

# การสร้างพลังอำนาจ : กลยุทธ์ในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ\* วท.ม. (พยาบาล)

**บทคัดย่อ** ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ปัญหาที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยคือ การหายใจลำบาก ทำให้มีการรับรู้ในสมรรถนะของตนเองต่ำ ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยกระทำ รู้สึกว่าตนเองป่วยอยู่ตลอดเวลาต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งที่ผู้ป่วยมีศักยภาพที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเหล่านั้น การที่จะให้ผู้ป่วยมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง พยาบาลต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่า ตนเองมีสมรรถนะในการควบคุมการหายใจลำบาก และมีสมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง การรับรู้ในสมรรถนะของตนเอง สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ โดยกระบวนการสร้างพลังอำนาจ การสร้างพลังอำนาจ เป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์และการคิดวิเคราะห์ โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ประสาน สนับสนุนพฤติกรรมการเรียนรู้ และเป็นแหล่งของความรู้ ความคิดสำหรับผู้ป่วย งามาธิปไตยพยาบาลสาร 2540; 3(2) : 200-10.

**คำสำคัญ** ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการหายใจลำบาก การรับรู้ในสมรรถนะของตนเอง การสร้างพลังอำนาจ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดขึ้นในระบบทางเดินหายใจ ที่พบได้มากและเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ของประชากรอเมริกัน รองจากโรคหัวใจ โรคมะเร็ง และการบาดเจ็บจากสาเหตุต่างๆ<sup>1</sup> และโรคนี้นพบในร้อยละ 10-15 ของประชากรที่อยู่ในวัยทำงาน<sup>2</sup> ในประเทศไทยถึงแม้จะไม่มีภาระอุบัติเหตุร้ายแรงที่มีสาเหตุจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างชัดเจน แต่พบว่าเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยอันดับ 4 ของ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รองจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง อัมพาต และอุบัติเหตุอื่นๆ ทั้งหมด และพบว่าโรกระบบทางเดินหายใจเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 รองจากโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุ มะเร็ง และระบบย่อยอาหาร<sup>4</sup> จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายอยู่ในเกณฑ์ที่สูง

\*นักศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต โครงการร่วม มหาวิทยาลัยมหิดล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการดำเนินของโรคช้า ค่อยเป็นค่อยไปอย่างเรื้อรัง ระยะเวลาจากเริ่มปอดอาการจนเริ่มมีอาการรุนแรงอาจยาวนานถึง 25-30 ปี เมื่อเริ่มปรากฏอาการแล้วไม่สามารถหยุดยั้งหรือรักษาให้หายขาดได้ มีพยาธิสภาพแบบไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ<sup>5</sup> การศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยวัฒนา สุวรรณแสง พบว่าผู้ป่วยนอกหนึ่งรายเสียค่ารักษาเฉลี่ยต่อสัปดาห์คิดเป็นเงิน 140 บาท และค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยวันละ 1,270 บาท ทั้งนี้เป็นการคำนวณเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมกับค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล เมื่อคำนวณทั้งประเทศแล้วจะเป็นค่ารักษาปีละหลายพันล้านบาท ทั้งผู้ป่วยและรัฐต้องเสียไป<sup>6</sup> ค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พักของผู้ป่วยและญาติในกรณีที่อยู่ต่างจังหวัด การสูญเสียจากการขาดรายได้รวมไปถึงการต้องออกจากงานก่อนกำหนดเวลาของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากและเหนื่อยง่ายจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ การมีค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นจากการที่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลไปตลอดชีวิต และการขาดรายได้จะก่อปัญหาต่อผู้ป่วยอย่างมากในผู้ป่วยที่มีฐานะปานกลางและยากจน

ลักษณะที่สำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ มีการอุดกั้นการระบายอากาศ ทำให้มีการคั่งในถุงลม การแลกเปลี่ยนก๊าซเป็นไปได้ไม่ดี ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก ไอ และอ่อนเพลีย<sup>7</sup> การหายใจลำบากเป็นความรู้สึกของบุคคลที่รับรู้เกี่ยว

กับการหายใจติดขัด ยากลำบากที่เกิดขึ้นกับตนเอง การรับรู้ดังกล่าวมักเกิดร่วมกับความกลัวว่าจะหายใจไม่ออก การหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดจากความต้องการหายใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เมื่อมีอาการหายใจลำบากมักจะเกิดความกลัว คิดวนเวียนอยู่กับการหายใจของตน<sup>8</sup>

