



สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ต่ออาการหายใจลำบากในพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) รูปแบบการทดลองเป็นการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest –posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง และเพื่อเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ระหว่างวันที่ 9 มีนาคม – 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2547 ที่มีระดับความรุนแรงของโรคระหว่าง 2 - 4 โดยใช้แบบสอบถามระดับการสูญเสียหน้าที่ของร่างกายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการแบ่งระดับความรุนแรงโรครตามระดับการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายของ American Lung Association

กลุ่มตัวอย่าง คือพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปีที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงฆ์ ระหว่างวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2547 ถึง 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2547 ที่มีคุณสมบัติตามลักษณะประชากรที่กำหนดจำนวน 40 คน โดยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. ไม่มีโรคหรือภาวะใดๆที่จะทำให้การทำงานของปอดผิดปกติไป เช่น การติดเชื้อ โรคหัวใจ วัณโรคหรือโรคปอดชนิดอื่นๆ โรคหัด เนื่องจากพบว่าอาการและโรคต่างๆเหล่านี้อาจจะทำให้ความถี่และอาการหายใจลำบากรุนแรงมากยิ่งขึ้น
2. สามารถสื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยทำการจับคู่ (matched pair) ในเรื่องระดับความรุนแรงของโรค และประเภทของยาที่ได้รับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีด้วยกันทั้งหมด 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบ่งเป็นส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ และ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประสบการณ์อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลอง

1.2 แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.3 แบบวัดอาการหายใจลำบาก (Dyspnea Visual Analogue Scale, DVAS)

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองโดยมีสื่อประกอบการใช้โปรแกรมดังนี้

2.1.1 แผนการสอน

2.1.2 คู่มือในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ ตารางการฝึกพัฒนาทักษะการหายใจโดยการห่อปากสำหรับพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ชั้น คือ ชั้นเตรียมผู้วิจัย ชั้นเตรียมการทดลอง และ ชั้นการทดลอง ดังนี้

1. ชั้นเตรียมผู้วิจัย

2. ชั้นเตรียมการทดลอง (5 สัปดาห์)

2.1 เตรียมเครื่องมือ

2.2 ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิจารณา

2.3 เตรียมสถานที่สำหรับดำเนินการทดลอง

3. ชั้นการทดลอง

3.1 ศึกษารายงานประวัติพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ และเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3.2 ทำการวัดระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้ ผู้วิจัยสอบถามจากระดับการสูญเสียหน้าที่ของร่างกายจากการแบ่งของ American Lung Association (1975 cite in Dudley et al., 1980 : 413-414)

3.3 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลในขณะที่รอเข้ารับการรักษาจากแพทย์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยและให้ลงชื่อในใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม

ในกลุ่มควบคุมผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ และนัดผู้ป่วยมาอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อทำการวัดระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากหลังการทดลอง (Post-test)

กลุ่มทดลอง

ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินประสบการณ์อาการหายใจลำบาก 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก 3) การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 4) ผู้ป่วยปฏิบัติการในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองที่ โดยผู้วิจัยพบผู้ป่วยจำนวน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. พบผู้ป่วยครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลาทั้งหมดประมาณ 45 นาที

1.1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อสร้างสัมพันธภาพ

1.2 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้ผู้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากของตนเอง และผู้วิจัยทำการสอบถามผู้ป่วยตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลส่วนที่ 4 ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.3 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสาธิตการบริหารการหายใจโดยการห่อปากและให้ผู้ผู้ป่วยได้ทดลองฝึกการหายใจโดยการห่อปากจนกระทั่งสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมอาการหายใจลำบากของตนเองที่วัด และฝึกการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม สำหรับผู้ป่วยที่เคยใช้มาก่อนแล้วก็จะทำการฝึกทบทวน และมีการฝึกสาธิตย้อนกลับกับผู้วิจัย ในขณะที่ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติผู้วิจัยให้การเสริมแรงแก่ผู้ป่วย

