

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease [COPD]) เป็นโรคที่พบได้เป็นจำนวนมาก ปัจจุบันพบผู้ป่วยอยู่มากกว่า 210 ล้านคนทั่วโลก (Fletcher et al., 2011) เป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วย ภาวะพึ่งพิง และสาเหตุการตายในอันดับ 4 ของโลก (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2014) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของโลก (GOLD, 2011) โดยในปี พ.ศ. 2548 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้ ถึง 3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5 ของจำนวนผู้เสียชีวิตรวมทุกสาเหตุทั่วโลก คาดการณ์ว่าจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในอีก 10 ปี ข้างหน้า (World Health Organization, 2011) สำหรับในประเทศไทยพบผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 1.5 ล้านคน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) มีอัตราป่วยและอัตราตายอยู่ในอันดับ 5 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) จากสถิติสำนันโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างปี พ.ศ. 2551-2553 มีอัตราตายต่อประชากรหนึ่งแสนคนคือ 4.60, 4.70 และ 4.80 ตามลำดับ (สำนันโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และในปี พ.ศ. 2556 พบอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นเป็น 8.76 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (สำนัโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) แสดงให้เห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังเป็นโรคที่มีอัตราป่วยและอัตราตายในจำนวนที่สูง จึงเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลก

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ป้องกันและรักษาได้หากได้รับการรักษาในระยะแรกเริ่ม การดำเนินของโรคจะเป็นไปอย่างช้าๆ โดยไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ สาเหตุหลักเกิดจากควันบุหรี่และมลพิษ ส่งผลให้มีการระคายเคืองอย่างต่อเนื่องของหลอดลมและเนื้อปอด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 2 ลักษณะที่สำคัญคือการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม (chronic bronchitis) และถุงลมโป่งพอง (emphysema) ทำให้มีการตีบแคบของทางเดินหายใจต้องใช้แรงในการหายใจมากยิ่งขึ้น และยังมีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซ เนื่องจากถุงลมปอดและหลอดเลือดที่ปอดถูกทำลายทำให้เกิดภาวะออกซิเจนใน

กระแสเลือดต่ำ (hypoxemia) และคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือดสูง (hypercapnia) ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจล้มเหลวจากปอด (cor pulmonale) และความดันของหลอดเลือดที่ปอดสูง (pulmonary hypertension) โดยอาการสำคัญที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการไอเรื้อรังร่วมกับมีเสมหะในตอนเช้า (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553; GOLD, 2011) ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขย่อมทำให้มีโอกาสเกิดอาการกำเริบและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นในปัจจุบัน มุ่งเน้นการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นเป็นหลัก รวมถึงการป้องกันอาการกำเริบ แนวทางการรักษาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะที่อาการสงบ และ 2) ระยะที่มีอาการกำเริบ โดยในแต่ละระยะมีวิธีการรักษา 2 วิธีหลักคือ การรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การให้ออกซิเจน การใส่เครื่องช่วยหายใจ การฉีดวัคซีน และการรักษาโดยใช้ยา ได้แก่ ยาขยายหลอดลม ยาปฏิชีวนะยาในกลุ่มสเตียรอยด์ เป็นต้น โดยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาทั้ง 2 วิธีร่วมกัน (GOLD, 2011) แม้ว่าแนวทางการดูแลรักษาในปัจจุบันจะให้ผลลัพธ์เป็นที่ยอมรับแต่พบว่ายังไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ จากการรวบรวมและวิเคราะห์โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในงานวิจัย 10 ฉบับ พบว่าส่วนใหญ่เน้นการจัดการกับอาการหายใจลำบากเพียงอาการเดียว (Bourbeau, 2003) ซึ่งความเป็นจริงแล้วผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นร่วมกันอีกหลายอาการ เรียกว่ากลุ่มอาการ จากแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptom [TOUS]) ของเลนซ์ และคณะ (Lenz et al., 1997) กล่าวว่า กลุ่มอาการหมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกาย เมื่อมีอาการใดอาการหนึ่งเกิดขึ้นมักจะกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นๆตามมามากกว่า 1 อาการ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันนี้จะมีความสัมพันธ์กัน และส่งผลที่ตามมาอย่างรุนแรงมากกว่าอาการเดียว โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กลุ่มอาการ (symptom clusters) 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ (influencing factors) และ 3) ผลที่ตามมา (consequences) โดยอาการที่เกิดขึ้นสามารถประเมินได้ 4 มิติคือ มิติด้านความรุนแรง (intensity) มิติด้านเวลา (timing, frequency, duration) มิติด้านความทุกข์ทรมาน (distress) และมิติด้านคุณภาพ (quality) เนื่องจากมิติด้านคุณภาพเป็นการประเมินอาการที่มีความเฉพาะ หากผู้ป่วยมีอาการมากกว่า 1 อาการในเวลาเดียวกัน อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอธิบายคุณภาพของอาการที่เกิดขึ้นแต่ละอาการได้อย่างชัดเจนดังนั้นการศึกษาส่วนใหญ่จึงประเมินมิติของกลุ่มอาการ 3 มิติ คือมิติด้านความรุนแรง มิติด้านเวลา (ความถี่) และมิติด้านความทุกข์ทรมาน

จากแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptom [TOUS]) ของ เลนซ์ และคณะ (Lenz et al., 1997) กล่าวว่า กลุ่มอาการหมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกาย เมื่อมีอาการใดอาการหนึ่งเกิดขึ้นมักจะกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นๆ ตามมามากกว่า 1 อาการ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันนี้จะมีความสัมพันธ์กัน และส่งผลที่ตามมาอย่างรุนแรงมากกว่าอาการเดี่ยว โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กลุ่มอาการ (symptom clusters) 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ (influencing factors) และ 3) ผลที่ตามมา (consequences) โดยอาการที่เกิดขึ้นสามารถประเมินได้ 4 มิติคือ มิติด้านความรุนแรง (intensity) มิติด้านเวลา (timing, frequency, duration) มิติด้านความทุกข์ทรมาน (distress) และมิติด้านคุณภาพ (quality) เนื่องจากมิติด้านคุณภาพเป็นการประเมินอาการที่มีความเฉพาะ หากผู้ป่วยมีอาการมากกว่า 1 อาการในเวลาเดียวกัน อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอธิบายคุณภาพของอาการที่เกิดขึ้นแต่ละอาการได้อย่างชัดเจนดังนั้นการศึกษาลักษณะส่วนใหญ่จึงประเมินมิติของกลุ่มอาการ 3 มิติ คือมิติด้านความรุนแรง มิติด้านเวลา (ความถี่) และมิติด้านความทุกข์ทรมาน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการที่พบได้บ่อยของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า อาการปวด อาการไอ อาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น (Blinderman, Homel, Billings, Tennstedt, & Portenoy, 2009) ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจะเผชิญกับอาการหลายๆ อาการร่วมกันมากกว่าการเกิดเพียงอาการเดี่ยว หากเกิดอาการใดอาการหนึ่งขึ้นแล้วจะกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นๆ ตามมา (พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์, 2553; Kapella et al., 2006; Reishtein, 2005) ดังการศึกษาของ วิสเทิน (Reishtein, 2005) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของอาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า และอาการนอนไม่หลับกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 100 ราย พบว่าอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับอาการอ่อนล้า และอาการนอนไม่หลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.43, r=.39, p<.001$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์ (2553) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 130 ราย พบว่าอาการหายใจลำบาก มีความสัมพันธ์กับอาการอ่อนล้าอาการนอนไม่หลับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.70, r=.53, r=.52, r=.53, p<.01$ ตามลำดับ) และสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ 1) กลุ่มอาการทางกาย ประกอบด้วยอาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า อาการนอนไม่หลับ และ 2) กลุ่มอาการทางจิต

ประกอบด้วย อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มอาการนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้

จากทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ เลนส์ และคณะอธิบายไว้ว่า กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นนั้นมี ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดกลุ่มอาการ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากปัจจัยเดียวกันหรือหลายปัจจัยร่วมกันก็ได้ (Lenz et al., 1997) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มอาการ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (physiological factors) คือระบบการทำงานของร่างกายที่มีการตอบสนองต่อความผิดปกติตามการเปลี่ยนแปลงของ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยด้านสรีรวิทยาได้แก่ สมรรถภาพการทำงานของปอด (Miravitless et al., 2000) ภาวะโภชนาการ (Hallin, Hursti, Lindberg, & Janson, 2006) การมีโรคร่วม อายุ เพศ (Schan et al., 2008) เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) เป็นปัจจัยที่อธิบายถึงอารมณ์และความรู้สึก ความคิด สติปัญญา การตัดสินใจ แล้วมีผลต่อการรับรู้ถึงความรุนแรง หรือความทุกข์ทรมานของกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น เช่น อารมณ์โกรธ และกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การเผชิญความเครียด เป็นต้น (McCathie, Spence, & Tate, 2002) และ 3) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational factors) คือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ รอบๆ ตัว ทั้งสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมด้านสังคม การสนับสนุนในสังคม วัฒนธรรม แบบแผนการดำเนินชีวิต รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพ (Lenz et al., 1997) ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา (Lou et al., 2012) แบบแผนการสูบบุหรี่ (Kohlman & Stulbarg, 2000) การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น (Budhiraja, 2012; Kaneda et al., 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนและแก้ไขหรือชะลอระดับความรุนแรงของการเกิดอาการต่างๆ ได้ ประกอบด้วย สมรรถภาพการทำงานของปอด ภาวะโภชนาการ แบบแผนการสูบบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

