

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มอาการในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกับการปฏิบัติหน้าที่ และการทำงานการปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มอาการในผู้ที่เป็นโรค

นเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

- 1.
2. การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. เกี่ยวกับอาการและกลุ่มอาการ
4. ที่พบบ่อย ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
5. ความสัมพันธ์ ระหว่างกลุ่มอาการกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็น

(Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD]) เป็นกลุ่มโรคที่ (Airflow Limitation) ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซ

ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการดำเนินโรคเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ เมื่อเกิดแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาด และปอดสูญเสียการทำงานอย่างถาวร (สมเกียรติ วงษ์ทิมและชัยเวช นุชประยูร, 2542; สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548; , 2542; GOLD, 2007)

ผู้ป่วย

แนวโน้มเพิ่มขึ้น (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

สาเหตุของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย บ่งชี้ว่าเป็นสาเหตุหรือเหตุร่วมในการเกิดโรคได้ ซึ่งปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือการสูบบุหรี่ ส่วนสาเหตุ ๆ ได้แก่ มลภาวะทางอากาศ ฝุ่นละออง อายุที่เพิ่ม

1- (Alpha 1-antitrypsin) 1-โปรเตเอสอินฮิบิเตอร์ (Alpha 1-protease Inhibitor)

(Bronchial Hyperresponsiveness) (สมเกียรติ วงษ์ทิมและชัยเวช นุชประยูร, 2542; สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548; , 2542)

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะประกอบด้วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary Emphysema) (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548; GOLD, 2007) ลักษณะเด่นของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Mucous Gland) ทำให้ผนังหลอดลมหนาตัวเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการอุดกั้นในหลอดลมฝอยเกิดพังผืด ทำให้หลอดลมตีบแคบได้ง่าย (สมเกียรติ วงษ์ทิม และชัยเวช นุชประยูร, 2542; สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548) ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงส่งผลให้ระดับคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้น ซึ่งเป็นผลให้แรงดันในหลอดเลือดหัวใจขวาต้องทำงานต้านแรงดันที่สูงขึ้น ทำให้มี (Connolly, 2004)

ส่วนลักษณะเด่นของโรคถุงลมโป่งพอง (Acinus) บางส่วนจะขยายใหญ่ (Elastic) ผิดปกติอย่างถาวรร่วมกับการทำลายของถุงลม ทำให้ (Collagen Tissue) ถูกทำลายไปด้วย จึงมีการแฟบปี (Connolly, 2004; Phillips, Hnatiuk, & Torrington, 1997; Reilly et al., 2005) จะเสียหายที่ด้วย ส่งผลให้ปริมาณเลือดมาสู่ปอดส่วนนั้นลดลงพร้อมกับ การลดลงของการถ่ายเทอากาศ มีลมค้างมากในปอดทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อต้านแรงดันในปอด ทำให้เกิดภาวะ (Connolly, 2004; Daheshia, 2005; Phillips et al., 1997)

ถวินิจฉัยได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ถ่ายภาพ การตรวจภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ากระบังลมจะแบนราบ (Tubular Heart) การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ โดยใช้สไปโรมิเตอร์วัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ หลังการหายใจเข้าเต็มที่ (Forced Vital Capacity [FVC])

1 (Forced Expiratory Volume in 1 Second [FEV₁]) เป็นค่าที่ใช้ในการอุดกั้นทางเดินหายใจได้ (สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2542; สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548) โดยทั่วไปค่า FEV₁ 25-30 มิลลิลิตรต่อปี ดังนั้น แนวโน้มเพิ่มขึ้น (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543; Crigger & Forbes,

1997) โดยเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่ ค่า FEV_1 จะลดลงอย่างรวดเร็ว 25-100 มิลลิตรต่อปี ทำให้มีแนวโน้ม
(ALA, 2003; GOLD, 2007)

Halbert, Natoli, Gano, Badamgarav, Buist and Mannino (2006 cite in GOLD, 2007) พบว่าผู้ที่มากกว่า 40 ปีขึ้นไปมีอัตราการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาก ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ผู้ป่วยเริ่มมี (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543; ALA, 2003; GOLD, 2007)

สมาคมโรคปอดแห่ง (ALA) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรค โดยใช้เกณฑ์ และค่า FEV_1 แบ่งเป็น 5 (ATS, 1999)

- 1 ไม่มีข้อ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ โดยไม่มีอาการหายใจลำบาก วัดค่า FEV_1 ได้ประมาณ 3
- 2 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเล็กน้อย สามารถทำงานได้แต่ไม่ทำงานที่หนักหรืออยู่ยงยากบางอย่างได้ สามารถปได้แต่ไม่กระฉับกระเฉงเท่า ปกติและไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันไดได้เท่ากับ ในวัยเดียวกันแต่สามารถ 1 ชั้นได้โดยไม่มี วัดค่า FEV_1 ได้ประมาณ 2 - 3
- 3 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมชัดเจนขึ้น ไม่สามารถปได้ ตามปกติ แต่สามารถช่วยเหลือและดูแลตนเองได้ ไม่สามารถเดินบนพื้นราบได้เท่ากับคนในวัย 1 ชั้น วัดค่า FEV_1 ได้ประมาณ 1.5 - 2
- 4 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ เคลื่อนไหวได้ในขอบเขต เดินทางราบมากกว่า 100 300 ฟุตไม่ได้ ต้องหยุดพักเมื่อ 1 วัดค่า FEV_1 ได้ประมาณ 0.5 - 1.5
- 5 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมาก เดินเพียง 2 - 3 ก้าวหรือ ยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เหนื่อยหอบเมื่อพูด หรือแต่งตัว เดินอย่างช้า 50 150 วัดค่า FEV_1 ได้ประมาณ 0.5 ลิตรหรือต่ำกว่า

ในผู้ที่ เป็น มักเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ไม่สามารถรักษาให้กลับสู่สภาพปกติได้ ปอดสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร ทำให้เกิดอาการต่าง ขึ้นอย่างเรื้อรัง และยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์

1. ด้านร่างกาย พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้โครงสร้างหน้าทึบไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะการหายใจเป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ ความคิดปกติหายใจที่เกิดขึ้นส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่ (สมเกียรติ วงษ์ทิมและชัยเวช นุชประยูร, 2542) ผู้ป่วยจะมีความดันของออกซิเจนในหลอดเลือด (PaO_2) ต่ำกว่าปกติ และมีความดันของคาร์บอนไดออกไซด์ในหลอดเลือดแดง (PaCO_2) สูงกว่า (Connolly, 2004) ส่งผลกระทบทางด้านร่างกายในระบบต่าง
 - 1.1 อาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกและการรับรู้เนื่องจากสมอง สับสนเนื่องจากภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (Phillips et al., 1997)
 - 1.2 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้มี และต่อมผลิตเยื่อเมือกสร้างเยื่อเมือกมากกว่าปกติ ทำให้มีการอุดกั้นทางเดินหายใจของเสมหะ ผู้ป่วยจึงมีอาการไอเพื่อขับเสมหะออก ฟังได้ยินเสียงรอก (Rhonchi) และเกิดการตีตื้นของระบบทางเดินหายใจอยู่เสมอ (Phillips, Hnatiuk, & Torrington, 1997)
 - 1.3 เมื่อระดับออกซิเจนในถุงลมลดลงจะทำให้เกิดการ หัวใจชีกขวาต้องเพิ่ม แรงบีบตัวมากกว่าเดิม ดังนั้นกล้ามเนื้อหัวใจจึงมีขนาดใหญ่กว่าปกติ ในระยะสุดท้าย หัวใจชีกขวาล้มเหลว เป็นสาเหตุทำให้มีน้ำคั่งตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ร่างกาย (Connolly, 2004)
 - 1.4 กระแสเลือดต่ำกว่าปกติ เป็นผลให้เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนและ ไม่เพียงพอต่อความต้องการ การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะลดลง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังทำให้ผู้ป่วยมี อีกด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากอย่างรุนแรง (Jadwiga & Wedzicha, 2002)
 - 1.5 ปัญหาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ ปัญหาสำคัญที่พบบ่อย การได้รับสารอาหาร ไม่เพียงพอ เนื่องจากการรับประทานอาหารได้น้อยจากอาการหายใจลำบาก เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย (Connolly, 2004) รวมทั้งประสบการณ์ที่เคยได้รับเกี่ยวกับอาการหายใจ ทำให้กระเพาะอาหารขยายขนาดมากกว่า ปกติและดันกระบังลมเป็นผลให้ออกซายตัวได้น้อยลง (, 2539) ผู้ป่วยบางรายที่มี

การคิดเชื่อกันด้วย แม้จะได้รับอาหารเพียงพอเท่ากับคนปกติแต่ร่างกายต้องการพลังงานมากกว่า จึงทำให้ขาดสารอาหารได้ (Wouters, Creutzberg, & Schols, 2002)

1.6 ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมี

ระหว่างการนอนหลับ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องนอนไม่หลับ นอนหลับไม่เพียงพอ การหย่อนตัวของกล้ามเนื้อทางเดินหายใจส่วนบน ทำให้แรงต้าน ศูนย์ควบคุมการหายใจตอบสนองต่อการกั๊กของคาร์บอนไดออกไซด์ใน (Bhullar & Phillips, 2005; McNicholas, 2000; Stege, Vos, Elshout, Dekhuijzenb, Vena, & Heijdrab, 2008) ทำให้และการการระบายอากาศลดลง (Gay, 2004) โดยเฉพาะระยะการนอนหลับที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (REM Sleep) (McNicholas, 2000) ALA (2001) พบว่าผู้ที่เป็นโรค

ข้อจำกัดเกี่ยวกับการนอนหลับถึงร้อยละ 50

1.7 การมีเพศสัมพันธ์ผิดปกติ การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยจะลดลงจากการที่ผู้ป่วยมี

รูปร่างผิดปกติ

อาการเจ็บป่วย ที่ได้รับ (Tiep, 1997)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับภาวะ

ความวิตกกังวลของโรคเป็นระยะเวลายาวนานตลอดชีวิต มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ สมรรถภาพของร่างกายลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และบุคลิก รู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกอ้างว้าง วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ เสรี เหนื่อยและไม่สนใจชีวิตและอนาคต

นอนไม่หลับ ไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและพึ่งพาคนอื่นมากเกินไป ไม่รวมมือในการรักษา มีการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Jadwiga & Wedzicha, 2002) จากการสำรวจผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผลกระทบจากอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเก็บกดมากที่สุด ผู้ป่วยร้อยละ 58 รู้สึกตกใจและกลัวทุกครั้งที่เกิดอาการ ผู้ป่วยร้อยละ 52 กล่าวว่าอาการ จะไม่สามารถควบคุมได้ (ALA, 2001)

3. ผลกระทบด้านสังคม ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ามีความโน้มที่จะมี

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลลดลง โรคทำให้ผู้ป่วย เหนื่อยง่าย มีข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ เข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวและสังคมได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล

จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องแยกจากครอบครัวและสังคม ต้องปรับตัวให้

เข้ากับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยอีกด้วย
 เนื่องจากครอบครัวต้องแยกจากผู้ป่วย เป็นบุคคลในครอบครัวที่ ผู้ดูแลอาจต้องแยกตัว
 จากสังคมรอบข้าง เพราะต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (, 2542;
 Jadwiga & Wedzicha, 2002)

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม
 ต่าง เนื่องจากมีอาการเหนื่อยง่าย ส่งผลกระทบต่อ ผู้ป่วยอาจจะต้องมีการเปลี่ยนงาน
 ผู้ป่วยอาจต้องหยุดงาน บางรายต้องออกจากงานก่อนวัย
 ทำให้ต้องสูญเสียอาชีพและรายได้ เป็นโรคที่ไม่สามารถ ให้
 ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล
 ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก (Jadwiga & Wedzicha,
 2002) ส่งผลกระทบในด้านเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ดูแลต้องร ค่าใช้จ่ายในการ
 และขาดรายได้หรือขาดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (Sullivan, Ramsey, & Lee, 2000)
 ที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่านอกจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้น
 เรื้อรังจะทำให้เกิดผลกระทบด้านต่าง โดยตรงแล้ว การปฏิบัติหน้าที่ที่ลดลงจาก
 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมาทั้งทางด้านร่างกาย
 ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง
 ต้องการของตนเองได้ การปฏิบัติหน้าที่ที่ลดลงนี้จึงเป็น ทัศนภาพชีวิตของผู้ป่วย
 (Reardon et al., 2006; ZuWallack, 2003) การปฏิบัติหน้าที่ที่ลดลงของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้น
 เรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยและเป็นที่ยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์ในการพัฒนาการ
 ดูแลรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้การเพิ่มความสามารถปฏิบัติหน้าที่ยังจัดเป็นวัตถุประสงค์หนึ่งที่สำคัญ
 ในการดูแลผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขององค์กรปอดอุดกั้นเรื้อรังของโลก (GOLD, 2007; Ries
 et al., 2007)

การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรค

ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆมากกว่าบุคคลทั่วไป
 ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติหน้าที่ที่ลดลง การปฏิบัติหน้าที่ที่ลดลงเป็นปัญหาที่พบบ่อย
 ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้คุณภาพของผู้ป่วยลดลง (Reardon
 et al., 2006; ZuWallack, 2003)

การปฏิบัติหน้า (Functional Performance) หมายถึง กิจกรรมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อาชีพและจิตวิญญาณ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติจริงในการใช้ชีวิตตามปกติ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน ดำรงซึ่งบทบาท สุขภาพและความผาสุก (Leidy, 1994)

ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติจริงเมื่ออยู่บ้านหรือในชุมชน (Larson, 2007) เช่น ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถเดินเป็นระยะทางมากที่สุด 1,000 เมตรต่อวัน แต่ผู้ป่วยอาจเดินได้เพียง 10

10 ต่อวันของผู้ป่วยนี้เป็นการปฏิบัติหน้าที่ (ZuWallack, 2003) ส่วน 1,000 ต่อวันเป็นความสามารถสูงสุดของผู้ป่วย (Functional Capacity) การปฏิบัติหน้าที่ประกอบด้วย กิจกรรมด้านต่าง (Leidy, 1994; Shah, 1999) ดังต่อไปนี้

1. การปฏิบัติกิจกรรมด้านร่างกายเป็นกิจกรรมที่มีแรงจูงใจมาจากความต้องการด้านร่างกาย ประกอบด้วย กิจ (Activities of Daily Living [ADL]) เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร เป็นต้น และกิจกรรมระดับปานกลาง (Intermediate Activities of Daily Living [IADL]) เช่น การเดินดูและซื้อของตามร้าน การดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น

2. ธรรมด้านจิตใจเป็นกิจกรรมที่ส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วย มักรวมอยู่ในกิจกรรมด้านร่างกาย อาจเป็นงานอดิเรกหรือช่วงเวลาที่ผู้ป่วยชื่นชอบ เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ เป็นต้น

3. กิจกรรมทางสังคมเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์กับชุมชนและครอบครัว เช่น งานเลี้ยง การพบปะสังสรรค์ การเยี่ยมเพื่อน การโทรศัพท์ เป็นต้น

4. กิจกรรมด้านอาชีพเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน การประกอบอาชีพ

5. กิจกรรมทางจิตวิญญาณเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเลื่อมใสศรัทธา การทำสมาธิ