ในระยะเริ่มต้นของโรค อาการหายใจลำบากยังจะไม่รุนแรง ผู้ป่วยอาจเกิดหายใจลำบากภายหลังการออกกำลังกายหนักๆ หรือขณะเกิดความเครียดที่รุนแรง แต่เมื่อโรคก้าวหน้าลุกลามมากขึ้น อาการหายใจลำบากจะเกิดขึ้นได้เพียงแต่ผู้ป่วยมีกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ เช่น ทำกิจวัตรประจำวันโดยปราศจากภาวะทางด้านจิตใจ หรืออาจมีอาการหายใจลำบากแม้ในขณะพักผ่อนหรือนอนหลับในตอนกลางคืน<sup>9</sup> แชลเมอร์ (Chalmers)<sup>10</sup> ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพถึงผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยและครอบครัวและกลยุทธ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการปรับตัว ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคในระดับน้อย ปานกลาง และมาก จำนวน 30 ราย พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยตระหนัก (concern) เป็นอันดับแรกคือความสามารถในการดำรงบทบาทในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดมากในการที่ต้องออกจากงาน ก่อนถึงเวลาอันควร สัมพันธภาพในบทบาทของสามี ภรรยา บิดา มารดา ญาติ และเพื่อนเปลี่ยนไป บางครั้งผู้ป่วยต้องให้คนในครอบครัวเรียนขับรถเพื่อที่จะได้ทำหน้าที่แทนตนเอง ผู้ป่วยบางราย

รู้สึกผิดที่ต้องใช้บุตรซึ่งยังเล็กทำหน้าที่แทนตนเอง ในทุกๆ เรื่องทำให้รู้สึกไร้พลัง (powerlessness) และคับข้องใจที่ไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลและปกป้องคุ้มครองบุตรได้ การเข้าสังคมก็เปลี่ยนไป ผู้ป่วยจะหายใจลำบากเมื่อโดนฝุ่นละอองหรือควันบุหรี่ ทำให้ต้องอยู่บ้านหรือเข้าสังคมได้ในเวลาสั้นๆ และการที่ต้องออกงานสังคมทั้งครอบครัว ก็อาจทำให้ในครอบครัวหมดความสุข เพราะต้องรีบกลับตามไปด้วย ผู้ป่วยมากกว่า 1 ใน 4 กล่าวว่า เป็นการยากที่จะวางแผนกระทำกิจกรรมล่วงหน้าเป็นเวลานาน เพราะบางครั้งผู้ป่วยก็ประสบกับปัญหาหายใจลำบากขึ้นกะทันหัน การใช้ชีวิตประจำวันตามปกติจะเปลี่ยนไป<sup>6</sup> บ่อยครั้งที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากขณะอยู่ท่ามกลางผู้คนที่พลุกพล่าน อยู่ในที่อับทึบหรือขณะกำลังอาบน้ำ แต่ปัญหาเหล่านี้ถือเป็นปัญหาเล็กๆ น้อย เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาในการดำรงบทบาทในครอบครัวและสังคม

กลยุทธ์ในการปรับตัวของผู้ป่วยสรุปได้ 3 ประการ **ประการแรก** การปรับตัวด้านความคิด (cognitive) ผู้ป่วยพยายามคิดว่า การเจ็บป่วยเป็นเรื่องปกติธรรมดา กิจกรรมใดที่ก่อให้เกิดการหายใจลำบาก จะพยายามทำกิจกรรมนั้นให้ช้าลง หรือเลิกทำกิจกรรมนั้นเลย การทำกิจกรรมต่างๆ ต้องมีการวางแผนล่วงหน้า เช่น ต้องพ่นยาขยายหลอดลมก่อนออกกำลังกาย ใช้รถประจำทางสายที่จอดใกล้จุดที่ต้องการไปที่สุด เพื่อที่จะได้เดินน้อยที่สุด ผู้ป่วยมากกว่า 1 ใน 3 ใช้การปรับตัวโดยเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอื่น โดยคิดว่าตนเองยังดีกว่าผู้ป่วยอื่นๆ อีกหลายคนทำให้มีกำลังใจ บาง

รายใช้การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เช่น การได้ลดปริมาณการใช้ยาลง แพทย์นัดพบในระยะเวลาที่ห่างจากเดิมมากขึ้นมาเป็นกำลังใจ ที่สำคัญคือผู้ป่วยจะปรับตัวโดยพยายามนึกถึงกิจกรรมที่กระทำแล้วประสบความสำเร็จในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ดังเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า "ตอนแรกไม่ค่อยรู้เรื่องเกี่ยวกับเรื่องโรค ฉันกลัวมากเมื่อมีอาการหายใจลำบาก แต่เดี๋ยวนี้ฉันพยายามที่จะสงบลงซึ่งก็ได้ผล ฉันควบคุมอาการได้ถ้าไม่โชคร้ายเกินไป ฉันคงจะควบคุมอาการได้ทุกครั้ง" การได้ทบทวนถึงประสบการณ์ที่เป็นความสำเร็จ และการสามารถแก้ไขปัญหาดต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตให้ประสบความสำเร็จลุกล่วงไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองก็น่าจะควบคุมอาการของโรคได้ ซึ่งในส่วนนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ แบนดูรา (Bandura)<sup>11</sup> ที่พบว่า การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (performance accomplishments) ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรง จะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) เป็นอย่างมาก มีผู้ป่วย 1 ราย ที่ค้นพบโดยบังเอิญว่า การเป็นนักร้องซึ่งต้องอาศัยกะบังลมช่วยในการเปล่งเสียงขณะร้องเพลงเป็นประจำ สามารถจะใช้กะบังลมช่วยในการควบคุมอาการหายใจลำบากได้ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากในระดับสูง

**การปรับตัว ประการที่สอง** เป็นการปรับด้านพฤติกรรม พบว่าเมื่อมีอาการหายใจลำบากผู้ป่วยมักใช้ยาพ่นเพื่อขยายหลอดลม และมักจะ

ใช้เกินกว่าแพทย์กำหนด แต่ยารับประทานมักจะใช้น้อยกว่าที่แพทย์กำหนด เป็นเพราะลืมและกลัวว่าจะได้รับยามากเกินไป ผู้ป่วย 2 ใน 3 ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดหายใจลำบาก โดยหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ หลีกเลี่ยงการออกนอกบ้านในขณะที่มีอากาศเย็นและชื้น หลีกเลี่ยงมลภาวะ พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอ

การปรับตัว ประการสุดท้าย คือการ แสดงออก เช่น การร้องไห้ แสดงอารมณ์โกรธ ที่พบบ่อยคือการแสดงความรู้สึกสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย ความไม่แน่นอนในอนาคต และความกลัวอาการหายใจลำบาก

คาโรรี และแจนสัน-เบอร์คลี (Carrieri and Janson-Bjerklie)<sup>12</sup> ได้ศึกษาถึงการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยโรคปอดที่มีอาการหายใจลำบาก 68 ราย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ พบว่าท่าหนึ่งที่ทำบ่อยที่สุดคือนั่งรื้อเก้าอี้ค้อมตัวไปข้างหน้า (leaning forward) โดยใช้หมอนหนุน (support) บริเวณลำตัวและแขน มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างใช้กลยุทธ์ในการหายใจโดยใช้วิธีเป่าปาก (purse lip) หรือหายใจโดยใช้กระบังลม ท่าทางหรือการเคลื่อนไหวที่ทำบ่อยคือ การนั่งนิ่งๆ เงียบๆ รองลงมาคือการเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ ท่าที่ทำน้อยที่สุดคือ ท่านอน เมื่อเกิดอาการผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้ยาพ่นโดยปรับชนิดและขนาดเองตามความต้องการ รองลงมาคือการออกไปอยู่ในที่โล่งที่อากาศถ่ายเทดี 1 ใน 3

