

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูง ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Factors Related to Self - Management Behaviors of Highlanders with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

พวงเพชร	ใจคำ *	Poungpech	Jaikum *
เดชา	ทำดี **	Decha	Tamdee **
สิวพร	อึ้งวัฒนา **	Sivaporn	Aungwattana **

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นเรื่องสำคัญในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้สามารถควบคุมอาการของโรคด้วยตนเอง การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 110 ราย ที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองและแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 0.95 0.91 และ 0.94 ตามลำดับ และมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 0.82 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 4.31 (S.D. = 0.40), โดยพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้าน ได้แก่ ด้านการรักษา ด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3.71 (S.D. = 0.70) 4.70 (S.D. = 0.40) และ 4.53 (S.D. = 0.46) ตามลำดับ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 0.82 (S.D. = 0.12) และรายด้าน ได้แก่ ด้านการรักษา ด้านอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 0.85 (S.D. = 0.15) และ 0.89 (S.D. = 0.15) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคและด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวันมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 0.65 (S.D. = 0.18) และ 0.67 (S.D. = 0.21) และค่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3.48 (S.D. = 0.38) โดยความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ($r = .292$ และ $.315$, $p < .01$) ตามลำดับ

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

* Registered Nurse, Maesuai Hospital, Chiang Rai province, pech0293@hotmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 8 มกราคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 8 ตุลาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 26 มีนาคม 2562

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการตนเอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ชาวไทยในพื้นที่สูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

Self-management behavior is of vital importance in persons with chronic obstructive pulmonary disease for controlling symptoms by themselves. The purpose of this descriptive research study was to examine factors related to the self-management behaviors of highlanders with chronic obstructive pulmonary disease. The sample consisted of 110 highlanders receiving care at the COPD clinic of Maesuai Hospital in Chiang Rai province. The subjects were selected based on the inclusion criteria. Research instruments were interviewed forms including a personal data form, a self-management behavior scale, a knowledge scale, and a social support scale. The content validity showed values of 0.95, 0.91, and 0.94 for each scale, respectively. The reliability of all questionnaires demonstrated values of 0.78, 0.82, and 0.96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results revealed that:

The average score for overall self-management behaviors was high at 4.31 (S.D. = 0.40), with sub-dimensions including medical self-management, role management, and emotional management behaviors also high at 3.71 (S.D. = 0.70), 4.70 (S.D. = 0.40), and 4.53 (S.D. = 0.46), respectively. The average score for overall knowledge on disease and self-management practices was at a high level, 0.82 (S.D. = 0.12), with sub-dimensions including medical self-management and emotional management also high at 0.85 (S.D. = 0.15) and 0.89 (S.D. = 0.15). The mean for the dimension of knowledge on disease and role were at a moderate level, 0.65 (S.D. = 0.18) and 0.67 (S.D. = 0.21), and the average social support scores were high at 3.48 (S.D. = 0.38). Knowledge on disease and self-management practices had a low positive correlation with self-management behaviors, while social support had a moderate positive correlation with self-management behaviors ($r = .292$ and $.315$, $p < .01$, respectively).

Keywords: *Self-management behaviors, Related factors, Highlanders, Chronic obstructive Pulmonary disease.*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ซึ่งมีการดำเนินโรคเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ จึงเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก โดยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 210 ล้านคนทั่วโลก (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2017)

จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโรคโลก ในปี ค.ศ. 2020 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากลำดับที่ 5 ของโลกมาเป็นอันดับที่ 3 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นประมาณปีละ 3 ล้านคน และคาดการณ์ว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 30 ในอีก 10 ปี ข้างหน้า (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2014)

สำหรับในประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1.5 ล้านคน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับที่ 5 จาก 10 อันดับแรกของประเทศ โดยพบการเสียชีวิตในอัตรา 41.2 ต่อประชากร 100,000 คน (National Health Security Office, 2017)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากการระคายเคืองเรื้อรังทำให้ปอดเกิดการอักเสบมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมและภายในเนื้อปอดทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดลม ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเกิดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในถุงลมปอด ส่งผลให้ปริมาณก๊าซออกซิเจนลดลง เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Bunsawat, 2005) ทำให้ต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้นผู้ป่วยจึงมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย จากพยาธิสภาพที่กล่าวมามีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพและความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น มีผลต่อการเสื่อมสมรรถภาพของปอด การแลกเปลี่ยนก๊าซขาดประสิทธิภาพ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ 1) การติดเชื้อเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ ผู้ป่วยที่มีไข้ มีน้ำมูก ไอ หรือมีเสมหะเปลี่ยนสีอาจเกิดจากเชื้อไวรัส 2) ภาวะหายใจเฉื่อย (Respiratory failure) 3) Spontaneous pneumothorax การมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งอันตรายที่พบได้มักขึ้นอยู่กับปริมาตรของลม และความรุนแรงของโรค ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะ hypoxemia 4) Giant bullar พบในผู้ป่วยที่มีการอักเสบของหลอดลมเรื้อรังและถุงลมโป่งพอง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลรอบข้างมากขึ้นเกิดความรู้สึกทางด้านคุณค่าในตัวเองลดลงมีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นและต่อครอบครัวลดลง (Barnett, 2011) ผลกระทบดังกล่าวเกิดจากที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ได้แก่ ขาดทักษะในเรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง การหายใจอย่าง

ไม่มีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายไม่ถูกต้อง การพักผ่อนไม่เพียงพอ ภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม มีการสัมผัสสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม เช่น หมอกควัน และการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนมากไม่ตระหนักว่าการสูบบุหรี่ทำให้อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเลวลง และผู้ป่วยบางรายคิดว่าแค่เลิกสูบบุหรี่ก็ทำให้สุขภาพของตนดีขึ้น (Pomyen, 1996) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรค ในการควบคุมอาการโรคนั้นผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม ซึ่งการจัดการตนเองนั้นเป็นการตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงและการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองที่จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอาการของโรคด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยจะมีการสังเกตและเฝ้าดูอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนไป รับรู้ด้วยตนเองเมื่อมีอาการว่าจะกระทำการสิ่งใดเพื่อลดผลกระทบจากอาการที่เกิดขึ้น และต้องมีการประเมินผลว่าการกระทำนั้นมีส่วนทำให้อาการของโรคลดลงหรือไม่ ดังนั้นพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสิ่งที่สำคัญในการช่วยควบคุมอาการของโรคได้

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเองและลดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม (Creer, 2000) ซึ่งจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) เป็นการเรียนรู้และการปฏิบัติที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ มีความสุข รวมถึงการรักษาภาวะอารมณ์ให้คงที่ในขณะที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องมีการจัดการตนเอง 3 ด้านเพื่อสามารถควบคุมอาการโรคได้แก่ ด้านการรักษา การใช้ยาที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคทั้งชนิด ปริมาณและความถี่ การออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ (Thoracic Society of Thailand, 2005) ด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน ผู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีอาการหายใจลำบากเรื้อรังเกิดขึ้น

ได้ทุกสถานที่และทุกเวลา โดยเฉพาะอาการจะรุนแรงมากยิ่งขึ้นเมื่ออยู่ในชุมชนที่แออัดและมีมลภาวะทางอากาศ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถออกนอกบ้านหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้นาน เพราะกลัวการเกิดอาการหายใจลำบากรุนแรงมากขึ้น รวมทั้งอาการไอมีเสมหะเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่มั่นใจในการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง กลัวผู้อื่นคิดว่าเป็นโรคติดต่อ (Wangsom, 2016) และนอกจากนี้เมื่อมีอาการหอบเหนื่อยส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและบุคคลอื่นลดลง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ตามบทบาททำให้ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทที่ดำรงในชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่ (Ries, 2006) ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรมีการจัดการตนเองด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ การจัดการด้านบทบาทของตนให้การคงไว้หรือการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและอยู่ร่วมกับบุคคลรอบข้างได้อย่างมีความสุข และด้านอารมณ์ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 82 จะมีความรู้สึกเครียด กลัว วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Elkington, Patrick, Addington-Hall, Higgs, & Edmonds, 2005) เมื่อรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการเวลาที่หายใจลำบากและผลจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงต้องมีการจัดการตนเองด้านอารมณ์ที่เหมาะสมเพื่อให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ผ่อนคลายจะส่งผลให้การใช้ออกซิเจนและการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ลดลงสามารถลดอาการหายใจลำบาก ซึ่งการจัดการด้านอารมณ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีหลายวิธี สามารถปฏิบัติได้ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่มเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมสังคมด้วย ได้แก่ การทำสมาธิ การฟังเพลง การนวด เป็นต้น (Wangsom, 2016)

พฤติกรรมจัดการตนเองจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะประสบความสำเร็จหรือไม่ประสบความสำเร็จมีหลายปัจจัยทั้งปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยระหว่างบุคคล (Creer, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาทั้งปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัย

ระหว่างบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเอง ดังการศึกษาของ Luangpitak (2015) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการจัดการตนเอง แต่ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนวยการจัดการตนเองมี 2 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองร่วมกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สำหรับความรู้การจัดการตนเองนั้นมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจนเกิดเป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถควบคุมอาการของโรค ซึ่งความรู้เกิดจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ การสร้างเสริมความรู้ และทักษะจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังการศึกษาของ Boonsung (2012) เป็นการให้โปรแกรมความรู้เพื่อการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีการให้ความรู้ การฝึกทักษะการจัดการตนเอง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หลังได้รับโปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยมีจำนวนครั้งที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบลดลง นอกจากนั้นมีการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้กับพฤติกรรมจัดการตนเองในโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น Klinklom (2014) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองลดลงจึงมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ดังการศึกษาของ Artpadungkul (2008) ศึกษาความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขณะมีอาการหายใจลำบากในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขณะมีอาการหายใจลำบากต้องการการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ถึงความสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อ

ให้เกิดความรัก ความผูกพัน ทำให้บุคคลนั้นได้รับการช่วยเหลือต่างๆ (House, 1981) จากการทบทวนวรรณกรรมการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเอง ดังนี้ การศึกษาของ Ard-khitkarn (2012) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และ Aramsin (2018) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

อำเภอแม่สรวยพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาและป่าไม้มีที่ราบระหว่างภูเขาอยู่สูงกว่าระดับน้ำทะเลเฉลี่ยประมาณ 437 เมตร ซึ่งอยู่ห่างจากตัวจังหวัดเชียงรายไปทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ประมาณ 50 กิโลเมตร มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลแม่สรวยมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีจากการศึกษานำร่อง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 1 ใน 10 อันดับ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สรวย ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นปี พ.ศ. 2556 - 2559 ดังนี้ 131 135 118 และ 152 ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นชาวไทยในพื้นที่สูงนั้นมีปัจจัยเสี่ยงและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยที่ส่งผลเกิดอาการกำเริบของโรค เช่น ยังมีการสูบบุหรี่ การประกอบอาชีพเกษตรกรรม การทำงานกลางแจ้ง มีการสัมผัสฝุ่นละอองและควันไฟจากกิจกรรมการดำรงชีวิต และบางรายไม่มาตรวจตามที่แพทย์นัด เป็นต้น และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองที่ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรค ดังนั้นบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้การวางแผนการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ในการควบคุมอาการของโรคได้อย่างต่อเนื่องและระยะยาว ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างไร
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษา ในการควบคุมอาการของโรคเพื่อลดการเกิดอาการกำเริบ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงต้องมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม ซึ่งการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) ซึ่งประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการด้านการรักษา ได้แก่ การใช้ยาที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคทั้งชนิดปริมาณและความถี่ การออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ 2) การจัดการเกี่ยวกับบทบาทที่ดำรงชีวิต ได้แก่ ความสามารถในการบทบาทของตนเอง และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมจัดการตนเองต้องมี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ประสบความสำเร็จ การศึกษาในครั้งนี้จึงได้เลือกศึกษาปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง เนื่องจากปัจจัยด้านความรู้นั้นทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จนเกิดเป็นพฤติกรรมการจัดการตนเองที่สามารถควบคุมอาการของโรค และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน ทำให้ผู้ป่วยนั้นได้รับการช่วยเหลือและเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรธอร์นไดค์ (Thorndike, 1978) $n = 10k + 50$ ซึ่ง n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และ k คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ ชนเผ่า ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการรักษา บุคคลหลักในครอบครัว ที่ให้การดูแล ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่วินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และ

โรคประจำตัว

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการรักษา ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน และด้านการจัดการกับอาการลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ 5 = ปฏิบัติประจำ 4 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 = ปฏิบัติปานกลาง 2 = ปฏิบัติบางครั้ง 1 = ไม่ปฏิบัติเลย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ .95 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

3. แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ความหมายสาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา อาการ ระดับความรุนแรงของโรคภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบ วิธีการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย ข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะคำตอบ มี 2 ตัวเลือก คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ .91 คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรครูดส์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson 20) ได้เท่ากับ .82

4. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ 4 = เห็นด้วยมาก 3 = เห็นด้วยปานกลาง 2 = เห็นด้วยน้อย 1 = ไม่เห็นด้วย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ .94 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยชี้แจงขั้นตอน และขอความยินยอมในการรวบรวมข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการให้ข้อมูลในระหว่างการดำเนินการได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว ให้เซ็นเอกสารแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบสัมภาษณ์คือ แบบข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมโดยอ่านข้อความแบบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อใช้เวลาประมาณ 20-25 นาที ต่อ 1 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คະแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า เป็นเพศหญิงจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 50.90 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 42.70 ค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 63.94 ปี (S.D. = 9.71) ส่วนใหญ่มีเชื้อชาติไทย จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 93.60 โดยเป็นชนเผ่าอาข่าจำนวน 66 คิดเป็นร้อยละ 60.00

นับถือศาสนาคริสต์ จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 60.90 มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 63.60 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาจำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 97.30 ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 75.50 ใช้สิทธิการรักษาใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 45.50 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่พอเพียงไม่มีเหลือเก็บ จำนวน 85 คนคิดเป็นร้อยละ 77.30 ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.00 บุคคลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 76.40 ส่วนข้อมูลด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีประวัติเคยสูบบุหรี่จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 63.60 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10-20 ปี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 41.80 ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 19.17 ปี (S.D. = 6.22) จำนวนบุหรี่ที่สูบส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 46.30 ส่วนใหญ่เลิกสูบบุหรี่แล้วจำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 52.70 ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ 1-5 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 24.50 ชนิดของบุหรี่ที่สูบส่วนใหญ่เป็นยาเส้น (มวนเล็ก) จำนวน 60 คน คิดเป็น ร้อยละ 54.50 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นระยะเวลา 1-5 ปี จำนวน 65 คน คิดเป็น ร้อยละ 59.10 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่ได้รับยาพ่นขยายหลอดลมและยารับประทาน จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 92.80 และโรคประจำตัวหรือโรคร่วมส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ส่วนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 4.31 (S.D. = 0.40) โดยพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้าน ได้แก่ ด้านการรักษา ด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3.71 (S.D. = 0.70) 4.70 (S.D. = 0.40) และ 4.53 (S.D. = 0.46) ตามลำดับ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 0.82 (S.D. = 0.12) และรายด้าน ได้แก่ ด้านการรักษา

ด้านอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 0.85 (S.D. = 0.15) และ 0.89 (S.D. = 0.15) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคและด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวันมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 0.65 (S.D. = 0.18) และ 0.67 (S.D. = 0.21) และค่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3.48 (S.D. = 0.38) (ตารางที่

1) และความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ ($r = .292, p = .002$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ($r = .315, p = .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมและรายด้านระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองโดยรวมและรายด้าน และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับคะแนน
พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม	4.31	0.40	สูง
พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรักษา	3.71	0.70	สูง
พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน	4.70	0.40	สูง
พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอารมณ์	4.53	0.46	สูง
ความรู้โดยรวม	0.82	0.12	สูง
ความรู้เกี่ยวกับโรค	0.65	0.18	ปานกลาง
ด้านการรักษา	0.85	0.15	สูง
ด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน	0.67	0.21	ปานกลาง
ด้านอารมณ์	0.89	0.15	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	3.48	0.38	สูง

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และค่าระดับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยพฤติกรรมการจัดการตนเอง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง	.292**	.002	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม	.315**	.001	ปานกลาง

การอภิปรายผล

พฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม 4.31 (S.D. = 0.40) และรายด้านระดับสูง

แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลที่ดีต่อสุขภาพ สามารถจัดการตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เพื่อควบคุมอาการของโรค ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ร้อยละ 59.10 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1-5 ปี ร่วมกับการได้รับการรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพของคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่สรวยที่ได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค ดังการศึกษาของ Thanawong (2016) ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการใช้บริการสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย แผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และแบบบันทึกการกำกับติดตามประจำวันด้วยตนเอง พบว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีการใช้บริการสุขภาพน้อยกว่าก่อน การทดลองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นชาวไทยในพื้นที่สูงมีความเชื่อด้านพฤติกรรมดูแลรักษาสุขภาพของแต่ละคนเฝ้าที่แตกต่างกัน แม้จะมีความเชื่อทางไสยศาสตร์ที่ช่วยรักษาในการเจ็บป่วยของตนเอง แต่ถ้าเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งเหนือธรรมชาติก็ยิ่งรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนพฤติกรรมจัดการตนเองรายด้าน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ ด้านการรักษา 3.71 (S.D. = 0.70) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน 4.70 (S.D. = 0.40) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่ตนเองดำรงอยู่ จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 75.50 ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเวลามีอาการกำเริบจะทำให้หอบเหนื่อย มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมลดลง และด้านอารมณ์ 4.53 (S.D. = 0.46) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สถานภาพคู่และมีบุคคลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลที่เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดที่คอยดูแลช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และเป็นที่ยปรึกษาให้กับ

กลุ่มตัวอย่างที่สามารถช่วยลดอาการ กลั้ว ซึมเศร้า วิดกกังวล เครียด และปัญหาการแยกตัวออกจากสังคม จากอาการหายใจลำบากเรื้อรัง

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับต่ำ ($r = .292, p = .002$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับปานกลาง ($r = .315, p = .001$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง 0.82 (S.D. = 0.12) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการตนเอง ซึ่งความรู้เป็นสิ่งที่สั่งสมจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ การสร้างเสริมความรู้และทักษะจากบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากโรงพยาบาลแม่สรวยมีการจัดระบบบริการเป็นคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (one stop service) เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเภสัชกรให้ความรู้เรื่องยาและการประเมินการใช้ยาพ่น นกกายภาพบำบัดตรวจประเมินสมรรถภาพปอดและสอนการหายใจอย่างถูกวิธี นักโภชนาการให้ความรู้เรื่องอาหาร และพยาบาลจิตเวชในการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยมีการประเมินผลทุก 3 เดือนจากในคู่มือโรคของผู้ป่วย (Chronic Obstructive Pulmonary Disease Clinic of Maesuai Hospital, 2017)

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Boonsung (2012) เป็นการให้โปรแกรมความรู้เพื่อการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การรักษา การใช้ยา เทคนิคการใช้ยาพ่น การดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการหอบเหนื่อย การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ภาวะโภชนาการ การพักผ่อนและการผ่อนคลาย โดยมีการทบทวนความรู้

กระตุ้นการฝึกทักษะต่างๆ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นระยะเวลา 1 ปี หลังได้รับโปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยมีจำนวนครั้งที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบลดลงร้อยละ 32.73 และคะแนนด้านความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิม จาก 9.00 เป็น 14.50 คะแนน ($p < .001$) จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรู้จะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอันจะนำไปสู่การจัดการตนเองที่ดี แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างเป็นชาวไทยในพื้นที่สูงมีข้อจำกัด ในการเรื่องการติดต่อสื่อสาร ซึ่งชาวไทยในพื้นที่สูงมีหลากหลายชนเผ่าแต่ละชนเผ่ามีการใช้ภาษาถิ่นเป็นภาษาหลัก จึงส่งผลมีข้อบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร การรับรู้ และความเข้าใจระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และด้านบริบทของชาวไทยในพื้นที่สูง เนื่องจากแบบแผนการดำเนินชีวิตมีวิถีชีวิตสัมพันธ์กับธรรมชาติ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และยังมีการใช้วัสดุจากธรรมชาติเป็นหลักใช้เป็นเชื้อเพลิงในกิจกรรมการดำรงชีวิต การสูดดมควันไฟ และฝุ่นละออง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มตัวอย่างได้รับการยอมรับ การเอาใจใส่และได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรสคู่ และมีบุคคลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรร้อยละ 84 ซึ่งคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Artpadungkul (2008) ศึกษาความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขณะมีอาการหายใจลำบากในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบาก ต้องการการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก และกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่บ้าน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงเป็นการดูแลแบบระยะยาวจากคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลแม่สรวย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองในชาวไทยพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมโดยการใช้ภาษาถิ่นในแต่ละชนเผ่า