การปฏิบัติหน้าที่นั้นผู้ป่วยจะเป็นผู้เลือกกิจกรรมในการปฏิบัติด้วยตัวเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นและต้องการที่จะกระทำ (Leidy, 1994; 1999) หากผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมจะทำให้ผู้ป่วยพยายามใช้ความสามารถทำกิจกรรมนั้นให้สำเร็จ (Leidy, 1999) อย่างไรก็ตาม ดินหน้าที่ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ (Functional Capacity) (Leidy, 1994; Yeh et al., 2004)

หน้าที่มักจะปฏิบัติหน้าที่ได้มาก (Larson, 2007)

ในการปฏิบัติหน้า

(Belza, Steele, Hunziker,

Lakshminaryan, Holt, & Bucher, 2001) ซึ่งอาจส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยลดลงได้

ในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าพยาธิสภาพของโรคมีผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลง (Leidy, 1994) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น

ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกัันเรื้อรังจำนวน 573 ALA (2001)
 อุดกัันเรื้อรังต่อการทำกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดขณะออ กำลังกายร้อยละ 72
 ด้านร่างกายระดับปกติร้อยละ 70 ขณะดำเนินชีวิตตามปกติร้อยละ 58 ขณะทำงานบ้านร้อยละ 56
 ขณะทำกิจกรรมทางสังคมร้อยละ 53 และขณะประกอบอาชีพร้อยละ 51

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่

การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกัันเรื้อรังจะมากหรือน้อยนั้น นอกจากจะมีผล
 รงแล้ว ยังมีผลมาจากปัจจัยต่าง ได้แก่ อาการ อายุ ความรุนแรง
 ของโรค ความทนในการทำกิจกรรม ความพึงพอใจในการปฏิบัติกิจกรรม การรับรู้สภาวะสุขภาพ
 และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย

(Symptom) พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกัันเรื้อรังทำให้โครงสร้างของระบบ
 เปลี่ยนแปลง กล้ามเนื้อต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้อกะบังลม (Diaphragm), กล้ามเนื้อ
 ช่วยการหายใจ (Respiratory and Peripheral Skeletal Muscle) ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมี
 ประสิทธิภาพ ทำให้การแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกัันเรื้อรังต้องการออกซิเจน
 เพิ่มขึ้น จากการใช้พลังงานในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อช่วยหายใจมาก (สมเกียรติ วงษ์ทิมและ
 , 2542; , 2542) ทำให้มีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ มีก๊าซ
 คาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด และมีภาวะเป็นกรดในเลือด เมื่อออกกำลัง
 จะยิ่งทำให้ภาวะความผิดปกติดังกล่าวมากขึ้น (, 2539; Jadwiga & Wedzicha, 2002)
 ส่งผลให้เกิดอาการต่าง การรับรู้ความยากลำบากของการปฏิบัติกิจกรรมจากอาการที่
 เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วย จึงเป็ ปัจจัยสำคัญ

ปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย (Larson, 2007; Leidy, 1999; Leidy & Haase,
 1996) ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง (Wilson & Cleary, 1995) Leidy
 and Traver (1995) พบว่าอาการ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกัันเรื้อรังสามารถทำนายการปฏิบัติหน้าที่
 ของผู้ป่วยได้ โดยอาการทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจที่มากขึ้นส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย
 (Leidy & Traver, 1995; Kapella et al., 2006; Yeh et al., 2004)

(Age) การเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ตามอายุที่มากขึ้นมีผลต่อสมรรถก
 ปอด เช่น การเปลี่ยนแปลงของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของข้อต่อต่าง
 ทรวงอกลดลงทำให้ปอดขยายได้ไม่ดี ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการหายใจลดลงทำให้ใช้
 ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ปอดสูญเสียความยืดหยุ่นเนื่องจากมีเส้นใยอิลาสตินลดลง ทำให้
 (Lung Compliance) ค่า FEV₁

(จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543; Crigger & Forbes, 1997) จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้

อาการกำเริบได้ง่าย (ALA, 2003) Yeh et al. (2004) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับ
ปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($r = -.15, p < .05$)

(Disease Severity)

อุดกั้นเรื้อรังโดยใช้ สเตปโรมีเตอร์วัดปริมาตรอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มที่ภายใน
1 (FEV₁) การอุดกั้นเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วย (GOLD, 2007)

ความรุนแรงของโรคมัก ค่า FEV₁ ต่ำ แสดงมีการอุดกั้นในระบบทางเดินหายใจมาก ซึ่งจะทำให้
การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ มีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด (ALA, 2003)

2542) Yeh et al. (2004) พบว่าความรุนแรงของโรคมักขึ้นทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรังรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่เลวลงของตนเองซึ่งส่งผลทางอ้อมทำให้การปฏิบัติหน้าที่
สอดคล้องกับการศึกษาของ Graydon and Ross (1995) ที่พบว่าการทำหน้าที่ของปอดโดยประเมิน
จากค่า FEV₁ มีสัมพันธ์โดยอ้อมกับการทำหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ทำหน้าที่ของปอดมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยผ่านอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

(Exercise Tolerance)

ปฏิบัติหน้าที่ (Functional Capacity) ของแต่ละบุคคล (ALA,

2001; Leidy & Traver, 1995)

ก๊าซออกซิเจนและสูบน้ำตาลเลือดระหว่างทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพียงพอต่อ
ความต้องการของร่างกายเมื่อต้องทำกิจกรรมเป็นระยะ (Leidy & Traver, 1995; Yeh et al.,
2004)

จะทำให้บุคคลนั้นปฏิบัติหน้าที่ได้มาก (Yeh et al., 2004)

(Satisfaction)

จะทำให้ผู้ป่วยพยายามใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างสูงสุดเพื่อทำกิจกรรมนั้นให้สำเร็จ (Leidy &
Haase, 1996)

Leidy (1999) พบว่าความพึงพอใจในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่โดยรวม ($r = .63, p < .001$) ด้านทุกด้าน ได้แก่ ด้าน

การดูแลร่างกาย การพักผ่อน กิจกรรมทางด้านจิตใจ

อย่างมีนัยสำคัญ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health Perception) เมื่อผู้ป่วยได้ทราบภาวะสุขภาพของตนเอง
จากผู้เชี่ยวชาญ พบอด ทำให้ผู้ป่วยทราบถึงขีดความสามารถในการปฏิบัติ

หน้าที่ของตนเองซึ่งมีความสามารถลดลงจากเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติหน้าที่ที่ลดลงจากเดิม
เพื่อควบคุมไม่ให้ทำกิจกรรมเกินขีดความสามารถของตนเอง ป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดอาการ
ต่าง ๆ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานได้ (Yeh et al., 2004)

(Social Support) หากผู้ป่วยมีเครื่องมืออำนวยความสะดวก มีผู้ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรม หรือวางแผนทำกิจกรรมต่าง จะทำให้ผู้ป่วยใช้พลังงานและปริมาณออกซิเจนลดลง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ (Leidy & Haase, 1996; Leidy, 1999) Graydon and Ross (1995) พบว่า ทำให้การเกิดอาการทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ในผู้ที่เป็นโรค ลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ส่วนใหญ่มักมีผลต่อการซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจส่งเสริมให้เกิดอาการเพิ่มมากขึ้นหรือบรรเทาให้เกิดอาการลดลงของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติหน้าที่ลดลง (Kapella et al., 2006; Leidy & Traver, 1995; Yeh et al., 2004) เป็นสัญญาณให้ผู้ป่วยรับรู้ความยากลำบากในการปฏิบัติหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดหรือลดการปฏิบัติกิจกรรมนั้น เป็นปัจจัยสำคัญที่จะกำหนดการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย ดังนั้น เกิดขึ้นได้จะเพิ่มการปฏิบัติหน้าที่ หรือคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ตามปกติของผู้ป่วยซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (ZuWallack, 2003)

การประเมินการปฏิบัติหน้าที่
การประเมินการปฏิบัติหน้าที่ (Functional Performance) ดัชนีภาพของผู้ป่วยทำได้ยาก

การปฏิบัติหน้าที่ จากการรับรู้ของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม (Larson, 2007) ซึ่งแบบสอบถามเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้

1. การทำหน้าที่ของปอดจากระดับคะแนน (Pulmonary Functional Status Scale [PFSS]) ประกอบด้วยคำถาม 56 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ทางสังคม อาการหายใจลำบาก และสถานะทางจิตสังคม จะเป็นคำถามเพื่อประเมินสมรรถนะการทำหน้าที่ของร่า Weaver and Narsavage (1992) ได้ศึกษาการปฏิบัติหน้าที่โดยแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่นี้ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 104 คน พบว่าค่า (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .81
2. ดิหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Functional Performance Inventory [FPI]) Leidy (1999) ได้แบ่งข้อคำถามออกเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลร่างกาย (Body Care) 9 ข้อ (Household Maintenance) 21 ข้อ (Physical Exercise) 7 ข้อ การพักผ่อนและนันทนาการ (Recreation) 11 ข้อ ทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Activities) 5 ข้อ (Social Activities)

- 12 ข้อ 65 ข้อ Leidy (1999) ได้ศึกษาการปฏิบัติหน้าที่โดย
หน้าทีนี้ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกัันเรื้อรังจำนวน 154 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นได้ค่า
(Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .96 ต่อมา Leidy and
Kneble (1999) ได้พัฒนาเป็นรูปแบบ Functional Performance Inventory Short Form ขึ้นในปี
. . 1999 (Leidy & Kneble, 1999) เพื่อให้สามารถใช้ได้สะดวกและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น ซึ่งยังคงแบ่ง
ข้อคำถามออกเป็น 6 ด้านเช่นเดียวกับฉบับเต็ม การดูแลร่างกาย 5 ข้อ
- 8 ข้อ 5 ข้อ การพักผ่อนและนันทนาการ 5 ข้อ ด้าน 4 ข้อ
4 ข้อ 32 ข้อ Wall (2007) ได้ศึกษาการปฏิบัติหน้าที่โดย
แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ Short Form นี้ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกัันเรื้อรังจำนวน 120
ค่า (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .94
3. Sickness Impact Profile (SIP) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการรับรู้ผลกระทบ
จากภาวะสุขภาพต่อพฤติกรรมและการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถใช้ได้กับบุคคลทั่วไป ไม่มีควม
เฉพาะเจาะจงกับโรคใด ประกอบด้วยคำถาม 136 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่สอดคล้องกับการปฏิบัติ
12 กิจกรรมที่พบในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การเดิน การเคลื่อนย้าย ร่างกาย
พฤติกรรมทางสังคม พฤติกรรมทางอารมณ์ พฤติกรรมความตื่นตัว การติดต่อสื่อสาร
งานบ้าน การพักผ่อนและนันทนาการ และการรับประ
Bergner, Bobbitt, Carter and Gilson (1976) ได้นำเครื่องมือนี้ไปศึกษาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกััน
ค่า (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .92
4. The Medical Outcome's Short Form (SF-36) เป็นแบบประเมินคุณภาพ
ชีวิตที่มีการประเมินการทำหน้าที่รวมอยู่ด้วย แบบประเมินนี้เป็นที่รู้จักและใช้กันอย่างแพร่หลาย
35 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical Functioning)
ข้อจำกัดที่เกิดจากภาวะสุขภาพทางร่างกาย (Role Limitations due to Physical Problems)
(Bodily Pain) (General Health Perceptions) (Vitality)
การทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) ข้อจำกัดที่เกิดจากภาวะสุขภาพทางจิตใจ (Role
Limitations due to Emotional Problems) (General Mental Health)
- 1 ข้อ (Ware & Sherbourne, 1992) ส่วนมากใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั่วไป
ผู้วิจัยได้ใช้ Functional Performance Inventory Short Form (FPI-SF)
สร้างโดย Leidy and Kneble (1999) ดีหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกัันเรื้อรัง
(Outcome) ทฤษฎีอาการที่ไม่พึงประสงค์ (The Unpleasant Symptoms)

ในส่วนของ การทำหน้าที่ (Functional) (Lenz et al., 1995; 1997) ซึ่งเป็นกรอบใน

FPI-SF นี้เป็นแบบ ระเมินการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย

ผู้ที่เป็น

มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง

FPI-SF ไม่

อาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ

ซีมีเสร์ร่า เป็นตัวแปรต้นของการวิจัยร่วมด้วย การประเมินที่ซ้ำซ้อนจะทำให้เกิด

ได้ แตกต่างจาก

Pulmonary Functional Status Scale (PFSS), Sickness

Impact Profile (SIP)

The Medical Outcome's Short Form (SF-36)

ต่าง รวมอยู่

ด้วย

เกี่ยวกับอาการและกลุ่มอาการ

ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด (สมเกียรติ วงษ์ทิม , 2542; GOLD, 2007) พยาธิสภาพของโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการต่างๆ ซึ่ง รถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดขอบเขตการปฏิบัติหน้าที่ อาการที่เพิ่มมากขึ้นทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง (Wilson & Cleary, 1995) เป็นสาเหตุที่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Reardon et al., 2006; ZuWallack, 2003) มีผู้ให้ความหมายของอาการไว้ดังต่อไปนี้

Dodd et al. (2001) กล่าวว่า อาการคือประสบการณ์ของบุคคลที่รับรู้ถึงของการทำหน้าที่ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจสังคม ความรู้สึก สติปัญญา ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละ มีความเฉพาะในแต่ละโรค

Armstrong (2003) ได้ให้ความหมายของคำว่าอาการ หมายถึง รรับรู้ของผู้ป่วยถึงประสบการณ์หลายมิติ ได้แก่ ความถี่ ความรุนแรง ความรู้สึกทุกข์ทรมาน และการให้ความหมายซับซ้อน และอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิด

Gift (2004) กล่าวว่า อาการคือประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ

Lenz et al. (1997) ได้กล่าวถึง อาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ว่าอาการคือการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงจากการทำหน้าที่ของร่างกายซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งอาการสามารถเกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการหรือเพียงอาการเดียวก็ได้ แต่เมื่อเกิดอาการหนึ่งขึ้นจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่น การรับรู้ของผู้ป่วย

จากที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า อาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหมายถึง
 สบการณ์การรับรู้ถึง ด้านร่างกาย จิตใจสังคม ความรู้สึก สติปัญญา
 ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นประสบการณ์หลายมิติ
 พร้อมกันหลายอาการก็ได้ ส่วนใหญ่อาการ ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงอาการเดียว แต่เกิดหล
 ร่วมกัน จากการศึกษาของสมาคมโรคปอดในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน
 ร้อยละ 71 มีอาการเกิดขึ้นพร้อมกันมากกว่า (ALA, 2001) สอดคล้องกับ

Walke et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อ
 และโรคหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 69 มีประสบการณ์การเกิดอาการตั้งแต่ ในปัจจุบัน
 ที่เกิดขึ้นร่วมกันนี้ว่า กลุ่มอาการ (Symptom Cluster)

กลุ่มอาการที่มีอยู่ในปัจจุบันยังคงมีอยู่อย่างจำกัด ยังไม่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับจำนวนของอาการที่
 สามารถรวมกันเป็นกลุ่มอาการที่แน่นอน ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของกลุ่มอาการไว้ดังต่อไปนี้

Dodd et al. (2004) ให้ความหมายกลุ่มอาการว่า
 ตั้งแต่ 3 อาการหรือมากกว่าขึ้นไป เกิดขึ้นพร้อมกันหรือร่วมกัน มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แต่
 ไม่จำเป็นต้องเกิดจากสาเหตุเดียวกัน