1.4 ผู้วิจัยบอกถึงวิธีการบันทึกการพัฒนาทักษะการหายใจโดยการห่อปากในตารางบันทึกการหายใจ โดยการห่อปากสำหรับพระภิกษุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปบันทึกที่วัด

1.5 แจกคู่มือการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

เรื่องจริง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมอาการหายใจลำบากได้ตลอดเวลาในขณะที่อยู่ที่วัด

1.6 หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา และให้ผู้ป่วยกลับมาพบผู้วิจัยอีกครั้งหลังจากพบแพทย์แล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและซักถามถึงข้อสงสัยต่างๆ และขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยมาพบผู้วิจัยอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5

1.7 ผู้วิจัยส่งไปรษณีย์บัตรถึงผู้ป่วยเพื่อเป็นเป็นการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจในการปฏิบัติเพื่อจัดการกับอาการหายใจลำบากและจงใจให้ผู้ป่วยมาเข้าร่วมกิจกรรมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 3 พร้อมทั้งมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด

2. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาที

2.1 ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยอีกครั้งที่ห้องสอนสุขศึกษา แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อรับฟังและสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตนในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง

2.2 ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติการบริหารการหายใจโดยการห่อปากขณะอยู่ที่วัด จากการบันทึกของผู้ป่วยในตารางการพัฒนาทักษะการบริหารการหายใจโดยการห่อปาก พร้อมทั้งให้การเสริมแรงโดยกล่าวชมเชยและให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง และปฏิบัติได้สม่ำเสมอ

2.3 ให้ผู้ป่วยแสดงการหายใจโดยการห่อปาก และการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม โดยผู้วิจัยจะสังเกตในขณะที่ผู้ป่วยปฏิบัติและหากผู้ป่วยยังปฏิบัติในเรื่องการหายใจโดยการห่อปากและการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนผู้วิจัยฝึกทักษะซ้ำอีกครั้ง

2.4 ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการหายใจลำบาก

2.5 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยแต่ละคนต้องการเพิ่มเติมจากการพบผู้ป่วยครั้งที่ 1 และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลเพื่อร่วมกันวางแผนกับผู้วิจัยในการควบคุมอาการหายใจลำบากต่อไป

2.6 ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยส่งไปรษณีย์บัตรถึงผู้ป่วยเพื่อเป็นเป็นการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจในการปฏิบัติเพื่อจัดการกับอาการหายใจลำบากและจงใจให้ผู้ป่วยมาเข้าร่วมกิจกรรมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 พร้อมทั้งมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด

3. พบผู้ป่วยครั้งที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

3.1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อติดตามผลการปฏิบัติในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง จากการบันทึกในตารางการพัฒนาทักษะกาหายใจโดยการห่อปาก และ

วัดความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยแบบวัดความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก พร้อมทั้งให้การเสริม

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

พระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 40 คน อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 55-59 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.0 ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.5 อาชีพส่วนใหญ่คือ รับจ้างคิดเป็นร้อยละ 45.0 มีระยะเวลาที่เป็นโรค 1-5 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.5 การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 62.5 ส่วนผู้ที่เคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 37.5 โดยเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 92.5 โดยสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน 31-40 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.5 โดยสูบบุหรี่ 1-20 มวน/วัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.7 และสถานภาพการสูบบุหรี่ในปัจจุบันในกลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบบุหรี่ พบว่าเลิกสูบบุหรี่แล้วมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 62.2 และยังคงสูบบุหรี่อยู่คิดเป็นร้อยละ 37.8 สำหรับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ พบว่าจำนวนบุหรี่ที่สูบในปัจจุบันคือจะสูบ 1 มวน/วันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ 2 มวน/วัน คิดเป็นร้อยละ 28.6

2. อาการหายใจลำบาก

2.1 อาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X}_{\text{ก่อนการทดลอง}} = 58.00, \bar{X}_{\text{หลังการทดลอง}} = 34.80, t = 5.078, p < .05$)

2. อาการหายใจลำบากภายหลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลอง น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X}_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 34.80, \bar{X}_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 54.05, t = 2.696, p < .05$)

ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่าอาการหายใจลำบากในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองจะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และอาการหายใจลำบากภายหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองจะน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

อาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองมีการรับรู้อาการหายใจลำบากน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองเป็นกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีระบบที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดความสามารถในการควบคุมและป้องกันอาการหายใจลำบากด้วยตนเองได้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ประกอบด้วยขั้นตอน 5 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก โดยประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันจากปัจจัยต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีการปรับตัวและตอบสนองต่อการเกิดอาการหายใจลำบากที่แตกต่างกัน ดังนั้นการที่พยาบาลสอบถามผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้อธิบายถึงความยากลำบากในการหายใจจากตัวผู้ป่วยเอง และประเมินการตอบสนองต่ออาการหายใจลำบากดังกล่าว โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มการติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ฟังพอใจ และให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำ นั่นคือการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากจะเป็นการปรับการรับรู้ทำให้ผู้ป่วยรับรู้อาการหายใจลำบากได้ถูกต้อง แทนที่ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าเป็นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งอาจจะทำให้มีการตอบสนองทางด้านร่างกายโดยการเพิ่มการหายใจส่งผลให้มีการเพิ่มการส่งสัญญาณประสาทนำเข้าในระบบประสาทส่วนกลางเป็นผลให้การรับรู้ของอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น (Dodd, 2001: 672)

นอกจากนั้นแล้วการที่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้ฝึกทักษะการหายใจโดยการห่อปากจะช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มปริมาตรความจุปอด ลดปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง เพิ่มปริมาณก๊าซออกซิเจนในเลือดแดง และเพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย จึงทำให้อาการหายใจลำบากลดลง (Casciari et al., 1981; Mueller, Petty and Filley, 1970; Thomus et al., 1966; Tiep et al, 1986 cite in Truesdell, 200: 180)

สำหรับในขั้นตอนที่ 2 คือ การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ซึ่งขั้นตอนนี้จะเป็นการสร้างความสามารถให้กับผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะ พิจารณาจุดมุ่งหมายของสุขภาพตนเอง โดยพยาบาลช่วยสะท้อนคิด (reflective) ด้วยการฟังและเข้าใจผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาด้วยตนเอง และให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วย

เลือก ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรม โดยในขั้นตอนที่ 3 คือการพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยผู้วิจัยจะทำการสอนทักษะในสิ่งที่ผู้ปวยต้องการทราบ และเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยการพัฒนาทักษะนี้เป็นสิ่งจำเป็นในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองในการที่จะจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองให้มีประสิทธิภาพ และการให้การเสริมแรงแก่ผู้ปวยในสิ่งที่ผู้ปวยปฏิบัติได้คืออยู่แล้ว โดยในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ที่มีความสามารถในการปฏิบัติสมาธิ ซึ่งสมาธิเป็นหนึ่งในวิธีการผ่อนคลายที่จะทำให้ลดความเครียดและวิตกกังวลซึ่งจะส่งผลให้ลดอาการหายใจลำบากได้ แต่ผู้ปวยพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกือบทั้งหมดไม่ทราบมาก่อนเลยว่าสมาธิจะส่งผลอย่างไรต่ออาการหายใจลำบาก

ดังนั้นเมื่อทำให้ระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทราบ และเข้าใจถึงประโยชน์ของสมาธิต่ออาการหายใจลำบากก็จะทำให้ผู้ปวยเห็นความสำคัญของสมาธิต่ออาการหายใจลำบากซึ่งจะทำให้ผู้ปวยมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้นในการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการหายใจลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ควงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2541) ที่พบว่าเมื่อผู้ปวยมีความกล้าที่จะทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้นก็จะส่งผลให้มีอาการหายใจลำบากขณะมีกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลง และจากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ปวยกล้าที่จะมีกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น

