ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขนิษฐา หมอยาดี*
นิโรบล กนกสุนทรรัตน์**
อรสา พันธ์ภักดี***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยาย ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ภายใต้กรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยของลีเวนทาลและคณะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรัง จำนวน 55 ราย ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก 2) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยอย่างย่อ 3) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ สิ่งสนับสนุน และอุปสรรคของพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดรับรู้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นวิธีการรักษาที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างเพียงพอ และการได้รับกำลังใจและการเอาใจใส่จากทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสนับสนุนให้ปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และความเข้าใจโรคของตนเอง (COPD) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34, p < .05$; $r = .34, p < .05$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะให้ทีมสุขภาพส่งเสริมพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พยาบาลควรให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคและเพิ่มความสามารถของผู้เป็นโรคในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การรับรู้ความเจ็บป่วย, พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

---

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล
** Corresponding Author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล
*** รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

Relationships between illness perception and pulmonary rehabilitation behaviors in persons with chronic obstructive pulmonary disease

Khanittha Mhoryadee*
Nirobol Kanogsunthornrat**
Orasa Panpakdee***

Abstract

This descriptive study aimed to examine the relationship between illness perception and pulmonary rehabilitation behaviors in persons with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The sample consisted of 55 patients who were diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease and sought treatment of the Respiratory Clinic at the Outpatient Department, a tertiary hospital in Bangkok. The data were collected using 4 questionnaires: 1) Personal Information, 2) Brief Illness Perception, 3) Perceived Benefits, Support, Barriers about Pulmonary Rehabilitation Behaviors, and 4) Pulmonary Rehabilitation Behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

Results revealed that most of the participants perceived that pulmonary rehabilitation was a part of medical treatment and was benefit for their health. The information and emotional support from health care providers promoted them to practice pulmonary rehabilitation. The correlational analysis showed that participants' belief about their illness control ability with pulmonary rehabilitation, and the understanding about their illness (COPD) were significantly correlated with the pulmonary rehabilitation behaviors ($r = .34$, $p < .05$; $r = .34$, $p < .05$, respectively).

This study suggested that healthcare team should promote interventions to increase patient pulmonary rehabilitation capability. In addition, nurses should provide information about illness to enhance pulmonary rehabilitation behaviors in persons with COPD constantly.

Keywords : illness perception, pulmonary rehabilitation behaviors, chronic obstructive pulmonary disease

---

* Master Student, Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

** Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

*** Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกและรวมถึงประเทศไทย องค์การอนามัยโลกคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 โรคนี้จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของโลก[1] ส่วนในประเทศไทยผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 5 ของประเทศ คิดเป็นจำนวน 33.5 รายต่อ 100,000 ประชากร[2] การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นการผสมผสานองค์ประกอบการจัดการตนเองของผู้ป่วยทั้งในส่วนของกระบวนการคิด การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นการใช้วิธีการบำบัดอย่างสมบูรณ์แบบด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์โดยสหวิชาชีพ (evidence-based, multidisciplinary and comprehensive intervention) มุ่งเน้นการลดอาการ เพิ่มความสามารถในการทำงานของร่างกายให้ได้ระดับสูงสุดเท่าที่จะทำได้ ชะลอการดำเนินของโรค เพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเอง ช่วยลดความวิตกกังวล ซึมเศร้า ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต[3]

แม้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดถูกจัดเป็นหนึ่งในแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีผลลัพธ์ดีทั้งในประเทศไทย[4,5] และต่างประเทศ[6,7] แต่พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และร้อยละ 23-31 ไม่ปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างสม่ำเสมอ[8,9] เช่นเดียวกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในประเทศไทยที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ มีผลทำให้ควบคุมอาการไม่ได้ หรืออาการของโรครุนแรงขึ้น

แนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองที่พัฒนาโดยลีเวนทาลและคณะอธิบายไว้ว่า เมื่อบุคคลมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบาย จะทำให้เกิดการครุ่นคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองผ่านกระบวนการคิดและใช้ประสบการณ์ในอดีตทั้งจากสิ่งแวดล้อมและบริบทรอบตัว และมีการแสดงออกมาเป็นการรับรู้ความเจ็บป่วยทางความนึกคิดและทางอารมณ์ แนวคิดนี้ได้ถูกนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองทั้งเรื่องของการรับประทานยา การฟื้นฟูสภาพ และการตัดสินใจมารับการรักษา[10] พยาบาลวิชาชีพมีบทบาททั้งในด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การดูแล และการฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติพฤติกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างสม่ำเสมอ จึงมีความจำเป็นต้องเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคนี้ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การสนับสนุนอย่างถูกวิธี