Kim et al. (2005) ให้ความหมายกลุ่มอาการว่า อาการตั้งแต่
 อาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาการในกลุ่มอาการเดียวกัน มี
 ความสัมพันธ์มากกว่าอาการในกลุ่ม ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางลบต่อผู้ป่วยและอาจส่งผล
 ร่วมกันในการทำนายความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ให้ความหมายของกลุ่มอาการ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี
 ไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) Lenz et al. (1997) ว่ากลุ่มอาการ
 ร่วมกัน มากกว่า อาการขึ้นไป มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อาจเกิด
 จากสาเหตุเดียวกันหรือไม่ก็ได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Kim et al. (2005) ที่ให้ความหมายกลุ่มอาการว่า
 อาการตั้งแต่ พบว่าในผู้ป่วย

โรคมะเร็งที่มีการศึกษาเรื่องกลุ่มอาการอย่างกว้างขวางนั้น มีกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยอาการสอง
 หลายกลุ่มอาการ เช่น กลุ่มอาการในระบบทางเดินอาหาร ประกอบด้วย อาการคลื่นไส้ และ
 (Walsh & Ryblcki, 2006; Wang, Tsai, Chen, Lin, & Lin, 2008) กลุ่ม
 ครอบด้วย อาการปวดและท้องผูก (Walsh & Ryblcki, 2006) เป็นต้น

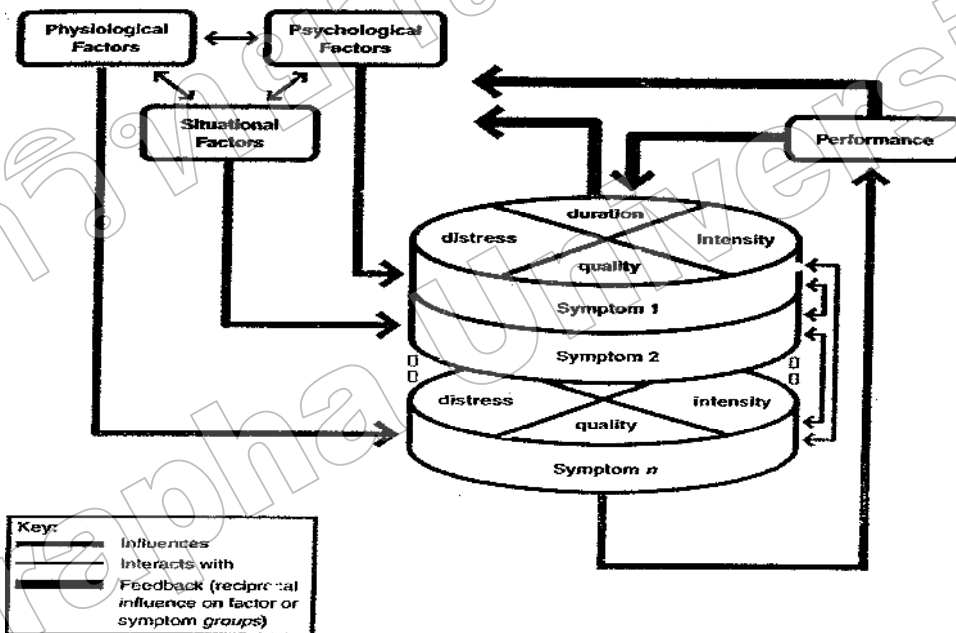
ทฤษฎีที่มีอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่มุ่งอธิบายอาการที่เกิดขึ้นเพียงอาการใดอาการหนึ่ง
 มากกว่าการอธิบายกลุ่มอาการ อย่างไรก็ตามทฤษฎีดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็น
 แนวทางในการศึกษากลุ่มอาการได้ ซึ่งทฤษฎีเกี่ยวกับอาการที่สำคัญและสามารถนำมาเป็นแนวทาง

ในการศึกษากลุ่มอาการได้ ได้แก่ ทฤษฎีอาการที่ไม่พึงประสงค์ (The Unpleasant Symptoms) (Symptom Management Model) (Brasevick, 2007)

ทฤษฎีอาการที่ไม่พึงประสงค์ (The Unpleasant Symptoms)

ทฤษฎีอาการที่ไม่พึงประสงค์เป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle Range Theory)

Lenz et al. (1995) หลังจากนั้นมีการพัฒนาปรับปรุงและนำเสนอครั้งล่าสุดเมื่อ ค. . 1997 (Lenz et al., 1995; 1997) ทฤษฎีดังกล่าวมีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ อาการ (Symptoms) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ (Antecedence: Influencing Factors) (Consequences) 2



2 Update Version of the Unpleasant Symptoms (Lenz et al., 1997)

1. (Symptoms) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกาย ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพถูกคุกคาม อาการดังกล่าวอาจเกิดขึ้นเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการพร้อมกันขึ้นก็ได้ แต่เมื่อเกิดอาการหนึ่งขึ้นจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นตามมา โดยอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันมากกว่า 1 นี้จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงมากกว่าอาการที่เกิดขึ้นเพียงอาการเดียว โดยอาการที่เกิดขึ้นแต่ละอาการประกอบด้วย 4 (Intensity, Strength or Severity) (Timing, Duration and

Frequency) ความทุกข์ทรมาน (Distress, Degree of Discomfort or Bothersomeness) (Quality) (Lenz et al., 1997; Lenz & Pugh, 2003)

1.1 (Intensity) เป็นมิติที่ใช้ประเมินผู้ป่วยในคลินิกและงานวิจัยย่อย ซึ่งบ่งบอกถึงปริมาณหรือระดับความรุนแรงของอาการที่ผู้ป่วยประสบ เช่น ระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากมากน้อยเพียงไร เป็นต้น

1.2 (Timing, Duration and Frequency) ประกอบด้วยความถี่ของอาการเมื่ออาการเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และระยะเวลาที่อาการคงอยู่ หรืออาการเกิดขึ้นเรื่อยๆ ตลอดเวลาแต่มี ซึ่งสัมพันธ์กับกิจกรรมที่เฉพาะอีกด้วย เช่น ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดอาการ เป็นต้น

1.3 ความทุกข์ทรมาน (Distress) เป็นการรับรู้ถึงการถูกรบกวนจากอาการของผู้ป่วย อาการที่เท่ากัน ผู้ป่วยแต่ละคนอาจรับรู้ระดับความทุกข์ทรมานแตกต่างกันได้ สามารถพิจารณาได้จากการอธิบายและให้ความหมายกับประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ในมิติของความทุกข์ทรมานนี้สามารถแสดงถึงความสำเร็จในการดูแลรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อีกด้วย

1.4 (Quality) คุณภาพได้หลากหลาย อาจอธิบายโดยการใช้คำศัพท์ที่บ่งบอกถึงความรู้สึกขณะเกิดอาการนั้น เช่น อาการหายใจลำบาก ทำให้รู้สึกหายใจไม่ออก แน่นหน้าอก ซึ่งอาการนั้น เช่น อาการอ่อนเพลียทุเลาลงด้วยการพักผ่อน คุณภาพของอาการยังใช้ในการจำแนกสาเหตุ บ่งชี้ความรุนแรงของปัญหา และช่วยใน ตั้งข้อวินิจฉัย คุณภาพของอาการนี้แสดงให้เห็นว่าอาการแต่ละอาการมีลักษณะเฉพาะ การประเมินอาการแต่ละอาการจึงมีลักษณะเฉพาะเช่นกัน ผู้ป่วยประสบกับอาการหลายอาการในเวลาเดียวกัน อาจอธิบายลักษณะอาการแต่ละอาการได้ยาก มีความเฉพาะเจาะจงน้อย อธิบายคุณภาพของอาการยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการอธิบาย อาการให้มีความเฉพาะเจาะจงกับอาการที่เกิดขึ้นซึ่งอาจต้องอาศัยทักษะการใช้ภาษา ความรู้ความเข้าใจประสบการณ์ที่ได้รับ ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์อาการใดเป็นเวลานาน อาจสามารถจดจำ และอธิบายลักษณะอาการนั้นได้อย่างกระชับ ครบถ้วน

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ (Antecedence: Influencing Factors) ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiologic Factors) ด้านจิตใจ (Psychological Factors) และด้านสถานการณ์ (Situational Factors) ปัจจัยทั้ง 3 นี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และปัจจัยแต่ละด้านยังมีอิทธิพล

ต่ออาการ ทั้งมีดีความรุนแรง เวลา ความทุกข์ทรมาน และคุณ
(Lenz & Pugh, 2003)

(Lenz et al., 1997;

2.1 ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiologic Factors) ประกอบด้วย โครงสร้างร่างกาย สรีรวิทยา และพันธุกรรม เช่น โครงสร้างร่างกายของบุคคล ระยะการดำเนินโรค ภาวะการอักเสบ การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนหรือระดับพลัง ระดับความรู้สึกตัวและอายุ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ร่วมกันมีอิทธิพลต่อการเกิดอาการและการรับรู้ อาการ เช่น ประสบการณ์ภาวะหายใจลำบากของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับอิทธิพลจาก โครงสร้างของปอดเปลี่ยนแปลง ระยะการดำเนินโรค ภาวะทิวโภชนาการ อายุของผู้ป่วย และ ภาวะการติดเชื้อในร่างกาย เป็นต้น อีกทั้งปัจจัยต่าง ๆ ภายในด้านสรีรวิทยานี้ยังมีอิทธิพลต่อกัน อีกด้วย (Lenz et al., 1997)

2.2 ปัจจัยด้าน (Psychological Factors) ประกอบด้วยอารมณ์ความรู้สึกและ ความคิด ทางด้านอารมณ์ความรู้สึกนั้น เป็นอารมณ์และความรู้สึกของแต่ละบุคคล เช่นความรู้สึก วิตกกังวล ซึมเศร้า ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะการเจ็บป่วย หรืออาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความรู้สึก โดยตรง ส่วนด้านความคิดที่มีผลต่อประสบการณ์อาการ ประกอบด้วย ระดับความไม่แน่นอน การให้ความหมายจากประสบการณ์ส่วนบุคคล ความรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและ อาการที่เกิดขึ้น ทักษะในการเผชิญปัญหา (Lenz et al., 1997; Lenz & Pugh, 2003)

2.3 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational Factors) ประกอบด้วย สังคมและสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพ ที่อาจมีผลต่อประสบการณ์และการรายงานอาการของแต่ละบุคคล ประสบการณ์ อาการสามารถแตกต่างกันได้ในหลากหลายวัฒนธรรม ซึ่งการเรียนรู้ในแต่ละวัฒนธรรมที่ต่างกัน ทำให้การอธิบายและแสดงอาการออกมาแตกต่างกัน ประสบการณ์อาการมีความสัมพันธ์กับ ประสบการณ์พื้นฐานของแต่ละบุคคล และแหล่งช่วยเหลือ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถต่อสู้กับ อาการที่เกิดขึ้นได้ เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ สถานภาพสมรส เป็นต้น นอกจากนี้แบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การสูบบุหรี่ยังส่งผลต่อความรุนแรงของอาการได้ อีกด้วย ส่วนอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม กายภาพ เช่น อุณหภูมิ ความชื้น สิ่งปนเปื้อนในอากาศ เป็นต้น (Lenz et al., 1997; Lenz & Pugh, 2003)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ 3 ด้านนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและมีผลต่อ ประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้น มีหลักฐานมากมายที่พบว่าร่างกายและจิตใจที่ ความสัมพันธ์ซึ่ง กันและกัน นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านสถานการณ์ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ระบาดวิทยา มีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ (Lenz et al., 1997) และหากมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ ในด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้นจากเดิม ประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นก็จะแตกต่างจากเดิมด้วย เช่น

หายใจลำบากจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หากผู้ป่วยขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วยจะทำให้อาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้นจากเดิม เป็นต้น นอกจากนี้ประสบการณ์อาการที่ต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้านด้วย ซึ่งอาการเป็นตัวบ่งชี้ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสภาวะร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป การเกิดอาการอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้น หรืออาการนั้นอาจทำให้ผู้ป่วยต้องการแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นมีผลย้อนกลับไปยังปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ 3 ด้าน

3. (Consequences) ในทฤษฎีอาการที่ไม่พึงประสงค์ (Performance) ซึ่งเป็นผลลัพธ์หรือผลกระทบจากประสบการณ์อาการ ประกอบด้วย การทำหน้าที่ (Functional) (Cognitive Activities) หน้าที่ ได้แก่

เคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวัน การร่วมกิจกรรม การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การดำรงบทบาท ส่วนกิจกรรมทางความคิด ได้แก่ การให้ความสนใจ การคิดและการแก้ไขปัญหา (Lenz et al., 1997; Lenz & Pugh, 2003)

แนวโน้มทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยต่ำลง หน้าที่ในบทบาทต่างๆ (Lenz et al., 1997)

การปฏิบัติซึ่งเป็นผลที่ตามมาซึ่งส่งผลย้อนกลับต่อประสบการณ์อาการและปัจจัยอิทธิพลต่ออาการ เช่น ผู้ป่วย หน้าที่ได้ ลงเนื่องจากอาการปวดเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย (Physiologic Factors) ความวิตกกังวลและซึมเศร้ามากขึ้น (Psychological Factors) ทำให้ไม่สามารถ ใจ (Situational Factors) เป็นต้น

ในปัจจุบันมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคต่าง ใจ ไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) เป็น ที่เกิดขึ้นร่วมกัน เช่น การศึกษาของ Gift, Stommel, Jablonski and Given (2003) ใจ ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษากลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา

ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งปอด และการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งปอดของ Fox and Lyon (2006) เป็นต้น ผู้วิจัยเห็นว่า อาการที่ไม่พึงประสงค์มีความสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มอาการที่กล่าวมาข้างต้น และการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งเป็นตัวแปรตามของงานวิจัยครั้งนี้ยังมีความสอดคล้องกับผลที่ตามมาของทฤษฎี ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีอาการที่ไม่พึงประสงค์เป็ การศึกษากลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครั้งนี้

ที่พบบ่อย

ผู้ที่เป็

ในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้เรื้อรัง

ผู้ป่วยอาจยังไม่มีอาการปรากฏ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเริ่มมี

40 ปีขึ้นไป (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543; ALA, 2003; GOLD, 2007)

โรคปอดอุดกั้เรื้อรังมีการดำเนินโรคอย่างช้า ไม่สามารถกลับสู่สภาพปกติได้ (อูรเวชแห่งประเทศไทย, 2548; Connolly, 2004) อาการที่พบบ่อยและมักเกิดขึ้นร่วมกันในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้เรื้อรังได้แก่ (Dyspnea) อ่อนเพลีย (Fatigue) นอนไม่หลับ (Insomnia) (Anxiety) มเศร้า (Depression) (Baker & Scholz, 2002; Jablonski et al., 2007; Kinsman et al., 1983; Walke et al., 2004) รเหล่านี้มีความสำคัญต่อผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้เรื้อรังอย่างมาก โดยเฉพาะเป็ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง (Larson, 2007; Wilson & Cleary, 1995)

(Dyspnea)

เป็ที่พบบ่อยที่สุดในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้เรื้อรัง (Baker & Scholz, 2002; Jablonski et al., 2007; Kinsman et al., 1983; Walke et al., 2004) และเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (สมเกียรติ วงษ์ทิม

2542; Sassi-Dambon et al., 1995) อาการหายใจลำบากเป็การรับรู้ของผู้ป่วย

หายใจไม่โล่ง หายใจไม่เต็มปอด รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถหายใจได้