สำหรับการใช้การดูแลตนเองของผู้ปวยในขณะที่อยู่นอกจากการใช้ยาแล้ว การให้ผู้ปวยได้ฝึกพัฒนาทักษะการหายใจโดยการห่อปากที่วัด โดยให้ผู้ปวยปฏิบัติทุกวัน อย่างน้อย 2 ครั้งในเวลาเช้าและเย็น ครั้งละ 20 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ จะทำให้ผู้ปวยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ในการที่จะป้องกันและควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในขณะที่อยู่ที่วัด เพราะการหายใจโดยการห่อปากจะช่วยเพิ่มแรงต้านในทางเดินหายใจในขณะที่หายใจออก ช่วยลดแรงดันในทรวงอก และยังทำให้การหายใจช้าลงและหายใจได้ลึกมากขึ้น จึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซซึ่งจะส่งผลให้มีอาการหายใจลำบากลดลง (National Emphysema Foundation, 2003) นอกจากนี้แล้วยังทำให้ผู้ปวยรู้สึกมีพลังอำนาจเพราะทำให้ผู้ปวยรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมและจัดการเกี่ยวกับการรักษาได้โดยไม่ต้องพึ่งยาหรือการช่วยเหลืออื่นๆ (Tiep, Bums, Kao, Madison and Herrera, 1986 cite in Truesdell, 2000: 180)

ผลจากโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ผู้ปวยจะมีความสามารถในการป้องกันและควบคุมอาการหายใจลำบาก และช่วยเตออาการหายใจลำบากขณะที่มีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สินีนาถ มีเจริญ (2541) ที่พบว่าเมื่อผู้ปวยถูกสอนให้ผ่อนคลายโดยการหายใจช้าๆ โดยการทำสมาธิซึ่งเป็นเทคนิคการผ่อนคลายวิธีหนึ่งร่วมกับอาการหายใจโดยการห่อปาก ซึ่งภายหลังการใช้เทคนิคดังกล่าววันละ 2 ครั้งในเวลา เช้าและเย็น โดยใช้เวลา ครั้งละ 20 นาทีเป็นเวลา 6 วัน ช่วยให้ผู้ปวยบรรเทาจากอาการหายใจลำบาก และสมองค์ วงศรี (2528) พบว่าเมื่อสอนการบริหารการหายใจและให้ผู้ปวยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 20 ราย นำไปปฏิบัติต่อที่บ้านโดยปฏิบัติวันละ 4 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที เป็นเวลา 8

สัปดาห์ พบว่าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันแต่อาการหายใจลำบาก และอาการไอลดลง และ Supaluck Parinayavutichai (2001) ได้ใช้การบำบัดทางการพยาบาลโดยการจัดทำ การสอนและการแสดงวิธีการบริหารการหายใจโดยการห่อปาก การใช้ยาพ่นขยาย หลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับไว้รักษา ในหน่วยรอกุอาการโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 8 ราย ผลพบว่าผู้ป่วยทุกคนรับรู้ด้วยตนเองถึงอาการหายใจลำบากที่ลดลง

อาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 อธิบายได้ว่า พระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ได้ผ่านกระบวนการประเมินประสบการณ์อาการหายใจลำบากจากพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก มีความพึงพอใจ และให้ความร่วมมือในการที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมายในการที่จะจัดการกับอาการหายใจลำบาก ทำให้มีการรับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากที่ถูกต้อง มีความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการป้องกันและควบคุมอาการหายใจลำบากที่ถูกต้อง และมีทักษะการหายใจโดยการห่อปาก และการใช้ยาพ่นขยาย หลอดลมที่ถูกต้องจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง และจากการสอบถามผู้ป่วยถึงสาเหตุที่คิดว่าทำให้มีอาการหายใจลำบากรุนแรงมากขึ้นมีผู้ป่วยถึง 4 รายที่ตอบว่าไม่รู้ว่าจะเกิดจากอะไร และคิดว่าอาจการเดินหรือทำงานมาก ที่เหลือบอกว่าอาจเกิดจากความโมโหเพราะสังเกตว่าเวลาหงุดหงิดแล้วรู้สึกหายใจลำบากมากขึ้น คิดว่าปอดไม่ดี เวลาเรียนหนังสือแล้วเครียดจะรู้สึกเหนื่อยขึ้นมาทันที จากโรคที่เป็น ผุ่น กลิ่นยากันยุง อากาศร้อนไปเย็นไป ฝนตก บุหรี่ ไอมาๆ ซึ่งจากข้อมูลที่ได้ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีประสบการณ์อาการหายใจลำบากแตกต่างกัน โดยมีการรับรู้และประเมินอาการหายใจลำบากแตกต่างกัน ทำให้มีการตอบสนองต่ออาการแตกต่างกันไป

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังรับรู้อาการหายใจลำบากไม่ถูกต้อง และไม่ทราบว่าอาการหายใจลำบากเกิดได้อย่างไร และมีส่วนหนึ่งที่พอจะทราบว่ามิปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลถึงอาการหายใจลำบาก โดยในกลุ่มที่มีการรับรู้อาการหายใจลำบากถูกต้องก็จะมีวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยส่วนใหญ่จะเรียนรู้วิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง โดยได้ทดลองปฏิบัติ และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับกิจวัตรประจำวันของพระสงฆ์ ซึ่งการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ การใช้ยา นอกจากนั้นยังตอบว่าพยายามพูดน้อยลง นั่งพัก ทำสมาธิ อยู่ในที่โล่งๆ สบายๆ อาบน้ำเอาน้ำราดตัวให้เย็น ใช้พัดลมเป่า หายใจเร็วๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้วิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองที่เหมาะสมเท่าที่ควร

ทำให้ความรุนแรงอาการหายใจลำบากไม่ลดลง หรือลดลงเพียงเล็กน้อย และยังคงมีอาการรุนแรงอยู่เรื่อยๆ

นอกจากนั้นจะเห็นได้ว่าอาการหายใจลำบากยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยกล่าวว่ารู้สึกโมโหตัวเองเวลาไปหิบบยาไม่ทัน รู้สึกว่าใจจะขาด ทุรนทุราย รู้สึกทรมานจิตใจ กลัว วิตกกังวล อยากรมณภาพ คิดว่าอายุคงไม่ยืน กลัวตาย หงุดหงิด กลัวอาการจะเป็นมากขึ้นจนไปพบแพทย์ไม่ทัน และคิดว่าตนเองจะควบคุมอาการหายใจลำบากไม่ได้ เพราะไม่รู้สาเหตุของการเกิดอาการหายใจลำบาก และคิดว่าเพราะมีอะไรไปอุดหลอดลมอยู่ และจากการซักถามผู้ป่วยเพิ่มเติมทำให้ทราบว่าผู้ป่วยต้องการทราบว่าโรคนี้จะหายหรือไม่ สาเหตุเกิดจากอะไร ทำอย่างไรจึงจะหาย ทำไมตนเองต้องเป็นโรคนี้ทั้งๆที่พี่น้องไม่มีใครเป็น และโรคนี้เกี่ยวกับหลอดลมหรือไม่