2. ด้านการศึกษา เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียน การสอน สำหรับนักศึกษา และบุคลากรทางการแพทย์ ในเรื่องพฤติกรรมจัดการตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของชาวไทยพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการจัดโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการสนับสนุนทางสังคมเป็นภาษาประจำถิ่นของแต่ละชนเผ่า เพื่อให้ชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเข้าใจด้านภาษาได้ง่ายขึ้นและมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค

2. ควรมีการพัฒนาารูปแบบการให้ความรู้การจัดการตนเองในชาวไทยพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันและความเชื่อของแต่ละชนเผ่า

3. ควรมีการพัฒนาคู่มือโรคการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองเป็นภาษาถิ่นของแต่ละชนเผ่า

เอกสารอ้างอิง

- Aramsin, R. (2018). Self-management behaviors among patients with hypertension in Mueang district, Chanthaburi Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 29(1), 68-76. (In Thai)
- Ardkhithkarn, S. (2012). *Self-Management behaviors and predicting factors in elders with end stage renal disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis* (Master's thesis), Chiangmai University. (In Thai)
- Artpadungkul, D. (2008). *Needs of social support among patients with chronic obstructive pulmonary disease during dyspnea in Pua Crown Prince Hospital, Nan province* (Master's thesis), Chiangmai University. (In Thai)
- Barnett, M. (2011). COPD: Implementing NICE guidance. *Journal of Community Nursing*, 25(2), 4-14.
- Boonsung, P. (2012). *Effectiveness of self-management educational program for chronic obstructive pulmonary disease patients at Rongkwang Hospital, Phrae Province* (Master's thesis), Chiangmai University. (In Thai)
- Bunsawat, W. (2005). *Guidelines for the treatment of chronic obstructive pulmonary disease patients*. Khonkaen: Department of Medicine, Faculty of Medicine Khonkaen University. (In Thai)
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease Clinic of Maesuai Hospital. (2017). *Annual Report 2012-2017*. Chiangrai: Mae Suai Hospital. (In Thai)
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & Zeidner, M. (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 601-629). California: Academic.
- Elkington, H., Patrick, W., Addington-Hall, J., Higgs, R., & Edmonds, P. (2005). The healthcare needs of chronic obstructive pulmonary disease patients in the last year of life. *Palliative Medicine*, 19(6), 485-491.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2014). *Pocket guide to global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Retrieved from <http://www.goldcopd.org>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2017). *Pocket guide to global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Retrieved from <http://www.goldcopd.org>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Klinklom, S. (2014). *Self-management behaviors and related factors among older persons with benign prostatic hyperplasia* (Master's thesis), Chiangmai University. (In Thai)
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Luangpitak, S. (2015). *Factors influencing self-management among patients with heart Failure* (Master's thesis), Burapha University. (In Thai)

- National Health Security Office. (2017). *Health statistics*. Retrieved from <http://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=Njgy> (In Thai)
- Pomyen, S. (1996). *Effect of dyspnea management promotion program on quality of life among persons with chronic obstructive pulmonary disease* (Master's thesis), Chiangmai University. (In Thai)
- Ries, A. L. (2006). Impact of self-management chronic obstructive pulmonary disease on quality of life: The role of dyspnea. *The American Journal of Medicine*, 119(10), 12-20.
- Thanawong, L. (2016). Effects of a Self-management promotion in pulmonary rehabilitation on functional capacity and health care utilization among persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Journal*, 43(2), 45-55. (In Thai)
- Thoracic Society of Thailand. (2005). *Guidelines for diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease in the country*. Bangkok: The Medical Association of Thai. (In Thai)
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlational procedure for research*. New York: Gardner Press.
- Wangsom, A. (2016). Dyspnea management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thai journal of Cardio-thoracic Nursing*, 27(1), 2-10. (In Thai)