ต้องการ และความรู้สึกที่ต้อออกแรงมากกว่าปกติ ร่วมกับการใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ (ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2542; Gift et al., 1990; Kohlman & Janson-Bjerklie, 1993) ซึ่งเป็ประสบการณ์ที่ทุกขั้ทรมานของผู้ป่วย ไม่สามารถที่จะกำหนดโดยผู้สังเกต (Gift et al., 1990)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้เรื้อรัง

แบ่งได้เป็ 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยทางกาย และปัจจัยทางจิต (Gift, Plaut, & Jacox, 1986; Gift et al., 1990)

1. ปัจจัยทางกาย ได้แก่

1.1 ได้แก่

(Sighing) ต้อตื่นลุกขึ้นมานั่งหอบเวลากลางคืน (Paroxysmal Nocturnal Dyspnea) การใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ (Use of Accessory Muscle of Respiratory) (Gift et al., 1990)

1.2 ชนิดของโรคปอด โรคปอดต่างชนิดกันจะมีระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่เป็โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังร่วมกับโรคถุงลมโป่งพองจะมีระดับ

ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากมากกว่าผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคถุงลมโป่งพอง (Janson-Bjerklie, Carrieri, & Hudes, 1986; Kinsman et al., 1983)

2. ปัจจัยทางจิต ได้แก่

(Somatization) และความซึมเศร้า

2.1

ทำให้ต้อง

กลัมน้ำหายใจทำงานหนัก

และต้องการออกซิเจนเพิ่มสูงขึ้น (Breslin & Calif, 1996)

(Gift et al., 1990)

2.2

สะท้อน

เป็นผลมาจากการรับรู้เกี่ยวกับการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่

(Numbness) (Tingling) ปวดท้อง (Upset Stomach) เจ็บหน้าอก

(Gift et al., 1986; 1990)

2.3

ซึมเศร้า ผู้ที่เป็น

ซึมเศร้ามากเนื่องม

ผู้ป่วยต้องสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย ไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมต่าง ได้ บางรายต้องออก

ผู้ป่วยจึงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Anderson, 1995)

ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

หายใจลำบากเป็นร

ๆ อย่างต่อเนื่องตลอด

(, 2542) ซึ่งอาการหายใจลำบากนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่าง

ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะหายใจที่ลำบากเกิ

เป็นระยะ

ๆ ผู้ป่วยต้องใช้พลังงานในการหายใจมากและต้องใช้กล้ามเนื้อช่วย

ในการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง

(, 2549;

2542; Reishtein, 2005) Sassi-Dambron et al. (1995) กล่าวไว้ว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมี

การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลงมีผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และทำให้เกิด

หายใจลำบากเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนา

ทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่าง ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ Graydon and Ross (1995)

พบว่า อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่และกิจกรรมต่าง

ผู้ป่วยเป็นอันดับหนึ่ง การที่ผู้ป่วยต้องตื่นขึ้นกลางดึกจากอาการหายใจลำบากทำให้

นอนหลับเปลี่ยนไป ผู้ป่วยมักนอนไม่เพียงพอ (

, 2546) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีปัญหา

เกี่ยวกับภาวะโภชนาการที่พบบ่อยคือได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เนื่องจากการรับประทานอาหารได้น้อยจาก ลำบาก แต่ร่างกายต้องการ
 ใช้ในการหายใจที่มีประสิทธิภาพ (, 2542)
 ผลกระทบด้านจิตใจ อาการหายใจลำบากเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย เนื่องจาก
 การหายใจเป็นสัญลักษณ์ของการมีชีวิต เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากขึ้นผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกว่า
 (Kohlman & Janson-Bjerklie, 1993)
 ที่เกิด ผู้ป่วยบางรายแยกตัวอยู่กับบ้าน ไม่เข้าสังคม เพราะกลัวจะเกิดอาการหายใจลำบาก (เขาวรัตน์
 , 2544) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีความวิตกกัง
 ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความรู้สึก
 โกรธตัวเอง กังขงใจ สับสน ท้อแท้ หวาดกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรค
 (Brenes, 2003) ผู้ป่วยไม่กล้าแสดงความรู้สึกหรืออารมณ์ที่รุนแรง
 แสดงอารมณ์ที่รุนแรงอาจทำให้ผู้อื่นไม่ยอมรับและอาจทำให้เหนื่อยมากขึ้น ผู้ป่วยจึงอยู่ในภาวะที่
 กลืนไม่แสดงความรู้สึก (Gift et al., 1986; 1990) ขณะเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล
 ผู้ป่วยยังต้อง คลอดอันเป็นที่รักอีกด้วย (Jadwiga & Wedzicha, 2002)
 ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ อาการหายใจลำบากทำให้ผู้ที่ เป็น โรคปอดอุดกั้น
 เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ประกอบกับผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษา
 ใน โรงพยาบาลบ่อยครั้ง หรือบางรายต้องออกจากงาน ก่อนเวลาอันสมควร ทำให้ความสามารถใน
 จากสังคม บางครั้งอาจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติ เช่น โกรธหรือเกรี้ยว
 บุคคลอื่น ขาดการเอาใจใส่ (Chalmers, 1984 อ้างถึงใน
 อินทร์ประสิทธิ์, 2544) และจากการที่อาการหายใจลำบากทำให้ผู้ที่ เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเข้า
 รับการรักษาใน โรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก เกิดผลกระทบในด้าน
 เศรษฐกิจทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว (Sullivan et al., 2000)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการหายใจลำบากมีหลายรูปแบบทั้งแบบประเมินอาการ
 (Unidimensional)

(Multidimensional) (Bausewein, Farquhar, Booth, Gysels, & Higginson, 2007)

1.

(Unidimensional) เป็นแบบประเมินที่

ผู้ป่วยเป็นผู้บอกถึงอาการหายใจลำบากด้วยตัวเองและสามารถใช้ได้อย่างรวดเร็ว ได้แก่ Visual
 analogue scales (VAS), Numerical rating scales (NRS), The Modified Borg Scale The
 Oxygen Cost Diagram (OCD) ซึ่งแต่ละเครื่องมือสามารถประเมินอาการหายใจลำบากได้เพียงด้าน

เดียว มักใช้ประเมินอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะนั้น (Bausewein et al., 2007; Ries, 2006)

2. (Multidimensional) เป็นแบบปร

อาการหายใจลำบากที่ครอบคลุมในด้านต่าง ๆ เช่น การปฏิบัติกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการ
อาการที่สัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก ความรู้สึกต่ออาการหายใจลำบาก ความดี และความรุนแรง
เป็นต้น ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละเครื่องมือ (Meek & Lareau, 2003; Ries, 2006) เช่น
Baseline and Transition Dyspnea Indexes (BDI & TDI), Medical Research Council Scale (MRC),
University of California San Diego Shortness of Breath Questionnaire (SOBQ) (Meek & Lareau,
2003) เป็นต้น แบบประเมินอาการหายใจลำบากหลายมิติส่วนใหญ่มักปร

/ หรือระดับความทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นเมื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง
(Jablonski, Gift, & Cook, 2007)

ส่วนแบบประเมิน

รุนแรง ความดีและความทุกข์ทรมาน

ที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในปัจจุบันคือ

The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)

Portenoy et al. (1994) เป็น

อาการที่เกิดขึ้นหลายอาการ ไม่

ซึ่งผู้ป่วยเป็น

ผู้รายงานอาการด้วยตนเอง Portenoy et al. (1994) ได้

ใช้ประเมินอาการต่าง

เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

MSAS ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านร่างกาย

32

โดยสอบถามผู้ป่วยว่ามีอาการดังกล่าวหรือไม่ หากมี

3 ด้าน คือ 1)

การแบ่งเป็น 4

1

ไม่ค่อยมีอาการ 4

2) ระดับความรุนแรงของอาการแบ่งเป็น 1

1

รุนแรงเล็กน้อย 4

3) ความทุกข์ทรมานจากอาการ แบ่งเป็น 5

0

ไม่ทุกข์ทรมานเลย 4

ทุกข์ทรมาน

(Portenoy et al., 1994)

MSAS นี้มีความสอดคล้องภายในของ

เครื่องมือในส่วน of อาการทางด้านร่างกายและอาการด้านจิตใจเท่ากับ .88

.83

นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งในสหรัฐอเมริกาจำนวน 299 ราย ได้ค่า

(Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87 (Portenoy et al., 1994)

Jablonski et al. (2007)

MSAS มาประเมินอาการต่าง ที่เกิดขึ้นในผู้ที่ เป็น

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ค่า

(Cronbach's Alpha

Coefficient) เท่ากับ .86

นี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมิน

MSAS ในส่วนการประเมินอาการหายใจลำบาก

แบ่งเป็น 3 ด้านได้แก่

และความทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับมิติของอาการในทฤษฎี
อาการไม่พึงประสงค์ (The Unpleasant Symptoms)

ช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Jablonski et al., 2007)

อาการอ่อนเพลีย (Fatigue)

อาการอ่อนเพลียเป็นการรับรู้ส่วนบุคคล (Subjective)

ได้ (Objective) อาการอ่อนเพลียนี้อาการที่พบได้บ่อยในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Kapella
et al., 2006; Kinsman et al., 1983) Theander and Unosson (2004) พบว่าผู้ที่

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีจำนวนครั้ง ระยะเวลาและความรุนแรงของอาการอ่อนเพลียสูงกว่า
กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรครูมาตอยด์ โรคหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งมีผู้ให้

อ่อนเพลียไว้หลากหลาย ส่วนใหญ่อาการอ่อนเพลีย หมายถึงการรับรู้

เหนื่อยล้า ไม่สบาย อิดโรย ขาดพลังงานทั้งหมดแรงของผู้ป่วย (Breslin et al., 1998; Hart,
Freel, & Milde, 1990; Piper, Lindsey, & Dodd, 1987) ได้จากทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจลดลง ส่งผลให้มี

(Hart et al., 1990; Kapella et al., 2006)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการอ่อนเพลีย

อาการอ่อนเพลียเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ทั้งบุคคลปกติและบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วย มักเกิด
จากปัจจัยหรือสาเหตุที่แตกต่างกันออกไป อาจเกิดจากปัจจัยเดียวหรือหลายปัจจัยร่วมกัน Piper
et al. (1987) ได้แบ่งปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการอ่อนเพลียไว้ 14

1. (Accumulation of Metabolites) การทำงานต่าง

จำเป็นต้องใช้พลังงาน มี ต่าง เป็นผลให้เกิดการสะสมของ
กล้ามเนื้อ ได้แก่ กรดแลคติก และไพรูเวท ซึ่งมีผลทำให้แรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง และ
เกิดอาการอ่อนเพลียของกล้ามเนื้อ (Piper, 1986)

2. แบบแผนการเปลี่ยนแปลงพลังงานและสารที่ให้พลังงาน (Changes in Energy and Energy Substrate) ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีปัญหาการขาดสารอาหารเนื่องจากปอดพองตัว

กินไปทำให้กระบังลมกดลงบนกระเพาะอาหารจึงทำให้อิ่มเร็ว และผู้ป่วย

การติดเชื่อซึ่งเป็น

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (, 2542; Reilly et al.,
2005) อาการที่ขึ้น เช่น อาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย ทำให้มีข้อจำกัดในการ

(, 2542) การใช้พลังงานมากกว่าการสวงนพลังงานจึงเกิด
อาการอ่อนเพลียได้ (Piper et al., 1987)

3. แบบแผนการทำกิจกรรมและพักผ่อน (Activity/Rest Patterns) เป็นปัจจัย

ทั้งส่ง อาการอ่อนเพลีย ผ่อน มีประสิทธิภาพมากกว่า
 ผ่อนหรือไม่เคลื่อนไหวร่างกายเป็นระยะเวลา กล้ามเนื้อจะ
 (Oxidation) มีการใช้ออกซิเจนเป็นจำ

สภาพกล้ามเนื้อไว้ ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียได้ (Piper et al., 1987) ส่วนการออกกำลังกายจะมีผล
 ให้ หลังอะครินาตินเพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะ
 ต่าง ต้องใช้พลังงานในการส่งเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อต่าง
 จะมีการเผาผลาญพลังงานเป็นจำนวนมาก ทำให้ระดับออกซิเจนในกล้ามเนื้อลดลง เกิด
 อ่อนเพลียได้เช่นกัน (Piper, 1986)

4. (Sleep-wake Patterns)

จะมีความสำคัญต่อร่างกายในการเก็บรักษาพลังงานและสะสมพลังงานไว้ (Hart et al., 1990) ช่วย
 บรรเทาอาการอ่อนเพลียได้ โดยเฉพาะการนอนหลับในช่วงที่ไม่มีกรกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว
 (NREM) ซึ่งเป็นระยะที่หลับสนิท กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายจะคลายตัว การใช้พลังงานลดลง มี
 การสร้างและสะสม โปรตีนและอะดีโนซีนไตรฟอสเฟต (ATP) ไว้ในเซลล์มากขึ้น ส่วนการ
 นอนหลับในช่วงที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (REM)
 มากขึ้น มีการไหลเวียนโลหิตไปที่สมองเพิ่มขึ้น และมีการสะสมพลังงานของสมอง ทำให้บุคคล
 สดชื่นและไม่อ่อนเพลียในขณะตื่น (Fuller & Schaller-Ayers, 1990) ปัญหาในการนอนหลับ
 ความสัมพันธ์กับ อาการอ่อนเพลีย (Kapella et al., 2006)

5. (Disease patterns) ร่างกายเกิดพยาธิสภาพอาจมีผลทำให้

ร่างกายมีการเผาผลาญอาหารและมีการดึงเอาพลังงานที่สะสมมาใช้มากขึ้น เพื่อซ่อมแซมส่วนที่
 สึกหรือให้กลับมาสู่ภาวะปกติ นอกจากนี้พยาธิสภาพของโรคอาจทำให้ รลัพท์
 ไม่ หรือมีการขนส่งอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่ดี ภาวะดังกล่าวเหล่านี้จะส่งผล
 ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อและพลังงานสะสมในกล้ามเนื้อลดลง ทำให้เกิดอาการ
 อ่อนเพลีย (Piper, 1986)

6. (Treatment Patterns) การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ มีผลต่อการเกิด

อาการอ่อนเพลียได้ เช่น การรับเคมีบำบัด รังสีรักษา การผ่าตัด การได้รับยาบางชนิด เช่น
 ยานอนหลับ ยารักษาโรคภูมิแพ้ ยารักษาทางจิต ซึ่งเมื่อได้รับประทานแล้วอาจทำให้รู้สึก มึนงง
 ง่วงซึม เบื่ออาหาร และอ่อนเพลียได้เช่นเดียวกัน (Kellum, 1985)

7. แบบแผนสภาพแวดล้อม (Environmental Patterns) อยู่ในสภาพแวดล้อมที่

ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เช่น การอยู่ในสถานที่ที่มีเสียงหรือแสงสว่างมากเกินไป

สิ่งกระตุ้นดังกล่าวจะรบกวนการส่งกระแสประสาท ซึ่งก่อให้เกิดอาการอ่อนเพลียตามมา (Hubsy & Sears, 1992) และการอยู่ในสภาพแวดล้อม ความรู้สึกเมื่อหน่าย จะทำให้การทำงานของระบบเรติคูลาร์แอคทีเวตติ้งลดลง ส่งผลให้ความตื่นตัวและความตั้งตัวของกล้ามเนื้อลดลง รู้สึกเหนื่อยง่าย ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง (Kellum, 1985)