ของผู้ป่วยใช้ครีมที่ทาบรรเทาหวัด คัดจมูก เช่น วิค วาโปรับ ทาบริเวณหน้าอกและใส่ลงในน้ำเดือด แล้วสูดควันที่พวยพุ่งขึ้นมา บางรายใช้วิธีแช่เท้าด้วยน้ำอุ่นผสมด้วยสารระเหยต่างๆ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยใช้วิธีดื่มน้ำ หรือเครื่องดื่มอุ่นๆ ร่วมกับการหายใจช้าๆ ในด้านอารมณ์ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการที่จะอยู่เฉยๆตามลำพัง พยายามที่จะควบคุมอาการหายใจลำบากโดยใช้วิธีการต่างๆ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28 พยายามสงบสติอารมณ์ โดยร้อยละ 9 ใช้วิธีสวดมนต์ หรือทำสมาธิ ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยบางรายกล่าวว่า ขณะเกิดอาการพยายามทำสมาธิแต่ไม่ได้ผลต้องใช้ยาพ่นแทน ผู้ป่วยบางรายพยายามเบี่ยงเบนความสนใจไปที่อื่น เช่น ดูโทรทัศน์ เล่นกับเด็ก

ผลกระทบของอาการหายใจลำบากในระยะยาวคือ การเหนื่อยล้า ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ทำงานบ้านน้อยลง เมื่อมีอาการหายใจลำบากจะให้บุคคลในครอบครัวทำหรือจ้างผู้อื่นทำแทน หลีกเลี่ยงการเดินทางที่จะต้องเดินเป็นเวลานาน ถ้าจำเป็นต้องทำกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการหายใจลำบาก ก็จะพ่นยาขยายหลอดลมก่อนทำกิจกรรมนั้น ผู้ป่วยร้อยละ 37 มีการเปลี่ยนแปลงการทำงาน ในด้านอารมณ์ ผู้ป่วยร้อยละ 13 พยายามคิดถึงแต่ประสบการณ์ที่ดี ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต หรือพยายามไม่นึกถึงอาการหายใจลำบาก ที่สำคัญที่สุดก็คือผู้ป่วยส่วนใหญ่กล่าวว่า เทคนิคต่างๆ ในการควบคุมอาการหายใจลำบาก เป็นเทคนิคที่ผู้ป่วยเรียนรู้เอง

## การสร้างพลังอำนาจ : กลยุทธ์ในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการศึกษาของทั้ง แชลเมอร์ คาร์โรรี และแจนสัน-เบอร์คลี จะพบว่าผู้ป่วยสามารถเรียนรู้เทคนิคต่างๆ ในการจัดการ หรือควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง แต่ขาดการชี้แนะให้รับรู้ในสมรรถนะของตนเอง ไวกัล และคณะ<sup>13</sup> (Wigal, et. al) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประสบการณ์ของการหายใจลำบากจะมีการรับรู้ในสมรรถนะของตนเอง (perceived self efficacy) ต่ำคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ มีผลทำให้ผู้ป่วยละเว้นที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ตามปกติหรือกระทำกิจกรรมลดลง เช่น การประกอบกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ การมีเพศสัมพันธ์และรู้สึกว่าตนเองป่วยอยู่ตลอดเวลา ต้องพึ่งพาผู้อื่นต่างๆ ที่ผู้ป่วยยังมีศักยภาพที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้น มิลเลอร์<sup>14</sup> (Miller) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการหายใจลำบากและเหนื่อยล้า ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองมีความรู้สึกที่ตนเองไม่สามารถควบคุมโรคได้ ไม่ได้ตระหนักถึงความสำเร็จของตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ซึ่งสัมพันธ์กับโรคที่ก้าวหน้าไปเรื่อยๆ ความรู้สึกถึงความสำเร็จในตนเองลดลงจนทำให้เกิดภาวะไร้พลัง (powerlessness) และซึมเศร้า มีข้อยืนยันว่าผู้ป่วยที่รู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้จะมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินบ่อยกว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รู้สึกควบคุมตนเองได้

การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ผู้ป่วยอาจจะละเลยที่จะปฏิบัติซึ่งอาจทำให้พยาบาลแปลความหมายว่าผู้ป่วยไม่เข้าใจคำแนะนำ ซึ่งแท้จริง