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และการรับรู้อาการจากความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (physical HRQoL) (r= -.57 และ r=.66 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15] และผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าโรคที่เป็นสามารถควบคุมได้ด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical functioning)มาก (r= .26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[16] สะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมถึงศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การรับรู้สิ่งสนับสนุนและการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เพื่อให้เข้าใจสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและเป็นแนวทางพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้นต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองที่พัฒนาโดยลีเวนทาลและคณะ[10] ซึ่งเป็นแนวคิดการควบคุมตนเองเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ที่คุกคามภาวะสุขภาพ โดยมีความเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยจะกระตุ้นบุคคลให้เกิดกระบวนการรับรู้ทางความนึกคิดและทางอารมณ์คู่ขนานกัน โดยบุคคลจะสร้างภาพความเจ็บป่วย แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยตามภาพที่นึกคิดแล้วประเมินผลลัพธ์ของวิธีการตอบสนองที่ใช้ซึ่งจะย้อนกลับให้เกิดการสร้างภาพความเจ็บป่วยใหม่และการตอบสนองด้วยวิธีใหม่ ลีเวนทาลและคณะ[10] ได้นำเสนอแนวคิดการรับรู้ทางความนึกคิดและทางอารมณ์ความเจ็บป่วย 8 ด้านที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นวิธีหนึ่งของการจัดการตนเองของผู้ป่วยว่าจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือตามแผนการรักษา ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า การรับรู้ผลกระทบจากโรค การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา เป็นสิ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด[15,16] แนวคิดการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยนี้ถูกนำไปใช้ทำความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างกว้างขวาง การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้เกิดความเข้าใจความคิดที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความนึกคิดไม่ถูกต้องอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายในประชากรที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558

กำหนดขนาดตัวอย่าง คำนวณตามจำนวนตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้เกณฑ์ 10 คนต่อ 1 แปร[11] ตามจำนวนตัวแปรการรับรู้ความเจ็บป่วย 8 ตัวแปร ซึ่งต้องมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 80 ราย

มีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ มีทักษะในการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่มีอาการกำเริบจากการเจ็บป่วย ผ่านการประเมินการรับรู้ตามแบบประเมินของไฟเฟอร์สำหรับผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี และสุดท้ายคือมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย สรุปได้กลุ่มตัวอย่างเพียงจำนวน 55 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วย และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วย ใช้แบบประเมินการรับรู้ฉบับย่อ (A Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ) ของไฟเฟอร์[12] คัดกรองผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี ผู้ที่ได้ 8 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 10 แสดงว่ามีการรับรู้ปกติ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ฉบับ ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว ภูมิลำเนาที่อาศัยอยู่จริง บุคคลที่พามารับการรักษาที่โรงพยาบาล การเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิธีการรักษาที่ได้รับ และระดับความรุนแรงของโรคที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน ซึ่งเป็นค่า

percent FEV1 คำนวณจากค่าปริมาตรของลมที่เป่าออกอย่างเร็วและแรงเต็มที่ในวินาทีแรกของการหายใจออก (force expiratory volume in one second: FEV1) หารด้วยค่าปริมาตรของลมที่เป่าออกทั้งหมดอย่างเร็วและแรงเต็มที่ของการหายใจออก (Force Vital Capacity: FVC) และคูณด้วย 100