8. (Symptom Patterns) อาการของโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการอ่อนเพลีย (Piper et al., 1987) เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากบ่อยครั้ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียพลังงานในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อเนื้อมากขึ้นทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียได้ (, 2542)

9. (Psychological Paterns) ทำให้มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ซึ่งส่งผลให้ อาการอ่อนเพลีย (Piper et al., 1987) ในภาวะดังกล่าวร่างกายจะตอบสนองโดยการกระตุ้นประสาทซิมพาติก ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า (Anterior Pititary) และต่อมหมวกไตส่วนใน (Adrenal Medulla) ทำให้เซลล์ทั่วร่างกายเพิ่มการทำงานอย่างผิดปกติ หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้นการไหลเวียนของอวัยวะในช่องท้องลดลง ในขณะที่เดียวกัน (Insulin) ซึ่งมีความจำเป็นในการพาไกลโคสเข้าสู่เซลล์ เพื่อสังเคราะห์ ไขมัน ถ้า เป็นเวลา ร่างกายจะมีการนำพลังงานสำรองมาใช้ เกิดภาวะพร่องพลังงาน ซึ่งทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียได้ (Kellum, 1985)

10. แบบแผนการใช้ออกซิเจน (Oxygenation Patterns) อุดกั้นทางเดินหายใจทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ และมีความต้องการใช้ออกซิเจน ในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อช่วยหายใจ เลือดจึงมีระดับต่ำ ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียได้ Breslin et al. (1998) พบว่าอาการอ่อนเพลียในผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการทำหน้า (FEV₁) ($r = -.32, p < .05$)

11. (Changes in Regulation Transmission Patterns) การส่งสัญญาณ ต่าง นั้น ต้องมีการควบคุมและการ ไม่ว่าจะเกิดจากตัวรับสัญญาณ ทางผ่าน ของสัญญาณ หรือสารที่ช่วยในการส่งสัญญาณ จะทำให้บุคคลไม่ตื่นตัว ง่วงซึม ความตั้งตัวของกล้ามเนื้อลดลง และเกิดอาการอ่อนเพลียได้ (Piper, 1986)

12. (Social Patterns) ได้แก่ วิธีการดำเนินชีวิตวัฒนธรรม ความเชื่อ (Barnett, 2001) ถ้าบุคคลมี มีปัญหาทาง ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้รู้สึกเครียด วิตกกังวล ส่งผล

ให้เกิดอาการอ่อนเพลียในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกัันเรื้อรังซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น แล้

มมีส่วนสำคัญในการช่วยผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับอาการ และผลกระทบต่าง
หากขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมแล้วผู้ป่วยจะประสบกับอาการต่าง ทั้งทางด้าน
ร่างกายและจิตใจเพิ่มมากขึ้น รวมถึงอาการอ่อนเพลียด้วย (Graydon & Ross, 1995)

13. แบบแผนเหตุการณ์ในชีวิต (Life Event Patterns) ที่ต้องนั้งอยู่ใน
ท่าเดียนาน ๆ ส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดเพื่อไปเลี้ยงส่วนต่าง ของร่างกายได้ไม่ดีเท่าที่ควร
โดยเฉพาะกล้ามเนื้อต่าง จะทำให้ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง
อ่อนเพลียตามมา และ ต้องเผชิญกับความเครียดตลอดเวลาในร่างกายจะมีการใช้
ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียได้เช่นกัน (Hart et al., 1990)

14. ปัจจัยภายใน (Innate Host Factors) เช่น อายุ เพศ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีอาการ
อ่อนเพลียได้ง่าย จากการศึกษาของ Kapella et al. (2006) พบว่าอายุของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกััน
เรื้อรังมีความสัมพันธ์กับอาการอ่อนเพลียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .05$)
ที่มากขึ้นจะมีการอาการอ่อนเพลียมากขึ้น

ผลกระทบของอาการอ่อนเพลียของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกัันเรื้อรัง
ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อ อ่อนเพลีย ร่างกายจะมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น เป็น
ผลให้ต้องดึงพลังงานสำรองที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้ทำให้เหนื่อยง่าย หดแรง ปวดเมื่อยตาม
ร่างกาย แขนขาไม่มีแรง เคลื่อนไหวได้ช้า (Piper et al., 1987) ต้องใช้ความพยายามในการออกแรง
ทำให้รู้สึกไม่สุ หรือเกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ (Kapella et al., 2006) ผู้ป่วยต้องการพักผ่อน
ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ อาการอ่อนเพลียที่มากขึ้นทำให้ปฏิบัติกิจกรรม
ต่าง ได้ลดลง อาการอ่อนเพลียยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกัันเรื้อรังลดลงอีกด้วย
(Breslin et al., 1998)

ผลกระทบด้านจิตใจ อาการอ่อนเพลียช้กันำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและ
อารมณ์ ซึ่งอาจมีผลเนื่องมาจากผลกระทบทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวและ
ปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิ

ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเป็นภาระ แยกตัวจากสังคม ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

Breslin et al. (1998) พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกัันเรื้อรังมี
ความสัมพันธ์กับ อาการอ่อนเพลีย ($r = 0.44, p < 0.01$)

ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ อาการอ่อนเพลียส่งผลกระทบต่อกิจกรรมต่าง
ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง สมรรถภาพในการทำงานของร่างกายลดลง ต้องพึ่งพา
ผู้อื่นอยู่เสมอ ทำลายอัตมโนทัศน์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและบทบาทหน้าที่ในสังคมเปลี่ยนไป

(, 2542) ผลกระทบของอาการอ่อนเพลียต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ที่เป็น (Thernder & Unosson, 2004) จากการที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ได้ลดลงนี้ ยังส่งผลกระทบในด้านเศรษฐกิจทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ดูแลต้อง ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และขาดรายได้หรือขาดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (Sullivan et al., 2000)

การประเมินอาการอ่อนเพลีย

ปัจจุบันมีผู้สร้างเครื่องมือในการประเมินอาการอ่อนเพลียไว้หลายลักษณะตาม ความสนใจและแนวคิดของผู้ศึกษานั้น

อ่อนเพลียได้ 2

1. การประเมินอาการอ่อนเพลียจากการสังเกต (Objective Fatigue) เป็นการประเมิน อาการอ่อนเพลียจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งผู้ประเมินสามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน จากผู้ป่วย แบบประเมินอาการอ่อนเพลียโดยใช้การสังเกต เช่น แบบประเมินอาการอ่อนเพลียของ Rhoten (1982 อ้างถึงใน , 2551) ต้องใช้ระยะเวลาและทักษะของผู้ประเมิน ประเมิน อีกทั้งอาการอ่อนเพลียที่เกิดขึ้นต้องมีอาการ ชัดเจน ทำให้การประเมิน

2. การประเมินอาการอ่อนเพลียจากความรู้สึกส่วนบุคคล (Subjective Fatigue) เป็น การประเมินอาการอ่อนเพลียจากความรู้สึกของของผู้ป่วย (Hart et al., 1990) ได้แก่

2.1 The Revised Piper Fatigue Scale (PFS) (Piper, Rieger, Brophy, Haeuber, Hood, Lyver, & Sharp, 1989) ซึ่งได้ปรับปรุงมาจากแบบวัดเดิมในปี . . 1987 1989 (Piper et al., 1987; 1989) เป็นแบบวัดลักษณะเป็นแบบประมาณค่าด้วยสายตา (VAS) ร่วมกับ คำถามปลายเปิด 27 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ 1) ด้านพฤติกรรม/ 2) ด้านการรับรู้ความหมาย 3) ด้านความรู้สึก 4) ด้านสติปัญญาและอารมณ์

2.2 Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) เป็นการวัดอาการ อ่อนเพลียที่เกิดขึ้น มีคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) อาการอ 2) อ่อนเพลียทางด้านร่างกาย 3) 4) 5) อาการอ่อนเพลียทางด้านจิตใจ เป็นมาตรวัด 5 มีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ที่เป็น อุดกั้นเรือร้งพบว่า อยู่ในระดับ แต่ไม่มีการรายงานถึงความเชื่อมั่นในผู้ที่เป็น (Breslin et al., 1998)

2.3 แบบประเมินอาการอ่อนเพลีย The Multidimensional Assessment of Fatigue (MAF) ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้านคือ 1) ระดับอาการอ่อนเพลีย 2) ความรุนแรงของอาการอ่อนเพลีย 3) ความทุกข์ทรมาน 4) ผลกระทบต่อกิจวัตรป

5) ระยะเวลา มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่าด้วยสายตา (VAS) แบบประเมินนี้เคยนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยโรงปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Meek & Lareau, 2003)

2.4 The Profile of Mood State (POMS) แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่

(Tension/ Anxiety), ซึมเศร้า (Depression/ Dejection), (Anger/ Hostility),

อ่อนเพลีย (Fatigue/ Inertia), (Vigor/ Activity) (Confusion/ Bewilderment) เป็นแบบสอบถามที่

รายด้านได้ (McNair, Lorr, & Droppelman, 1981) ในด้านอาการอ่อนเพลีย (POMS-F) เป็นการประเมินความรุนแรงของอาการ

อ่อนเพลีย ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ ซึ่งมี 5 0 ไม่ถูกต้อง ถึง 4 ถูกต้องอย่างยิ่ง

(Meek & Lareau, 2003; Petpichetchian, 2001) Kapella et al. (2006) ได้นำ POMS-F

ในผู้ที่เข้า พบว่าค่า (Cronbach's

Alpha Coefficient) เท่ากับ .87

อ่อนเพลียมีอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่มักประเมินความรุนแรง และผลกระทบจากอาการอ่อนเพลียต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ตามการรับรู้

ของผู้ป่วย ซึ่งในการวิจัยนี้ได้กำหนดการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยเป็นตัวแปรตาม หากใช้แบบ ประเมินดังกล่าวอาจทำให้เกิดความซ้ำซ้อน ทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อนได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้

The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) Portenoy et al. (1994)

ส่วนของอาการอ่อนเพลีย ประเมินอาการอ่อนเพลียของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเรื้อรังในการวิจัย

ประเมินครอบคลุมมิติของความรุนแรง ความถี่และความทุกข์ทรมานจาก

อ่อนเพลีย สอดคล้องกับมิติของอาการตามทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (The Unpleasant

Symptoms) อ่อนเพลีย ช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาได้ (Jablonski et al.,

2007)

MSAS ส่วนของอาการอ่อนเพลีย โดยแบบประเมินประกอบด้วย คำถามว่า ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียหรือไม่ หากมี 3 ด้าน คือ 1)

อาการแบ่งเป็น 4 1 คือไม่ค่อยมีอาการ ถึง 4 2)

แบ่งเป็น 1 1 คือรุนแรงเล็กน้อย 4 3) ความทุกข์ทรมานจากอาการ

แบ่งเป็น 5 0 4 0 ไม่ทุกข์ทรมานเลย 4 คือทุกข์ทรมานมากที่สุด (Portenoy et al., 1994)

MSAS นี้มีความสอดคล้องภายในของเครื่องมือในส่วนของอาการ

ทางด้านร่างกายและอาการด้านจิตใจเท่ากับ .88 .83 ตามลำดับ เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วย

299 ราย ได้ค่า

(Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87 (Portenoy et al., 1994) Jablonski et al. (2007)

MSAS มาประเมินอาการต่าง ที่เกิดขึ้นในผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ค่า
(Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86

อาการนอนไม่หลับ (Insomnia)

อาการนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับเป็นประเด็นสำคัญที่ใช้ในการพิจารณาคุณภาพ
นอนไม่หลับมากแสดงถึงคุณภาพในการนอนหลับอยู่ในระดับต่ำ
(Kinsman et al., 1983; Passaro, 2008) อาการนอนไม่หลับนี้เป็นอาการที่พบบ่อยอันดับที่ 3 ในผู้ที่
เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Kinsman et al., 1983) มีผู้ให้ความหมายของอาการนอนไม่หลับไว้ว่า
โดยส่วนใหญ่อาการนอนไม่หลับหมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงการนอนหลับยาก
ระหว่างการนอนหลับบ่อยๆ ตื่นตัวง่ายขณะนอนหลับ หรือนอนหลับไม่เพียงพอ (
นิวัตพันธ์, 2548; Potter & Perry, 2003) ไม่สามารถคืนสู่แบบแผนการนอนหลับปกติแม้ว่ามี
สิ่งแวดล้อมหรือโอกาสในการนอนหลับที่เหมาะสม (Stegea et al., 2008) อาการนอนไม่หลับส่งผล
ต่อ (Passaro, 2008; Stegea et al., 2008)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ

1. การเปลี่ยนแปลงของร่างกายขณะนอนหลับ ทำให้การตอบสนองของศูนย์หายใจต่อ
การกึ่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดลดลง กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจทำ
หน้าที่ได้ ความต้านทานในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การระบายอากาศลดลง อีกทั้ง
ยังมีผลให้ความจุของปอดมีปริมาตรน้อยลง ซึ่งมีผลทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างการระบาย
(Ventilation-perfusion Ratio) เปลี่ยนแปลงดังกล่าว
เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์กึ่งในเลือดสูงขณะ
(George & Bayliff, 2003; McNicholar, 2000; Stege et al., 2008) นอกจากนี้ยังพบว่า
แรงต้านทานในทางเดินหายใจที่มากขึ้น รวมถึงความตึงตัวของกล้ามเนื้อช่วงหายใจที่ลดลง
ส่งผลให้เกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับได้ (Obstructive Sleep Apnoea Syndrome [OSAS])
(ผ่องศรี ศรีมรกต, 2551; George & Bayliff, 2003) โดยเฉพาะในผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมี
พยาธิสภาพที่ปอดด้วยแล้ว ยิ่งส่งผลทำให้ภาวะพร่องออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์กึ่งมี
อยู่ในระดับที่เป็นอันตราย กระตุ้นให้ผู้ป่วย

ให้เพียงพอ ครอบคลุมวงจรการนอนหลับทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ (George & Bayliff,
2003) โดยเฉพาะระยะการนอนหลับที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (REM) (McNicholar, 2000)

2. อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัญหาการนอนหลับในผู้ที่ เป็นโรคในระบบ
ทางเดินหายใจไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของปอด แต่ถูกกระตุ้นโดยความรุนแรงและ
ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นขณะนอนหลับ ได้แก่ อาการไอ หายใจลำบาก และการเพิ่มของเสมหะ

ทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ (Klink et al., 1994) อากาศเย็นในช่วงกลางคืน ทำทาง
ในการนอนหลับมีผลส่งเสริมให้อาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบมากขึ้น โดยอาการ
นเมื่อผู้ป่วยอยู่ใน
ท่านอน และช่วงเวลากลางคืน (Carlson & Mascarella, 2003; George & Bayliff, 2003)
ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวนระหว่างการนอนหลับ

3. ยาที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยาในกลุ่มของ Corticosteroids

-Adrenoceptor Agonists ซึ่งเป็นยาที่ใช้ในการรักษาและบรรเทาอาการในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้น
เรื้อรัง ยังมีผลกระตุ้นการทำงานของระบบซิมพาเทติก โดยการหลั่งสาร Epinephrine ทำให้ไม่
ง่วงนอน และไม่สามารถง่วงซึ่งการนอนหลับได้ (George & Bayliff, 2003; Kutty, 2004)
นอกจากนี้ยังพบว่ายากลุ่ม Methylxanthines ได้แก่ Theophylline ส่วนผสมของคาเฟอีน
มีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับได้ (ฟ่องศรี ศรีมรกต, 2551; George & Bayliff, 2003;
McNicholar, 2000)