จากข้อมูลต่างๆ ข้างต้นอาจจะเป็นไปได้ว่าการให้การพยาบาลตามปกติอาจไม่ครอบคลุมการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ที่นอกจากมีความแตกต่างระหว่างบุคคลแล้วยังมีกิจวัตรที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป นอกจากนี้ สมพล วิมาลา (2540: 20) กล่าวว่าพระภิกษุสงฆ์เป็นผู้บำเพ็ญสมณะกิจอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม ทำให้สถาบันทางพระพุทธศาสนาเป็นที่เคารพของพุทธศาสนิกชนเป็นศูนย์กลางของสังคม พระสงฆ์ก็จะมีฐานะเป็นผู้นำทางด้านจิตใจและสังคมจึงต้องการได้รับความเคารพ ยอมรับและมองเห็นคุณค่า และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก็มีความแตกต่างกันจากปัจจัยต่างๆ ทั้งปัจจัยด้านบุคคล สังคม วัฒนธรรมจึงทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีประสบการณ์อาการหายใจลำบากที่แตกต่างกัน รวมทั้งไม่มีการฝึกทักษะการหายใจโดยการห่อปาก และผู้ป่วยไม่ได้รับการฝึกทบทวนทักษะในการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมซ้ำอีกถ้าทราบว่าผู้ป่วยเคยฝึกการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมมาแล้ว ซึ่งจากการศึกษาของ พงนิษฐ์ ชูลีลัง (2545) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังฝึกการหายใจโดยการห่อปากน้อยมากเพียงร้อยละ 7.7 จึงทำให้การจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ และจากการศึกษาของ โอภาส การย์กวินพงศ์ และ รุ่งทิพย์ คุปติธรรมมา (2543) พบว่าถ้ามีการให้ความรู้และการสาธิตการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้น แต่เมื่อทิ้งระยะเวลาไป (1ปี) โดยไม่มีการให้ความรู้และสาธิตการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกต้องลดน้อยลง จึงอาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมแม้จะเคยใช้ยาพ่นขยายหลอดลมมาแล้วแต่ถ้าไม่ได้มีการให้ความรู้ และสาธิตทบทวนอีกจะทำให้การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

นอกจากนั้นในกลุ่มควบคุมผู้ป่วยอาจยังไม่ทราบว่าการทำสมาธิมีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการหายใจลำบาก โดยสมาธิทำให้ความวิตกกังวลลดลงซึ่งจะส่งผลให้อาการหายใจลำบากน้อยลงตามมา แต่ไม่ได้นำมาใช้ในการควบคุมอาการหายใจลำบากเท่าที่ควร นอกจากนั้นยัง

พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะประสบกับภาวะเหนื่อยง่ายที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่ง
 กุศลตามศักดิ์ศรี และควรมีคุณค่าในตนเอง (Burckhardt, 1987 อ้างถึงใน นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์,
 2537: 16) จึงรู้สึกว่าคุณค่าและเกิดความรู้สึกหมกหมองใจและสิ้นหวัง (พจนีย์ ชูติลัง,
 2545) มีความรู้สึกว้าเหวในทุกอย่าง และไม่มีอะไรดีเลย (วราณี เพ็ชรสงฆ์, ซอลดา
 พันธุเสนา และ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2542: 28) นอกจากนี้ยังพบว่า การเจ็บป่วยทำให้
 ผู้ป่วยเกิดภาวะไร้พลังอำนาจที่จะควบคุมสถานการณ์ปัจจุบันได้ ผู้ป่วยจึงมักใช้พฤติกรรมก้าวร้าว
 เพื่อควบคุมสถานการณ์ และมักไม่ค่อยยินยอมให้ทำการรักษา (Lambert, 1981: 14) ซึ่งเป็นการ
 จัดการกับอาการหายใจลำบากที่ไม่เหมาะสม และไม่สามารถลดอาการหายใจลำบากและความ
 วิตกกังวลลงได้ ส่งผลให้อาการของโรครุนแรงยิ่งขึ้น

ดังนั้นการปฏิบัติพยาบาลที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการหายใจ
 ลำบากด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพยาบาล และ
 ผู้ป่วยแต่ละราย เพราะการรับรู้และการประเมินอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน
 เมื่อพระภิกษุสงฆ์ได้รับรู้และตระหนักว่าการทำสมาธิซึ่งปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้วจะสามารถลด
 ความวิตกกังวลซึ่งจะทำให้มีอาการหายใจลดลงตามมา ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจยิ่งขึ้นในการที่จะ
 จัดการกับอาการหายใจลำบาก และเมื่อผู้ป่วยได้มีการพัฒนาทักษะการหายใจโดยการห่อปากใน
 ขณะที่อยู่ที่วัดทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที ตลอดระยะเวลา 5 สัปดาห์ นอก
 จากนั้นยังมีการประเมินผลการปฏิบัติในการพบกับผู้วิจัยในครั้งที่ 2 ว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้องและ
 ครบถ้วนหรือไม่ พร้อมทั้งให้การเสริมแรงโดยกล่าวชมเชย และให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติ
 ได้ถูกต้อง สาธิตซ้ำถ้าผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย และ
 เสนอความคิดเห็นในการปฏิบัติ และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลเพื่อร่วมกันวางแผน
 กับผู้วิจัยในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเอง มีความรู้สึก
 คุณค่า และสามารถที่จะจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ด้วยตนเอง จึงส่งผลให้อาการ
 หายใจลำบากในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการ
 พยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sureepom Thanasil (2001) ที่พบว่าผู้ป่วยปอด
 อักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติดส คารินิไอ ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการซึ่งประกอบไปด้วย
 4 ขั้นตอน คือ การประเมินปัญหาและความต้องการ การเตรียมการจัดการกับอาการ การฝึก
 ทักษะในการจัดการกับอาการและ การประเมินผลการจัดการกับอาการ มีคะแนนของอาการภาย
 หลังเข้าโครงการต่ำกว่าก่อนเข้าโครงการ และมีคะแนนคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าโครงการสูงกว่า
 ก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ
 Supatra Buatee (2002) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจพิการโดยใช้กระบวนการเพิ่มนิสที่ประกอบ
 ไปด้วย 1 การปฏิบัติที่เกิดจากการรู้จริงโดยใช้การแลกเปลี่ยน การร่วมมือทั้งผู้ป่วย ญาติและ
 พยาบาลร่วมกันค้นหาอาการ สาเหตุของอาการ และการแก้ไขอาการ 2 การเพิ่มพลังใจ 3 การ

ระลึกรู้ 4 การตกลงร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการจัดการกับอาการหอบเหนื่อย 5 การเจริญงอกงามซึ่งเป็นทั้งการประเมินและการสร้างสรรค์วิธีการใหม่ๆขึ้น ผลพบว่าผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยลดลงจากสัปดาห์ที่ 2 คะแนนการปฏิบัติเพื่อลดอาการหอบเหนื่อยสูงขึ้น และมีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้กระบวนการเพมินิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีกลวิธีในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพและมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้เพิ่มขึ้น และส่งผลให้อาการหายใจลำบากลดลงได้ในที่สุด สรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง สามารถทำให้อาการหายใจลำบากในพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงกว่าการให้การพยาบาลตามปกติ นั่นคือการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้อาการหายใจลำบากน้อยลงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่าพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองมีอาการหายใจลำบากลดลง ดังนั้นโรงพยาบาลสงฆ์ และโรงพยาบาลต่างๆ ที่มีพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปรับการตรวจรักษา ควรนำโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบาก โดยสนับสนุนให้พยาบาลเห็นความสำคัญในประสบการณ์อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยและนำการจัดการกับอาการด้วยตนเองไปประยุกต์ใช้กับพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมีกิจวัตรประจำวันและข้อปฏิบัติที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป

2. พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปปฏิบัติในศูนย์สาธารณสุขชุมชนหรือโรงพยาบาลชุมชนที่ประสบปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการพูดคุยกับพระภิกษุเรื้อรังในเรื่องความสะดวกของการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดกล่าวว่าไม่มีปัญหาในเรื่องวันและเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย แต่ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดกล่าวว่าถ้าดำเนินการวิจัยในช่วงเข้าพรรษาคงไม่

สามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้เพราะมีกิจของสงฆ์ที่ต้องปฏิบัติที่วัด ดังนั้นการวิจัยในกลุ่มพระภิกษุอาจจะต้องคำนึงถึงเรื่องดังกล่าวด้วย

2. แม้การวิจัยพบว่าอาการหายใจลำบากในกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองมีอาการหายใจลำบากน้อยลง แต่จากการที่อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้นเรื้อรังไปตลอดชีวิต จึงต้องมีการปฏิบัติในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้จากแนวคิดการจัดการกับอาการซึ่งต้องการการวัดผลลัพธ์จากการจัดการที่มีความต่อเนื่อง ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไปอาจจะติดตามอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มนี้ในระยะยาวต่อไป