2) แบบสอบการรับรู้ความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างย่อ สร้างโดยบรอดเบนท์ เพทรี่ เมน และเวนแมน[13] แปลเป็นภาษาไทยโดย Sowattanangoon[14] แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ คำถาม 8 ข้อแรก สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้านต่างๆ[8] ด้านคือ 1) อาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย (identity) 2) ช่วงเวลานานของการป่วยเป็นโรค (timeline) 3) ผลกระทบจากโรค (consequence) 4) ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง(personal control) 5)ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยการรักษา (treatment control) 6) ความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย(concern about illness) 7)การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional respond) และ 8) ความเข้าใจต่อโรค (understanding) แต่ละด้านให้ระบุตัวเลขระหว่าง 0-10 คะแนน 0 หมายถึง รับรู้ว่าไม่มี คะแนน 10 หมายถึง รับรู้ว่ามีมากที่สุด แต่ละด้านมีคำถามปลายเปิดเพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สำหรับข้อ 9 เป็นคำถามปลายเปิดสอบถามการรับรู้สาเหตุที่ทำให้เจ็บป่วย (cause) การศึกษาครั้งนี้เพิ่มคำถามปลายเปิด ด้านที่ 1-7 เพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ในแต่ละด้านมีการแบ่งช่วงคะแนนของระดับการรับรู้ดังนี้ คะแนน 0-3.33 คะแนน มีระดับการรับรู้น้อย คะแนน 3.34-6.66 คะแนน มีระดับการรับรู้ปานกลาง คะแนน 6.67-10 คะแนน มีระดับการรับรู้มาก เครื่องมือต้นฉบับเดิมมีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) .71 นำไปทดลองใช้ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น .75

3) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ สิ่งสนับสนุน และอุปสรรคของพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ คือ ด้านการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด 5 ข้อ ด้านการรับรู้สิ่งสนับสนุนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด 4 ข้อ และด้านการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด 9 ข้อ ทุกข้อให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ คำตอบที่ได้นำมาคิดเป็นร้อยละของผู้ที่ตอบว่าใช่ในแต่ละข้อคำถาม ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI .80 นำไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 20 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .78

4) แบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สร้างขึ้นจากกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาลแห่งนี้ให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมี 6 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมให้เลือกตอบความสม่ำเสมอของการปฏิบัติตั้งแต่ ไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) จนถึงปฏิบัติสม่ำเสมอ (4 คะแนน) ได้รับการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกับแบบสอบถามฉบับที่ 3 ได้ค่า CVI .75 และนำไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น .71

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล (ID 12-57-39) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล (รหัส 58026) ได้รับการยินยอมจากผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ลงนาม

ยินยอมแล้วสามารถยุติการเข้าร่วมการศึกษาโดยไม่มีผลใดๆต่อการรักษา ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อผู้เข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับใบรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อหัวหน้าพยาบาลห้องตรวจคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ และขอความร่วมมือในการนำผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะได้รับการประกาศชื่อเพื่อเข้ารับการตรวจรักษา และขอพบเพื่อเก็บข้อมูลหลังจากตรวจเสร็จแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มจากผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมขอให้กลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 60 ปี ทำแบบประเมินการรับรู้ฉบับย่อ ชี้แจงผู้ที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์คัดเข้าเพื่อขอให้เข้าร่วมวิจัย พร้อมขอให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent) จากนั้นจึงแจกแบบสอบถามให้ผู้ร่วมวิจัยอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีที่ผู้ร่วมวิจัยไม่สะดวกอ่านแบบสอบถามเองและต้องการให้ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้ฟัง ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามแต่ละข้อ แล้วผู้เข้าร่วมวิจัยตอบคำถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติบรรยาย และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็น Normal distribution

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก

กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพและปริมณฑล มีอายุระหว่าง 38-82 ปีเฉลี่ย 63.6 ปี (S.D.= 9.4) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 61.8) เพศชาย (ร้อยละ 85.5) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.2) มีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 45.5) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.3) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน (ร้อยละ 70.9) มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉลี่ย 8.4 ปี (S.D.= 5.9) มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับรุนแรงมาก (ร้อยละ 47.3) เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยรถรับจ้าง (ร้อยละ 65.5) และมีสมาชิกในครอบครัวพามารับการรักษาที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 69.1) ใช้สิทธิ์การรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 50.9) กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาทางยามากกว่า 1 วิธี โดยทุกรายได้รับยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่น ร้อยละ 52.7 ได้รับยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่น และร้อยละ 25.4 ได้รับยา Beta2- agonists ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (ร้อยละ 92.7) และได้รับการฉีดวัคซีน (ร้อยละ 85.5)

การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 8 ด้าน โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงสุดด้านช่วงเวลาของการเป็นโรค และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้น้อยที่สุดในด้านการควบคุมโรคด้วยตนเอง (ตารางที่ 1) จากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า ส่วนใหญ่รับรู้ว่าโรคนี้มีอาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ไอมีเสมหะ อ่อนเพลีย และเวียนศีรษะ อาการของโรคจะมีอยู่ตลอดไป ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงและออกไปนอกบ้านน้อยลง ต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้นและขาดรายได้ และทำงานได้