4. ภาวะทางจิตใจ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีผลต่อแบบแผนการนอนหลับ
(Passaro, 2008) เมื่อมีความวิตกกังวล ร่างกายจะมีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลจากต่อมหมวกไต
ชั้นนอกมากขึ้น ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เพิ่มการทำลายไกลโคเจนในตับ
กล้ามเนื้อดัดตัว และปวดกล้ามเนื้อตามร่างกาย เป็นต้น และกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้
หลั่งฮอร์โมนแคทีโคลามีนจากต่อมหมวกไตชั้นในซึ่งประกอบด้วย อิพิเนฟริน และนอร์อิพิเนฟริน
ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่กระตุ้นให้เกิดการตื่นตัว เพิ่มปฏิกิริยาการเผาผลาญมากขึ้น ทำให้ชีพจร อัตรา
การหายใจ ระดับความดันโลหิต และความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น (ฟ่องศรี ศรีมรกต, 2551)
ร่างกาย และวงจรการนอนหลับ ส่งผลให้
นอนหลับยาก ตื่นบ่อย และไม่สามารถหลับต่อได้ภายหลังการตื่นระหว่างการนอนหลับ

(George & Bayliff, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kapella et al. (2006)

พบว่าความ ซึมเศร้าของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลทำให้คุณภาพ
นอนหลับของผู้ป่วยลดลง ($p < .001$)

ผลกระทบของอาการนอนไม่หลับ

อาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาการนอนหลับที่พบบ่อย (Steger et al., 2008) ซึ่งทำให้
คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยลดลงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้าน

ผลกระทบด้านร่างกาย อาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้น ทำให้
ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้นบ่อยครั้ง ร่างกายต้องตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา ไม่ได้รับการพักผ่อน
อย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ง่วงเวลา

(ชัยรัตน์ นิรัตน์รัตน์, 2543) นอนไม่หลับทำให้การดำเนินชีวิตเสียไป ไม่สามารถ
ทำกิจกรรมได้ตามปกติ ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง (รวีวรรณ นีวาตพันธ์,
2548) การกระตุ้น นี้อย่าง ต่อ ต่าง ในร่างกาย เช่น

มีการเพิ่มแรงต้านในทางเดินหายใจ และมีผลต่อระบบหัวใจและ
เช่น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนักขึ้น ร
หลอดเลือดต่าง ทำให้ความต้องการใช้ (Closs, 1999) อาจทำให้เกิด
เมื่อนอนไม่หลับว่า คอรัต่อซอด กลูคาگون

ยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีน ทำให้การฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย
กระบวนการหายใจของบาดแผลทำงานไม่มีประสิทธิภาพ (Closs, 1999) Ozturk,
Pelin, Karadeniz, Kaynak, Caker and Gozukimizi (1999) (Sleep
Deprivation) ต่อระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์ พบว่าในขณะที่นอนไม่ เซลล์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ
ระบบภูมิคุ้มกันจะ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยภาวะแทรกซ้อน และ
ได้ง่าย (ชัยรัตน์ นิรัตน์รัตน์, 2543)

ผลกระทบต่อด้านจิตใจ การนอนหลับช่วยในการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ความจำ
การทำงานของจิตใจ การนอนหลับกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาของระบบประสาทส่วนกลางเข้าสู่
การจัดระบบข้อมูลใหม่ และทำลายข้อมูลที่ไม่จำเป็นเพื่อเตรียมร่างกายและจิตใจให้พร้อม
สำหรับกิจวัตรประจำวันใหม่ (Passaro, 2008) อาการนอนไม่หลับจึงมีผลต่อสภาวะจิตใจและ
การเรียนรู้ (Kutty, 2004; Stege et al., 2008) ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ที่มีอาการนอนไม่หลับ
อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด วิตกกังวล ไม่ร่าเริง ซึมเศร้า โกรธง่าย นอกจากนี้ยังทำให้
(Closs, 1999)

หากไม่ได้นอนหลับเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดอาการหิวแหว่ และหลงผิด (ชัยรัตน์ นิรัตน์รัตน์, 2543)

ผลกระทบต่อด้านสังคมและ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง
ผู้ป่วย จากอาการนอนไม่หลับ ส่งผลให้
สูงขึ้น การใช้บริการทางการแพทย์สูงขึ้น และ ทำให้ความ
(, 2546)

ที่ลดลงบ่งบอกถึงอาการ ไม่ (Kinsman et al., 1983;
Passaro, 2008) การนอนหลับมีอยู่ 2 (Fuller & Schaller-Ayers,
1990)

1. (Objective Sleep Quality) เป็นการ
การเข้าสู่ระยะของการนอนหลับ และระยะเวลาในแต่ละรอบวงจรของการนอนหลับ
ใช้โพลีซอมโนกราฟฟิค (Polysomnography) ซึ่งเป็น พิเศษในห้องปฏิบัติการ
2. (Subjective Sleep Quality) เป็นวิธีการ
การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก และประสบการณ์การนอนหลับที่ได้จากผู้ป่วย โดยตรง
สามารถประเมินได้ทั้งปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับ ได้แก่
 - 2.1 (Daily Sleep Charting) ส่วนใหญ่ใช้กับ
ผู้ป่วยที่มีกิจกรรมประจำที่แตกต่างกันในหอผู้ป่วย
 - 2.2 แบบการประเมินการนอนหลับด้วยการเปรียบเทียบกับสายตา (Visual Analogue
Scale) โดยมาตราวัดเป็นลักษณะเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ประเมินโดยให้ผู้ประเมินขีด
เครื่องหมายลงบนเส้นในตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง
 - 2.3 แบบสอบถามที่ใช้ประเมินที่ ที่ได้รับความนิยม และ
นำมาใช้อย่างแพร่หลาย คือ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) Buysse, Reynold,
Monk, Berman and Kypfer (1989) อ้าง ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์,
2540) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพและแบบแผนการนอน ผู้ใหญ่ ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับ
1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยการประเมินคุณภาพการนอนหลับ 7 ส่วน
3 ส่วน ได้แก่ 1) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่ง
(Sleep Latency) 2) ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละ (Sleep Duration) ไม่คิดรวมเวลาที่
ตื่นระหว่างการนอนหลับ 3) (Habitual Sleep Efficiency)
เป็นอัตราส่วนระหว่างจำนวนชั่วโมงของระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืนหารด้วยจำนวน
ชั่วโมงของระยะเวลาที่นอนอยู่บนเตียงเทียบกับหนึ่งร้อย ค่าที่คำนวณได้จะมีหน่วยเป็นร้อยละ ส่วน
4 ส่วน ได้แก่ 1)
(Subjective Sleep Quality) เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยรวม 2)
(Sleep Disturbance) เช่น อาการหายใจลำบาก 3) การใช้นอนหลับ (Sleep
Education) 4) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (Daytime Function) (Buysse et al.,
1989 อ้าง ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์, 2540) 19 ข้อ ช่วง
0 21 โดยคะแนนรวมน้อยหมายถึงคุณภาพการนอน
นอนไม่หลับน้อย ส่วนคะแนนรวมมากหมายถึงคุณภาพการนอนหลับไม่ดีหรือมีอาการ
นอนไม่หลับมาก (Reishtein, 2005) Reishtein (2005) ได้นำแบบวัด PSQI

นอนไม่หลับในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ค่า
(Cronbach's Alpha Coefficient) .72

ประเมินอาการนอนไม่หลับส่วนใหญ่มักประเมินอาการนอนไม่หลับเทียบกับคุณภาพ
ๆ ซึ่งเป็นสิ่งรบกวนการนอนหลับร่วมด้วย ซึ่งในการ
วิจัยนี้ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ วิตกกังวลและซึมเศร้า ดังนั้นการประเมิน
อาการที่ซ้ำซ้อนในแบบสอบถามอาจทำให้ ลาดเคลื่อนได้ นอกจากนี้การศึกษาของ
Reishtein (2005) ยังพบว่าการใช้ประเมิน PSQI ร่วมกับแบบประเมิน FPI ทำให้เกิดความ
คลาดเคลื่อนของผลการวิจัยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แบบประเมิน The Memorial Symptom
Assessment Scale (MSAS) Portenoy et al. (1994) ในส่วนของอาการนอนไม่หลับ
นอนไม่หลับของผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้น

ครอบคลุมมิติของความรุนแรง ความถี่และความทุกข์ทรมานจากอาการนอนไม่หลับ ซึ่งสอดคล้อง
กับมิติของอาการตามทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (The Unpleasant Symptoms) Jablonski et al.
(2007) MSAS มาประเมินอาการต่าง เกิดขึ้นในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้
ค่า (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86

ยังพบว่า นอนไม่หลับ ช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาได้
MSAS ส่วนของอาการนอนไม่หลับ ยแบบประเมินประกอบด้วย
คำถามว่าผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับหรือไม่ หากมี 3 ด้าน
เช่นเดียวกับการประเมินอาการหายใจลำบาก และอาการอ่อนเพลียดังที่กล่าวมาข้างต้น
(Anxiety)

อาการทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้น
(Leidy, 1995; Hynninen et al., 2005) Mikkelsen,
Middelboe, Pisinger and Stage (2004) พบว่าผู้ที่เป็โรคปอด
ร้อยละ 50 รับรู้ของผู้ป่วย ไม่สบายใจ รู้สึก
เหมือนตนเองถูกคุกคาม ตกอยู่ในอันตราย ความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่แน่นอน รู้สึกกลัวใน
สภาวะหรือเหตุการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ และมีความรู้สึกหวาดหวั่นต่อสภาวะหรือเหตุการณ์ที่
คาดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคต (ช้อลดา , 2536; เขวลักษณ์ มหาลลลลลลลลลล และลลลลลลลลลล
, 2540; Spielberg, 1983; Spielberg & Sydeman, 1994) งวลทำให้
ประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการของบุคคลลดลง (Grainger, 1990; Spielberg, 1983)

ร่าง ได้ เช่น หายใจเข้าออกแรง กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดศีรษะ เป็นต้น (Grainger, 1990)

ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ในทุก ๆ สถานการณ์ที่บุคคลนั้นถูกคุกคามต่อความปลอดภัย หรือต่อการนับถือตนเอง โดยทั่วไปสามารถแบ่งสิ่งคุกคามออกได้เป็น 2 (Wilson & Kneisl, 1996 อ้างถึงใน นพพร เชาวะเจริญ, 2540)

1. **(Biologic Integrity)** เป็นสิ่งที่มารบกวนต่อความพึงพอใจ ต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกายซึ่งก่อให้เกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิตหรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง เช่น การขาดปัจจัยพื้นฐานในของร่างกายจากพัฒนาการในช่วงวัยต่าง ๆ การเจ็บป่วย การได้รับอุบัติเหตุ เป็นต้น

2. **สิ่งคุกคามต่อความปลอดภัยของตนเอง (Security of the Self)** เป็นสิ่งคุกคามที่เกิดจากความรู้สึกสูญเสีย ความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตัวเอง เช่น การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่สู่บทบาทใหม่ การพึ่งพาอาศัยผู้อื่น รู้สึกกดดันทางสังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น

วิตกกังวลเป็นความเครียดทางจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Brenes, 2003; Mikkelsen et al., 2004) ซึ่งมีผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Brenes, 2003; Hynninen et al., 2005; Kim, Kunik, Molinari, Hillman, Lalani, Orengo, Petersen, Nahas, & Goodnight-White, 2000)

วิตกกังวลในผู้ที่เป็ นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน (Hynninen et al., 2005) แต่ Brenes (2003) พบว่า วิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับอาการของ

วิตกกังวลได้

3 (Mikkelsen et al., 2004)

1. **(Hyperventilation Model)**

ภาวะพร่องคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งสามารถกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล เช่นเดียว

Hyperventilation Syndrome ที่มีภาวะหายใจลำบากร่วมกับความวิตกกังวล

2. **ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ กระตุ้นได้ง่าย (Carbondioxide Hypersensitivity Model)** อาการหายใจลำบากทำให้เกิดภาวะคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ กรดแลคติกจะเพิ่มสูงขึ้นด้วย ซึ่งกรดแลคติกทำให้การรับรู้ของสมองส่วนกลางผิดปกติ เกิดสัญญาณเตือนว่าหายใจไม่ออก (**Suffocation False Alarm**) ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหวาดกลัวได้

3. **พฤติกรรมกรรับรู้ (Cognitive Behavioural Model)**

เป็นระบบสำคัญระบบหนึ่งของร่างกายในการดำเนินชีวิต เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก

ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าถูกคุกคามเป็นอันตรายต่อชีวิต เกิดความกลัวต่อการสูญเสีย
วิตกกังวลต่ออาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น (Agle & Baum, 1977)

เป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วย
จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย

การเจ็บป่วยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาศักดิ์สิทธิ์มากขึ้น อันเป็นสิ่งที่คุกคามต่อ
ศักดิ์ศรีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย (Jadwiga & Wedzicha, 2002)

ดังกล่าวเป็นปัญหาที่คุกคามต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์การ
เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

วิตกกังวลในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิตกกังวลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรค
ดังกล่าว (Cholida, 2536; Addy, 2007)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา เป็นผลของระบบประสาทอัตโนมัติทำงานอิสระ
โดยไม่อยู่ใต้อำนาจจิตใจ เมื่อมีความวิตกกังวลอยู่ระดับเล็กน้อย
มีบทบาทมากกว่า ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ปากแห้ง ตัวสั่น ออก ท้องผูก
นอนไม่หลับ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะชักนำให้ผู้ป่วย หายใจลำบากรุนแรงมากขึ้นได้
(Gift et al., 1990) ทำให้กล้ามเนื้อหายใจทำงานหนักส่งผลทำให้ร่างกายใช้พลังงานเพิ่มขึ้น ในผู้ที่
เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพยาธิสภาพที่ปอด ทำให้ปอดไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอกับ
อัตราการเผาผลาญของร่างกายที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถ กิจกรรมได้ในขอบเขตจำกัด
(Brenes, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2000) ที่พบว่าความวิตกกังวลและ
ซึมเศร้ามีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่ถ้าผู้ป่วย
วิตกกังวลในระดับสูงและรุนแรงแล้วระบบพาราซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นช้า
ความดันโลหิตต่ำ ท้องเสีย ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น (คาราวรรณ ตะปิน , 2538; Shive, 1998)

อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย คับข้องใจ

(Sassi-Dambon et al., 1995) ยิ่งอาการหายใจลำบากมาก ยิ่งทำให้วิตกกังวล
มากเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (Breslin & Calif, 1996; Sassi-Dambon et al., 1995)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นต่อมพิทูอิทารี
(Pituitary) ส่วนหน้าจะหลั่งฮอร์โมนแอดรีโนคอร์ติโคโทรรมัส (Adrenocorticotomus) กระตุ้นให้มี
การหลั่งแอดรีโนคอร์ติคอยด์ (Adrenocorticoid) 3 ชนิด คือ มินอราโลคอร์ติคอยด์
(Mineralocorticoid) เพื่อควบคุมสมดุลของโซเดียม โปตัสเซียม และแคลเซียม กลูโคคอร์ติคอยด์

