส่งเสริมสุขภาพและรักษาโรค สัมภาษณ์ 3 สถาบันการศึกษาที่ได้ศึกษาวิจัย เรื่องเกี่ยวกับซิ่ง สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ระดับบริหารกระทรวงสาธารณสุขและ สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เป็น มะเร็งเม็ดเลือดขาว ผลการศึกษาพบว่าถึงแม้ว่าซิ่งจะมีประสิทธิภาพในการจัดการกับความ เจ็บป่วยแต่ยังไม่มียุทธวิธีหรือเป็นที่รู้จักมากเหมือนแพทย์แผนจีนชนิดอื่น เนื่องจากยังขาดงานวิจัย ที่เสนอประสิทธิภาพของซิ่ง แต่ก็พอสรุปได้ว่า ซิ่งมีประสิทธิภาพในการรักษา

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จารุณี บุญลือ (2542) ศึกษาคุณภาพชีวิตที่เสียไปของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการ สูบบุหรี่ย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประวัติสูบบุหรี่ติดต่อกันมา 10 ปี จากโรงพยาบาลรัฐบาล 7 แห่ง จำนวน 500 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการ สูบบุหรี่ 250 รายและกลุ่มอ้างอิง 250 ราย เก็บรวบรวมโดยวิธีสัมภาษณ์ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อ คุณภาพชีวิต ได้แก่สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ระดับความ รุนแรงของอาการเหนื่อยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งอยู่ระดับปานกลาง และต่ำกว่ากลุ่มอ้างอิง ทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม ยกเว้นด้านสิ่งแวดล้อม

McSweeny et al. (1982) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะ พร่องออกซิเจนจำนวน 203 ราย และผู้ที่มีสุขภาพดีซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม 73 ราย พบว่าคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ที่มีสุขภาพดีมีภาวะพร่องในทุกๆ ด้านของคุณภาพชีวิต เหมือนกัน อารมณ์ซึมเศร้าพบว่าเป็นอารมณ์ที่เด่นที่สุดในความผิดปกติด้านอารมณ์ โดยในกลุ่มที่มี ภาวะพร่องออกซิเจน มีถึง 42% ในกลุ่มสุขภาพดีมีภาวะซึมเศร้า 9% นอกจากนี้พบว่าในกลุ่มผู้ป่วย มีความยากลำบากในการจัดการดูแลบ้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การเคลื่อนไหวร่างกาย การ นอนหลับ การพักผ่อนและการันทนาการต่างๆ ลดลง อายุ สภาวะเศรษฐกิจ และสังคมพบว่ามี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Pang et al. (2005) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจ ลำบากระดับรุนแรงทั้งหมด 108 ราย โดยกลุ่มควบคุมคือผู้ป่วยมะเร็ง 41 ราย โดยศึกษาผู้ป่วยจาก 3 โรงพยาบาลในเมืองฮ่องกงพบว่ามีคุณภาพชีวิตลดลงใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่ม โดยคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ลดลงนั้น ผู้ป่วยรายงานว่ามีความไม่สุขสบายเนื่องจากอาการหายใจ เหนื่อยร้อยละ 77.8 ปัญหาด้านระบบย่อยอาหาร ร้อยละ 5.6 และจากการไอร้อยละ 4.6

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงซึ่งอาการหายใจลำบากเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีหลายงานวิจัยที่มุ่งในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งพบว่ายังขาดความเป็นองค์รวมที่เด่นชัดกล่าวคือยังเป็นงานวิจัยที่เน้นด้านใดด้านหนึ่ง โดยเฉพาะระหว่างร่างกายและจิต เพื่อให้การดูแลเป็นองค์รวมมากขึ้น สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจใช้แนวคิดการจัดการกับอาการ โดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซังก ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้ประสิทธิภาพของอาการผู้ป่วย และความรู้ที่ให้จากพยาบาล ซังกเป็นการบริหารร่างกายแบบหนึ่งส่งเสริมสุขภาพกายแล้วยังทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติเกิดการผ่อนคลายและหากใช้ซึ่งผสมผสานกับรูปแบบการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) น่าจะเป็นกลวิธีที่ใช้จัดการกับอาการหายใจลำบากได้ผลดี และทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### กรอบแนวคิด

โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิต  
ด้วยซึ่งก่ต่อคุณภาพชีวิต

**ขั้นตอนที่ 1** การประเมินประสพการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก

1.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

1.2 ประเมินประสพการณ์อาการหายใจลำบาก โดยเปิด โอกาสให้ผู้ป่วย  
เล่าถึงประสพการณ์ของอาการหายใจลำบาก จากมุมมองของผู้ป่วยเอง

1.3 ประเมินความต้องการ ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและ  
ผลกระทบของการเกิดอาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการหายใจ  
ลำบาก

**ขั้นตอนที่ 2** การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก

2.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรู้ประกอบด้วยความรู้  
เรื่องโรคและการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก และการ  
จัดการกับอาการหายใจลำบาก ได้แก่การบริหารการหายใจ ยาเทคนิค  
การใช้อุปกรณ์ การสงวนพลังงาน การดูแลเรื่องโภชนาการ ความรู้  
เกี่ยวกับซึ่งก่ ซึ่งประกอบด้วยความหมายการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก่  
ขั้นตอนการฝึกซึ่งก่ ผลข้างเคียงของการฝึกซึ่งก่

2.2 ผู้ป่วยร่วมกันกับผู้วิจัยระบุเป้าหมาย วางแผน ในการจัดการกับ  
อาการหายใจลำบาก

2.3 เปิดโอกาสให้ซักถาม

2.4 ให้คู่มือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก่เพื่อ  
ประกอบการเรียนรู้และใช้ประกอบการฝึกซึ่งก่

**ขั้นตอนที่ 3** การพัฒนาทักษะในการจัดการอาการหายใจลำบาก

3.1 ให้ผู้ป่วยดูวีซีดีซึ่งก่

3.2 ฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก่ทั้ง 4 ท่าและการฝึกสาธิต  
ย้อนกลับ

3.3 ให้การเสริมแรง

3.4 ฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ และการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก

**ขั้นตอนที่ 4** การปฏิบัติการในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วย  
ตนเองที่บ้าน โดยผู้ป่วยฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก่ทุกวันอย่างน้อย  
วันละ 20-30 นาที เวลาเช้าหรือเย็น

**ขั้นตอนที่ 5** การประเมินผล

เป็นการประเมินการปฏิบัติโปรแกรมและให้ข้อมูลในส่วนของผู้ป่วย  
ยังขาดอยู่และ ในสิ่งที่เป็ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

#### คุณภาพชีวิต 6 ด้าน

1. ความผาสุกด้านร่างกาย
2. ความผาสุกด้านจิตใจ
3. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับ  
ภาพลักษณ์
4. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับ  
สังคม
5. การตอบสนองต่อการ  
วินิจฉัยและรักษา
6. ภาวะ โภชนาการ