น้อยลง เกิดผลกระทบด้านอารมณ์กลัวว่าจะมีอาการกำเริบรุนแรง รับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมโรคได้ด้วยการพ่นยาขยายหลอดลมเมื่อมีอาการเหนื่อย ส่วนใหญ่ระบุว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดช่วยให้เหนื่อยน้อยลง แต่ร้อยละ 25 บอกว่าไม่เกิดประโยชน์

ตารางที่ 1 การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=55)

การรับรู้ความเจ็บป่วย	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ตอบจริง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อาการที่เกี่ยวข้อง	0-10	5-9	6.53	1.13
ช่วงเวลานานของการป่วยเป็นโรค	0-10	2-10	6.73	1.63
ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรค	0-10	3-9	6.64	1.22
ความกังวลเกี่ยวกับโรค	0-10	4-8	6.24	0.94
การตอบสนองทางอารมณ์	0-10	5-8	6.36	0.85
ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง	0-10	2-8	5.36	1.27
ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยการรักษา	0-10	2-8	5.53	1.09
ความเข้าใจต่อโรค	0-10	5-7	6.13	0.77

ด้านสาเหตุที่ตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.7) เข้าใจว่าเกิดจากการสูบบุหรี่ รองลงมา ร้อยละ 32.7 และร้อยละ 29.1 เข้าใจว่าการได้รับฝุ่นละออง/ควันรถยนต์/มลพิษในอากาศ และการได้รับควันบุหรี่จากการสูบบุหรี่ของบุคคลอื่นเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การรับรู้สาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ป่วย (n=55)

การรับรู้สาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่	40	72.7
การได้รับฝุ่นละออง/ควันรถยนต์/มลพิษในอากาศ	18	32.7
การได้รับควันบุหรี่จากบุคคลอื่นที่สูบบุหรี่	16	29.1
กรรมพันธุ์	9	16.3
ผงหมึกในที่ทำงาน	1	1.8

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า1ข้อ

การรับรู้ประโยชน์ สิ่งสนับสนุน และอุปสรรคของพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองมีร้อยละ 75 โดยร้อยละ 38.2 คิดว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นการรักษาโรคอย่างหนึ่ง ร้อยละ 25.4 คิดว่าทำให้อาการความเจ็บป่วยไม่เลวลง มีเพียงร้อยละ 18.2, 12.7 และ 10.9 ตามลำดับ ที่คิดว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดช่วยควบคุมอาการ ช่วยให้สุขภาพดีขึ้น และช่วยให้ทำงานได้ตามปกติ

ด้านการรับรู้สิ่งสนับสนุนเกี่ยวกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่า การได้รับกำลังใจและการเอาใจใส่จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น (ร้อยละ 85.4) การช่วยเหลือกรณีมีเหตุฉุกเฉินระหว่างปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (ร้อยละ 85.4) การได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างเพียงพอและเหมาะสม (ร้อยละ 80) และการมีสถานที่และอุปกรณ์สำหรับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่มีความเหมาะสม (ร้อยละ 78.1) มีส่วนสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคที่ทำให้ไม่มาร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่โรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการไม่ได้รับรู้ข้อมูลและการเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอ (ร้อยละ 89.1) การเดินทางที่ลำบากและใช้เวลานาน (ร้อยละ 83.6) ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่นให้พามาโรงพยาบาล (ร้อยละ 67.3) และการมาโรงพยาบาลทำให้มีภาระค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 38.2)

สำหรับอุปสรรคของพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน คือ ไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (ร้อยละ 38.2) การปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านสัปดาห์ละ 3-5 วัน เป็นภาระและกระทบกับงานที่ทำอยู่ (ร้อยละ 34.5) การปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านทำให้ชีวิตตนเองยุ่งยาก (ร้อยละ 16.4) ความกังวลว่าตนเองจะพึ่งพาการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมากเกินไป (ร้อยละ 10.9) และการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านสร้างความกังวลใจให้กับตนเอง (ร้อยละ 7.3) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ประโยชน์ สิ่งสนับสนุน และอุปสรรคของพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดตามการรับรู้ของผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=55)