แล้วผู้ป่วยอาจมีความรู้ว่าจะเสี่ยงปัจจัยอะไร และควรทำอะไรขณะมีอาการหายใจลำบาก แต่ขาดการรับรู้ในสมรรถนะของตนเองในการนำเอาความรู้ไปประยุกต์ใช้ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรในทีมสุขภาพ (compliance) เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ เพราะผู้ป่วยแต่ละคนมีวิถีชีวิตที่แตกต่างกันไป การจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังโดยอาศัยกระบวนการคิด การเฝ้าระวัง (monitor) และตัดสินใจกระทำพฤติกรรมด้วยตนเองเป็นสิ่งจำเป็นในการลดความก้าวหน้าของโรค ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่ามีสมรรถนะที่จะกระทำ<sup>15,16</sup> กายแอท และคณะ<sup>17</sup> (Guyatt, et al.) ชี้ให้เห็นว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ต้องมุ่งเน้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาการหายใจลำบาก ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเอง ที่จะควบคุมพยาธิสภาพของโรคได้ และรู้สึกถึงความสำเร็จในการปรับวิธีการดำเนินชีวิตใหม่ให้สอดคล้องกับโรคและการรักษา (sense of mastery) การรับรู้ในสมรรถนะของตนเอง และความรู้สึกถึงความสำเร็จ สามารถสร้างขึ้นได้ โดยกระบวนการสร้างพลังอำนาจ<sup>18</sup> การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการกระทำทางสังคม (social action process) ที่ส่งเสริมให้บุคคล องค์กร และชุมชนสามารถควบคุมตนเอง รับรู้สมรรถนะของตนเอง หรือมีความสามารถในการเลือกกำหนดอนาคตของตน ชุมชน และสังคมได้<sup>19,20</sup>

การสร้างพลังอำนาจ มาจากแนวคิดทางการศึกษาเพื่อสร้างพลังของ เปาโลแพร์ (Paulo

Ferire) นักการศึกษาชาวบราซิล ในช่วงปีค.ศ. 1960-1970 ซึ่งเชื่อว่านักการศึกษาควรมีหน้าที่สำคัญ ในการทำให้ประชาชนมีความเชื่อในความสามารถ ของตนเอง แพร่ สอนให้ประชาชนอ่านและเขียน หนังสือได้ด้วยการให้ผู้เรียนร่วมกันพูดอภิปรายใน ประเด็นปัญหาที่เขาเหล่านั้นประสบอยู่ และมีความ สนใจ วิธีการดังกล่าวนอกจากจะทำให้ บุคคลได้เรียนรู้วิธีการพูด การอ่านและการเขียน หนังสือแล้ว ยังช่วยให้บุคคลเข้าใจปัญหาของตน เห็นความสามารถของตนและนำไปสู่การกระทำ เพื่อแก้ไขปัญหา แพร่ เน้นถึงความสำคัญของการ ค้นพบตนเองในกระบวนการการศึกษาโดยให้ ตระหนักว่าตนเองมีความรู้ความสามารถที่จะต่อ ด้านอิทธิพลต่างๆ และสามารถควบคุมอนาคต ของตนเองตลอดจนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการ เปลี่ยนแปลงสังคม การสร้างพลังอำนาจสามารถ เป็นได้ทั้งกระบวนการ (process) และเป้าหมาย สสุดท้าย (outcome) การพัฒนาสุขภาพในปัจจุบัน พบว่า ได้มีการนำรูปแบบการศึกษาเพื่อสร้างพลัง (empowerment education model) ของแพร่ มา ใช้ในการฝึกอบรมให้บุคคลเกิดพลัง (empower) เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและภาวะ สุขภาพของบุคคลและชุมชน ดังเช่น องค์การ อนามัยโลก<sup>21</sup> ได้ระบุว่าเป้าหมายสุดท้ายของกลวิธี การดูแลตนเอง คือ การสร้างพลังให้ประชาชนสามารถ กำหนด หรือจัดการสุขภาพของตนเองได้

รูปแบบการศึกษาเพื่อสร้างพลัง มีกระบวนการ เรียนรู้ที่มีความต่อเนื่องเป็นวงจรโดยไม่มีที่สิ้นสุด โดยเริ่มต้นจากประสบการณ์หรือสิ่งที่ปฏิบัติ

อยู่ (practice) แล้วนำมาวิเคราะห์ไตร่ตรอง (reflection) ว่าปัญหาคืออะไร มีความเป็นมาและมีปัจจัยสาเหตุใดบ้าง โดยโยงให้เห็นความเกี่ยวเนื่อง ของปัจจัยต่างๆ ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจต่อ ปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องทั้งหมด อันจะนำไปสู่การ วางแผนการปฏิบัติและการลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไข ปัญหาดังกล่าว โดยผลของการปฏิบัติกิจกรรม ต่างๆจะกลายเป็นประสบการณ์ใหม่ที่นำไปสู่วงจร การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องต่อไป<sup>22</sup> ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กระบวนการเรียนรู้ของการศึกษาเพื่อสร้างพลัง

การนำรูปแบบการศึกษาเพื่อสร้างพลังมา ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยนั้น พยาบาลต้อง มีการปรับบทบาทเป็นผู้ประสานงาน (co-ordinator) และเป็นผู้สนับสนุนพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้ (facilitator) แทนการเป็นผู้สอนหรือถ่ายทอดความรู้ ตามแบบดั้งเดิม เนื่องจากวิธีการสร้างพลังอำนาจ จะเชื่อในความสามารถของบุคคลที่จะเรียนจาก ประสบการณ์ของตนเอง หรือการแลกเปลี่ยน

การสร้างพลังอำนาจ : กลยุทธ์ในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ตลอดจนการเรียนรู้ จะเกิดขึ้นได้โดยตัวบุคคลได้คิดวิเคราะห์ในสิ่งต่างๆ จนเกิดความเข้าใจด้วยตนเอง ซึ่งเปรียบเสมือน การเกิดความรู้ใหม่ในตัวบุคคลเอง หน้าที่ของพยาบาลคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ โดยการจัดบรรยากาศของการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้ป่วย ได้มีส่วนร่วมให้มากที่สุด โดยการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์และความคิดเห็นซึ่งนำไปสู่การสร้าง สรรค์ความรู้ใหม่ รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ พัฒนาความคิดและทักษะในการปฏิบัติเพื่อการ เปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วย

บรรยากาศพื้นฐานในการสร้างพลังอำนาจ จะมีลักษณะที่พยาบาลและผู้ป่วยเรียนรู้จากกันและ กัน โดยถือว่าพยาบาลและผู้ป่วยเป็นแหล่งของ ความรู้ ความคิด แทนที่พยาบาลจะเป็นผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้รู้เรื่องนั้นๆ แต่เพียงฝ่ายเดียว<sup>23</sup>

การประยุกต์ใช้รูปแบบการศึกษาเพื่อ สร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่ง เป็น 5 ขั้นตอนคือ

1. ประสบการณ์ (experiencing) และ
2. การระบุประสบการณ์ (naming experience)

โดยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการ หายใจลำบาก เช่น ก่อนหน้าที่จะมีอาการหายใจ ลำบาก มีเหตุการณ์อะไรบ้างที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น มีความเครียด มีการติดเชื่อมั้สกับฝุ่น มล ภาวะ อากาศเปลี่ยนแปลง เป็นต้น ในขณะที่มี อาการหายใจลำบากแต่ละครั้ง มีการจัดการกับ ตนเองตามลำดับอย่างไร เช่น ลุกนั่ง นิ่งนิ่งๆ ตาม ลำพัง หายใจลึกๆ ออกไปอยู่ในที่โล่งๆ พยายาม จิบน้ำอุ่น ไปพบแพทย์ ฯลฯ ผลของการกระทำ พฤติกรรมต่อการลดอาการหายใจลำบาก เช่น พฤติกรรมใดทำแล้วอาการหายใจลำบากบรรเทา ลงทุกครั้ง พฤติกรรมใดที่ทำแล้วได้ผลบ้าง พฤติกรรม ใดที่ทำแล้วไม่ได้ผลหรือพฤติกรรมใดที่ทำบ่อย พฤติกรรมใดที่ทำบ้าง ไม่ทำบ้าง พฤติกรรมใดที่ ทำครั้งเดียว

การสัมภาษณ์ในส่วนนี้อาจต้องทำหลายครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน เมื่อได้ข้อมูลทั้งหมด แล้วพยาบาลทำแผนภูมิ (mapping) ของเหตุการณ์ เช่น

ก่อนเกิดอาการหายใจลำบาก เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	ขณะมีอาการหายใจลำบาก พฤติกรรมที่กระทำและความถี่	ผลของการกระทำ พฤติกรรม
<ul style="list-style-type: none"> <li>• เป็นหวัด</li> <li>• คิดมากเรื่องงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• นิ่งนิ่งๆ ทุกครั้ง</li> <li>• หายใจโดยใช้วิธีเป่าปากทุกครั้ง</li> <li>• อาบน้ำอุ่น ทำเป็นบางครั้ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—————&gt; อาการบรรเทา</li> <li>—————&gt; อาการบรรเทา</li> <li>—————&gt; บางครั้งอาการบรรเทา บางครั้งก็ไม่บรรเทา</li> </ul>

3. การวิเคราะห์ (analysis) พยาบาลนำแผนภูมิที่ทำมาตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ป่วยทั้งพยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันระบุในเรื่องต่อไปนี้

- สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ ถ้ามีหลายชนิดจะต้องระบุความรุนแรงของการทำให้เกิดอาการ
- พฤติกรรมที่เหมาะสม
- พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
- ค้นหาสาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมที่เคยทำได้ผล เปลี่ยนเป็นไม่ได้ผล

4. การวางแผน (planning) พยาบาลและผู้ป่วย วางแผนร่วมกันว่าพฤติกรรมใดควรทำต่อ พฤติกรรมใดควรหลีกเลี่ยงจะจัดการกับสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการอย่างไร ในส่วนนี้พยาบาลและผู้ป่วยอื่นจะสามารถร่วมพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เคยพบ หรือเคยปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วย

5. การนำแผนไปปฏิบัติ (doing) ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่ได้ร่วมกันวางไว้ โดยผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จะกลายเป็นประสบการณ์ใหม่ที่นำไปสู่วงจรเพื่อแก้ไขปัญหาคต่อไป

การสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น จะต้องให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ที่ผู้ป่วยกระทำแล้วประสบความสำเร็จ อาจจะเป็นในเรื่องการหายใจลำบาก หรือการสามารถแก้ไขปัญหาคต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพยาบาลจะใช้ข้อมูลเหล่านี้เป็นตัวเสริมแรงให้ผู้ป่วย พร้อมกับการให้กำลังใจโดยพยาบาลอาจจะพูดกับผู้ป่วยว่า "เห็นไหมสิ่งที่ยากลำบากในชีวิตคุณยังจัดการได้" "ดิฉันว่าคุณจะต้อง

จัดการกับการหายใจลำบากของคุณได้ การหายใจเป็นสิ่งที่ควบคุมการมีชีวิต ถ้าไม่รู้จักที่จะควบคุมการหายใจ คุณจะมีชีวิตอยู่โดยยากลำบาก แพทย์ช่วยคุณได้เพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น ที่เหลือคุณต้องช่วยตัวเอง คุณต้องเรียนรู้ที่จะอยู่กับมัน เรียนรู้ที่จะปรับมัน และใช้ชีวิตตามที่คุณอยากจะเป็น แม้วันนี้คุณยังทำไม่ได้ดิฉันคิดว่าในวันต่อไป คุณจะทำได้ แต่คุณจะต้องเริ่มทำวันนี้ คุณบอกว่าจะสมาธิแล้วอาการดีขึ้น คุณเก่งมากเลยที่จัดการกับการหายใจลำบากได้" นอกจากคำพูดที่จูงใจจากพยาบาลแล้ว การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคนอื่นๆ จะได้รับประสบการณ์ที่หลากหลาย ทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจะเป็นประสบการณ์ทางอ้อมของผู้ป่วยที่ทำให้คิดคล้ายตามว่าผู้อื่นทำได้ตนก็น่าจะทำได้ ถ้าตั้งใจและพยายาม ซึ่งแบนดูรา" (Bandura) กล่าวว่าเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเอง พยาบาลจึงควรจัดให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยกันเอง

## สรุป

อาการหายใจลำบาก เป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยง่ายมีการรับรู้ในสมรรถนะของตนเองลดลง มีผลทำให้กระทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง มีการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การสร้างพลังอำนาจโดยนำเอารูปแบบการศึกษาเพื่อสร้างพลัง (empowerment education model) มาประยุกต์ใช้เป็นการดึงเอา



## การสร้างพลังอำนาจ : กลยุทธ์ในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการหายใจลำบาก มาสะท้อนคิด (reflection) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนการปฏิบัติโดยผู้ป่วยเป็นผู้ลงมือปฏิบัติเอง การสร้างพลังอำนาจมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในสมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น ลดการพึ่งพาผู้อื่นลง วิธีการนี้แม้ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือปราศจากอาการ แต่คาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการหายใจลำบากให้มีความรุนแรงและความถี่ของอาการลดน้อยลง และใช้ชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างเต็มศักยภาพ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ศ.ดร. สมจิต หนูเจริญกุล ที่กรุณาตรวจสอบแก้ไขต้นฉบับ