สมรรถภาพการทำงานของปอด หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของปอดเพื่อระบายอากาศและแลกเปลี่ยนก๊าซโดยค่าปริมาตรของอากาศขณะหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาที (force expiratory volume in 1 second [FEV₁]) หาดด้วยค่าปริมาตรของอากาศเมื่อหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ (force vital capacity [FVC]) คูณด้วย 100 เป็นวิธีการหนึ่งในการประเมินสมรรถภาพการทำงานของปอดซึ่งแสดงถึงการอุดกั้นของหลอดลม (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2556) ดังการศึกษาของ มิราวิทเลส และคณะ (Miravitless et al., 2000) พบว่าสมรรถภาพการทำงานของปอดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบ โดยเฉพาะอาการหายใจลำบากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .82, p < .001$)

และสมรรถภาพการทำงานของปอดยังมีผลต่ออาการอ่อนล้า ดังการศึกษาของลิวโก บิดกู๊ด และ การ์รูด (Lewko, Bidgood, & Garrod, 2009) พบว่าปริมาตรอากาศขณะหายใจออกเต็มที่ใน 1 วินาที (FEV_1) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดอาการอ่อนล้า ($R^2=.57, p<.001$) และการปฏิบัติกิจกรรมที่ลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (reduce activity) ($R^2=.36, p<.001$) จึงแสดงให้เห็นว่าสมรรถภาพการทำงานของปอดมีผลต่อการเกิดอาการต่างๆ ตามมา

ภาวะโภชนาการ หมายถึง สภาวะของร่างกายที่เกิดจากการรับประทานอาหาร ประเมินโดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index [BMI]) ภาวะโภชนาการถือว่ามีค่าสำคัญในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความต้องการพลังงานของร่างกายเพื่อใช้สำหรับการหายใจเพิ่มขึ้น 10-15 เท่าของคนปกติ (Wouters, 2000) จำเป็นต้องได้รับสารอาหารที่เพียงพอเพื่อการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะการหายใจ และการปฏิบัติกิจกรรม (Ferreira, 2008) จากการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน (underweight) พบว่าสามารถทำนายการเกิดอาการอ่อนล้าได้ร้อยละ 36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.36, p<.001$) (Lewko et al., 2009) และการศึกษาของ ลัดดา จามพัฒน์ และคณะ (2551) พบว่าผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีดัชนีมวลกายต่ำหรือเกินจะมีโอกาสเกิดอาการอ่อนล้าได้มากกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายที่ปกติ 3.1 เท่า ($OR=3.1, p<.05$) การศึกษาของ ฮอลล์ลินและคณะ (Hallin et al., 2006) ศึกษาภาวะโภชนาการกับอาการหายใจลำบากของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าดัชนีมวลกายที่ต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการหายใจลำบากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.003$) ดังนั้นการมีดัชนีมวลกายที่ต่ำจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แบบแผนการสูบบุหรี่ คือพฤติกรรมของบุคคลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ซึ่งหากมีการสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลานานและสูบเป็นจำนวนมากหรือปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่อยู่ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการต่างๆ เนื่องจากสารพิษในควันบุหรี่มีผลต่อการทำงานของเซลล์ขนกวัด กระตุ้นให้มีการหลั่งเมือกบริเวณหลอดลมมากยิ่งขึ้น เกิดการอุดตันของหลอดลมทำให้ประสิทธิภาพในการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ส่งผลให้มีอาการหายใจลำบาก อ่อนล้า ใรร่วมกับมีเสมหะ นอนไม่หลับ และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Silverman, Boudreaux, Woodruff, Clark, & Camargo, 2003) นอกจากนี้ยังมีผลต่อสภาวะทางอารมณ์ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า หงุดหงิด โมโหง่าย และขาดสมาธิ (Droemann, Goldmann, Tiedje, Zable, Dalhoff, & Schaaf, 2005) ดังการศึกษาของ บัดธีราจา (Budhiraja, 2012) ศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 72 คน พบว่าการสูบบุหรี่มีโอกาสเกิดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ถึง 2.13 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่