การรับรู้	เห็นด้วย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด		
เป็นการรักษาโรคอย่างหนึ่ง	21	38.2
ทำให้อาการความเจ็บป่วยไม่เลวลง	14	25.4
ช่วยควบคุมอาการ	10	18.2
ช่วยให้สุขภาพดีขึ้น	7	12.7
ช่วยให้ทำงานได้ตามปกติ	6	10.9
สิ่งสนับสนุนเกี่ยวกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด		
การได้รับกำลังใจและการเอาใจใส่จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น	47	85.4
การช่วยเหลือกรณีมีเหตุฉุกเฉินระหว่างปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	47	85.4
การได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	44	80.0
การมีสถานที่และอุปกรณ์สำหรับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่มีความเหมาะสม	43	78.1
การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด		
การไม่ได้รับข้อมูลและการเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอ	49	89.1
การเดินทางลำบากและใช้เวลานาน	46	83.6

พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในแต่ละกิจกรรมค่อนข้างน้อย (ตารางที่ 4) นอกจากนี้ได้มีการวิเคราะห์ความถี่ของการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในแต่ละกิจกรรม โดยรวมการไม่ได้ปฏิบัติกับปฏิบัตินานๆครั้งไว้ด้วยกันโดยจัดเป็นไม่ได้ปฏิบัติ และรวมปฏิบัติบ่อยครั้งกับปฏิบัติสม่ำเสมอไว้ด้วยกันโดยจัดเป็นปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยการหายใจแบบเป่าปากมากที่สุด (ร้อยละ 69.1) รองลงมาเป็นการทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด (ร้อยละ 40) กลุ่มตัวอย่างจำนวนค่อนข้างน้อยที่มีพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดชนิดที่ต้องออกกำลังกล้ามเนื้อ และการหายใจแบบอื่นๆ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (n=55)

พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ตอบจริง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การหายใจแบบเป่าปาก	1-4	1-4	2.9	1.17
การหายใจแบบใช้กะบังลม	1-4	1-4	1.7	0.85
การหายใจแบบใช้ชายโครงส่วนล่าง	1-4	1-4	1.7	0.85
การบริหารการเคลื่อนไหวทรวงอกและลำตัวโดยการใช้ผ้าขนหนูและผ้ายืด	1-4	1-4	1.4	0.79
การออกกำลังกล้ามเนื้อขาโดยการเดินหรือย่ำอยู่กับที่	1-4	1-4	1.9	0.99
การทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด	1-4	1-4	2.1	1.1

ตารางที่ 5 ร้อยละการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (n=55)

พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	ไม่ได้ปฏิบัติ		ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หายใจแบบเป่าปาก	17	30.9	38	69.1
ทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด	33	60.0	22	40.0
ออกกำลังกล้ามเนื้อขาโดยการเดินหรือย่ำอยู่กับที่	36	65.5	19	34.5
หายใจแบบใช้กระบังลม	42	76.4	13	23.6
หายใจแบบใช้ชายโครงส่วนล่าง	42	76.4	13	23.6
บริหารการเคลื่อนไหวทรวงอกและลำตัวโดยการใช้ผ้าขนหนูหรือผ้ายืด	47	85.5	8	14.5

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ค่า r = .34 ($p < .05$) เท่ากัน ส่วนการรับรู้ด้านที่เหลืออีก 6 ด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

การรับรู้ความเจ็บป่วย	พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	
	r	p-value
ความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	.34	.01*
ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค	.34	.01*
อาการที่เกี่ยวข้อง	-.02	.85
ช่วงเวลานานของการป่วยเป็นโรค	-.22	.76
ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง	.21	.11
ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรค	-.02	.84
การตอบสนองทางอารมณ์	.22	.09
ความกังวลเกี่ยวกับโรค	.24	.07

*p < .05

อภิปรายผล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพศชาย มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก เนื่องจากความยืดหยุ่นของหลอดลมและเนื้อปอดลดลงตามอายุที่มากขึ้น ร่วมกับส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยนานเฉลี่ย 8.4 ปี พยาธิสภาพของโรคทำให้ปอดเสียหน้าที่ การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผ่านมาที่พบว่า[15,16] กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่นซึ่งเป็นยาหลักในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อขยายหลอดลมและลดการกำเริบของโรค[17] ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับยานี้ร่วมกับยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่น ซึ่งมีฤทธิ์ต้านการอักเสบและช่วยลดอาการกำเริบ มีการศึกษาพบว่าการใช้ยาร่วมกันได้ผลดีกว่าการใช้ยาเดี่ยว[17,18,19] กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกระยะควรได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติ เพื่อช่วยลดอาการ ช่วยให้ทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดทำให้ลดการกลับเข้ารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลภายหลังที่มีอาการกำเริบได้ถึงร้อยละ[26] ลดความรุนแรงของการหายใจเหนื่อยหอบ เพิ่มค่าเฉลี่ยระยะทางที่เดินบนพื้นราบนาน 6 นาที และลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน[20]

การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเจ็บป่วยเป็นโรคนี้ค่อนข้างยาวนาน เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นโรคนี้มานาน และได้รับข้อมูลจากผู้รักษาว่าเป็นโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างถาวร และรับรู้ว่ามีผลกระทบจากโรคระดับปานกลาง ได้แก่ ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงและออกไปนอกบ้านน้อยลง พึ่งพาคนอื่นมากขึ้น เนื่องจากโรคนี้ทำให้เหนื่อยง่าย ทำกิจกรรมได้น้อยลง ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น สอดคล้องกับผลการศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรัง[16]

กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการของโรคว่ามีความ

รุนแรงระดับปานกลาง โดยบอกว่ามีอาการเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม ไอมีเสมหะ อ่อนเพลีย และเวียนศีรษะ ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคนี้ทั้งการรับรู้ความรุนแรง[16] และลักษณะอาการ[21] กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความกังวลใจต่อโรคและผลกระทบด้านอารมณ์จากการเป็นโรคในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน โดยกังวลกลัวอาการกำเริบรุนแรง เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและหงุดหงิดง่าย อาจเนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะมีอาการกำเริบเป็นระยะ มีบ่อยครั้งที่ไม่สามารถคาดเดาได้ และอาจเนื่องจากเคยมีประสบการณ์โรคกำเริบที่มีอาการรุนแรงเฉียบพลันต้องมาโรงพยาบาลอย่างฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[21] ที่พบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคนี้มีความสัมพันธ์กับการกลัวการเกิดอาการกำเริบ และรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะจัดการกับอาการกำเริบนั้นอย่างไร

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยการรักษาและด้วยความสามารถของตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยระบุว่าสามารถควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ด้วยตนเองโดยการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมเมื่อมีอาการเหนื่อย อาจเป็นเพราะการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรักษา วิธีการรักษาหลักเป็นการใช้ยาขยายหลอดลม และเป็นวิธีที่เห็นผลชัดเจนเมื่อมีอาการ

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สาเหตุของโรคที่ถูกต้องเนื่องจากได้รับข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลที่บุคลากรทีมสุขภาพปฏิบัติเป็นประจำ โดยเฉพาะคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรค แต่มีความเข้าใจในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับปานกลางอาจเนื่องจากโรคนี้มีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป เป็นแล้วก็ไม่หายขาดแม้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยโรคนี้จะเข้าใจธรรมชาติและพยาธิสภาพของโรคนี้

การรับรู้ประโยชน์ สิ่งสนับสนุน และอุปสรรคของพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีประโยชน์น้อยต่อสุขภาพของตนเอง อาจเป็นเพราะการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต้องใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอถึงจะเห็นผลลัพธ์ต่อสุขภาพอย่างชัดเจน

สำหรับสิ่งสนับสนุนเกี่ยวกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนั้น เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจะเกิดประโยชน์ต่อเมื่อมีการปฏิบัติอย่างถูกวิธี ใช้ระยะเวลานานต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจ มีความเพียรพยายามและอดทนที่จะปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงต้องการกำลังใจและการเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ การช่วยเหลือกรณีมีเหตุฉุกเฉินระหว่างปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างเพียงพอและเหมาะสม และมีสถานที่ อุปกรณ์เหมาะสมสำหรับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพควรเอาใจใส่ติดตามดูแลผู้ป่วยขณะมาปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ ปลอดภัย และเห็นประโยชน์ของการมาฝึกกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในโรงพยาบาลแม้ว่าจะมีอุปสรรคจากการเดินทาง ต้องมีญาติพามาและมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการไม่ได้พบกับเจ้าหน้าที่สุขภาพที่เกี่ยวข้อง การต้องใช้อุปกรณ์ร่วมกับผู้อื่น การเดินทาง การขาดงาน เสียรายได้[15,16,22] ล้วนเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่มาโรงพยาบาลเพื่อร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง คือ การไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรม

การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ความรู้สึกเป็นกังวล ความเข้าใจผิดว่าจะเป็นการพึ่งพาการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมากเกินไป รู้สึกเป็นภาระและกระทบกับงานที่ทำอยู่ สะท้อนให้เห็นว่าแม้กลุ่มตัวอย่างจะเป็นโรคมานานและเคยได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมาแล้ว ยังมีความจำเป็นต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง และควรจัดกิจกรรมฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดขณะที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หรือก่อนจำหน่ายกลับบ้านจนมั่นใจว่าผู้ป่วยทำได้ถูกต้องเพื่อจะได้นำกลับไปทำต่อที่บ้านได้อย่างมั่นใจ พร้อมกับให้คู่มือปฏิบัติ รวมถึงร่วมพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อวางแผนการจัดการกับสภาพและภาระทางบ้านเพื่อจะได้มีเวลาปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แม้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและรับรู้ประโยชน์ของการรักษาวิธีนี้แต่มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในแต่ละกิจกรรมค่อนข้างน้อย มีเพียงการหายใจแบบเป่าปากเท่านั้นที่มีผู้ใช้เกินครึ่งหนึ่ง รองลงมาใช้การทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด อาจเป็นเพราะทั้งสองกิจกรรมไม่ต้องใช้อุปกรณ์และไม่ต้องออกแรง โดยเฉพาะการหายใจแบบเป่าปากซึ่งเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ง่ายที่สุดและทำได้ทุกที่ทุกเวลา ต่างจากกิจกรรมอื่นๆที่ต้องใช้กำลังกล้ามเนื้อ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ค่า $r = .34$ ($p < .05$) เท่ากัน แสดงว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ากิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีส่วนช่วยรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาก จะมีการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมากด้วย และผู้ป่วยที่มีความเข้าใจต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ตนเองเป็นอยู่จะมีการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมากด้วยเช่นกัน จึงควรคงไว้ซึ่งการรับรู้ที่ถูกต้องทั้งด้านความเข้าใจการเจ็บป่วยต่อโรคและประโยชน์ของกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมากยิ่งขึ้นซึ่งเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ดังการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีส่วนช่วยรักษาอาการเจ็บป่วยมาก ร่างกายจะทำหน้าที่ (physical functioning) ได้มากตามไปด้วย[16]

สำหรับการรับรู้ 6 ด้านที่เหลือได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ช่วงเวลาที่เจ็บป่วย ผลกระทบจากความเจ็บป่วย ความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง ความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความเจ็บป่วยมีผลกระทบทางอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด อธิบายได้ว่าพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้ง 6 ด้านนี้ อาจจะเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเจ็บป่วยในแต่ละด้านยังไม่มากพอ จะเห็นได้จากผลการศึกษาข้างต้นที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความเจ็บป่วยในแต่ละด้านระดับปานกลาง หรืออาจขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นที่ไม่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ รวมถึงการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไปอาจส่งผลต่อการกระจายตัวของข้อมูล

ข้อจำกัดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีขนาดน้อย อาจมีผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยในเรื่องของการนำไปอ้างอิงถึงผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาลอื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่โรงพยาบาลอื่นๆอาจจะมีการรับรู้ความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด พยาบาลวิชาชีพจึงควรอธิบายและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมถึงให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และมีความเข้าใจที่ถูกต้องและนำไปสู่การปฏิบัติตนที่เหมาะสม

2. พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องควรติดตาม เอาใจใส่ ให้กำลังใจ ส่งเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ รวมถึงเปิดโอกาสให้พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยที่ปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและควบคุมโรคได้ดี

3. หน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพปอดควรจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้เพียงพอและเหมาะสมกับผู้ป่วย รวมถึงควรมีการจัดเตรียมอุปกรณ์และทีมบุคลากรสำหรับช่วยเหลือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินระหว่างปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เพื่อเพิ่มความมั่นใจในด้านความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

4. ควรมีการจัดทำสื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือคู่มือกิจกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปศึกษาเป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยตนเองที่บ้าน

References

1. World Health Organization. COPD predicted to be third leading cause of death in 2030 [homepage on the Internet]. 2010. [cited 2014 June 16]. Available from: http://www.who.int/who/2010.
2. Bureau of Policy and Strategy. Public health statistics in 2012. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health ; 2012
3. The Royal College of Physiatrists of Thailand. Guideline and management of COPD in Thailand. 2005 [cited 2014 August 20]. Available from:http://www.rehabmed.or.th/royal/rc.thai/ (in Thai).
4. Buranachonapa P. Effectiveness of pulmonary rehabilitation in COPD patients. Bangkok: Academic papers Division of Physical Therapy ; 2012. (in Thai).
5. Haemawichaiwat R. Pulmonary rehabilitation and family support program to improve quality of life among COPD patients. Lampang Medical Journal. 2009; 30(1): 9-17. (in Thai).
6. Guell R, Resqueti V, Sangenis M, Morante F, Martorell B, Casan P, et al. Impact of pulmonary rehabilitation on psychosocial morbidity in patients with severe COPD. Chest. 2006; 129(4): 899-904.
7. von Leupoldt A, Hahn E, Taube K, Schubert-Heukesoven S, Magnussen H, Dahme B. Effect of 3-week outpatient pulmonary rehabilitation on exercise capacity, dyspnea and quality of life in COPD. Lung. 2008 Nov-Dec; 186(6):387-91. doi: 10.1007/s00408-008-

9089-3. Epub 2008 Apr 12

8. Fischer MJ, Scharloo M, Abbink JJ, van't Hul AJ, van Ranst D, Rudolphus A. et al. Drop out and attendance in pulmonary rehabilitation: the role of clinical and psychosocial variables. Respir Med. 2009; 103 (10): 1564-71.
9. Garrod R, Marshall J, Barley E, Jones PW. Predictors of success and failure in pulmonary rehabilitation. Eur Respir J. 2006; 27(4): 788-94.
10. Leventhal H, Nazenz DR, Steel DJ. Illness representations and coping with health threats. In: Baum A, Taylor S.E, Singer J.E, Eds. Handbook of psychology and health: social psychological aspects of health. Erlbaum: Lawrence Erlbaum Associate Inc; 1984.p.219-52
11. Wiratchai N. Thesis guideline. Division of Research Education. Bangkok: Faculty of Education. Chulalongkorn University; 2003.
12. Pfeiffer E. A shot portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1975; 23(10): 433-41.
13. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. J Psychosom Res. 2006; 60: 631-7.
14. Sowattanangoon N. The brief illness perception questionnaire. 2006. [cited 2015 December 28] Available from http://www.uib.no/ipq/pdf/B-IPQ-Thai.pdf
15. Bonsaksen T, Haukeland-Parker S, Lerdal A, Fagermoen MS. A 1-year follow-up study exploring the associations between perception of illness and health-related quality of life in persons with chronic obstructive pulmonary disease. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2014; 9(1): 41-50.
16. Zoeckler N, Kenn K, Kuehl K, Stenzel N, Rief W. Illness perceptions predict capacity and psychological well-being after pulmonary rehabilitation in COPD patients. J Psychosom Res. 2014; 76(2): 146-51.
17. Calverley PM, Anderson JA, Celli B, Ferguson GT, Jenkins CR, Jones PW. et al. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. N Eng J Med. 2007;356: 775-89.
18. Calverley PM, Boonsawat W, Cseke Z, Zhong N, Peterson S, Olsson H. Maintenance therapy with budesonide and formoterol in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J. 2003 Dec; 22(6) :912-9.
19. Jenkins CR. Jones PW, Calverley PM, Celli BR, Anderson JA, Ferguson GT. et al. Efficacy of salmeterol/ fluticasone propionate by GOLD stage of chronic obstructive pulmonary disease: analysis from the randomised, placebo-controlled TORCH study. Respir Res. 2009 Jun 30;10:59. doi: 10.1186/1465-9921-10-59.
20. Panpanya R. Clinical nursing practice guideline: pulmonary rehabilitation in COPD patients. Journal of Development Research 2014; 7(3): 11-15. (in Thai).

21. Gruffydd JK, Langley JC, Dyer C, Badlay K, Ward S. What are the needs of patients following discharge from hospital after an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Prim Care Respir J. 2007; 16(6): 363-8.
22. Fischer MJ, Scharloo M, Abbink JJ, van't Hul AJ, van Ranst D, Rudolphus A., et al. The dynamics of illness perceptions: testing assumptions of Leventhal's common-sense model in a pulmonary rehabilitation setting. Br J Health Psychol. 2010; 15(4): 887-903.