(Glucocorticoid) มีผลต่อการเผาผลาญอาหารจำพวกโปรตีน ไขมัน น้ำตาล ทำให้อัตราการ

เผาผลาญของร่างกาย

(Androgen) มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อเสริมสร้าง

ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัวทำให้ผู้ป่วย

อ่อนเพลียได้ ส่วน

ไฮโปซาลามัสจะส่งผ่านปลายประสาทซิมพาเทติกไปยังต่อมหมวกไตชั้นใน (Adrenal Medulla)

หลังฮอร์โมนแคทีโคลามีน ซึ่งประกอบด้วย อีพินเฟริน (Eprinephrine) และนอร์อีพินเฟริน

(Norepinephrine) มีผลทำให้เกิดอาการหัวใจเต้นแรงและเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น เส้นเลือดบริเวณ

ส่วนปลายหดตัวทำให้มือเท้าซีดเย็น (ชอลดา พันธุเสนา, 2536) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

เหล่านี้มีผลทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น และมีการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์มากขึ้น

(Dudley, Glasser, Jorgenson, & Logan, 1980; Gift, Cahill, & Ariz, 1990) มีผลทำให้เกิดอาการ

หายใจลำบากหรือทำให้อาการหายใจลำบากรุนแรงมาก (Addy, 2007; Breslin & Calif, 1996)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความวิตกกังวลจะมีผลกระทบต่ออารมณ์แล้ว

ย่อมหา ผ่อนคลายให้พ้นจากความ

พบได้ทั้งทางจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก โดยมีพฤติกรรมแสดงออก เช่น กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง

โมโหง่าย โกรธง่าย โศกเศร้าเสียใจ ร้องไห้ง่าย เป็นต้น (ดาราวรรณ ตะปินตา, 2538)

ากนี้สภาพอารมณ์ของผู้ป่วย

เปลี่ยนแปลงทางอารมณ์

อย่างรุนแรงจะยิ่งทำให้ผู้ป่วย

ผู้ป่วยจึงพยายามที่จะไม่ให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ โดยการแยกตัวจากสังคม เป็นต้น (Addy, 2007)

4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำ และการรับรู้ ความวิตกกังวลทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด การรับรู้ เช่น หมกมุ่น ครุ่นคิด ลืมง่าย การตัดสินใจไม่ได้

นั่งงอแง มีความสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง เป็นต้น และมีพฤติกรรม

ซ่อนเร้น ได้แก่ความรู้สึกขุ่นเคืองไม่เป็นมิตร (ดาราวรรณ ตะปินตา, 2538)

วิตกกังวลเป็นพฤติกรรมทางด้านอารมณ์ ที่มีการแสดงออกแตกต่างกันในแต่ละ

บุคคล ได้มีผู้สร้างเครื่องมือในการประเมิน

ซึ่งแบ่งเป็น 3

(McFarland, 1993 อ้างถึงใน นพพ

, 2540; Yonkers & Samson, 2000)

1.

นแปลงด้านสรีรวิทยา เป็นการวัด เปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

เช่น การหายใจ การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา และการมีเหงื่อออก โดยใช้

เครื่องมือวัดด้านอิลี ทรนิกส์ เป็น ได้ผลไม่แน่นอน

ขณะประเมินเท่านั้น

2. การสังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออก เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมานั้นเป็น สะท้อนอารมณ์ภายในจิตใจ ซึ่งบุคคลอื่นสามารถมองเห็นได้ เช่น อาการ กระสับกระส่าย มือสั่น ถอนหายใจ พุดรัวเร็ว หรือร้องไห้ เป็นต้น

3. เป็นแบบ การรับรู้ความ
ได้แก่

3.1 State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Spielberger (1983)

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นความวิตกกังวล
การหนึ่ง 20 ข้อ ส่วนที่สองเป็นการประเมินความ
วิตกกังวลแฝง ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่มีลักษณะคงที่ในตัวบุคคล 20 ข้อ

3.2 Hospital anxiety and Depression scale (HAD)

Zigmond and Snaith ได้ถูกพัฒนาและนำมาใช้ในปี 1983 เพื่อใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการ
ซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีความเที่ยงตรงเมื่อเทียบกับการวินิจฉัยทางคลินิกอยู่ในเกณฑ์ดี
(Zigmond & Snaith, 1983) ประกอบด้วย และอาการซึมเศร้า ซึ่ง
สามารถแยกส่วนใช้ในการประเมินได้ แบบประเมินในส่วนของความวิตกกังวลประกอบด้วย 7 ข้อ
แต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 3 ประกอบด้วยข้อคำถาม
7 ข้อคือ 21 Ng, Niti, Tan, Cao, Ong and Eng
(2007) ได้นำแบบวัด HAD ในส่วนของแบบประเมินความวิตกกังวล (HAD-A)

ในผู้ที่ เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ค่า

(Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86 ธนา นิลชัยโกวิท,
หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) ได้แปลแบบประเมินนี้เป็นภาษาไทย (Thai
HADS) และใช้ในการประเมินความวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า
สอดคล้องภายในของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient ในส่วนของ
แบบประเมินความวิตกกังวลเท่ากับ .86

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)
ในส่วน of แบบประเมินความวิตกกังวล (HAD-A) เนื่องจากเป็นการประเมิน

ไม่เฉพาะกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง อีกทั้งไม่มีการประเมินการทำกิจกรรมของ
ผู้ป่วย ซึ่งซ้ำซ้อนกับตัวแปร ที่ต้องก

(HAD-A) ยังมีการประเมินความวิตกกังวลในหลายมิติ ได้ความถี่ของความวิตกกังวล ก
และความทุกข์ทรมานหรือผลกระทบจากความวิตกกังวล ซึ่งเป็นสามในสี่มิติของอาการตามทฤษฎี
อาการไม่พึงประสงค์ (The Unpleasant Symptoms) Lenz et al. (1997) HAD

ได้นำมาใช้ ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างแพร่หลาย ค่าความ
มาตรวัดเท่ากับทุกข้อ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย ไม่สับสน รวมถึง
ข้อคำถามจำนวนน้อย สะดวกในการเก็บข้อมูลและผู้ให้ข้อมูลไม่เกิดความเบื่อหน่าย

ซึมเศร้า (Depression)

อาการทางด้านจิตใจที่พบได้มากในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาการซึมเศร้า (Leidy, 1995; Hynninen et al., 2005) Mikkelsen et al. (2004) พบว่าผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 57 มีผู้ให้ความหมายของอาการซึมเศร้าไว้มากมาย ส่วนใหญ่กล่าวว่า อาการซึมเศร้าหมายถึง การรับรู้ถึงอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และไม่มีอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลินหรือหมดความตั้งใจอยากขาดความสุข หรือขาดความสนใจในชีวิตประจำวัน รู้สึกหมดเรี่ยวแรง มองเห็นคุณค่าในตัวเอง (, 2546; เขาวรัตน์ ชันธิวิชัย, 2544) ซึ่งอาการซึมเศร้า มีผลทำให้การปฏิบัติหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Hynninen et al., 2005; Ng et al., 2007)

ซึมเศร้า

ซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีกลไกที่มีความซับซ้อน จากการ Mikkelsen et al. (2004) พบว่าปัจจัยหลักที่ทำให้เกิด ซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมี 4 ปัจจัยคือ ภาวะพร่องออกซิเจน การสูบบุหรี่ ภาวะอาการกำเริบ การไม่ได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง โดยภาวะพร่องออกซิเจนและการสูบบุหรี่ทำให้สมองส่วนที่มี (White Matter) ได้รับความเสียหาย ซึ่งสมองส่วนนี้มีสีขาวนี้เป็นส่วนที่มีไมอีลิน (Myelin) ปลอกประสาทห่อหุ้มมีความสำคัญในการส่งกระแสประสาท ทำให้ส่งสัญญาณประสาทไปยังส่วนต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว (บึงอร ฉางทรัพย์, 2550) ส่งผลให้การทํารอบควน การทํางานของจิตใจช้าลง อีกทั้งเมื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หลอดเลือดในสมองไม่สามารถขยายตัวเพื่อปรับสมดุลก๊าซออกซิเจนในสมองได้ ซึ่งสมองเมื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มักเกิดอันตรายได้ง่าย (Norwood, 2006) ขณะที่ค่าก๊าซต่าง ๆ

ผิดปกติของประสาทการรับรู้ร่วมด้วย โดยเฉพาะความจำและความสนใจในสิ่งต่าง (Grant et al., 1998 cite in Mikkelsen et al., 2004)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิด ซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ได้แก่ น้ำหนักลด อาการอ่อนเพลีย และการไม่ได้เคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมเป็นระยะเวลานาน ๆ รวมถึงปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Mikkelsen et al., 2004) เป็นผลมาจากร่างกายที่เสื่อมลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็น

โรคที่เรื้อรังไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติและมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ติดตามกันมา ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ลดลง มีข้อจำกัดแม้เพียงกิจกรรมเล็ก น้อย ๆ เช่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อความรุนแรงของอาการและความก้าวหน้าของโรคลุกลามมากขึ้น อาการหายใจลำบากและหอบเหนื่อยจะเกิดขึ้นได้เกือบตลอดเวลา สถานการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง คิดว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น คิดว่าตนเองไร้ค่า ซึ่งความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่านี้เป็นศูนย์กลางของปัญหาทท ซึมเศร้า (Addy, 2007) เกิดความว้าเหวอ้างว้าง (Loneliness) และคิดถึงความตาย ความไม่แน่นอน (Hynninen et al., 2005) ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคมและเกิดซึมเศร้าได้ (Hynninen et al., 2005)

(2537) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค 985 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันใน ๗ ด้าน เมื่อต้องอยู่กับอาการที่รุนแรงและเรื้อรังนี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกซึมเศร้า หมดหวัง และรู้สึกว่าขาดการช่วยเหลือ (, 2537) สอดคล้องกับ วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และอาการทางกาย ขณะที่มีอาการหายใจลำบากในผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้น Gift et al. (1990) พบว่าในขณะที่มีอาการหายใจลำบาก รุนแรงจะมีความวิตกกังวล มเศร้าสูง

นอกจากนี้ยังพบว่า ซึมเศร่ายังสามารถเกิดจากผลข้างเคียงของยาจากการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีกด้วย โดยเฉพาะยาในกลุ่มสเตอรอยด์ เกี่ยวกับการใช้ยาสเตอรอยด์ ในผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง Gift, Wood and Cahill (1989) พบว่าการใช้ยาสเตอรอยด์มีความสัมพันธ์กับการเกิด ซึมเศร้าอีกด้วย

ซึมเศร้าในผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ที่มีอาการซึมเศร้า มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพที่เห็นได้ชัดเจน คือเป็น คน โศกเศร้า อ่อนเฉียว หงุดหงิดง่าย หวาดกลัว พวกเขาจะรู้สึกหมดหวัง สับสนและไม่มีชีวิตชีวา ซึ่งส่งผลกระทบต่อในด้านต่าง (, 2542)

ผลกระทบต่อด้านร่างกาย ซึมเศร้านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในตนเองและการดูแล (Ng et al., 2007) รู้สึกไม่ยอมรับประทานอาหาร นอนไม่หลับ นำหนักลด อ่อนเพลีย หายใจลำบาก ปากแห้ง ท้องผูก ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น (Norwood, 2006) Breslin et al. (1998) ที่พบว่าอาการซึมเศร้าในผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลียได้ ($r = .44, p < .01$) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Coultas, Edwards, Barnett, & Wludyka, 2007; Norwood, 2006)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2000) ที่พบว่าแม้จะควบคุมปัจจัยเกี่ยวกับการรักษาและความรุนแรงของโรคแล้ว ภาวะซึมเศร้าก็ยังคงมีผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ที่เป็น

ผลกระทบด้านลบ ความคิดของผู้ป่วยมักครุ่นคิดในเรื่องร้าย ทุกอย่างในด้านลบ ขาดสมาธิ ขาดความมั่นใจ วิดกกังวล ตัดสินใจไม่ได้ บางคน อารมณ์ตกใจง่าย ย้ำคิดย้ำทำ รู้สึกผิด โทษหรือถูกตนเอง รู้สึกท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หมดหวัง คิดว่าตัวเองเป็นต้น

ภาวะที่เกิดขึ้นนี้ยังส่งผลให้อาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย (,2537)

ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ การทำกิจกรรมต่าง ได้ลดลงและเกิดอาการกำเริบบ่อยครั้งๆ ทำให้เกิดผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบอาชีพ

ผู้ป่วยอาจต้องหยุดงานหรือบางรายต้องออกจากงานก่อนวัยอันควร ทำให้ต้องสูญเสียงานอาชีพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (Jadwiga & Wedzicha, 2002) ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมากขึ้นได้ (Addy, 2007) เกิดผลกระทบในด้านเศรษฐกิจทั้งต่อตัวผู้ป่วยและ

ผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และขาดรายได้หรือขาดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (Sullivan, Ramsey, & Lee, 2000) ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับภาวะซึมเศร่ายังมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงขึ้นอีกด้วย (Ng et al., 2007) ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก

ซึมเศร้า

ซึมเศร้าสำหรับจิตแพทย์และประชาชนในชุมชนทั่วไป Yonkers and Samson (2000) แบ่งเป็น 2

1. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (Interviewer and Observer Rated Scale) เช่น

Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) Three-Area Severity of Depression Scale

ซึ่งผู้สัมภาษณ์ต้องมีความรู้ความชำนาญในการประเมิน อีกทั้งข้อมูลที่ได้อาจไม่ ความเป็นจริง ทายและบุคลิกภาพของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ได้เพียงอาการซึมเศร้า เท่านั้น

2. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้วิธีการประเมินตนเอง (Self-Report)

2.1 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

สร้างขึ้นในปี ค. . 1977 Radloff (1977 cite in Yonkers & Samson, 2000) เพื่อใช้

ประเมินอาการซึมเศร้า เกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา

1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านการรู้คิด (Cognitive

Belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affect Feelings) ด้านพฤติกรรมการแสดงออก (Behavioral Manifestation) และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Somatic Disturbance)

2.2 Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) พัฒนาขึ้นในปี 1965 Zung (1965 cite in Yonkers & Samson, 2000) แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งอาการของความเจ็บป่วยทั้งหมด ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม เน้นการประเมินด้านอารมณ์ ด้านความรู้สึกนึกคิด ด้านพฤติกรรม และด้านอาการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ข้อคำถามเลือกเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าที่กำหนดใน DSM-IV (American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual) ระยะเวลาที่ไม่ค่อยได้รับความนิยมนั้นเนื่องจากไม่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร

2.3 Beck Depression Inventory (BDI), First Revision (BDI-IA), Second Revision (BDI-II) พัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี 1961 Beck et al. (1961 cite in Yonkers & Samson, 2000) ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกายและพฤติกรรม

2.4 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Zigmond and Snaith ได้ มาใช้ในปี 1983 เพื่อใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีความเที่ยงตรงเมื่อเทียบกับกรวินิจฉัยทางคลินิก ได้ค่าความสัมพันธ์สำหรับอาการซึมเศร้าเท่ากับ .79 (Zigmond & Snaith, 1983) ประกอบด้วยข้อ 14 ข้อ แบ่งเป็นแบบ 7 ข้อ

0 3 แบบประเมินในส่วนของภาวะซึมเศร้านี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงถึง ซึมเศร้า

21 Ng et al. (2007) ได้นำแบบวัด HAD ในส่วนของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (HAD-D) ภาวะซึมเศร้าในผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ค่า (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87

นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) ได้แปลแบบประเมินนี้เป็นภาษาไทย (Thai HADS) และใช้ในการประเมินความวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า

(Cronbach's Alpha Coefficient) ในส่วนของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .83

ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) ในส่วนของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (HAD-D) เนื่องจากเป็นการประเมินภาวะซึมเศร้า ไม่มีการประเมินการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ซึ่งซ้ำซ้อนกับตัวแปร ที่ต้องการศึกษาในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า (HAD-D)

ภาวะซึมเศร้า

ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานหรือผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นสามในสี่มิติของอาการตามทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (The Unpleasant Symptoms) Lenz et al. (1997)

HAD นี้ได้นำมาใช้

ในผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างแพร่หลาย มีค่า

ความเชื่อมั่นที่สูง และมีมาตรวัดเท่ากับทุกข้อ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย ไม่สับสน รวมถึงข้อคำถามจำนวนน้อย สะดวกในการเก็บข้อมูลและผู้ใช้ข้อมูล ไม่เกิดความเบื่อหน่าย

นัยระหว่างอาการ กลุ่มอาการ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้โครงสร้างของระบบทางเดินหายใจ

กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ ทำให้การแลกเปลี่ยนเปล่งก๊าซลดลง (สมเกียรติ วงษ์ทิม

2542;

, 2542) ส่งผลให้เกิดอาการต่างๆตามมา ซึ่งอาการที่พบบ่อยในผู้ที่เป็น

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ วิตกกังวล และอาการ

ซึมเศร้า อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นร่วมกันและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้น

กระตุ้นให้เกิดอาการอื่นตามมาได้ เช่น อาการ ลำบากทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย (

, 2549; Reishtein, 2005) อาการอ่อนเพลียยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับ

อ่อนเพลีย

(Breslin et al., 1998)

ความวิตกกังวลมีผลต่อทำให้เกิด

(Breslin & Calif, 1996; Gift et al., 1990) เป็นต้น

Reishtein (2005) เกี่ยวกับอาการที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็น

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับอาการอ่อนเพลีย และอาการ

นอนไม่หลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43, p < .001$ $r = .39, p < .001$)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Willadsen (2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาการอ่อนเพลีย

และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนพบว่าคุณภาพ

การนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบากและอาการอ่อนเพลีย

Hynninen, et al. (2005) ยังพบว่าอาการทางด้าน

จิตใจเป็นปัจจัยทำให้เกิดอาการทางด้านร่างกายอีกด้วย จากการศึกษาของ Graydon and Ross

(1995) พบว่าสภาวะอารมณ์ที่เลวลงสามารถทำนายอาการที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ที่ไม่ใช้ออกซิเจนได้ร้อยละ 55

ความสัมพันธ์ทางด้านร่างกายและจิตใจของ

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง

Moody, McCormick

and Williams (1991) พบว่าความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก สภาวะซึมเศร้า

อ่อน มีความสัมพันธ์กับ Breslin et al. (1998) ที่ได้
 ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อาการอ่อนเพลียในผู้ที่เป็ นโรคปอดอุดกั นเรื้อรังพบว่าอาการอ่อนเพลีย
 มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .44, p < .01$) สอดคล้อง
 Kapella et al. (2006) ความสัมพันธ์ของอาการอ่อนเพลียกับปัจจัยอื่น
 มีผลต่อการป ั บัติหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั นเรื้อรัง ากลุ่มตัวอย่าง 130
 ความรุนแรงของโรคอยู่ พบว่าอาการอ่อนเพลีย

หลับ วิตกกังวล และอารมณ์ซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมี
 ($r = .23 - .80, p < .001$) และยังพบว่า ใจลำบาก อารมณ์ซึมเศร้า

หลับ สามารถร่วมกัน การเกิดอาการอ่อนเพลียได้ ร้อยละ 42
 อาการที่เกิดร่วมกันนี้อาจเกิดจากสาเหตุเดียวกันหรือไม่ก็ได้ เช่น
 ความวิตกกังวลของผู้ป่วย (Breslin & Calif, 1996) ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ต่าง
 ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับได้ (Gift et al., 1990) ลแล้ว อาการ

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั นเรื้อรังที่ทำให้การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ
 (ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2542) ส่วนอาการนอนไม่หลับอาจเกิดจากอาการหายใจลำบาก
 กระตุ้นผู้ป่วยระหว่างการนอนหลับ (Klink et al., 1994) หรือยากลุ่ม Corticosteroids
 -adrenoceptor Agonists ที่ใช้ในการรักษาผู้ที่เป็ นโรคปอดอุดกั นเรื้อรัง (George & Bayliff, 2003;
 Kutty, 2004) ได้อีกด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ บั ตั หน้าที่ของผู้ที่เป็ นโรคปอดอุดกั นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั นเรื้อรังทำให้โครงสร้างของระบบทางเดินหายใจ
 ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ที่เป็ นโรคปอดอุดกั นเรื้อรังยัง ต้องการ
 การใช้ออกซิเจนมากกว่าบุคคลปกติ (ตี วงษ์ทิมและชัยเวช นุชประยูร, 2542;
 , 2542) ทำให้มีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนและอาหาร
 ไม่ ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่าง ในร่างกายจะลดลง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
 ทั้งด้านร

เป็นปัจจัยสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยมีจิตจํากัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง (Kapella
 et al., 2006; Larson, 2007; Leidy, 1999; Leidy & Haase, 1996; Leidy & Traver, 1995; Yeh et al.,
 2004) กไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความ
 ต้องการพื้นฐานหรือ ได้ ส่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ ทั้งด้าน
 ร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Jadwiga & Wedzicha,

2002; Reardon et al., 2006; ZuWallack, 2003) และยังส่งผลกระทบต่อ ครอบครัว

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอีกด้วย

มีผู้ให้ความสนใจศึกษาผลกระทบของอาการต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ที่เป็โรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างกว้างขวาง จากการศึกษาของ Willadsen (2004) Reishtein (2005)
พบว่าอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
อย่างมาก การศึกษาของ Theander and Unosson (2004) พบว่าอาการอ่อนเพลียมีความสัมพันธ์กับ
การทำหน้าที่ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการรับรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้อง

Willadsen (2004) ที่พบว่าอาการอ่อนเพลียสามารถทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของ
ผู้ป่วยได้ ร้อยละ 26 Kapella (2006) พบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์
กับการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.32, p < .001$) Kim et al.

(2000) พบว่าเมื่อควบคุมปัจจัยทางด้านการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
แล้ว ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ายังคงมีสัมพันธ์กับสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในทุก
ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Marco et al. (2006) ซึ่งพบว่า ความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้า
มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในด้านการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่าง

($r = .67, p < .001$ $r = .66, p < .001$) และสอดคล้องกับ

Ng et al. (2007) ซึ่งพบว่าอาการซึมเศร้ามีผลต่อการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายและ
ด้านสังคมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Moody et al. (1991)
พบว่าสภาวะการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย
อย่างมีนัยสำคัญ

กนัยังมีผู้ที่ศึกษาอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันและส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็น
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีกด้วย เช่น การศึกษาของ Yeh et al. (2004) พบว่าอาการหายใจลำบาก อาการ
อ่อนเพลียและสภาวะอารมณ์มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ($r = .32 - .50, p < .001$) และได้

3 อาการนี้มาจัดทำเป็นโครงสร้างสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
(Structural Equation Modeling of the Function Status) ร่วมกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ได้แก่ อายุ
ความทนในการออกกำลังกาย การรับรู้สุขภาพและความรุนแรงของโรค พบว่า
และสภาวะอารมณ์มีผลโดยตรงกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย ($\beta = -.12$ $\beta = -.17$)

) นอกจากนี้อาการหายใจลำบากยังส่งผลทางอ้อมต่อการปฏิบัติหน้าที่ โดยส่งผลผ่าน
สภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย ($\beta = .22$) เช่นเดียวกับอาการอ่อนเพลียที่ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่
ทางอ้อมผ่านสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย ($\beta = .29$) โครงสร้างสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้มีความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ดี ($X^2 = 8.84, X^2/df = .80, p = .64, GFI = .98,$

AGFI = .95, RMR = .04, CN = 384.26)

Kapella et al. (2006) ซึ่งได้ทำการศึกษา

รูปแบบของอาการอ่อนเพลีย (Fatigue Model) ในผู้ที่เป็ นโรคปอดอุดกั นเรื้อรัง พบว่าอาการ หายใจลำบาก อาการอ่อนเพลีย คุณภาพการนอนหลับ วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ ซึ่งกันและกัน และเมื่อนำมาจัดทำเป็นรูปแบบของอาการอ่อนเพลียร่วมกับสมรรถภาพของปอด (FEV₁) โดยให้การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นพบว่า อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนเพลีย และความวิตกกังวลมีส่งผล โดยตรงกับการการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย (beta = .24, beta = -.30 beta = -.18) อาการหายใจลำบากยังส่งผลต่ออาการอ่อนเพลีย (beta = -.39) ความวิตกกังวลส่งผลทางอ้อมต่อการปฏิบัติหน้าที่ผ่านทางอาการหายใจลำบาก คุณภาพการนอนหลับ และภาวะซึมเศร้า (beta = -.28, beta = .43 beta = .80) ส่วนคุณภาพการนอนหลับส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยทางอ้อมผ่านทางอาการอ่อนเพลีย (beta = .24) และภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ทางอ้อมเช่นเดียวกันโดยส่งผลกระทบผ่าน ทางอาการอ่อนเพลีย และความวิตกกังวล (beta = .30 beta = .80) อ่อนเพลียในผู้ที่เป็ นโรคปอดอุดกั นเรื้อรังนี้มีความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ดี ($X^2 = 9.0, 9 \text{ df}, p = .42$; NFI = .97; CFI = .99; RMSEA = .01)

อาการต่าง ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยมีขีดจำกัดในการ ปฏิบัติกิจกรรมต่าง (Larson, 2007; Leidy, 1999; Leidy & Haase, 1996) รอาการจึงเป็น การดูแลผู้ที่เป็ นโรคปอดอุดกั นเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติหรือ ปฏิบัติหน้าที่ได้เพิ่มขึ้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ที่มีอยู่ ปัจจุบัน บุคคลกรและทีมสุขภาพมักให้ความสำคัญและมุ่งเน้นการบรร เนื่องจากเป็นอาการที่พบบ่อยและเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ที่เป็ นโรคปอดอุดกั นเรื้อรังจำกัดการ ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ยังเชื่อว่าอาการหายใจลำบากเป็นปัจจัย ทำให้เกิดอาการอื่น เพียงอาการเดียวจึงน่าจะ เพียงพอต่อการจัดการและควบคุมอาการอื่นๆ ของผู้ป่วยด้วย (Breslin et al., 1990; Reishtein, 2005; Sassi-Dambrom et al., 1995) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ที่ใช้ ปัจจุบันยังไม่มื ประสิทธิภาพและไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร การอาการได้สำเร็จแต่ไม่ยั่งยืน ผู้ป่วย ยังคงทุกข์ทรมานจากอาการและผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การปฏิบัติหน้าที่ที่ลดลงของผู้ป่วย

Bourbeau (2003) ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็ น

พบว่าส่วนใหญ่นักวิจัยมุ่งฝึกทักษะและให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการ

ป้องกันอาการหายใจลำบากแก่ผู้ที่เป็ นโรคปอดอุดกั นเรื้อรัง 6 10 โปรแกรมนี้ไม่

ประสบความสำเร็จ สภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ

Sassi-Dambrosi et al. (1995) พบว่าหลังใช้โปรแกรมที่มุ่งเน้นการจัดการกับอาการ

หายใจลำบากเพียงอย่างเดียว อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า

ของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับ

Zimmerman et al. (1996) ในเรื่องการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบาก

ความสามารถของตนเองในผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าหลังใช้โปรแกรมการจัดการด้วย

ตนเอง ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้ความสามารถในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับ

จิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งในการบรรเทาอาการที่ใช้อยู่

โดยทั่วไปในปัจจุบัน ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การให้คำแนะนำเรื่องอาหาร และการให้

ความรู้ ซึ่งล้วนมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและจัดการอาการ

(GOLD, 2007; Ries

et al., 2007) เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตต่ำ เพื่อลดปริมาณก๊าซ

คาร์บอนไดออกไซด์ที่จะเกิดขึ้น ไม่รับประทานอาหารมื้อละมาก

การขยายตัวดื่มน้ำบ่อยๆ ทำให้หายใจไม่มีประสิทธิภาพได้ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพปอด

ให้แข็งแรงทนต่อการทำกิจกรรมที่มากขึ้น รวมถึงความรู้ที่ให้ผู้ป่วยเน้นเพียงการจัดการเมื่อเกิด

อาการหายใจลำบาก การพ่นยา การบริหารปอด เป็นต้น (, 2542; GOLD,

2007; Ries et al., 2007) จากการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของ Ries et al.

(2007) พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสามารถทำให้อาการหายใจลำบากของผู้ที่เป็นโรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น โดยระยะเวลาที่เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดคือ 6-12 สัปดาห์ แต่แม้จะทำการฟื้นฟู

แล้วผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะดีขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น

คือ ลดลงเมื่อผ่านไป 12-18

สัปดาห์ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ สก็อตต์ สุวรรณเวหา (2548) พบว่า

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่มีการดูแลด้านจิตสังคมรวมอยู่ด้วย จะมีประสิทธิผลมากกว่า

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่มุ่งเน้นจัดการและป้องกันอาการหายใจลำบากเพียงอย่างเดียว

จะเห็นได้ว่าแนวทางการจัดการอาการซึ่งมุ่งจัดการอาการใดอาการหนึ่งในปัจจุบันนั้นยัง

ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ผู้ป่วยยังคงได้รับผลกระทบจากอาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติ

หน้าที่ที่ลดลง ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมที่มีอยู่ในปัจจุบันมุ่งเน้นการจัดการอาการเพียงอาการ

หายใจลำบากเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ในขณะที่ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับ

มากขึ้นร่วมกันหลายอาการ (ALA, 2001; Walke et al., 2004) หรือที่เรียกว่ากลุ่มอาการ

ดังที่กล่าวมาข้างต้น อาการที่เกิดขึ้นร่วมกันหลายอาการนี้น่าจะมีความยุ่งยากและซับซ้อน

มากกว่าอาการเพียงอาการใดอาการหนึ่ง (สุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2551) อาการที่เกิดขึ้นร่วมกันหลายอาการเป็นกลุ่มอาการยังทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงมากกว่าอาการที่เกิดขึ้นเพียงอาการเดียว (Lenz et al., 1997; Lenz & Pugh, 2003) อีกทั้งกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ๆ ซึ่งสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการขึ้นใหม่หรือส่งเสริมให้เกิดอาการมากขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นพบว่า อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนเพลีย อาการนอนไม่หลับ วิดกกังวลและอาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กันซึ่งกันและกัน และยังมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง หากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่เพื่อตอบสนองความต้องการ

ดำรงบทบาทปกติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก จะทำให้เกิดผลกระทบต่างตามมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง อีกทั้งการจัดการอาการที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากการมุ่งจัดการอาการหายใจลำบากเพียงอาการเดียว ทำให้ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงต้องทุกข์ทรมานจากอาการที่อาการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ที่ลดลง แสดงให้เห็นว่าการศึกษเกี่ยวกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งในการพยาบาลผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อสร้างแนวทางการจัดการอาการกลุ่มอาการในผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพและได้ผลสำเร็จยั่งยืน เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยความผาสุก