

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ศึกษาดำรงเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังนี้

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย
3. การกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล
  - 4.1 ภาวะสุขภาพ
  - 4.2 ความวิตกกังวล
  - 4.3 ภาวะซึมเศร้า
  - 4.4 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
  - 4.5 การสนับสนุนทางสังคม

#### โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD) เป็นกลุ่มโรคที่มีทางเดินหายใจตีบแคบอย่างเรื้อรัง ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้เองหรือด้วยการรักษา โดยยาอย่างเด็ดขาด ภาวะตีบแคบของทางเดินหายใจจะเกิดมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามการดำเนินของโรค ในบางครั้งอาจเกิดร่วมกับภาวะไวเกินของหลอดลม (Airway hyperreactivity) และบางครั้งภาวะการตีบแคบของหลอดลมอาจดีขึ้นได้บ้าง เริ่มแรกอาจไม่มีอาการแสดงทางคลินิกแต่อาจตรวจพบได้โดยการทดสอบสมรรถภาพการทำงานของปอดพบว่า ผิดปกติ (Abnormal Test of Expiratory Flow) (อัมพรพรรณ ชีรานูต, 2542, หน้า 25; Global Initiative for Obstructive Lung Disease [GOLD], 2006, p.1) ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการระคายเคืองต่อปอดจากฝุ่นและก๊าซ ที่สำคัญที่สุด คือ ควันบุหรี่ โดยทั่วไปมักหมายรวมถึงโรค 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; ALA, 2007; ATS, 2004)

โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) เป็นชื่อโรคที่นิยามจากอาการทางคลินิก กล่าวคือ ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรังมีเสมหะ โดยอาการเป็น ๆ หาย ๆ ปีละอย่างน้อย 3 เดือน และเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี โดยไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น

โรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary Emphysema) เป็นชื่อโรคที่นิยามจากการมีพยาธิสภาพการทำลายของถุงลม และส่วนปลายสุดของหลอดลมที่มีถุงลม (Respiratory Bronchiole) โดยมีการขยายตัวโป่งพองอย่างถาวร ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักพบโรคทั้งสองชนิดดังกล่าวอยู่ร่วมกัน และแยกออกจากกันได้ยาก (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548)

#### สาเหตุของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สำหรับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่บ่งชี้ว่าน่าจะเป็นสาเหตุหรือเหตุร่วมในการเกิดโรคได้ ดังนี้ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; สมเกียรติ วงษ์ทิม และชัยเวช นุชประยูร, 2542; อัมพรพรรณ ชีรานุตร, 2542, หน้า 28-37; ALA, 2007; ATS, 2004)

1. การสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุด แม้ว่าบุคคลที่สูดควันบุหรี่โดยไม่ได้สูบบุหรี่ก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. มลภาวะทางอากาศ หรือฝุ่นละออง และสารพิษที่ก่อการระคายเคืองจากโรงงานอุตสาหกรรมหรือที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อม
3. อายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ความยืดหยุ่นของเนื้อปอด (Elastic Recoil) ลดลง
4. องค์กรประกอบทางพันธุกรรมจากภาวะการขาดอัลฟา 1-แอนตีทริปซิน (Alpha 1-Antitrypsin) หรือ อัลฟา 1-โปรเตเอส อินฮิบิเตอร์ (Alpha 1-Protease Inhibitor)
5. การอักเสบติดเชื้องของทางเดินหายใจอย่างเรื้อรัง
6. ความผิดปกติของหลอดเลือดภายในปอด เนื้อเยื่อปอดจะขาดเลือดและถูกทำลาย
7. การตอบสนองไวเกินของหลอดลม (Hyperresponsive Airways) ทำให้เกิดความไวต่อการหดตัวของหลอดลม สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง

#### พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นประกอบด้วย โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง ในผู้ที่มีพยาธิสภาพของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังเด่นชัดนั้น ลักษณะสำคัญเมื่อมีการอักเสบของหลอดลม พบว่า ค่อมเมือกที่ผนังหลอดลมจะโต และมีจำนวนเพิ่มขึ้น ปริมาณเสมหะในหลอดลมเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการอุดกั้นและมีพังผืดเกิดขึ้น กระดูกอ่อนที่ยึดระหว่างหลอดลมแขนงอาจหายไปทำให้หลอดลมตีบแฟบได้ง่ายขณะหายใจออก เมื่อการอุดกั้นในหลอดลมเป็นอย่างเรื้อรังและมากขึ้น ทำให้การระบายอากาศลดลงเป็นผลให้ระดับออกซิเจน

ในเลือดแดงลดต่ำลง และระดับคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงฝอยในปอดหดตัว แรงต้านในหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้นและทำให้แรงดันในหลอดเลือดปอดสูงขึ้น นอกจากนั้นภาวะ การขาดออกซิเจนยังทำให้มีภาวะเป็นกรดจากการหายใจ ระดับคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เกิดการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ทำให้ความหนาแน่นของเม็ดเลือดแดงสูงขึ้น เพิ่มความหนืด ในการไหลของเลือดเป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้แรงดันในหลอดเลือดแดงปอดสูงขึ้น หัวใจซีกขวาต้อง ทำงานหนักเพื่อดันแรงดันที่สูงขึ้น ทำให้เกิดภาวะหัวใจซีกขวาโตและวาย ผู้ป่วยจะมีภาวะบวม จากหัวใจวาย และอาการตัวเขียวจากการขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง จึงเรียกผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพ ของโรคหลอดเลือดดำอักเสบเรื้อรังนี้ว่า บลู บลอตเตอร์ (Blue Bloater) สำหรับในผู้ป่วยที่มีลักษณะเด่น ของโรคถุงลมโป่งพองที่มีพยาธิสภาพเป็นผลมาจากการที่เนื้อเยื่อปอดถูกทำลายทำให้ปอดสูญเสีย ความยืดหยุ่น และหลอดเลือดในบริเวณนั้นถูกทำลายไปด้วย ส่งผลให้ปริมาณเลือดมาสู่ปอด ส่วนนั้นลดลง พร้อมกับการลดลงของการถ่ายเทอากาศจึงทำให้อัตราส่วนของการระบายอากาศ ต่อการไหลเวียนเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก การแลกเปลี่ยนก๊าซจึงยังคงสมดุลกันอยู่ผู้ป่วยจึงไม่มี อาการเขียว เรียกว่า พิงค์ พัฟเฟอร์ (Pink Puffers) แต่ต่อมาเมื่อเนื้อเยื่อปอดและหลอดเลือดฝอยใน ปอดถูกทำลายไปมาก แรงต้านทานในหลอดเลือดฝอยเพิ่มสูงขึ้น ก็จะทำให้เกิดภาวะหัวใจซีกขวายวายน ในระยะสุดท้ายของโรคในที่สุด (รังสรรค์ ปุษปาคม และประพาพ ยงใจยุทธ, 2532; ALA, 2007; Debarge, 1992; Luckmann, 1997)

### การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การซักประวัติการ เจ็บป่วย การตรวจร่างกายผู้ป่วย การถ่ายภาพรังสีทรวงอก ความดันก๊าซในหลอดเลือดแดง คลื่นไฟฟ้าหัวใจ การทดสอบสมรรถภาพการหายใจ และการทดสอบสมรรถภาพปอด เป็นต้น (Mone & Burke, 1996)

1. การซักประวัติ ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีประวัติและการเกิดโรคที่รวมถึง ระยะเวลาที่เกิดอาการ ไอ อาการหายใจลำบาก และอาการเหนื่อยหอบ ซึ่งประเมินได้จากระดับ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้ได้รวมถึงประวัติการได้รับปัจจัยเสริม เช่น การสูบบุหรี่ การได้รับควันพิษ หรือการได้รับฝุ่นละอองจากการประกอบอาชีพในโรงงาน เป็นต้น (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548)

2. การตรวจร่างกาย จากการใช้เทคนิคการตรวจลักษณะทางคลินิกจะช่วยจำแนก ประเภทของโรค โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำอักเสบเรื้อรังจะมีรูปร่างอ้วน บวม และผิวกายเขียวคล้ำ ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงวี๊ดและรอกไค เสียงเคาะปอดปกติ และพบหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง ร่วมกับมีอาการของหัวใจซีกขวาล้มเหลว ส่วนผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองโดยทั่วไปจะพบมีรูปร่าง

ผอม และมีทรวงอกเป็นรูปถังเบียร์ มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจอย่างเห็นได้ชัด ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงลมเข้าปอดค่อนข้างยาก เคาะปอดจะมีเสียงโปร่ง เป็นต้น (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548)

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการจำแนกโรคที่เฉพาะ (ชัยเวช นุชประยูร, 2538; สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548) ได้แก่

3.1 การทดสอบหน้าที่ของปอด (Lung Function Test) เป็นหลักในการประเมินขอบเขต และการดำเนินของโรค หรือเป็นการประเมินการระบายอากาศ และการทำงานของปอด ซึ่งประกอบด้วย การวัดปริมาตรแรงไหลของอากาศ และความสามารถในการแพร่กระจาย การวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ในเวลา 1 วินาที (Forced Expiratory Volume หรือ FEV<sub>1</sub>) ซึ่งในคนปกติจะหายใจออกในช่วงวินาทีแรกได้ร้อยละ 75 ของอากาศหายใจออกทั้งหมด การตรวจสอบสภาพปอดที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ ค่า FEV<sub>1</sub>/FVC (Forced Volume Capacity) ที่น้อยกว่าร้อยละ 70 และไม่ตอบสนองต่อการใช้ยาขยายหลอดลม ในผู้ป่วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังจะพบความจุปอดทั้งหมด (Total Lung Capacity) เป็นปกติหรือลดลง และปริมาตรอากาศที่เหลืออยู่ในปอดภายหลังหายใจออกเต็มที่แล้ว (Residual Volume) เพิ่มขึ้นปานกลาง ส่วนในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองจะมีความจุปอดทั้งหมดเพิ่มขึ้นและมีปริมาตรคงค้างเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

3.2 การตรวจปริมาณก๊าซในเลือดแดง (Arterial Blood Gas [ABG]) จะช่วยแยกความแตกต่างของโรคที่มีลักษณะเด่นกว่าได้ เช่น พบภาวะการหายใจเป็นกรด (Respiratory Acidosis) ในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังเด่น และพบค่าความเป็นกรดต่างเกือบจะเป็นปกติ ในผู้ป่วยที่มีโรคถุงลมโป่งพองเด่นเพราะว่ามีภาวะพร่องออกซิเจนเพียงเล็กน้อย

4. การตรวจด้วยรังสีเอกซเรย์ จะใช้ประเมินความผิดปกติเมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย โดยเฉพาะ โรคถุงลมโป่งพอง การเอ็กซเรย์ทรวงอกจะพบแนวของกระบังลมแบนราบและหัวใจมีขนาดเล็ก ส่วนโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง จะพบเงาของหลอดลม เส้นเลือดหนา และพบเงาของกระบังลมเป็นปกติ นอกจากนี้การเอ็กซเรย์ยังช่วยวินิจฉัยโรคแทรกซ้อนอื่น เช่น ปอดบวม (Pneumonia) ลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) และมะเร็งปอด (Lung Cancer) เป็นต้น (ชัยเวช นุชประยูร, 2538; สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548)

#### อาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาการเริ่มแรกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และค่อย ๆ เลวลงเรื่อย ๆ อาการที่พบได้บ่อย ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ หอบเหนื่อย (Dyspnea) โดยเฉพาะเวลาต้องออกแรงมากขึ้น ไอเป็นพัก ๆ และเพลีย (Fatigue) หลังออกแรง อาการเหล่านี้อาจเริ่มเพียง

หอบเหนื่อยเล็กน้อย ไอในตอนเช้า ๆ แต่ไม่มาก รู้สึกเพลียเมื่อขึ้นบันได และเนื่องจากอาการไม่ปรากฏชัด ผู้ป่วยจึงมักจะไม่ได้สนใจและไม่ได้ไปพบแพทย์จนกระทั่งอาการเป็นมาก และผู้ป่วยเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นภาวะเรื้อรังและอาการจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยจะทนทุกข์ทรมานจากการหายใจคือจะหายใจลำบากและต้องออกแรงมากขึ้นเมื่อหายใจออก (Force exhalation) ซึ่งจะเห็นได้ชัดในผู้ป่วยที่มีถุงลมโป่งพอง (Emphysema) และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ฟังปอดจะได้ยินเสียงวี๊ด ๆ (Wheezing Sound) ขณะจับหืด น้ำหนักลดและผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ผลระดับก๊าซในเลือดแดง (Arterial Blood Gas) จะผิดปกติ การตรวจสอบสมรรถภาพของปอดจะพบอัตราการหายใจออกต้องใช้เวลานานขึ้น ซึ่งถ้ายังเป็นมากขึ้นจะทำให้เกิดหอบเหนื่อย เลือดขาดออกซิเจน และมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (Hypoxemia และ Hypercapnea) (ALA, 2007; Debarge, 1992)

#### ระดับความรุนแรงของโรค

การแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการประเมินการทำหน้าที่ของปอด สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้ (สมาคมอูโรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; GOLD, 2006)

ตารางที่ 1 การแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการประเมินการทำหน้าที่ของปอด

ระดับความรุนแรง	สมรรถภาพปอด	อาการทางคลินิก
ระดับที่ 1 Mild	- FEV <sub>1</sub> ≥ 80% ของค่ามาตรฐาน	- ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรังร่วมกับมีเสมหะ
ระดับที่ 2 Moderate	- FEV <sub>1</sub> ระหว่าง 50-79% ของค่ามาตรฐาน	- ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรังร่วมกับมีเสมหะ ในระดับนี้ผู้ป่วยจะเริ่มเข้ารับการรักษาเนื่องจากเริ่มมีอาการหายใจเหนื่อยหอบบ่อยครั้ง
ระดับที่ 3 Severe	- FEV <sub>1</sub> ระหว่าง 30-49% ของค่ามาตรฐาน	- ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรังร่วมกับมีเสมหะ ผู้ป่วยอาจมีอาการหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะออกแรงและมีอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำบ่อย ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ระดับความรุนแรง	สมรรถภาพปอด	อาการทางคลินิก
ระดับที่ 4 Very severe	- FEV <sub>1</sub> < 30% ของค่ามาตรฐาน	- ผู้ป่วยมีอาการของภาวะระบบหายใจล้มเหลวเรื้อรังจากการอุดกั้นของทางผ่านอากาศ ตรวจพบค่าความดันก๊าซออกซิเจนในเลือดแดง (PaO <sub>2</sub> ) น้อยกว่า 60 mmHg ร่วมกับหรือมีค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ (PaCO <sub>2</sub> ) มากกว่า 50 mmHg จากภาวะระบบหายใจล้มเหลวมีผลต่อหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว (Corpulmonale) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมากและมีอาการกำเริบรุนแรง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ที่มา: สมาคมสูดเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2548 และ GOLD, 2006

ในทางปฏิบัติอาจพบว่าระดับความรุนแรงของโรคที่แบ่งตามค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ในเวลา 1 วินาที จะไม่สัมพันธ์กับอาการหรือความสามารถในการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการตรวจสมรรถภาพปอด ดังนั้นทุกรายจะไม่สามารถประเมินความรุนแรงของโรคจากค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ในเวลา 1 วินาทีได้ และแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการตรวจสมรรถภาพปอด แต่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งก็ไม่สามารถที่จะทำการตรวจได้อย่างถูกต้อง มีผลทำให้ค่าที่ได้ไม่แสดงถึงค่าที่แท้จริงของผู้ป่วย ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ส่วนการประเมินด้านต่าง ๆ เช่น การประเมินอาการเหนื่อย ความสามารถในการทำกิจกรรม คุณภาพชีวิต ถึงแม้การประเมินดังกล่าวอาจไม่สัมพันธ์กับค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ในเวลา 1 วินาที (FEV<sub>1</sub>) แต่การประเมินสิ่งเหล่านี้อาจใช้เป็นแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการปรับการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (อรรถวุฒิ คีสม โสภค, 2545)

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ ของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Lung Association, 1975 cited in Dudley, Glaser, Jorgenson & Logan, 1980) แบ่งได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบเวลาวิ่งขึ้นบันไดหรือทางชัน

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยถึงปานกลางในการปฏิบัติกิจกรรม สามารถทำงานเบา ๆ ที่ไม่ต้องออกแรงมากได้ตามปกติ แต่ไม่สามารถทำงานหนักได้ เริ่มมีอาการหายใจเหนื่อยหอบตลอดเวลาวิ่งขึ้นบันไดหรือทางชัน สามารถเดินบนพื้นราบได้แต่ไม่กระฉับกระเฉงเท่ากับคนปกติ

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่ชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานหนักหรือทำงานที่ย่างยากได้ แต่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องเดินช้ากว่าคนปกติในวัยเดียวกันหรือต้องหยุดเดินบนพื้นราบเนื่องจากมีอาการหายใจเหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น และต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึก 2 ชั้น

ระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น โดยไม่สามารถทำงานได้ และเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัด ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ และต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่ยังสามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมาก ปฏิบัติกิจกรรมหรือเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ เดินเพียง 2-3 ก้าว หรือแค่นั่งก็เหนื่อย เดินอย่างช้ามาก ๆ ก็มีอาการเหนื่อยมาก กิจวัตรประจำวันจะต้องมีคนช่วยเหลือ มีอาการหายใจเหนื่อยหอบแม้ขณะพูดหรือแต่งตัว

จากการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามเกณฑ์ต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เกณฑ์ของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา เพื่อให้สามารถจัดระดับความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ป่วย ไม่ต้องอาศัยเครื่องมืออุปกรณ์ รวมทั้งการตรวจพิเศษต่าง ๆ ที่มีความซับซ้อน

### **ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย อาการสำคัญที่พบคือ อาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นความรู้สึกของบุคคลที่รับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจที่ติดขัด ยากลำบาก ซึ่งมักจะเกิดกับความกลัวว่าจะหายใจไม่ออก ทำให้เกิดความรู้สึกขาดการช่วยเหลือ ทอดอาลัยในชีวิต คิดวนเวียนอยู่กับความคิดของตัวเอง เมื่อเวลาผ่านไปนาน ๆ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเริ่มเรียนรู้ที่จะลดกิจกรรมในชีวิตประจำวันลง เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การแยกตัวออกจากสังคม ใช้ชีวิตจำกัดอยู่ภายในบ้าน ในขณะที่เดียวกันก็เกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นความรู้สึกว่าร่างกายสูญเสีย

พลังงานที่จะนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตตามปกติ และเป็นความรู้สึกหมกมุ่นกำลังใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย และเฉื่อยชา และผลจากการหายใจลำบากและเหนื่อยล้านี้ยังส่งผลให้มีปัญหาทางด้านการรับประทานอาหาร เบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่ได้ ทำให้น้ำหนักลดลง ร่วมกับการที่มีอาการไอ มีเสมหะเหนียวข้น จะทำให้มีปัญหาการนอนหลับและพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจเกิดอาการนอนไม่หลับ นอนหลับไม่สนิท ตื่นบ่อยครั้งในเวลากลางคืน นอนราบไม่ได้ (Anderson, 1995; May, 1991)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ จากการดำเนินของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมีอาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในขณะที่พักหรือเมื่อปฏิบัติกิจกรรมและส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล โดยความวิตกกังวลนั้นยังเป็นปัจจัยที่เหนียวแน่นให้เกิดอาการหายใจลำบากได้ ซึ่งสามารถทำให้ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบากอยู่ก่อนแล้วมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นและในขณะที่เกิดอาการหายใจลำบากอย่างรุนแรงยังพบว่าความวิตกกังวลก็จะสูงขึ้นด้วย (Gift & Cahill, 1990; Make, 1998) นอกจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากแล้ว ยังพบว่ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (May, 1991) และยังพบว่าภาวะซึมเศร้าก็เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตและบทบาทด้านสังคมที่เปลี่ยนไป ไม่สามารถปฏิบัติได้เท่ากับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง โดดเดี่ยว (Miller, 1992) เกิดความรู้สึกคับข้องใจ สับสน ท้อแท้ หวาดกลัว ความสามารถในการเผชิญปัญหาต่ำอันเนื่องมาจากอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง (May, 1991)

3. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ทำให้ต้องดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง มีแบบแผนในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ความสามารถในการดำรงบทบาทภายในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลง การกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูง เกิดความเครียดที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจการเงิน (May, 1991; Miller, 1992)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะได้รับผลกระทบกับการดำเนินชีวิตจากการเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นการให้การรักษาอย่างเหมาะสมจะเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับภาวะเจ็บป่วยลดผลกระทบจากการเกิดโรค ตลอดจนควบคุมและบรรเทาอาการของโรค ไม่ให้ต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล



## แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีจุดมุ่งหมายเพื่อ การบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง การป้องกันการกำเริบของโรค การคงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้หรือให้เสื่อมลงช้าที่สุด และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548) โดยแบ่งการรักษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะสงบ (Stable COPD) และระยะที่มีการกำเริบของโรค (Acute Exacerbation of COPD)

1. การรักษาในระยะสงบ (Stable COPD) หมายถึง ระยะที่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีอาการกำเริบของโรค ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถใช้ชีวิตประจำวันที่บ้านได้ ดังนั้น การรักษาในระยะนี้คือ การบรรเทาอาการของโรคให้น้อยลง การเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ การลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะหายใจเหนื่อยหอบ และคงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้หรือให้เสื่อมช้าที่สุด ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548)

1.1 การรักษาทางยา ได้แก่ ยาขยายหลอดลม (Bronchodilators) เป็นยาที่ช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยหอบและช่วยให้การทำงานของปอดดีขึ้น (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548) คอร์ติโคสเตียรอยด์ ใช้สำหรับรายที่มีอาการรุนแรงมากและในระยะเฉียบพลัน (ชัยเวช นุชประยูร, 2538) ยาขับเสมหะหรือยาละลายเสมหะ ทำให้เยื่อหลอดลมชุ่มชื้น ความเหนียวของเสมหะน้อยลง (ลินจง โปธิบาล, 2539) และยาอื่น ๆ ที่ใช้ในการรักษาภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะในรายที่มีภาวะติดเชื้อ (ALA, 2007) ยาขับปัสสาวะและยาดิจอกซิน (Digoxin) จะช่วยให้ลดอาการบวมและช่วยให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น (ชัยเวช นุชประยูร, 2538)

1.2 การให้ออกซิเจนระยะยาว (Long term oxygen therapy) มีประโยชน์ในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะบวมจากหัวใจล้มเหลวและอาการตัวเขียวจากการขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง (ชัยเวช นุชประยูร, 2538) การรักษาด้วยออกซิเจนระยะยาวนั้น ควรแนะนำให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจนเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 15 ชั่วโมงต่อวัน โดยใช้อุปกรณ์ที่เป็นสายยางให้ออกซิเจนผ่านทางโพรงจมูก (Nasal Cannula) ในปริมาณ 2 ลิตร/นาที (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548; ALA, 2007)

1.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary Rehabilitation) โดยการบริหารการหายใจอย่างถูกวิธี และการไออย่างมีประสิทธิภาพ เป็นวิธีการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้ในการควบคุมและบรรเทาอาการกำเริบที่อาจเกิดขึ้น แม้ว่าโรคของผู้ป่วยจะไม่หายขาด แต่การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่มีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรค ช่วยทำให้ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตโดยใช้ความสามารถ

ของตนเองให้ได้มากที่สุด และลดการเข้าออกโรงพยาบาลบ่อย (Marke, 1990 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; ALA, 2007; ATS, 2004)

1.4 การออกกำลังกาย เป็นการส่งเสริมให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและมีความตึงตัว ซึ่งจะช่วยให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (อัมพรพรรณ ชีรานุตร, 2542) ผลของการออกกำลังกายนั้นนอกจากจะช่วยให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงแล้ว ยังช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความทนทานต่อการออกแรงในการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ และสามารถควบคุมอาการเหนื่อยหอบได้อีกด้วย (ATS, 2004)

1.5 การฝึกสมาธิ เป็นการฟื้นฟูจิตใจที่จำเป็นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการฝึกผ่อนคลายจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น ซึ่งในระบอบสุดท้ายของการผ่อนคลายจะมีผลต่อจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกสงบทางด้านอารมณ์ มีความคิดเห็นและความรู้สึกเป็นสุข และยังทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่แสดงออกในการปฏิบัติตัวในด้านสุขภาพดีขึ้นด้วย (ชัยเวช นุชประยูร, 2538; สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; ATS, 2004)

1.6 ความรู้ในการปฏิบัติตัว เป็นคำแนะนำที่ผู้ป่วยควรรับรู้และนำไปปฏิบัติ เพื่อให้สามารถดูแลภาวะสุขภาพของตนเองได้ และส่งเสริมให้ตนเองได้รับการดูแลตามแผนการรักษา ไม่ให้มีอาการกำเริบเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ซึ่งความรู้ที่ควรได้รับ มีดังนี้

1.6.1 การดูแลภาวะโภชนาการ อาหารที่เหมาะสมกับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรเป็นอาหารที่ใช้ออกซิเจนปริมาณน้อยในการเผาผลาญ และเกิดคาร์บอนไดออกไซด์น้อยที่สุด ซึ่งสารอาหารจำพวกไขมันจะให้ผลดีกว่าสารอาหารประเภทอื่น ๆ และการรับประทานในแต่ละมื้อไม่ควรให้อิ่มมากเกินไป ควรรับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545) ซึ่งจำนวนมื้ออาหารในแต่ละวันนั้นอาจเพิ่มเป็น 5-6 มื้อต่อวัน และมื้อเช้าควรเป็นอาหารมื้อหลัก การได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์โดยไม่มากเกินไป แต่ให้พลังงานเพียงพอับความต้องการของร่างกายจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย และช่วยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพประสบความสำเร็จ (ATS, 2004)

1.6.2 การหลีกเลี่ยงสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสริม เป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบได้ง่าย โดยการเลิกสูบบุหรี่ (ATS, 2004; Hess et al., 2002) การหลีกเลี่ยงฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ ควั่นบุหรี่ยี่ อากาศที่ร้อนจัด เย็นจัด อากาศที่อับชื้น สัตว์เลี้ยง สถานที่ที่มีบุคคลแออัดจำนวนมาก หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้สัตว์บุคคลที่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งการรักษาความสะอาดปากและฟัน จะเป็นการช่วยป้องกันการกำเริบได้ การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำต่าง ๆ อย่างถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและเป็นสุขได้ (อัมพรพรรณ ชีรานุตร, 2542)

1.6.3 การสังเกตอาการผิดปกติ อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น อาการของการติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อของทางเดินหายใจ อาการปวดศีรษะ เป็นไข้ ตัวร้อน ไอบ่อยหรืออาการเบื่ออาหาร หายใจเหนื่อย การพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือแม้แต่อาการแพ้ยาต่าง ๆ เป็นต้น

2. การรักษาระยะที่มีการกำเริบของโรค (Acute Exacerbation of COPD) หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจเหนื่อยหอบมากกว่าเดิม ไอและมีเสมหะเพิ่มมากขึ้น ตรวจร่างกายอาจพบว่ามีไข้ ชีพจร มีลักษณะหายใจที่ใช้แรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจมากขึ้น ฟังปอดได้ยินเสียงวี๊ด (Wheeze) หรือได้ยินเสียงหายใจลดลง และมีอาการหายใจลำบาก (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) ซึ่งผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายมีโอกาสเกิดอาการกำเริบของโรคได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีระดับความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น ดังนั้นการรักษาในระยะนี้จึงเป็นการควบคุมความรุนแรงของอาการแสดงที่เกิดขึ้น มีแนวทางการรักษา ดังนี้ (ชัยเวช นุชประยูร, 2538; สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; ALA, 2007; Hess et al., 2002)

2.1 การรักษาทางยา ได้แก่ การให้ยารักษาการหดเกร็งของหลอดลม เช่น ยาในกลุ่ม Beta agonist ยาในกลุ่ม Anticholinergic และ Theophylline และยาพวกคอร์ติโคสเตียรอยด์ จะมีประโยชน์ในขณะที่มีอาการกำเริบของโรค โดยจะช่วยทำให้การตอบสนองต่อยาขยายหลอดลมดีขึ้น (ชัยเวช นุชประยูร, 2538)

2.2 การรักษาภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxemia) การให้ออกซิเจนเป็นการรักษาภาวะขาดออกซิเจนในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สำคัญมากในระยะนี้ ซึ่งจุดประสงค์ของการให้ออกซิเจนในระยะนี้เพื่อเพิ่มความดันออกซิเจนในเลือดให้ได้ระดับ 50-60 มิลลิเมตรปรอท เพื่อให้สามารถขนส่งออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อได้อย่างเพียงพอ เพื่อลดภาวะพร่องออกซิเจนหรือลดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง

2.3 การรักษาสาเหตุชักนำที่ทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคและมีผลทำให้เกิดการหายใจลำบาก ได้แก่ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ โดยการให้ยาปฏิชีวนะ (ชัยเวช นุชประยูร, 2538) และภาวะถุงลมแตกเข้าช่องปอด (Pneumothorax) การรักษาอาจเจาะเอาอากาศที่อยู่ในปอดออกหรือใส่ท่อระบายอากาศแบบปิดเข้าไปใต้เยื่อหุ้มปอด (Closed Chest drain) เพื่อช่วยให้ปอดขยายดีขึ้น

2.4 การดูแลให้ได้รับสารอาหาร และความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ ในภาวะอาการกำเริบของโรคและมีการหายใจลำบากร่วมด้วย มักพบผู้ป่วยได้รับสารน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอ และมีการสูญเสียสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ การให้ได้รับน้ำและอาหารผ่านทางสายยางที่ใส่ทางจมูกลงสู่กระเพาะอาหารจะช่วยให้กล้ามเนื้อของการหายใจแข็งแรงขึ้นและ

เพิ่มความต้านทานโรคและส่งเสริมให้มีการขนส่งออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อดีขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

หากการรักษาในระยะที่มีอาการกำเริบของโรคไม่ได้ผล จำเป็นต้องรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548) มีดังนี้

1. มีการกำเริบรุนแรงมาก
2. โรคเดิมมีความรุนแรงอยู่ในระดับ 4
3. มีโรคหรือภาวะอื่นที่รุนแรงร่วมด้วย เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น
4. ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาการกำเริบ
5. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถได้รับการดูแลที่เหมาะสมที่บ้านได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีพยาธิสภาพทำลายปอดอย่างถาวรไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ การดำเนิน โรคเลวลงเรื่อย ๆ ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับอาการของโรคอย่างทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากความเรื้อรังของโรคทำให้ต้องใช้เวลารักษานานไม่มีที่สิ้นสุด ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ แม้แต่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถเข้าสังคมได้ตามปกติ ทำให้รู้สึกหมดศักดิ์ศรีคุณค่าในตนเองลดลง ยิ่งส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ทำให้อาการของโรคกำเริบขึ้นได้ ทำให้ต้องเข้าและออกโรงพยาบาลซ้ำ ๆ อยู่เป็นประจำ (Rokosky, 1997)

### ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์อย่างหนึ่งที่เป็นภาวะเครียดที่รุนแรง และต้องการการปรับตัว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สิ่งมีชีวิตตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง ที่จะก่อให้เกิดอันตรายได้อย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นผลที่เกิดจากการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้นำทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrew, 1999) มาเป็นแนวคิดในการศึกษาวิจัย

รอยได้นำแนวคิดทฤษฎีระบบทั่วไปมาอธิบายเกี่ยวกับระบบการปรับตัวของบุคคล ซึ่งมีสาระสำคัญว่า บุคคลเป็นระบบเปิด สี่นำเข้า ได้แก่ สิ่งเร้า (Stimuli) ซึ่งอาจเป็นสิ่งเร้าที่มีผลต่อพฤติกรรมปรับตัว 3 ประการ คือ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง และนำไปสู่กระบวนการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งนำเข้า ได้แก่ กลไกควบคุม (Regulator Subsystem) และกลไกการคิดรู้ (Cognator Subsystem) โดยจะทำงานประสานกันบนพื้นฐานการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอ้อม โนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ซึ่งมีความ

แตกต่างกันในแต่ละบุคคล และนำไปสู่การตอบสนองในลักษณะของสิ่งนำออก คือ พฤติกรรมการปรับตัว ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพและพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Adaptive Response and Ineffective Response) ซึ่งการตอบสนองดังกล่าวจะเป็นกระบวนการย้อนกลับเข้าสู่ระบบนำเข้าอีกครั้ง เพื่อให้บุคคลตัดสินใจในการเพิ่มหรือลดการปรับตัวต่อสิ่งเร้า (Roy & Andrew, 1999) มีรายละเอียด ดังนี้

สิ่งนำเข้า ทฤษฎีการปรับตัวของรอยอธิบายถึงสิ่งนำเข้า ได้แก่ สิ่งเร้าที่มีผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวของบุคคล 3 ประการ คือ

1. สิ่งเร้าตรง (Focus Stimuli) คือ สิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก (Internal or External Stimuli) ที่เข้ามากระทบต่อบุคคลโดยตรง และทำให้บุคคลต้องตอบสนองโดยมุ่งไปที่สิ่งนั้นทันที เช่น ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. สิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) คือ สิ่งเร้าอื่น ๆ ซึ่งเกิดขึ้นในแต่ละสถานการณ์มักเกิดร่วมกับผลของสิ่งเร้าตรง เป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่พบทั้งภายในและภายนอกกระบวน มีผลสนับสนุนสิ่งเร้าตรงและมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคลได้เช่นกัน เช่น เพศ อายุ สถานภาพ สมรรถภาพ และการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลรอบข้าง เป็นต้น
3. สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) คือ ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในหรือภายนอกบุคคล ที่มีผลต่อสถานการณ์นั้นอย่างไม่ชัดเจน บุคคลอาจไม่ตระหนักถึงผลกระทบจากปัจจัยเหล่านี้หรือไม่สามารถสังเกตผลที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน เป็นลักษณะเฉพาะตัวบุคคล เช่น เจตคติ ค่านิยม อุปนิสัย และบุคลิกภาพ

นอกจากนี้สิ่งนำเข้ายังประกอบไปด้วยระดับการปรับตัว (Adaptive Level) แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามกระบวนการปรับตัวของบุคคล ดังนี้

1. Integrated Level เป็นการปรับตัวด้าน โครงสร้าง และหน้าที่ในการทำหน้าที่ของกระบวนการชีวิตเป็นการตอบสนองต่อความต้องการทั้งหมดของบุคคล ตัวอย่างเช่น ผิวหนังทำหน้าที่เป็นกลไกที่ไม่เฉพาะเจาะจงในการป้องกันการติดเชื้อ
2. Compensatory Level เป็นการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการ Integrated ซึ่งจะกระตุ้นกลไกการคิดรู้อและกลไกการควบคุม ตัวอย่างการปรับตัวในระดับ Compensatory เช่น ภาวะไข้ เป็นการปรับตัวเพื่อต่อต้านหรือยับยั้งการเพิ่มจำนวนของแบคทีเรียและเพิ่มกระบวนการเผาผลาญในร่างกายเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ
3. Compromise Level เป็นการปรับตัวเมื่อการปรับตัวในระดับ Integrated และ Compensatory ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัวขึ้น

## กระบวนการปรับตัว

รอยได้อธิบายว่ากระบวนการปรับตัวของบุคคลจะมีกระบวนการควบคุมการปรับตัว เรียกว่า กระบวนการปรับตัว (Coping Process) ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 กลไก คือ

1. กลไกควบคุม (Regulator Subsystem) เป็นการตอบสนองด้วยระบบอัตโนมัติจากระบบประสาท ระบบเคมี และต่อมไร้ท่อในร่างกาย ซึ่งเป็นกระบวนการปรับตัวขั้นพื้นฐานของบุคคล โดยสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่เข้ามากระทบต่อระบบประสาท จะกระตุ้นให้ระบบประสาทมีการทำงาน และส่งผลต่อน้ำ อิเล็กโตรไลต์ สมดุลกรด ด่าง และระบบฮอร์โมนในร่างกาย เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยอัตโนมัตินอกเหนือการควบคุม ในขณะเดียวกันสิ่งนำเข้าที่เข้ามาในกลไกควบคุมมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดการรับรู้ ที่มีผลต่อระบบการเรียนรู้ต่อไป

2. กลไกการคิดรู้ (Cognator Subsystem) เป็นการตอบสนองซึ่งเกิดจากการทำงานของความคิดและอารมณ์ มี 4 กระบวนการ ได้แก่ การรับรู้และส่งข้อมูล (Perceptual and Information Process) การเรียนรู้ (Learning) การตัดสินใจ (Judgement) และกระบวนการทางจิต (Emotion) เมื่อสิ่งเร้าเข้าสู่ระบบบุคคลจะผ่านเข้าไปยังระบบการเรียนรู้ ระบบจะเลือกจดจำและเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้า นั้น และตัดสินใจเลือกวิธีการตอบสนอง ทำให้บุคคลมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ระบบการรับรู้ส่วนหนึ่งจะเป็นกระบวนการทางจิตที่ใช้ในการลดความวิตกกังวล ประเมินสิ่งเร้า ที่เข้ามากระทบและจัดการกับสิ่งเร้า นั้น ช่วยปรับสภาพอารมณ์ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจขึ้น

ทั้งกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้จะทำงานประสานกันบนพื้นฐานการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาท และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน กล่าวคือ การปรับตัวไม่ว่าจะเป็นด้านใดจะมีทั้งกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้เกิดควบคู่กันเสมอ ซึ่งจะสะท้อนถึงความสามารถในการปรับตัวของบุคคล เช่น เมื่อคนเราเกิดบาดแผลจะมีการปรับตัวด้านร่างกายเกิดขึ้น ได้แก่ กระบวนการอักเสบเพื่อควบคุมการติดเชื้อ เป็นผลให้เม็ดเลือดขาวเดินทางมายังบาดแผลเพื่อเก็บกินเชื้อโรค ขณะเดียวกันการที่คนเรารู้ว่ามีบาดแผลจะกระตุ้นกลไกการรับรู้ทำให้มีการใช้วิจารณญาณ และตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อเกิดบาดแผล จะเห็นได้ว่าทั้ง 2 กลไกนี้จะเกิดขึ้นควบคู่กันและมีความสัมพันธ์กันเสมอ

พฤติกรรมตอบสนองเกิดจากการทำงานของระบบการปรับตัว (Coping process) ที่มีต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาในกระบวนการปรับตัวของมนุษย์ในแต่ละบุคคล สามารถสังเกตได้จากการปรับตัวด้านต่างๆ (The Adaptive Model) ซึ่งประกอบด้วย การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiologic-Physical Mode) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-Concept Mode) การปรับตัวด้าน

บทบาทหน้าที่ (Role Function Mode) และการปรับตัวด้านการพึ่งพาหว่ากัน (Interdependence Mode) รายละเอียด ดังนี้

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiologic-Physical mode) เป็นการปรับตัวทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการทำงานระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ และระบบต่างๆ ในร่างกายมนุษย์

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-Concept mode) เป็นการปรับตัวทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ซึ่งก่อให้เกิดความสมดุลและความมั่นคงในจิตใจ อัตมโนทัศน์เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการรับรู้ภายในตนเองและการรับรู้ของคนอื่น การปรับตัวด้านนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical Self) เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองด้านความสามารถทางร่างกายและด้านรูปลักษณ์

2.2 อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Person Self) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองตามความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวังและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role Function mode) เป็นการปรับตัวเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในสังคมของบุคคล เป็นความคาดหวังต่อการทำบทบาทหน้าที่ของตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม เป็นบทบาทหน้าที่ที่มีต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม รอย (Roy & Andrew, 1999) ได้แบ่งบทบาทเป็น 3 ประเภท ดังนี้

3.1 บทบาทปฐมภูมิ (Primary Role) คือ บทบาทหลักในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในแต่ละช่วงเวลาของชีวิต เป็นบทบาทตามอายุ เพศ และระยะพัฒนาการ

3.2 บทบาททุติยภูมิ (Secondary Role) คือ บทบาทที่เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับระยะพัฒนาการ และบทบาททุติยภูมิเป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับภาระงาน และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น สามีหรือภรรยา บิดาหรือมารดา

3.3 บทบาทตติยภูมิ (Tertiary Role) คือ บทบาทที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทปฐมภูมิ และทุติยภูมิเกิดขึ้นชั่วคราว และบุคคลมีอิสระในการเลือกอาจรวมถึงการทำกิจกรรม เช่น การเป็นสมาชิกชมรมหรือองค์กรต่าง ๆ เป็นต้น

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาหว่ากัน (Interdependence Mode) เป็นการปรับตัวเพื่อความมั่นคงทางสังคม การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันระหว่างตนเองกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น ๆ ซึ่งเป็นการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของการอยู่ร่วมกันในสังคม การปรับตัวด้านนี้ประกอบด้วยสัมพันธภาพ 2 ประเภท คือ

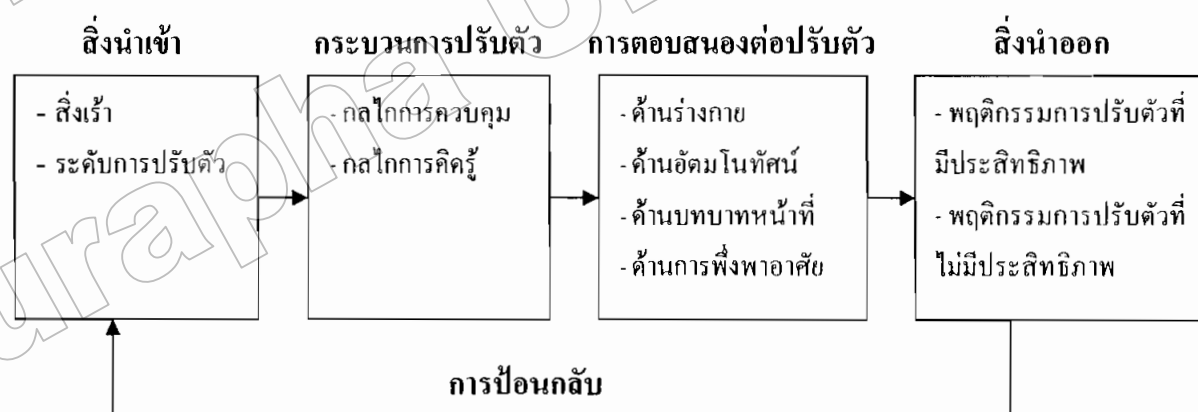
4.1 สัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญ (Significant Other) เป็นบุคคลที่มีความหมายและให้ความสำคัญมากที่สุด เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อ แม่ ลูก หรือ สามี ภรรยา เป็นต้น

4.2 สัมพันธภาพระบบสนับสนุน (Support System) เป็นบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน โดยมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายบางอย่างที่ต้องการ ประกอบด้วย การให้และการได้รับจากบุคคลอื่น

### สิ่งนำออก

เมื่อมีกระบวนการของสิ่งนำเข้าและกระบวนการควบคุมจะทำให้มีการตอบสนองในลักษณะของสิ่งนำออก คือ พฤติกรรมการปรับตัว (Adaptive Behaviors) ซึ่งพฤติกรรมที่ตอบสนองมี 2 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ (Adaptive Response) เป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมความบูรณาภาพของบุคคล เกิดความสมดุลในระบบการปรับตัวตามวัตถุประสงค์ของการปรับตัว คือ การเจริญเติบโต การเอาชนะอุปสรรคในชีวิต เป็นต้น
2. พฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective Response) เป็นพฤติกรรมที่ขัดขวางไม่ให้เกิดความสมดุลในระบบทำให้การปรับตัวไม่บรรลุวัตถุประสงค์



ภาพที่ 2 คัดแปลงจากรูปแบบการปรับตัว ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrew, 1999)

สำหรับผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากภาวะของโรค เมื่อมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจเกิดขึ้น ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งเร้า ทำให้เกิดกระบวนการปรับตัว โดยผู้ป่วยต้องออกแรงในการหายใจมากกว่าปกติ ทำให้เกิดภาวะการขาดออกซิเจน มีการคั่งค้างของคาร์บอนไดออกไซด์ ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยง่ายและหายใจลำบาก โดยเฉพาะช่วงหายใจออกซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งเร้าที่คุกคาม



ต่อความมั่นคง ปลอดภัย เพราะผู้ป่วยจะรู้สึกอึดอัด หายใจขัด เกิดความกลัว ผู้ป่วยจะตอบสนองต่อสิ่งที่ถูกถามนั้น นำไปสู่การตอบสนองต่อการปรับตัวในด้านร่างกาย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ด้านอึดอัด โนทส์นั้น ได้แก่ การรับรู้ความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม หากการตอบสนองต่อการปรับตัวในด้านต่างๆ ไม่มีประสิทธิภาพแล้วนั้น จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในที่สุด

### การกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้บ่อยครั้ง และทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัญหากการเจ็บป่วยด้วยภาวะอื่นเป็นผลจากการพักรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อน (Ashton, Wray, Dunn, Scheurich, DeBehnke & Friedland, 1987 อ้างถึงใน วิไลพร หอมทอง, 2547)

จากการศึกษางานวิจัย พบว่า มีผู้ให้ความหมายของการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลแตกต่างกันตามลักษณะของการศึกษา ดังนี้

จินคาร์ตัน พิมพีตติ (2544) ศึกษากระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ให้ความหมายของการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การที่แพทย์พิจารณาให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทเข้าพักรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป

วินสัน ริช สเปนรี่ ซาซและแมคนามารา (Vinson, Rich, Sperry, Shah & McNamara, 1990) ศึกษาการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายวัยสูงอายุ ให้ความหมายการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเข้าพักรักษาภายในโรงพยาบาลภายในช่วงเวลา 90 วัน หลังจำหน่าย

อเล็กซี่ เอลนิทสกีและนิโคล (Alexy, Elnitsky & Nichols, 1996) ให้ความหมายของการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภายในระยะเวลา 1 ปี หลังจำหน่าย

แอสตันและเวรีย (Ashton & Wray, 1996) ให้ความหมายของการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ป่วยกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลภายในเวลา 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

แอนเดอร์สัน เฮล์มส์ แฮนสันและเดวิดเดอร์ (Anderson, Helms, Hanson & Devider, 1999) ให้ความหมายการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ป่วยกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่ได้วางแผนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ 100 วัน

กองการพยาบาล (2544) และ แอสตันและเวรี่ (Ashton & Wray, 1996) กำหนดการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (Readmission) เป็นเกณฑ์หนึ่งในการวัดคุณภาพการพยาบาลในงานบริการผู้ป่วยใน โดยให้ความหมายของการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ป่วยกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลหลังจำหน่ายได้ 28 วัน ด้วยโรคเดิมจากสาเหตุความไม่รู้วิธีปฏิบัติตนตามการรักษา

ขจร เพ็ญสุพรรณ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ให้ความหมายของการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายกลับเข้าพักรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยซ้ำจากภาวะหัวใจวายในระยะเวลา 1 ปี

จะเห็นว่า งานวิจัยบางเรื่องไม่ได้กำหนดระยะเวลาการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายหลังจำหน่ายเป็นระยะเวลาเท่าใด กำหนดแต่การกลับมารักษาเป็นครั้งที่ 1 หรือ 2 ขึ้นไป และเกณฑ์การประเมินตามระยะเวลาหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย ซึ่งในแต่ละการศึกษามีการให้ความหมายของระยะเวลาในการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลแตกต่างกัน โดยอยู่ในช่วงระหว่าง 28 วันถึง 1 ปี

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย ภายใน 90 วัน โดยไม่ได้นัดหมายล่วงหน้า และมาด้วยภาวะแทรกซ้อนหรืออาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น หายใจลำบากรุนแรง ไอมีเสมหะมาก มีไข้ เป็นต้น ซึ่งระยะเวลาในการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของวินสัน และคณะ (Vinson et al., 1990) ที่ศึกษาการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายวัยสูงอายุ และได้กำหนดระยะเวลาของการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลภายใน 90 วันเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในจังหวัดนครราชสีมาส่วนใหญ่ กลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลาหลัง 28 และภายใน 90 วันเป็นส่วนใหญ่ และเพื่อมิให้เป็นการสูญหายของกลุ่มประชากรที่ศึกษานอกจากนี้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งลักษณะของประชากรของทั้ง 2 งานวิจัยนี้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอยู่ในวัยสูงอายุ ผู้วิจัยจึงกำหนดระยะเวลาในการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลภายใน 90 วัน

### ความถี่ของการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สถิติของการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความแตกต่างกันในแต่ละงานวิจัย จากการศึกษาของ พนิดา ภัทรารุณชัย และคณะ (2548) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการรักษาและปัจจัยบางประการ ต่อจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินต่อปี และจำนวนครั้งเฉลี่ยของการนอนโรงพยาบาลต่อปี ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลนครนายก พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ร้อยละ 49 มีประวัติการนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลร้อยละ 40.3 มีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินต่อปีคือ 3.64 ครั้ง ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลต่อปีคือ 1.89 ครั้ง และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 6.31 วันต่อปี และจากการศึกษาของ คิวและคณะ (Cao et al., 2006) ในเรื่องความถี่ของการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยทำการศึกษาในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 186 รายที่มีอาการของโรคอยู่ในระดับปานกลางและรุนแรง โดยมีการกลับเข้าพักรักษาตั้งแต่ 1 ครั้งหรือมากกว่า สำหรับกรที่มีอาการของโรคกำเริบและเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ทั่วไป พบว่า ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 67 มีการกลับเข้าพักรักษา 1 ครั้งหรือมากกว่า ร้อยละ 46 มีการกลับเข้าพักรักษา 2 ครั้งหรือมากกว่า และร้อยละ 9 มีการกลับเข้าพักรักษา 10-20 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 1 ปี

### ผลกระทบของการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การกลับเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อให้เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นผลมาจากกระบวนการเสื่อมถอยที่ก้าวหน้าของโรค เป็นผลให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบาก ไอมีเสมหะ ซึ่งสาเหตุหลักที่ทำให้ต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล คือ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้เกิดอาการหายใจลำบาก และทำให้จำเป็นต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม จากการศึกษาของจักรี หมัดล่า และคณะ (2546) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง มีอัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 19.38 ผู้ที่กลับเข้าพักรักษาภายใน 28 วัน หลังจากจำหน่ายจะมีอัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 20.55 มากกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าพักรักษาภายใน 28 วัน

2. ผลกระทบด้านจิตใจ การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในขณะที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้เสียความเป็นอิสระของตนเอง มองตนเองด้อยสมรรถภาพ ไม่มีประโยชน์

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัวและสังคม (วราณี เพ็ชรสงฆ์, 2542) เมื่อโรคมืดมีความก้าวหน้าร่างกายเกิดความบกพร่องเพิ่มขึ้น อาการของโรค ยิ่งรุนแรง ความวิตกกังวล ก็จะยิ่งสูงตามไป และมีความทุกข์ทรมานจากการคุกคามของโรค ทำให้รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และบุคลิกภาพ (Engstrom et al., 1996) ผลของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อการดำรงชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอาการหายใจลำบาก จะนำไปสู่ความวิตกกังวล หวาดระแวง กลัว และรู้สึกหมกมุ่นใจ (Barnett, 2005)

3. ผลกระทบด้านสังคม เมื่อผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดอาการหายใจลำบาก จะนำไปสู่การสูญเสียกิจกรรมทางสังคม สูญเสียบทบาทในครอบครัว และสูญเสียความคุ้นเคย ในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Barnett, 2005) ซึ่งผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว ส่วนใหญ่ จะมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทสำคัญ ในชีวิต อาทิ เช่น บทบาทในครอบครัว บทบาททางด้านงานอาชีพ และบทบาทในสังคม ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะแรกอาจต้องงดกิจกรรมเพื่อการสันทนาการไป เมื่อภาวะของโรค ก้าวหน้ามากขึ้น อาจต้องหยุดงานหรือออกจากงานก่อนวัยอันควร ทำให้ต้องสูญเสียอาชีพ และการที่ต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ต้องหยุดงานบ่อย ซึ่งมีผลต่อรายได้ตามมามากด้วย (อัมพรพรรณ ธีรานุตร, 2542)

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง และต้องเสีย ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเมื่อเกิดภาวะคุกคามของโรค จนต้องเข้าพักรักษาใน โรงพยาบาล สำหรับ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่ละราย โดยเฉพาะหากเข้าพักรักษา ในแผนกผู้ป่วยหนักและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 7,000 บาทต่อวันสำหรับ โรงพยาบาลของรัฐ และ 10,000 บาทต่อวัน สำหรับโรงพยาบาลเอกชน โดยที่ต้องพักรักษาตัว อยู่ระหว่าง 2 – 90 วัน เฉลี่ย 14 วันต่อคน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543) ซึ่งจะเห็นได้ว่า มีการสูญเสียงบประมาณของรัฐปีละหลายพันล้านบาท ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศ อีกด้วย

จะเห็นได้ว่าการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แตกต่างกันไป ทั้งในเรื่องของระยะเวลาและความถี่ของการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย ทำให้ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง มีข้อจำกัดในการดำรงชีวิต ด้านจิตใจ มีความทุกข์ ทรมานจากการคุกคามของโรค ด้านสังคม ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัวและ ผู้ดูแล และด้านเศรษฐกิจ จะต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง และต้องเสียค่า รักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเมื่อเกิดภาวะคุกคามของโรคจนต้องเข้าพักรักษาใน โรงพยาบาล และการกลับ

เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น น่าจะเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อภาวะเจ็บป่วยของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงทำให้ต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีการศึกษากันหลากหลายตามบริบทวัฒนธรรมและภาวะเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrew, 1999) เป็นแนวทางในการคัดเลือกตัวแปรต่าง ๆ มาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic State) ประกอบด้วย ภาวะที่มีสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกัน หรือต่อเนื่องกัน ไปตลอดชีวิตของบุคคล โดยมีผู้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพไว้หลากหลาย ดังนี้

โอเร็ม (Orem, 1991) ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพไว้ว่า เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดี คือคนที่มี โครงสร้างสมบูรณ์ และสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งหมายความว่าบุคคลนั้นจะต้องมีพลัง มีความแข็งแรงและไม่มีอาการของการเป็นโรค หรือความทุกข์ทรมาน สามารถดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อม ได้ตามศักยภาพของตน

ปะราลี โอภาสนันท์ (2542) ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพไว้ว่า สภาพร่างกาย จิตใจ และความสามารถในการทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคม

อรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพไว้ว่า เป็นความสมบูรณ์ของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

#### ภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

จากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการตีบแคบของหลอดลม และมีการอุดกั้นของหลอดลมจากเสมหะ ส่งผลให้การระบายอากาศลดลงเป็นผลให้ระดับออกซิเจนในเลือดแดงลดต่ำลง และระดับคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้น ทำให้แรงดันในหลอดเลือดปอดสูงขึ้น ส่งผลให้หัวใจซีกขวาต้องทำงานหนักเพื่อต้านแรงดันที่สูงขึ้น ทำให้เกิดภาวะหัวใจซีกขวาโตและ

รายได้ รวมทั้งมีอาการหายใจลำบาก โดยเฉพาะเวลาที่ต้องออกแรงมากขึ้น ไอเป็นพัก ๆ และอ่อนเพลีย (Debarge, 1992) ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (Anderson, 1991) การนอนหลับพักผ่อนอาจผิดปกติไป เนื่องจากอาการเหนื่อยหอบตอนกลางคืน หรือจากการได้รับยารักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังบางชนิด ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทจึงทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่วงเมื่อถึงเวลานอนหลับ (Anderson, 1991) อาจพบปัญหาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ คือการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ โดยส่วนมากผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวมาตรฐาน ซึ่งเกิดจากอาการหายใจเหนื่อยหอบเป็นระยะ ๆ และอ่อนเพลีย ทำให้ความอยากอาหารลดลงร่วมกับรับประทานอาหารได้น้อย (Anderson, 1991)

จะเห็นได้ว่าจากภาวะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพในระดับรุนแรงจะมีภาวะสุขภาพต่ำกว่าผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพในระดับปานกลางและเล็กน้อย (Hajiro, Nishimura & Tsukino, 2000) ซึ่งภาวะสุขภาพเป็นการตอบสนองต่อการปรับตัวทางด้านร่างกายของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrew, 1999) เพื่อตอบสนองต่อภาวะโรค ซึ่งหากการตอบสนองไม่ได้ผลก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น

จากการศึกษาของเบิร์นและนิโคล (Burns & Nichols, 1991) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ภายใน 60 วัน หลังจากจำหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ บาสาโดริและฟิตเจอร์อัลด์ (Bahadori & FitzGerald, n.d.) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาและการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบของโรค พบว่า ภาวะสุขภาพที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาและการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

#### การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพ สามารถประเมินได้จากภาวะสุขภาพทางด้านกายภาพ และการประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของบุคคล (Hammond & Aoki, 1992 อ้างถึงใน พรทิวา อินทร์พรหม, 2539) ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพทางด้านกายภาพ ได้แก่ การตรวจร่างกายตามระบบ การตรวจอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของร่างกาย ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ น้ำหนักตัว และการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ อุจจาระ การตรวจทางรังสี เป็นต้น

2. การประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ โดยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นความคิดของบุคคลที่รวบรวมขึ้น และสะท้อนถึงการประเมินภาวะสุขภาพทั่ว ๆ ไปของตนเอง การให้บุคคลประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของตนเองมีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง เพราะการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองตามความเป็นจริง บ่งบอกถึงความสนใจต่อตนเอง และทำให้บุคคลมีความเอาใจใส่ต่อการดูแลตนเองตามไปด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการประเมินภาวะสุขภาพ ดังนี้

เบิร์กเนอร์ (Bergner, 1976) ใช้เครื่องมือ The Sickness Impact Profile (SIP) ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ และบทบาทหน้าที่ในสังคม โดยจะประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ 12 ด้าน ได้แก่ การลุกเดิน การดูแลร่างกายและการเคลื่อนไหว การเคลื่อนที่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม พฤติกรรมด้านการเรียนรู้ การใช้ความคิดและสติปัญญา การสื่อสาร การทำงาน การนอนหลับ และการพักผ่อน การรับประทานอาหาร การทำงานและการจัดการต่าง ๆ ภายในบ้านและกิจกรรมเพื่อความบันเทิงและพักผ่อนหย่อนใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 136 ข้อ

แฮมมอนด์และ โอกิ (Hammond & Aoki, 1992 อ้างถึงใน พรทิวิา อินทร์พรหม, 2539) ประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ตามบทบาทของบุคคล โดยแบบวัดภาวะสุขภาพนี้ สอบถามถึงการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตนเองในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาในด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ ด้านอาการและอาการแสดงที่เฉพาะของโรค และอาการแสดงทั่วไป ด้านจิตใจหรือทัศนคติเกี่ยวกับโรค และด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคมและความผาสุกในชีวิต

อรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) พัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพมาจากแบบวัดภาวะสุขภาพ The Sickness Impact Profiles (SIP) ของดีโย และคณะ (Deyo et al., 1982 อ้างถึงใน อรุณรัตน์ กาญจนะ, 2545) โดยการประเมินภาวะสุขภาพครอบคลุมด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคม และด้านอื่น ๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ จำนวนทั้งหมด 23 ข้อ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ได้แก่ การลุกเดิน การดูแลร่างกายและการเคลื่อนไหว และการเคลื่อนที่
2. ด้านจิตใจและสังคม ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม พฤติกรรมด้านการเรียนรู้ การใช้ความคิดและสติปัญญา การสื่อสาร

3. ด้านอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ การทำงาน การนอนหลับ การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การทำงานและการจัดการต่าง ๆ ในบ้าน กิจกรรมเพื่อความบันเทิงและพักผ่อนหย่อนใจ

ซึ่งอรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) ได้นำแบบประเมินดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .82

สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพัฒนาแบบประเมินมาจากแบบประเมินภาวะสุขภาพของ อรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) โดยในการศึกษาครั้งนี้การประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดขอบเขตของการศึกษาภาวะสุขภาพไว้เพียงภาวะสุขภาพทางกายเท่านั้น เพื่อไม่ให้มีการซ้ำซ้อนกับตัวแปรอื่น ๆ ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และมีแนวคิดที่ ภาวะสุขภาพคือ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งประเมินตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเอง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ โดยครอบคลุมการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและด้านอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การลุกเดิน การดูแลร่างกาย การเคลื่อนไหว การประกอบอาชีพ การนอนหลับ การพักผ่อน การรับประทานอาหาร และการทำงานบ้าน

#### ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นภาวะทางอารมณ์ที่มนุษย์ทุกคนประสบอยู่เสมอในชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อ บุคคลประเมินสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกว่าเป็นสิ่งคุกคามความมั่นคงปลอดภัยของร่างกายและชีวิต ทำให้บุคคลตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม โดยปฏิกิริยาด้านร่างกายและจิตใจ ความวิตกกังวลจึงมีบทบาทสำคัญต่อการปรับตัวของบุคคล ซึ่งได้มีการศึกษากันอย่างกว้างขวางและให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

สปีลเบอร์เกอร์ กอร์ซุชส์และลูเซเน (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1967) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง ทำให้บุคคลมีความตึงเครียด หวั่นวิตก กระวนกระวาย และมีการกระตุนการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ต่อมาบุคคลจะใช้กลไกทางจิต หรือวิธีการเผชิญปัญหา เพื่อลดความวิตกกังวล

ซุง (Zung, 1971) กล่าวว่า ความวิตกกังวลอาจเป็นเพียงระดับความรู้สึกจากภายใน ช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ของบุคคล เช่น รู้สึกกระวนกระวายใจเล็กน้อย ไปจนกระทั่งถึงระดับที่มี



ความคิดปกติซึ่งประกอบไปด้วยกลุ่มลักษณะของอาการและอาการแสดงของสภาพปัจจุบัน ซึ่งสามารถวัดเป็นปริมาณความหนาแน่นของความวิตกกังวลได้

แอทกินสันและคอห์น (Atkinson & Kohn, 1986, p.64) กล่าวว่าความวิตกกังวล เป็นภาวะที่มีความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ เป็นความรู้สึกกลัว หวาดหวั่นใจ รู้สึกไม่มั่นคง ต่อสิ่งที่เกิดขึ้นหรือกลัวต่อสิ่งคุกคามความรู้สึกนึกคิด

เบิร์นและเอกซ์เทรน (Bourne & Ekstrand, 1982) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะ ที่แสดงออกถึงความหวาดกลัวต่อสิ่งที่กำลังเผชิญ ไม่เจาะจงว่าเป็นบุคคลหรือสถานการณ์ใด ๆ

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539, หน้า 154) กล่าวว่า การมีความรู้สึกกลัว หวาดหวั่น ใจคอ ไม่สบาย เกิดขึ้นเองโดยไม่ปรากฏสาเหตุหรืออาจมีสาเหตุแต่ไม่สมเหตุสมผล มักมีอาการทางกาย ร่วมด้วย ความวิตกกังวลต่างจากความกลัวโดยมีสาเหตุจากภายนอกชัดเจน ความวิตกกังวล ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ไม่ถือว่าเป็นความคิดปกติ

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของ ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึก ไม่สบายใจ หวาดหวั่นและหวาดกลัวต่อสิ่งที่บุคคลประเมินว่าคุกคามตนเอง

#### สาเหตุการเกิดความวิตกกังวล

มีทฤษฎีที่อธิบายการเกิดความวิตกกังวล (ฮาไพวรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541, หน้า 141-142)

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ แบ่งออกเป็น ด้านกายภาพของระบบประสาท (Neuroanatomical Factors) พบว่า บางคนมีลักษณะทางกายภาพของระบบประสาทบกพร่องมาแต่กำเนิด ส่งผลให้การ สื่อสารทางชีวเคมีบางอย่างแตกต่างจากผู้อื่น จึงกระตุ้นให้ตื่นตระหนกได้ง่าย และด้านชีวเคมี (Biochemical Factors) บางคนไวต่อสารบางอย่าง เช่น คาเฟอีน แอลกอฮอล์ พบว่าคนที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงถูกกระตุ้นให้เกิดอาการตื่นตระหนกได้ง่าย

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม แบ่งออกเป็น

2.1 ด้านจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) อธิบายถึงกระบวนการทำงานของ จิตใจมนุษย์ในระดับจิตใต้สำนึก ส่วนที่เรียกว่า Id ซึ่งเป็นความต้องการแรงขับ (Impulse) และส่วน ที่เรียกว่า Superego ซึ่งเป็นความต้องการของความมีคุณธรรม เกิดความขัดแย้งกับระบบของจิตใจ ส่วนที่เรียกว่า Ego ซึ่งเป็นแกนสำคัญในการจัดการกับความขัดแย้ง ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการ ได้ ทำให้บุคคลแสดงความขัดแย้งของจิตใจในระดับจิตใต้สำนึกออกมาเป็นกลไกทางจิตในการ ป้องกันตนเอง (Ego Defense Mechanism) ที่บกพร่อง มีผลให้เกิดเป็นความวิตกกังวลในลักษณะ ต่าง ๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

2.2 ด้านการเรียนรู้ (Cognitive-Behavioral Theory) ในการดำเนินชีวิตตามปกติ ของมนุษย์ต้องมีการเรียนรู้และปรับตัวตามสิ่งที่เรียนรู้ตลอดเวลา จำเป็นต้องมีความสามารถในการ

การประมวลความคิด เมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งที่ตนเองรู้สึกว่าเป็นอันตรายในบางคนไม่มั่นใจ  
ในวิธีการที่ตนเองเลือกใช้ในการเผชิญกับสิ่งคุกคาม จึงส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง  
(มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

#### ระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลเผชิญต่อภาวะคุกคาม จะเกิดความวิตกกังวล มีการประเมินเหตุการณ์แตกต่างกัน ทำให้มีระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลในระดับต่าง ๆ กัน และมีผลต่อการรับรู้ของบุคคลโดยตรง ขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ๆ เพปเปลาว (Peplau, 1963 cited in Kemp & Hatmaker, 1989, pp. 328-329) แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับตามความรุนแรงและได้อธิบายถึงผลกระทบต่อบุคคล ดังนี้

1. ความวิตกกังวลในระดับต่ำ (Mild Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้บุคคลตื่นตัว มีการรับรู้กว้างขึ้น สามารถมองเห็น ได้ยิน และมีความเข้าใจมากกว่าที่เป็นอยู่ เป็นแรงจูงใจในการเรียนและมีความคิดสร้างสรรค์
2. ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) มีผลทำให้การรับรู้ของบุคคลแคบลง และจำกัดอยู่เฉพาะสิ่งที่กำลังมองเห็น ได้ยิน และเข้าใจในขณะนั้น ความสามารถในการคิดน้อยลง แต่สามารถมีความตั้งใจมากขึ้น ถ้ามีการชี้แนะ
3. ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe Anxiety) ความสามารถในการรับรู้จะน้อยลงมาก เหลือเพียงจุดสนใจเป็นพิเศษเท่านั้น ไม่สามารถคิดเกี่ยวกับสิ่งอื่น ๆ ได้เลย พฤติกรรมที่แสดงออกเป้าหมายเพื่อลดความวิตกกังวลและต้องการการชี้แนะเป็นอย่างมาก
4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic Anxiety) เมื่อมีความวิตกกังวลจนถึงระดับรุนแรง การรับรู้จะผิดไปจากสภาพความเป็นจริง เพราะมีการสูญเสียการควบคุม ไม่สามารถกระทำตามสิ่งที่ชี้แนะได้ ไม่รับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นภายนอก บุคลิกภาพจะผิดปกติกว้าง มีผิดปกติทางความคิด สูญเสียความคิดที่มีเหตุผล ความสามารถในการติดต่อกับบุคคลอื่นลดลง การเรียนรู้จะเสียไป หากมีความวิตกกังวลระดับรุนแรงเป็นเวลานาน ๆ จะเป็นเหตุให้มีความอ่อนล้าและเสียชีวิตในที่สุด

#### การตอบสนองของบุคคลเมื่อมีความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลเผชิญต่อสิ่งคุกคามที่บั่นทอนความมั่นคงปลอดภัยหรือระบบของบุคคล และทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น บุคคลจะตอบสนองต่อความรู้สึกดังกล่าว ทางด้านร่างกาย (Physiological Response) และทางด้านพฤติกรรมตอบสนองทั้งภายในและภายนอก (Internal behavior Response and External Behavior Response) (Roy & Andrew, 1999) ดังนี้

## 1. การตอบสนองทางด้านร่างกาย

ระบบต่าง ๆ ของร่างกายเกิดการปรับตัวเพื่อช่วยให้บุคคลมีพลังงานเพิ่มขึ้น การที่จะสู้หรือถอยต่อสิ่งที่คุกคามนั้น โดยความวิตกกังวลจะไปกระตุ้นการทำงานของไฮโปทาลามัส ให้กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งจะไปกระตุ้น Adrenal Medulla ให้หลั่ง Adrenaline ทำให้มีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ความตึงตัวของกล้ามเนื้อและการหดตัวของหลอดเลือด นอกจากนี้ยังมีการกระตุ้น Adrenal Cortex ให้หลั่ง Cortisol ทำให้มีการสร้างกลูโคสเพิ่มขึ้น

## 2. การแสดงออกทางด้านพฤติกรรมตอบสนอง แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1 พฤติกรรมตอบสนองภายใน บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะแสดงออกทางด้านพฤติกรรมตอบสนองภายใน เช่น ความตึงเครียด ตื่นตัวมากขึ้น ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อตึงตัว ไม่มีสมาธิ กลัว ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ไม่แน่ใจ ประสาทหลอน รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า หัวใจเต้นแรง เมื่ออาหาร สับสน แยกตัว เป็นต้น

2.2 พฤติกรรมตอบสนองภายนอก บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะแสดงออกด้านพฤติกรรมตอบสนองภายนอก เช่น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น มีกล้ามเนื้อสั่น อาเจียน ปัสสาวะบ่อย ม่านตาขยาย เสียสมาธิง่าย ร้องไห้ กระวนกระวาย ท้องเสีย ท้องผูก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเย็น เป็นต้น

**ความวิตกกังวลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล**  
ภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ผู้ป่วยจึงปกป้องตนเองโดยการแยกตัวเอง หลีกหนี หรือสะกดกลั้นความรู้สึกต่าง ๆ ซึ่งยังมีความวิตกกังวลสูงจะมีแนวโน้มของการดูแลตนเองต่ำ (ประสพสุข อินทรักษา, 2534) จากการศึกษาของนพพร เชาวะเจริญ (2540) ได้ทำการศึกษานำร่องผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 10 ราย เป็นผู้ป่วยเพศชาย 9 คน และเพศหญิง 1 คน อายุมากกว่า 53 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ระดับ 3 และ 4 ทุกรายได้รับยาขยายหลอดลมและไม่เคยฝึกการผ่อนคลายมาก่อน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 43-65 คะแนน (คะแนนเต็ม 80 คะแนน) จะมีความรู้สึกหายใจลำบากอยู่ระหว่าง 50-100 คะแนน (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) และยังมีความวิตกกังวลมากอาการหายใจลำบากก็เพิ่มมากขึ้นด้วย อธิบายได้ว่าเมื่อเกิดความวิตกกังวลจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก มีผลทำให้เพิ่มอัตราการหายใจ การเต้นของหัวใจ การหลั่งสารอาหาร ความต้องการใช้ออกซิเจน มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งเป็นเหตุให้อาการหายใจลำบากรุนแรงมากยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่าจากภาวะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากได้บ่อยครั้ง ส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แสดงออกเป็นความวิตกกังวล โดยความวิตกกังวล เป็นการตอบสนองต่อการปรับตัวทางด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrew, 1999) เพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งความมั่นคง ปลอดภัย ของตนเอง ในสภาพการณ์ต่างๆ และตอบสนองต่อภาวะโรค ซึ่งหากการตอบสนองไม่ได้ผลก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น

จากการศึกษาของกัคมันด์สันและคณะ (Gudmundsson et al., 2005) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

#### การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นพฤติกรรมทางด้านอารมณ์ ที่มีการแสดงออกที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ได้มีผู้สร้างเครื่องมือในการประเมินความวิตกกังวลหลายรูปแบบ ดังนั้น เพื่อให้ทราบถึงความวิตกกังวลของแต่ละบุคคล ได้ถูกต้อง จึงมีการประเมินความวิตกกังวลเป็น 3 วิธี ดังนี้ คือ (McFarland & McFarland, 1993; Staurt & Sundeen, 1983)

1. การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต การขยายตัวของรูม่านตา และการมีเหงื่อออก เป็นต้น
2. การสังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นการสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสาร โดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ความสอดคล้องของการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ ความจำ การเรียนรู้ที่ง่าย ๆ หรือซับซ้อน
3. แบบวัดความวิตกกังวล ใช้ประเมินพฤติกรรมตอบสนองภายในเพื่อสอบถามถึงความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล ซึ่งแบบสอบถามมีหลายแบบ เช่น แบบวัดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของซิกมอนด์และสแนช (Hospital Anxiety Depression Scale: HADS) แบบวัดระดับความวิตกกังวลของซุง (The Zung Self-Rating Anxiety Scale) แบบวัดความวิตกกังวลของเบค (The Beck Anxiety Inventory: BAI) และแบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอเกอร์ (The State-Trait Anxiety Inventory: STAI) เป็นต้น (McDowell, 2006)

### ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้มาก ทั้งในบุคคลทั่วไป ผู้ป่วยด้วยโรคทางกายและผู้ป่วยจิตเวช ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของคนเรา ตั้งแต่ระดับปกตินจนถึงมีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไขจะทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมา (Brickhead, 1989 อ้างถึงใน เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544) มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้หลายความหมาย ดังต่อไปนี้

เบค (Beck, 1972) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โดดเดี่ยว ซึมเศร้า หงอยเหงา มีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ มีพฤติกรรมลดถอยลงโทษตัวเอง ทำร้ายตนเอง และอยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แรงจูงใจทางเพศลดลง มีกิจกรรมหรือพฤติกรรมแตกต่างไปจากเดิม เป็นมากขึ้นหรือเป็นน้อยลง

กิลเลทท์ (Gillett, 1991) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ภายนอกหรือภายในของบุคคล โดยภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยจะมีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาตอบสนองจากสถานการณ์ภายนอก ส่วนภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะมีสาเหตุจากพันธุกรรมหรือปัจจัยทางชีวเคมี

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2536) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นสภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกคุณค่าต่ำ ต่ำหนืดตนเอง โดยความรู้สึกเหล่านี้จะคงอยู่เป็นเวลานานและเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

กนกศรี จาคเงิน (2543) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะผิดปกติทางจิตใจที่แสดงออกทางอารมณ์ที่เกิดจากการสูญเสีย ความคับข้องใจ ภาวะของโรค ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข รู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

พิชิตา ตัญญบุตร (2544) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้าโศก ไม่มีความสุข รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีชีวิตชีวา พลังงานในการทำงานลดลง และมองโลกในแง่ร้าย

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2543) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีคดมน เบื่อหน่าย หดหู่ จิตใจอ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า ในที่สุดอาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเอง

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง

## สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ได้มีผู้อธิบายไว้หลายประการ ซึ่งขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎี ซึ่งได้อธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันไป ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

1. สาเหตุจากการมีความผิดปกติทางชีวภาพ (Biological Models) โดยมีอิทธิพลของพันธุกรรมมาเกี่ยวข้อง เชื่อกันว่า ศูนย์ควบคุมการทำงานในร่างกาย (Inner Control) ทำงานมากขึ้นในภาวะอารมณ์คึกคัก (Mania) และทำงานลดลงในภาวะซึมเศร้า ซึ่งความผิดปกติทางชีวิตนั้นได้แก่ ความไม่สมดุลของสาร Biogenic Amine ในเซลล์ประสาท

## 2. สาเหตุทางด้านจิตใจและสังคม (Psychosocial Models)

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) เชื่อว่าผู้ที่สูญเสียบุคคลที่รักจะรู้สึกเหมือนตัวเองถูกทอดทิ้ง ทำให้มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการที่มีความรักและความเกลียดต่อบุคคลใด เมื่อสูญเสียบุคคลนั้นไป ส่วนของความเกลียดได้ย้อนกลับมาสู่ตัวเอง ทำให้เกิดความรู้สึกผิดและเกิดภาวะซึมเศร้า

2.2 รูปแบบความคิด แอรอน เบค (Aron Beck) อธิบายว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากการเรียนรู้รูปแบบความคิดที่ทำให้ตนเองเกิดความเศร้าได้ง่าย เรียกว่า Cognitive Traid ได้แก่

2.2.1 การมองตนเองในแง่ลบ มักคิดว่าตนเองไม่สมบูรณ์ มีข้อบกพร่อง

2.2.2 การแปลประสบการณ์ในแง่ลบ มองปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นอุปสรรค ทำให้ไม่สามารถบรรลุความสำเร็จจนหมดความพยายาม หมดความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

2.2.3 การมองอนาคตในทางลบ มักจะกังวลล่วงหน้าว่า ความยุ่งยากในปัจจุบันคงต่อเนื่องไปไม่มีที่สิ้นสุด รู้สึกถึงความยากลำบากที่ต้องเผชิญ เกิดความคับข้องใจตลอดเวลา

จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุจากหลาย ๆ ประการ ปัจจัยที่ผสมผสานกัน ได้แก่ ด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ สภาพสังคมและวัฒนธรรมที่บีบคั้น และมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งเรียกปัจจัยเหล่านี้ว่า Biopsychosocial Factor ซึ่งเป็นได้ทั้งปัจจัยเสริม (Predisposing) ปัจจัยเร่ง (Precipitating) และปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง (Prepetuating) โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (กมลทิพย์ แก้วพรหม, 2545, หน้า 50-57)

อาการแสดงทางคลินิก (Clinical Presentation) ตามหลักการ จากคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (Diagnosis and Statistical Mental Disorder Fourth Edition: DSM-IV) (American Psychiatric Association [APA], 2000) มีหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. มีอารมณ์เศร้า เกือบตลอดทั้งวัน
2. ความกระตือรือร้น และความสนุกสนานในกิจกรรมที่เคยทำทั้งหมด หรือเกือบทั้งหมดลดลงอย่างมากเกือบตลอดทั้งวัน
3. น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน โดยมีน้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นทั้ง ๆ ที่ไม่ได้ควบคุมอาหารหรือลดน้ำหนัก
4. มีอาการนอนไม่หลับ หรือหลับบ่อยมาก หรือหลับนานผิดปกติ
5. การเคลื่อนไหวของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป โดยมีอาการกระวนกระวายหรือเคลื่อนไหวช้าลง รวมทั้งความคิดช้าลงหรือฟุ้งซ่านมากขึ้น
6. อ่อนเพลีย ไม่มีแรงเกือบทุกวัน
7. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือมีความรู้สึกที่ตนเองผิดและตำหนิตัวตนเอง
8. ความสามารถในการคิดถดถอย หรือสมาธิไม่ดี หรือไม่สามารถตัดสินใจได้
9. คิดเรื่องความตายซ้ำ ๆ หรือคิดเรื่องการฆ่าตัวตาย โดยอาจจะไม่มีแผนการที่แน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือวางแผนฆ่าตัวตาย

โดยกำหนดว่า จะต้องมีอาการอย่างต่ำ 5 อาการ ในกลุ่มอาการทั้งหมดข้างต้น และเกิดอาการติดต่อกันอย่างต่ำ 2 สัปดาห์ และอย่างน้อยจะต้องมีอาการข้อ 1 หรืออาการข้อ 2 (แซนดร้า ซาลแมน, 2543, หน้า 3-4)

#### ระดับของภาวะซึมเศร้า

สมาคมแพทยอเมริกัน (APA, 2000) ได้แบ่งระดับความรุนแรงไว้ 3 ระดับ คือ

1. ระดับอ่อน (Mild Depression) อาการซึมเศร้าอย่างอ่อน คือ ภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นจิตใจหม่นหมอง ซึ่งอาจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวเมื่อเกิดเหตุการณ์ เช่น การสูญเสียบุคคลหรือสิ่งของมีค่าและมีความหมายต่อตนเอง เมื่อพ้นระยะนี้แล้วสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้
2. ระดับปานกลาง (Moderate Depression) คือ ภาวะของอารมณ์ที่รุนแรงกว่าระดับอ่อน ประสิทธิภาพการทำงานลดลงกว่าเดิม ซึ่งกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้
3. ระดับรุนแรง (Severe Depression) คือ ภาวะของอารมณ์ที่ซึมเศร้าอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั่ว ๆ ไป อย่างเห็นได้ชัด เช่น ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้ การทำงานขาดประสิทธิภาพ มีอารมณ์เพ้อฝัน หลงผิด ประสาทหลอน อาจมีความคิดทำลายตนเอง เนื่องจากอาการหลงผิดประสาทหลอนได้

### ผลของภาวะซึมเศร้า

คนที่มีความซึมเศร้าจะรู้สึกได้ว่า ทุกสิ่งทุกอย่างในโลกนี้ไม่สวยงาม มีแต่ความเศร้าหมอง ผลที่เกิดจากความซึมเศร้าอาจจะมาก หรือน้อย ก็ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความซึมเศร้า แต่ในบางครั้งอาการซึมเศร้าอาจจะไม่สามารถสังเกตเห็นได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physiological Change) อาการต่าง ๆ อาจเปลี่ยนแปลงเพียงอย่างเดียว หรือเปลี่ยนหลายอย่างพร้อมกันก็ได้ ซึ่งอาจเกิดความรู้สึกว่าอวัยวะผิดปกติ จนต้องไปพบแพทย์ด้วยอาการต่าง ๆ เช่น

1.1 เหนื่อยง่าย อ่อนเพลียโดยไม่ทราบสาเหตุ แบบแผนการนอนเปลี่ยนไป นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากกว่าเก่า แต่รู้สึกยังไม่พอ

1.2 มีอาการท้องผูกหรือว่าถ่ายลำบากบ่อย ๆ

1.3 เบื่ออาหาร ทำให้น้ำหนักลดลงกว่าปกติ

1.4 มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประจำเดือน เช่น ประจำเดือนมาน้อยกว่าปกติ หรือไม่มา หรือมาไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น

1.5 กล้ามเนื้อไม่มีแรง เคลื่อนไหวช้า เดินช้า

1.6 ความต้องการทางเพศลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Change) ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีอาการทางจิต ดังนี้

2.1 จิตใจหดหู่ เศร้าหมอง ไม่สดชื่น

2.2 มักทำอะไรไม่ได้ สับสน ตึงเครียด ไม่แน่ใจ และไม่มั่นใจในตัวเอง

2.3 ไม่มีสมาธิ มีความสนใจสั้น ไม่สามารถสนใจอะไรได้นาน ๆ

2.4 ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความรู้สึกที่ตัวเองไร้ค่า ไม่มีความหมาย

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ (Emotional Change) การเปลี่ยนแปลงจะขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค ส่วนใหญ่จะมีความกลัวและความวิตกกังวลร่วมด้วย ทำให้ไม่สามารถสงบจิตใจได้

ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มากเกินไป เป็นผลเสียทำให้เหนื่อยหอบ ใช้ออกซิเจนมากขึ้น จากการศึกษาของสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537, หน้า 344) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในทุก ๆ ด้าน เช่น การเดิน การมีกิจกรรม การเข้าสังคม พฤติกรรมการใช้เวลาว่าง



ให้เป็นประโยชน์ การติดต่อสื่อสาร และการทำงานอาชีพ ซึ่งเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากและเหนื่อยล้าเรื้อรัง ซึ่งการที่ต้องอยู่กับอาการหายใจลำบากที่รุนแรง และเรื้อรังนั้น มักเกิดความรู้สึกซึมเศร้า หดหวัง และขาดการช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของกิฟท์และคาร์ฮิลล์ (Gift & Cahill, 1990, pp. 252-257) ที่ศึกษาความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และอาการทางกายขณะที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรงและไม่รุนแรง พบว่า ในขณะที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรงจะมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ ระดับคาร์บอนไดออกไซด์และคอรีติซอลในเลือดเพิ่มขึ้นและมีระดับความซึมเศร้าสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่าจากภาวะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากได้บ่อยครั้ง ส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แสดงออกเป็นภาวะซึมเศร้าได้ โดยภาวะซึมเศร้า เป็นการตอบสนองต่อการปรับตัวทางด้านอ้อมโนทัศน์ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrew, 1999) เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง จะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ไม่มีประโยชน์ ขาดความสามารถในการกระทำใด ๆ ทำให้บุคลิกขาดความสุขในการดำเนินชีวิต ซึ่งหากการตอบสนองไม่ได้ผลก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น

จากการศึกษาของเบิร์นและนิโคล (Burns & Nichols, 1991) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลภายใน 60 วัน หลังจากจำหน่าย แต่จากผลการศึกษาของเฉินและนาซาเวจ (Chen & Narsavage, 2005) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในไต้หวัน พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจากจำหน่ายภายใน 14 วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุดมันด์สัน และคณะ (Gudmundsson et al., 2005) และพีโดร และคณะ (Pedro et al., 2006) พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

#### การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องที่ทำได้ไม่ถนัดนัก เพราะเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล แต่ในปัจจุบัน ได้มีวิธีการประเมินภาวะซึมเศร้าหลายวิธี แต่ในที่นี้จะกล่าวถึง 3 วิธี คือ

1. การประเมินด้วยตนเอง (Self-Rating Scale) เช่น แบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory: BDI) แบบวัดภาวะซึมเศร้า RADS (Reynold's Adolescent Depression Scale) แบบวัดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของซิกมอนด์และสแนช (Hospital Anxiety Depression Scale: HADS) และแบบวัดภาวะซึมเศร้าซีอีเอส-ดี (Center for Epidemiological Studies Depression Scale: CES-D) เป็นต้น (Varcarolis, 2002)

2. การประเมิน โดยผู้รักษา (Physician- Rated Scales) ได้แก่ การใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV (Diagnosis and Statistical Mental Disorder Fourth Edition) (APA, 2000) หรือการใช้เครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยา (Psychological Test) เป็นต้น

3. การวัดพฤติกรรมแบบปรนัย (Objective Behavior Measures) ซึ่งเป็นการวัดพฤติกรรมภายนอกที่สังเกตและวัดได้ โดยเลือกสังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและสังเกตความถี่ของพฤติกรรมและบันทึกไว้ เช่น การเคลื่อนไหว การร้องไห้ เป็นต้น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของซิกมอนด์และสแนช (Hospital Anxiety Depression Scale: HADS) (Zigmond & Snaith, 1983 cited in McDowell, 2006) ซึ่งออกแบบเพื่อคัดกรองอารมณ์แปรปรวนปัจจุบันในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาแบบประเมินนี้เหมาะที่จะใช้กับกลุ่มประชากรทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล สามารถแยกอาการป่วยทางจิตเวชออกจากอาการป่วยทางด้านร่างกาย และบ่งบอกลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งวัดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยรายการในแบบประเมินจะเน้นที่การประเมินสิ่งรบกวนทางอารมณ์มากกว่าอาการทางด้านร่างกาย แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านความวิตกกังวล 7 ข้อ และการวัดภาวะซึมเศร้า 7 ข้อ มีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ คือ 0 คะแนน ถึง 3 คะแนน โดยคะแนนรวมในแต่ละด้านเท่ากับ 0-21 คะแนน โดยมีการนำแบบสอบถามนี้ไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและผู้ติดเชื้อ HIV ซึ่งด้านความวิตกกังวลได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง .82-.89 และด้านภาวะซึมเศร้าได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง .79-.89 (Johnston, Pollard & Hennessey, 2000 cited in McDowell, 2006) ส่วนประโยชน์และข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ เป็นแบบประเมินที่สั้น ๆ และง่ายสำหรับการคัดกรองความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในแบบประเมินที่ไม่ซับซ้อน และเป็นคำถามที่ไม่คุกคามจิตใจ เช่น ไม่ถามถึงอาการรุนแรง ซึ่งจะเป็นการรบกวนทางจิต (นารีพิมพ์เป้าธรรม, 2545)

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง  
การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อความพยายามในการกระทำให้ตนเอง  
ประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวังไว้ ซึ่งได้มีการให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง  
ไว้หลากหลาย ดังนี้

ซังค์ (Schunk, 1983) ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า  
เป็นการตัดสินความสามารถในการแสดงพฤติกรรมของตนเองว่าจะกระทำได้ดีเพียงใด และ  
การรับรู้ความสามารถของตนเองนี้มีผลต่อการเลือก การกระทำ ความพยายาม และความอดทน  
ต่อความยากลำบากเพื่อให้การกระทำนั้นประสบความสำเร็จ

กัสเคย์ และพาสซาโร (Guskey & Passaro, 1994) ให้ความหมายของการรับรู้  
ความสามารถของตนเองว่า เป็นคุณลักษณะส่วนตัวของบุคคลที่มีผลทำให้บุคคลนั้นสามารถ  
กระทำพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เบนสันและทิปเปตส์ (Benson & Tippetts, 1995) ให้ความหมายของการรับรู้  
ความสามารถของตนเองว่าเป็นความเชื่อมั่นในตนเองของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถ  
ที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ประสบความสำเร็จเพียงใด

แบนดูรา (Bandura, 1997) ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า  
เป็นความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของบุคคลที่จะบริหารและจัดการเพื่อให้กิจกรรมนั้นบรรลุ  
ผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง  
หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง  
ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) สามารถ  
ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ให้เกิดขึ้นได้ ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experience)  
เป็นแหล่งข้อมูลแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพล และมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการรับรู้  
ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงที่บุคคลได้รับจากการที่ตนเองกระทำ  
ได้สำเร็จ การที่บุคคลกระทำและประสบความสำเร็จด้วยตนเองหลาย ๆ ครั้ง จะส่งผลให้บุคคลรับรู้  
ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น และหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น  
จากการกระทำที่ได้ใช้ความพยายามจนประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะกระทำ  
พฤติกรรมต่าง ๆ

2. การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences) เป็นการได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนกระทำพฤติกรรมใด ๆ แล้วประสบกับความสำเร็จ จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม และทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น เนื่องจากบุคคลมีการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองเปรียบเทียบกับความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลอื่น

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) เป็นการพูดให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมประสบความสำเร็จได้ การชักจูงด้วยคำพูดเป็นวิธีง่ายที่จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองและใช้ทั่ว ๆ ไป คำพูดที่ใช้จะเป็นในลักษณะที่ชักจูง แนะนำ อธิบาย ชื่นชม ทำให้เกิดกำลังใจ ซึ่งมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมในระยะสั้น ๆ ถ้าจะให้ได้ผลควรใช้ร่วมกับการให้บุคคลได้รับประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective States) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การมีสภาวะร่างกายแข็งแรง มีภาวะสุขภาพที่ดี จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น แต่หากบุคคลมีสภาวะที่ร่างกายอ่อนแอหรือมีการเจ็บป่วย เช่น อากาศเจ็บปวด เหนื่อยล้า ไม่สบาย เป็นต้น จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ส่วนสภาวะด้านอารมณ์ อารมณ์ทางบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้าม อารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองลดลงและมักจะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ดังนั้นในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง จึงควรสนับสนุนให้บุคคลมีสภาวะร่างกายและอารมณ์อยู่ในภาวะปกติพร้อมต่อการกระทำพฤติกรรม

**การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล**

จากภาวะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถูกจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงนั้น ทำให้ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ส่งผลให้การดูแลตนเองต่ำและอาการของโรคกำเริบขึ้นได้ ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะเป็นแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ของอาการหายใจลำบาก สามารถทำกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการหายใจลำบากหรือฝึกเทคนิคต่าง ๆ ในการจัดการ ภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ได้ดีขึ้น (นันทิยา ไพศาลบรรศรี, 2550) และผู้ที่เป็น โรคปอด อุดกั้นเรื้อรังที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหาในระดับสูงจะมีความสามารถในการทำกิจกรรม

และมีความทนทานต่ออาการหายใจลำบากได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงอยู่ในระดับเดียวกัน (Steele & Shaver, 1992) ดังนั้นหากผู้ที่เป็โรคนอดูดกัันเรื้อรัง มีอาการหายใจลำบากลดลงแล้ว การกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลก็จะลดลงด้วย

จะเห็นได้ว่าจากภาวะของโรคนอดูดกัันเรื้อรัง อาจส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ที่เป็นโรคนอดูดกัันเรื้อรัง โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตอบสนองต่อการปรับตัวทางด้านอัตมโนทัศน์ด้านร่างกายของผู้ที่เป็นโรคนอดูดกัันเรื้อรัง ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrew, 1999) ซึ่งเป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองด้านร่างกาย ถ้าหากการตอบสนองไม่ได้ผลก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของเชนและนาซาเวจ (Chen & Narsavage, 2005) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคนอดูดกัันเรื้อรังในได้หวั่น โดยทำการศึกษาในผู้ที่เป็โรคนอดูดกัันเรื้อรัง พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

#### การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง

เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคล ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์หรือทักษะที่ประสบความสำเร็จในอดีต จึงทำให้แต่ละบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการแสดงออกของพฤติกรรมที่แตกต่างกัน จึงต้องมีการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองของตนเองขึ้น โดยแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้กล่าวถึง การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองว่ามี 2 ขั้นตอน คือ ขั้นแรกประเมินความเชื่อมั่นว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จหรือไม่ ขั้นที่ 2 ให้ประเมินระดับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถวัดได้จากความคาดหวังในความสามารถของบุคคลที่มีความแตกต่างกันใน 3 มิติ คือ

1. มิติตามขนาด (Magnitude) เมื่อภารกิจถูกจัดอันดับตามความยากง่าย ความคาดหวังในความสามารถของแต่ละบุคคล อาจถูกจำกัดอยู่ในภารกิจที่ง่ายกว่า แล้วย่อย ๆ ขยับสู่ภารกิจที่ยากกว่า หรือแม้กระทั่งการกระทำที่ยากมาก ๆ ด้วย
2. มิติความเป็นสากล (Generality) ประสบการณ์บางอย่างก่อให้เกิดความคาดหวังในความสามารถของบุคคลในเรื่องที่เฉพาะเจาะจง ในขณะที่บางประสบการณ์ก่อให้เกิดความคาดหวังในความสามารถของบุคคลที่ขยายไปในเรื่องที่ยากกว่า
3. มิติความแข็งแกร่ง (Strength) ความคาดหวังที่มีความอ่อนแอจะถูกทำลายไปได้ง่าย ๆ หากบุคคลประสบกับสถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ส่วนบุคคลใดที่มีความคาดหวัง

ในความสำเร็จอย่างแข็งแกร่ง บุคคลนั้นจะยังคงมีความพยายามกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ต่อไป แม้ว่า จะประสบกับสถานการณ์ที่ล้มเหลวก็ตาม

เครื่องมือในการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองมีหลายรูปแบบ มีทั้งแบบวัด ทีละมิติ หรือวัดรวม 2 หรือ 3 มิติ ในแบบวัดฉบับเดียวกัน ดังเช่น

แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง เพื่อประเมินความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมอาการหายใจลำบาก รวมทั้งการลดผลกระทบที่เกิดจากภาวะหายใจลำบากเรื้อรังของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของ ด้วงแพง (Duangpaeng, 2002) โดยครอบคลุมความสามารถในด้านสติปัญญา (Cognitive Domain) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective Domain) และด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) ซึ่งประเมิน จากการจัดการอาการหายใจลำบาก การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพ และการยอมรับการเจ็บป่วย ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ระดับ 1-5 ซึ่งจะบ่งชี้ความมากน้อยของความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถและทักษะของผู้ตอบ จำนวนทั้งสิ้น 40 ข้อ โดยมีค่าที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 40-200 คะแนน ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่า ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคเท่ากับ .89

แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของนัยนา อินทร์ประสิทธิ์ (2545) ซึ่งสร้างจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบวัดประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ที่เหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้านการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมกับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก ทดสอบความเชื่อมั่น ของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคเท่ากับ .70

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ ที่เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยประยุกต์จากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของนัยนา อินทร์ประสิทธิ์ (2545)

#### การสนับสนุนทางสังคม

ในปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก ในทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจาก พบว่ามีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และช่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของคนในด้านสรีรวิทยาและเกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่

ยอมรับของบุคคลในสังคมอันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายมากขึ้น โดยมีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลาย ซึ่งแตกต่างกันดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่าบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn, 1979) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่ง

เฮ้าส์ (House, 1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และประเมินตนเอง

ทอยท์ส (Thoits, 1982) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งเกิดจากการมีการติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด และการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น

จุฬากรณ์ โสตะ (2546) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม แล้วได้รับการประคับประคองทางด้านอารมณ์ และความรู้สึก การประเมินตัดสิน หรือสนับสนุนเห็นพ้องกับพฤติกรรม การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ที่จำเป็น และการได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัตถุสิ่งของ เงินทอง หรือแรงงาน

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ถึงการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การประเมินตัดสินหรือสนับสนุนเห็นพ้องกับการปฏิบัติตัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ การได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของ เงินทองหรือแรงงาน จากบุคคลในครอบครัว ชุมชนและสังคม ช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

#### ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Phillips, 1991, pp. 535-536)

1. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (Subsystem) การสนับสนุนทางสังคมนี้อยู่ในระดับเล็กที่สุด เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น

2. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกันหรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ

3. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (Suprasystem) การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับใหญ่ที่สุด เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน

### ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การช่วยเหลือเกื้อกูลแก่กันและกัน หรือการให้การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นอยู่ในแต่ละสังคมนั้นมีหลายอย่าง ซึ่งถ้าจัดเป็นประเภทก็จะสามารถแบ่งการสนับสนุนทางสังคมได้หลายประเภท ตัวอย่างเช่น

คอบบ์ (Cobb, 1976) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับความรัก ความผูกพัน ความห่วงใย และความเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและรู้สึกเป็นเจ้าของ

2. การสนับสนุนทางการยอมรับและมีคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีความหมายต่อบุคคลอื่น โดยที่บุคคลนั้นเป็นที่ยอมรับในสังคมและเห็นคุณค่าในตัวเอง

3. การสนับสนุนการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีส่วนร่วมในสังคม หรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมมีการให้ความช่วยเหลือและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (1981) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นความรู้สึกถึงการได้รับความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่และมีความรู้สึกไว้วางใจ ห่วงใย เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันจากเครือข่ายทางสังคม เช่น คู่สมรส บุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องรวมถึงบุคลากรในทีมสุขภาพ

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) เป็นการที่สมาชิกในครอบครัวประเมินพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกสะท้อนให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในเรื่องอาหารและยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน โดยการชมเชยให้กำลังใจผู้ป่วย และถ้ามีสิ่งที่ไม่ถูกต้อง สมาชิกในครอบครัวให้คำแนะนำเพื่อหาวิธีแก้ไขสิ่งที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง หรือ



การที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะกับผู้ป่วยอื่น แล้วมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยนั้น

3. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง แนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย เพื่อควบคุมการเจ็บป่วยซ้ำ

4. การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental Support) เป็นการได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการจัดหาอาหารและของใช้อำนวยความสะดวกในการมาพบแพทย์ตามนัด รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและบรรเทาความไม่สุขสบายต่าง ๆ

**การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล**

ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่จะได้รับความช่วยเหลือต่าง ๆ จากสังคม เช่น การได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ การสนับสนุนทางอารมณ์หรือการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์จากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่อาจมีผลต่ออาการหายใจลำบากได้ทั้งในทางบวกและทางลบ (Janson et al., 1986, p.159 อ้างถึงใน นันทิยา ไพศาลบรรศรี, 2550) การได้รับคำแนะนำช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และการได้มีส่วนร่วมในสังคมจะทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรู้สึกว่าคุณค่า และเกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี อาจช่วยลดการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลได้

การได้รับแรงสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ เข้าใจความรู้สึกของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับสภาวะการหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง แหล่งสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญได้แก่ ครอบครัว สังคม รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพด้วย หากครอบครัวมีการรับรู้ปัญหาของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะทำให้มีความเอาใจใส่และช่วยเหลืออยู่เสมอ การกล่าวชมเชยและพูดให้กำลังใจในความสามารถและความตั้งใจของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่เสมอ ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้สึกถึงคุณค่าแห่งตนเอง มีแรงใจที่จะปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย (นันทิยา ไพศาลบรรศรี, 2550) การได้รับการดูแลจากครอบครัวนั้นจะทำให้ได้รับกำลังใจจากครอบครัวมากขึ้น ส่งผลให้ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายนั้นดีขึ้น เพราะเมื่อใดที่มีจิตใจดีแล้ว ร่างกายก็ย่อมจะติดตามไปด้วย ทำให้เห็นว่าร่างกายและจิตใจนั้นแยกออกจากกันไม่ได้ ซึ่งในส่วนนี้จะเป็นการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นสำคัญ ถ้าครอบครัวให้การดูแลเอาใจใส่ดีก็จะทำให้มีกำลังใจเพิ่มมากขึ้น ส่งเสริมพลังใจและพลังกายในการที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย (พิมลพรรณ เนียมหอม, 2550)

จะเห็นได้ว่าจากภาวะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลต่อการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นการตอบสนองต่อการปรับตัวทางด้านการพึ่งพาระหว่างกันของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrew, 1999) เป็นการตอบสนองความต้องการด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยจะเป็นสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลสำคัญ (Significant Other) และระบบสนับสนุน (Support System) เพื่อคงไว้ซึ่งการให้และรับความรัก ความเคารพและการเห็นคุณค่า ถ้าหากการตอบสนองไม่ได้ผลก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น

จากการศึกษาของเบิร์นและนิโคล (Burns & Nichols, 1991) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ภายใน 60 วัน หลังจากจำหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ คิว และคณะ (Cao et al., 2006) ศึกษาเกี่ยวกับความถี่ของการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า การสูบบุหรี่ที่หนัก ผู้ป่วยที่น้ำหนักน้อย มีภาวะซึมเศร้าและมีความจำเป็นในการใช้ยารักษาอาการทางจิต และการได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลที่น้อย การฟื้นฟูสมรรถภาพของปอด และความจำเป็นในการใช้วัคซีน มีผลต่อการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลา 1 ปี อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของเชนและนาซาเวจ (Chen & Narsavage, 2005) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลภายใน 14 วัน ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในได้หวิน เช่นเดียวกับการศึกษาของจอร์ เพียสุพรรณ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเข้ารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยังพบว่าปัจจัยทางด้านบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับความรุนแรงของโรค พบว่า มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังเช่นการศึกษาของ ฮาจิโร นิชิมูระ และซุกิโน (Hajiro, Nishimura, & Tsukino, 2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า อายุ และระดับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง มีพยาธิสภาพที่ทำลายปอดอย่างถาวร ไม่สามารถคืนสู่สภาพปกติได้ การดำเนินโรคเลวลงเรื่อย ๆ แม้อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะไม่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตในทันที แต่จะรบกวนต่อแบบแผนชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และส่งผลกระทบต่อครอบครัวต่อการปรับตัว ทั้งในด้านร่างกาย อึดมโนทัศน์ และการพึ่งพาหว่ากัน หากการตอบสนองต่อการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการของโรครุนแรงขึ้น จึงต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลอยู่บ่อยครั้ง และจะเห็นได้ว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำปัจจัยต่าง ๆ มาศึกษา ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีความแตกต่างในผลการวิจัยที่ผ่านมา จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้ ซึ่งหากพบว่าปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้ว น่าจะได้นำผลการวิจัยมาช่วยส่งเสริมให้มีการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมต่าง ๆ รวมทั้งหาแนวทางในการช่วยเหลือที่จะช่วยลดปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายและผลกระทบทางเศรษฐกิจ และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น