### เอกสารอ้างอิง

1. Jess LW. Chronic and emphysema airing the difference. *Nuring* 92. 1992; 92(3):34-41.
2. Kaplan RM. et al. Self-efficacy expectations predict survival for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychology* 1994; 13(4):366-368.
3. รายงานผลการปฏิบัติงานการพัฒนาสาธารณสุขเขต 1 ถึง 9 ปีงบประมาณ 2533.
4. รายงานสถิติสาธารณสุขปีพ.ศ. 2536. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2538.
5. พูนเกษม เจริญพันธ์. การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค. ใน สมชัย บวรกิตติ และนันทนา มาระเนตร์ (บรรณาธิการ) : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. กรุงเทพฯ อักษรสมัย. 2531.
6. ประกิต วาทิสาธกกิจ. การสูบบุหรี่. ใน สมชัย บวรกิตติและนันทนา มาระเนตร์ (บรรณาธิการ) : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. กรุงเทพฯ : อักษรสมัย. 2531.
7. Leidy NK, raver GA. Psychophysiologic factors contributing to functional performance in people with COPD : Are there gender differences? *Research in Nursing & Health* 1995; 18:535-46.
8. DeVito AJ. Dyspnea during hospitalizations for acute phase of illness as recalled by patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart and Lung* 1990; 19:186-191.
9. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์. 2537.
10. Chalmer KI. A closer look at how people cope iwth chronic airflow obstruction. *Canadian Nurse* 1984; 80:35-8.
11. Bandura A. Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review.* 1977; 84(2):191-215.
12. Carrieri VK. Janson-Bjerkle S. Strategies patients use to manage the sensation of dyspnea. *Western Journal of Nursing Research* 1986; 8(3):284-305.
13. Wigal JK. et al. The COPD self-efficacy scale. *Chest.* 1991; 99(5):1193-6.

14. Miller JF. **Coping with Chronic Illness Overcoming Powerlessness.** 1992.
15. Bartholomew LK. et al. Performance objectives for the self-management of cystic fibrosis. **Patient Education and Counseling** 1992; 22:15-25.
16. Bartholomew LK. et al. Measuring self-efficacy expectations for the self-management of cystic fibrosis. **Chest** 1993; 103(5):1524-30.
17. Guyatt GH. et al. Quality of life in patients with chronic airflow limitation. **British Journal of Diseases of the Chest.** 1987; 81:45-54.
18. Gibson CH. A Concept analysis of empowerment. **Journal of Advanced Nursing** 1991; 16:354-61.
19. Downie R. et al. **Health Promotion Models and Values.** Oxford : University Press, 1991.
20. Wallerstein N, Burnstein E. Empowerment Education : Freire's Ideas Adapt to Health Education. **Health Education Quarterly** 1988; 15(4): 379-94.
21. WHO. **Strengthening Self-Care at Home.** Regional Office for South East Asia, New Delhi, India. 1991.
22. Bishop A. et al. **Basic & tool : a collection of popular education resources and activities.** Ontario : CUSO Education Department, 1988.
23. Shor I, Freire P. **A Pedagogy for liberation.** New York : Bergin & Garvey. 1987.

การสร้างพลังอำนาจ : กลยุทธ์ในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

## Empowerment : strategies for controlling dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease

Duangrath Watanakitgrailert \* M.S. (Nursing)

**Abstract** COPD is a chronic disease that cannot be cured. The important problem of the patient is the symptom of dyspnea. The patients with COPD who experience dyspnea may develop low self-efficacy expectations regarding their ability to manage or to avoid dyspnea. This low self-efficacy brings about activities restriction. The patients perceive themselves as being sick all the times. Some refrain from activities of daily living, even though they are physically capable of engaging in such activities. Nurse can increase patient's self-efficacy to control symptom of dyspnea; thereby, the patients are able to increase activities. Self-efficacy, and outcome of the empowerment process, help individual having ability to learn from experience and analyze the experience as well. Nurse can take role of the co-ordinator, facilitator and supportor for the patients. It will help forming learning behavior and knowledge resource for them. *Rama Nurs J* 1997; 3(2) : 200-10.

**Keywords** : COPD, dyspnea, self-efficacy, empowerment

---

\* *Doctoral student, Collaborative Program, Mahidol University.*