ไม่สูบบุหรี่ ($OR=2.13$, $p<0.001$) และพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ 4-20 มวนต่อวันตั้งแต่อายุยังน้อยและมีพฤติกรรมสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่หลอดเลือดและมีการป้องกันของหลอดเลือดมีการทำลายของผนังหลอดเลือดทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติเกิดอาการหายใจลำบากและมีอาการกำเริบของโรคตามมาได้ (Silverman et al., 2003) นอกจากนี้ยังพบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ดังการศึกษาของ ลูและคณะ (Lou et al., 2012) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประเทศจีน พบว่าหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมสูบบุหรี่หรืออยู่รวมถึงมีประวัติเคยสูบบุหรี่มาก่อนมีโอกาสดีกอาการวิตกกังวลได้ถึง 1.27 เท่า ($OR=1.27$, $p<.000$) และมีโอกาสดีกอาการซึมเศร้าได้ถึง 1.26 เท่า ($OR=1.26$, $p<.00$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้สูบบุหรี่แสดงให้เห็นว่าในผู้ที่ป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหากยังสูบบุหรี่หรือมีประวัติการสูบบุหรี่ย่อมมีโอกาสดีกอาการต่างๆ ได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและแสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ถือเป็นกระบวนการทางความคิดมีการเชื่อมโยงกันระหว่างความรู้และการกระทำของบุคคลในคน 2 คน หากมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่เท่ากันถึงแม้จะมีความสามารถเท่าเทียมกันแต่อาจแสดงออกถึงคุณภาพในการปฏิบัติกิจกรรมที่แตกต่างกันได้ (Bandura, 1997) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าหากมีการรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมกลุ่มอาการต่างๆ จากสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นก็จะลดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ ดังการศึกษาของแมคคาที และคณะ (McCathie et al., 2002) ศึกษาปัจจัยด้านจิตใจที่มีผลต่อโรคและอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายการเกิดอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 20 ($R^2=.20$, $p<.001$)

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม คือการรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากเครือข่ายสังคม ได้แก่ บุคคลใกล้ชิด และบุคคลากรทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือบริการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (ธิดารัตน์ เกตุสิริยา, 2547) ในผู้ที่ป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นทำให้ต้องเผชิญกับผลที่ตามมาทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เรื้อรังและยาวนานรวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง นอกจากนี้อาการหายใจลำบาก และอาการอ่อนล้า ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นหากผู้ป่วยต้องอยู่คนเดียวไม่มีผู้ดูแลขาดแหล่งพึ่งพา รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม จึงมีโอกาสดีกอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าได้เพิ่ม

มากยิ่งขึ้น (Lewis et al., 2007) ดังการศึกษาของแมคคาที และคณะ (McCathie et al., 2002) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการเกิดอาการวิตกกังวลในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 14 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ ($R^2 = .14$, $p < .05$) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมนอกจากจะมีผลต่ออาการวิตกกังวลและซึมเศร้าแล้ว หากผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือโดยเฉพาะจากบุคคลใกล้ชิด ก็จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงสามารถลดอาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า และอาการนอนไม่หลับลงได้ (Graydon & Ross, 1995) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญต่อผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งด้านร่างกายและจิตใจและเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเกิดกลุ่มอาการ

การเกิดกลุ่มอาการในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ตามมา ประกอบด้วย 1) ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ (physical function) ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม และการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมถึงการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ 2) ผลลัพธ์ด้านสติปัญญา เช่น การมีสมาธิ การคิด และการแก้ปัญหาซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นข้อมูลย้อนกลับไปยังประสบการณ์อาการ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการด้วย (Lenz et al., 1997) ดังการศึกษาของพัทธชนกวิธิธรรมศักดิ์ (2553) พบว่ากลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าสามารถทำนายการปฏิบัติหน้าที่ได้ถึงร้อยละ 75 ($R^2 = .75$, $p < .001$) และจากข้อจำกัดในการทํากิจกรรม จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและบทบาทหน้าที่ในสังคมเปลี่ยนแปลง มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม เกิดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าและแยกตัวออกจากสังคม ในที่สุด(อัมพรพรรณ ชีรานุตร, 2542) แสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์ที่ตามมาของการเกิดกลุ่มอาการ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังนั้นหากเราทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดกลุ่มอาการก็จะสามารถชะลอหรือลดการเกิดกลุ่มอาการและผลที่ตามมาของการเกิดกลุ่มอาการได้

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้โครงสร้างและหน้าที่การทำงานของระบบทางเดินหายใจมีการเปลี่ยนแปลงส่งผลให้เกิดอาการต่างๆ ตามมา หากเกิดอาการใดอาการหนึ่งขึ้นแล้วยังส่งผลให้เกิดอาการอื่นๆ ตามมา ปัจจุบันแม้ว่าแนวทางรักษาผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความชัดเจนขึ้นแต่ยังพบว่าไม่สามารถจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืน ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากแนวทางการรักษาส่วนใหญ่ยังเน้นการจัดการกับอาการหายใจลำบากเพียงอาการเดียว (Bourbeau, 2003) ซึ่งความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันในลักษณะของกลุ่มอาการ โดยผลที่ตามมาของการเกิดกลุ่มอาการจะมีผลลัพธ์ที่รุนแรงมากกว่าอาการ

เพียงอาการเดียว ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มอาการนั้นอาจเกิดจากปัจจัยเดียวกันหรือหลายปัจจัยร่วมกันก็ได้ (Lenz et al., 1997)

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจทำนายการเกิดกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ สมรรถภาพการทำงานของปอด ภาวะโภชนาการ แบบแผนการสูบบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลในการประเมิน ใฝ่ระวัง และวางแผนการพยาบาลในการชะลอหรือลดการเกิดกลุ่มอาการและผลที่ตามมาของการเกิดกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจทำนายการเกิดกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ สมรรถภาพการทำงานของปอด ภาวะโภชนาการ แบบแผนการสูบบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

1.3 คำถามการวิจัย

สมรรถภาพการทำงานของปอด ภาวะโภชนาการ แบบแผนการสูบบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการเกิดกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้หรือไม่ อย่างไร

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจทำนายการเกิดกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ สมรรถภาพการทำงานของปอด ภาวะโภชนาการ แบบแผนการสูบบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง พฤศจิกายน 2557

1.5 นิยามศัพท์

กลุ่มอาการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ปกติของร่างกายและจิตใจ โดยมีอาการมากกว่า 1 อาการขึ้นไปในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาในด้านความรุนแรง ความถี่ และความทุกข์ทรมาน ซึ่งประกอบด้วย อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบสอบถามกลุ่มอาการที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย และนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ พัทธชนก วิจิธรรมศักดิ์ (2553) และแบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) ของพอร์เทนอย และคณะ (Portenoy et al., 1994)

ปัจจัยทำนายกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง สิ่งนี้อาจทำนายการเกิดกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 5 ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่

สมรรถภาพการทำงานของปอด หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของปอดเพื่อระบายอากาศ โดยประเมินจากปริมาตรของอากาศขณะหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาที (force expiratory volume in 1 second [FEV₁]) หาค่าด้วยค่าปริมาตรของอากาศเมื่อหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ (force vital capacity [FVC]) คูณด้วย 100 มีหน่วยเป็นร้อยละ ประเมินโดยใช้เครื่องสไปโรมิเตอร์

ภาวะโภชนาการ หมายถึง สภาพหรือสภาวะของร่างกายที่เกิดจากการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินโดยการหาค่าดัชนีมวลกาย (body mass index [BMI]) ซึ่งคำนวณจากน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หาค่าด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง รวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย

แบบแผนการสูบบุหรี่ หมายถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วยประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาในการสูบและปริมาณการสูบบุหรี่ กำหนดและแปลความหมายโดยใช้เกณฑ์ของ สำนักงานสำรวจภาวะสุขภาพของประเทศไทย ดังนี้ 1) ไม่สูบบุหรี่ 2) เคยสูบบุหรี่ และ 3) ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่ โดยปริมาณบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยของต่อปี คำนวณโดยจำนวนบุหรี่ที่สูบของต่อวันคูณด้วยจำนวนปีที่สูบ มีหน่วยเป็นซองต่อปี (pack year) (สำนักงานสำรวจภาวะสุขภาพของประเทศไทย อึ้งใน ขวัญใจ สิทธิชนอก, พรทิพย์ มาลาธรรม, พรณวดี พุทธิวัฒนะ, และ นัทรประอร งามอุโฆษ, 2555)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่าจะสามารถหลีกเลี่ยงหรือควบคุมกลุ่มอาการในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์ หรือไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงข้อความจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ ควงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2541)

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รับรู้ว่าได้รับความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ที่ให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ การยอมรับ ขกย่อง และเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ หรือบริการรวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของธิดารัตน์ เกตุสุริยา (2547) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ คอบบ์ (Cobb, 1976) และเชฟเฟอร์ และคณะ (Scheafer et al., 1981)

ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์และโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved