

The Influence of Health Literacy, Perceived Social Support, and Uncertainty in Illness on Functional Status in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*

Santi Yormprakhon, RN, MNS¹, Doungrut Wattanakitkrileart, RN, DNS²,
Kanaungnit Pongthavornkamol, RN, PhD², Charoen Chuchottaworn, MD³

Abstract

Purpose: To examine the influence of health literacy, perceived social support, and uncertainty in illness on functional status in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

Design: A correlational predictive research.

Method: A sample consisted of 85 patients with COPD who came for follow-up at the COPD clinic of the Central Chest Institute of Thailand between March and April, 2013. Data were collected using five research instruments: a demographic questionnaire; the Assessment of Functional Health Literacy for Patient with Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support; the Mishel Uncertainty in Illness Scale-Community Version, and Functional Status Inventory (short form). Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Main findings: The results showed that the majority of participants (92.9%) was male, with average age of 70.7 years (SD = 10.3). Health literacy, perceived social support, and uncertainty in illness could jointly explain 22.9% of variance in the functional status of patients with COPD ($R^2 = .229$, $p < .001$) while uncertainty in illness was the only factor that significantly predicted functional status in patients with COPD ($\beta = -.290$, $p < .05$).

Conclusion and recommendations: It is suggested that nurses should assess the uncertainty in illness among COPD patients in order to develop an appropriate nursing intervention to decrease uncertainty in illness which will help promote functional status in patients with COPD.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, functional status, health literacy, social support, uncertainty

J Nurs Sci. 2014;32(3):64-73

Corresponding Author: Assistant Professor Doungrut Wattanakitkrileart, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: doungrut.wat@mahidol.ac.th

** Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University*

¹ Sirindhorn Hospital, Bangkok Metropolitan Administration, Thailand

² Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

³ Central Chest Institute of Thailand, Nonthaburi, Thailand

อิทธิพลของความแตกต่างด้านสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*

สันติ ยอมประโคน, พย.ม.¹ ถาวรรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ก.² คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, ปส.ก.²
เจริญ ฐโงทิถาวร, พบ.³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอิทธิพลของความแตกต่างด้านสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 85 คน ที่มารับการตรวจรักษาตามนัด ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเมษายน 2556 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะการทำหน้าที่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 92.9 อายุเฉลี่ย 70.7 ปี (SD = 10.3) ความแตกต่างทางด้านสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ร้อยละ 22.9 ($R^2 = .229, p < .001$) โดยความรู้สึกไม่แน่นอนความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.29, p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: โรงพยาบาลควรประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อวางแผนจัดกิจกรรมทางการพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยให้เสริมภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกต่างด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน

J Nurs Sci. 2014;32(3):64-73

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: doungrut.wat@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี

ความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 3 ของประชากรทั่วโลก¹ จากรายงานสถานการณ์การตายของประชากรไทยปี พ.ศ. 2549-2551 โดยสำนักยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีอัตราการตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1.32, 1.47 และ 1.69 ต่อ 100,000 ประชากรตามลำดับ จากอุบัติการณ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลทำให้ระบบสุขภาพต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มากขึ้นตามมา¹ จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2010 พบว่าค่าใช้จ่ายโดยตรงในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อปีเป็นเงิน 49.9 พันล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ และ 29.9 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เป็นค่าใช้จ่ายทางอ้อม³

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างของปอด มีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พยาธิสภาพของปอดที่ถูกทำลายไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ประกอบไปด้วยพยาธิสภาพของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) โรคถุงลมโป่งพอง (emphysema) หรือเป็นร่วมกันทั้งสองโรค สาเหตุส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการระคายเคืองต่อปอดที่เกิดจากฝุ่นและก๊าซ ซึ่งสาเหตุที่สำคัญที่สุดคือ คาร์บอนจากการสูบบุหรี่⁴ อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักเกิดขึ้นช้าๆ และค่อยๆ เลวลงเรื่อยๆ อาการที่พบบ่อยคือ หายใจลำบาก (dyspnea) โดยเฉพาะเวลาออกกำลังกายมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองนั้นป่วยอยู่ตลอดเวลา เพียงออกแรงเล็กน้อยก็เกิดอาการเหนื่อย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมอย่างคนทั่วไปได้ กิจกรรมทางกายหลายอย่างถูกจำกัด ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดลงก่อให้เกิดผลกระทบต่องานที่ทำหน้าที่ของผู้ป่วย⁵

ภาวะการทำงานที่ (functional status) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในการใช้ชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานการคงไว้ซึ่งบทบาท ภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต รวมถึงกิจกรรมทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁶ จากพยาธิสภาพของโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก การกำเริบของอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งส่งผลให้ภาวะการทำงานที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางลดลงเนื่องจากความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคทำให้ผู้ป่วยลดการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ American Lung Association⁷ ที่พบว่าอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลให้ร้อยละ 72.0 ของผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ

กิจกรรมการออกกำลังกาย ส่วนข้อจำกัดในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันพบร้อยละ 70.0 การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทำความสะอาดบ้าน และเครื่องใช้ร้อยละ 56.0 การร่วมปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมร้อยละ 53.0 และการประกอบอาชีพร้อยละ 51.0 ผลการศึกษาได้สะท้อนให้เห็นวงจรชั่วร้ายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะเมื่อผู้ป่วยลดการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลง ก็มักจะมีพฤติกรรมแยกตัว มีความวิตกกังวล ทำให้ยิ่งไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การทำกิจกรรมลดลงก็ทำให้การหมุนเวียนเลือดและการระบายอากาศลดลง ทำให้ผู้ป่วยยิ่งเกิดอาการเหนื่อยง่าย สมรรถภาพทางปอดจึงลดลงไปเรื่อยๆ การทำหน้าที่ต่างๆ แล้งตามมาส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะการทำงานที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้มีผู้ศึกษาไว้พอสมควร ซึ่งปัจจัยที่น่าสนใจและยังมีผู้ศึกษาไว้น้อยมากในกลุ่มประชากรไทย ได้แก่ ความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งหมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี เป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้และการปฏิบัติตัวทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี⁸ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และคงไว้ซึ่งภาวะการทำงานที่ ในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจะไม่สามารถจัดการกับอาการของโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในภาวะการทำงานที่¹⁰ โดยมีการศึกษาอิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพต่อการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอเกิดจากการไม่เข้าใจเหตุผลในการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีความสามารถในการจำลดลง ไม่สามารถคิดวิเคราะห์ เชื่อมโยงข้อมูลทางสุขภาพได้¹¹ ผลกระทบที่ตามมาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการป่วยของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการกำเริบของโรคบ่อยครั้งส่งผลให้ภาวะการทำงานที่ลดลง ลักษณะพยาธิและอาการของโรคทำให้ผู้ป่วยไม่อาจคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมาได้ รวมทั้งการบรรเทาอาการหายใจลำบากจำเป็นต้องใช้ยาขยายหลอดลม การใช้ยามีความซับซ้อนต้องฝึกทักษะในการใช้ ซึ่งการใช้ยาไม่ถูกต้องส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้ จึงยิ่งทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำงานที่เลวลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เช่นเดิม เกิดการพึ่งพามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ นาคละมัย และคณะ⁸ ที่พบว่าความรู้ที่ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับจาก

ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ และอื่น ๆ น่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการทำหน้าที่ด้วย จากการศึกษาของจอมสุวรรณ์โณ และ จุก สุวรรณ์โณ¹² พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญสถานการณ์เจ็บป่วยได้ดี สามารถปรับกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหายใจลำบาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Kara และ Alberto¹³ ที่ศึกษากับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังชาวตุรกี และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือกิจกรรมด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านให้คำปรึกษา และการเดินทางเพื่อมาติดตามการตรวจรักษา มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพ

การศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผ่านมาเป็นการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตของผู้ป่วย การดูแลตนเอง และการจัดการตนเอง เช่น ปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรู้เรื่องโรค การรับรู้สมรรถนะของผู้ป่วยในการจัดการอาการหายใจลำบาก จนถึงมีการพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งการให้ความรู้ การฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อจัดการต่อผลกระทบดังกล่าวโดยมุ่งหวังให้ลดการเกิดอาการหายใจลำบาก ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และในโรงพยาบาล แต่จากประสบการณ์ทางคลินิกของผู้วิจัยก็พบว่าผู้ป่วยบางกลุ่มมีความบกพร่องในความรู้ ความเข้าใจที่ต้องแก้ไขในเรื่องของข้อมูลสุขภาพที่จะนำไปสู่การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในอาการเจ็บป่วย นำมาซึ่งความรู้สึกเครียดได้ ทั้งยังรู้สึกว่าตนเองยังไม่ได้ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถดำรงการทำหน้าที่ไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอิทธิพลของปัจจัยความแตกต่างทางด้านสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ที่มีต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางในการวางแผนการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะการทำหน้าที่อย่างเหมาะสม รวมทั้งเป็นแนวทางการให้ความรู้ ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม ช่วยลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของความแตกต่างด้านสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

ความแตกต่างด้านสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) โดยมีคุณสมบัติคือ อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ต่ำกว่า 3 เดือน มีโอกาสการเกิดอาการกำเริบของโรคอยู่ในระดับ B, C และ D ตามคำจำกัดความของ GOLD⁴ สามารถสื่อสาร ตอบคำถามได้ อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อยและไม่ได้รับการรักษาจากแพทย์ว่ามีความบกพร่องทางความคิดความจำ (cognitive impairment) โดยเก็บข้อมูลในเดือนมีนาคม ถึงเมษายน พ.ศ. 2556 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis)¹⁵ โดยกำหนดค่าแอลฟาเท่ากับ .05 อำนาจทดสอบเท่ากับ .8 ตัวแปรอิสระ 3 ตัว และขนาดอิทธิพล (effect size) ของความสัมพันธ์ระดับปานกลาง เท่ากับ .13 ซึ่งได้จากการทบทวนงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา คือ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะการทำหน้าที่¹⁶ จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 77 คน และผู้วิจัยได้มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบข้อมูลไม่ครบถ้วน ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 85 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้มีลักษณะเป็นแบบสอบถามและแบบประเมิน ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกและสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน รายได้ครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย สิทธิในการรักษา โรคอื่นที่มีร่วมด้วย ประวัติการสูบบุหรี่

ระดับความรุนแรงของโรค การประเมินโอกาสการกำเริบซ้ำของโรค การได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัว ระยะเวลาที่ได้รับ การวินิจฉัยโรค และประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแบบประเมินความสามารถในการอ่านและการทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Parker และคณะ¹⁷ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบ 3 ตัวเลือก ให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุด แบบประเมินมีจำนวน 19 ข้อ คะแนนรวมเท่ากับ 19 คะแนน การแปลความหมายใช้คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-19 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่ามีความแตกต่างด้านสุขภาพมาก และคะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความแตกต่างด้านสุขภาพน้อย และมีเกณฑ์แบ่งระดับความแตกต่างออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-6 คะแนน หมายถึง ความแตกต่างด้านสุขภาพไม่เพียงพอ คะแนน 7-13 คะแนน หมายถึง ความแตกต่างด้านสุขภาพก้ำกึ่ง และคะแนน 14-19 คะแนน หมายถึง ความแตกต่างด้านสุขภาพเพียงพอ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (Multi-dimensional Scale of Perceived Social support: MSPSS) พัฒนาโดย Zimet, Dehnam, Zimet และ Farley¹⁸ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคมที่แปลด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย ณัฏชัย วงศ์ปาริณย์ และทินกร วงศ์ปาริณย์¹⁹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 7 อันดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 7 คะแนน การแปลความหมายใช้คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12-84 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมาก และคะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมน้อย โดยผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ กำหนดอันตรายภาคขั้นโดยใช้ค่าคะแนนที่มากที่สุดลดด้วยคะแนนที่น้อยที่สุดหารด้วยจำนวนระดับที่แบ่ง²⁰ ได้ค่าช่วงคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำเท่ากับ 12-36 คะแนน ระดับปานกลางเท่ากับ 37-61 คะแนน และระดับสูงเท่ากับ 62-84 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน (Mishel Uncertainty in Illness Scale: Community Version: MUIS-C) สร้างโดย Mishel²¹ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชนที่แปลด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ²² ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 อันดับ คือ ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด ข้อคำถาม

เชิงบวกให้ 1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบให้ 5 คะแนน จนถึงไม่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด ข้อคำถามเชิงบวกให้ 5 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบให้ 1 คะแนน การแปลความหมายใช้คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 23-115 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับสูง และคะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับต่ำ กำหนดอันตรายภาคขั้นโดยผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าคะแนนที่มากที่สุดลดด้วยคะแนนที่น้อยที่สุดหารด้วยจำนวนระดับที่แบ่ง²⁰ ได้ค่าช่วงคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับต่ำเท่ากับ 23-53 คะแนน ระดับปานกลางเท่ากับ 54-84 คะแนน และระดับสูงเท่ากับ 85-115 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะการทำหน้าที่ (Functional Performance Inventory Short Form: FPI-SF) พัฒนาโดย Leidy และ Kneble¹⁴ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะการทำหน้าที่ที่แปลด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ และคณะ²³ ประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 อันดับ คือ ทำกิจกรรมด้วยความไม่ลำบากให้ 3 คะแนน จนถึงไม่ทำกิจกรรมเพราะภาวะสุขภาพให้ 0 คะแนน การแปลความหมายใช้คะแนนเฉลี่ยมีค่าระหว่าง 0-3 คะแนน คะแนนเฉลี่ยมากแสดงว่ามีการปฏิบัติหน้าที่ในระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยน้อยแสดงว่ามีการปฏิบัติหน้าที่ในระดับต่ำ โดยผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ กำหนดอันตรายภาคขั้นโดยใช้ค่าคะแนนที่มากที่สุดลดด้วยคะแนนที่น้อยที่สุดหารด้วยจำนวนระดับที่แบ่ง ได้ค่าช่วงคะแนนภาวะการทำหน้าที่ระดับต่ำเท่ากับ 0.00-1.00 คะแนน ระดับปานกลางเท่ากับ 1.01-2.00 คะแนน และระดับสูงเท่ากับ 2.01-3.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบประเมินความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจจำนวน 3 คน ได้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) เท่ากับ 1

ส่วนการหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) กระทำโดยนำเครื่องมือการวิจัยไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก 30 คน ผลการทดสอบพบว่า แบบประเมินความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อวิเคราะห์ด้วยวิธี Kuder-Richardson²⁰ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70 ซึ่งถือว่าเป็นค่าที่ยอมรับได้สำหรับเครื่องมือที่สร้างใหม่ ส่วนแบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน

และแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะการทำหน้าที่ เมื่อวิเคราะห์ด้วยวิธีคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .89, 76, และ .87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ IRB-NS2013/163.2602 และคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก รหัสโครงการเลขที่ 061/2556

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก และผู้เกี่ยวข้อง และขอความอนุเคราะห์จากพยาบาลในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยแก่ผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่มสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะการทำหน้าที่ แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน ตามลำดับ โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 50-65 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 85 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 92.9 มีอายุระหว่าง 71-80 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 38.8 รองลงมาคืออายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 31.8 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 92.9 มีสถานภาพสมรส

คู่ร้อยละ 76.5 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 72.9 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 61.2 มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายร้อยละ 48.2 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรร้อยละ 78.8

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะเวลาน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 65.9 รองลงมาได้รับการวินิจฉัยระยะเวลา 5-10 ปี ร้อยละ 23.5 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.2 มีโรคประจำตัว โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 28.2 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.6 มีประวัติการสูบบุหรี่ โดยร้อยละ 14.1 ยังคงสูบบุหรี่ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.7 เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบของโรค

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.4 มีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามเกณฑ์ของ GOLD⁴ ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 3.5 เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับรุนแรงมาก การประเมินโอกาสเกิดการกำเริบของโรคโดยใช้ Combined Assessment of COPD ตามเกณฑ์ของ GOLD⁴ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.4 เป็นผู้ป่วยประเภท B คือ มีลักษณะอาการมากและโอกาสการเกิดอาการกำเริบน้อย (low risk, more symptoms) กลุ่มตัวอย่างทุกรายเคยได้รับข้อมูลทางสุขภาพ ในรอบปีที่ผ่านมา และร้อยละ 54.1 ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล 1-5 ครั้ง ($\bar{X} = 5.31$, $SD = 1.46$)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.4 มีคะแนนรวมภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.6 มีความแตกฉานทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับที่กึ่ง ร้อยละ 71.8 ได้รับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยได้รับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด ($\bar{X} = 26.54$, $SD = 2.09$) และร้อยละ 49.4 มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความสามารถทำนายความเจ็บป่วย การรักษา และผลการรักษามากที่สุด ($\bar{X} = 12.11$, $SD = 2.27$, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์เท่ากับ 2.42)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ความแตกฉานทางด้านสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .365$, $p < .01$; $r = .223$, $p < .05$; $r = -.422$, $p < .01$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 85)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ภาวะการทำหน้าที่	1			
2. ความแตกฉานทางด้านสุขภาพ	.365**	1		
3. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	.223*	.104	1	
4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	-.422**	-.397**	-.095	1

*p < .05 **p < .01

3. ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของความแตกฉานทางด้านสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยการใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression) พบว่าความแตกฉานทางด้านสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 22.9 ($R^2 = .229$, $p < .001$)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์การถดถอยของตัวพยากรณ์พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.29$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของความแตกฉานทางด้านสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 85)

ตัวแปร	B	SEb	β	t	p-value
1. ความแตกฉานทางด้านสุขภาพ	.612	.358	.196	1.712	.091
2. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	.170	.103	.163	1.655	.102
3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	-.430	.171	-.290	-2.523	.014

$R = .478$, $R^2 = .229$

การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าทั้ง 3 ปัจจัยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 22.9 ($R^2 = .229$, $p < .001$) โดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.29$, $p < .05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีประสบการณ์อาการหายใจลำบาก หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการอาการหายใจลำบากได้ดี อาการกำเริบจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ลดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความชัดเจนในข้อมูลที่ได้รับจากช่องทางต่างๆ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยย่อมลดลงทำให้สามารถควบคุมสถานการณ์การเจ็บป่วยได้ ผู้ป่วยย่อมมีความกล้าที่จะทำกิจกรรม

ต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Jiang และ He²⁴ เกี่ยวกับประสิทธิผลการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลที่กระจ่างชัดถึงผลกระทบที่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อการเผชิญปัญหา และวิธีเผชิญปัญหา โดยให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้การจัดการอาการหายใจลำบาก และการป้องกันการเกิดอาการกำเริบด้วยตนเองผ่านสื่อวีดิทัศน์ พร้อมคู่มือการปฏิบัติ และมีการติดตามการปฏิบัติตามทางโทรศัพท์ ใน 4 สัปดาห์ สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยในมิติการทำหน้าที่ ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง สอดคล้องกับ Mishel²¹ ที่กล่าวว่า ถ้าบุคคลรับรู้และให้ความหมายจากการประเมินอาการและความรุนแรงของโรค ตำแหน่งและระยะเวลาการเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน จะช่วยลดความรู้สึกคลุมเครือ สามารถทำความเข้าใจ และ

ให้ความหมายของอาการแสดงได้ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง และทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ ซึ่งภาวะการทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งที่แสดงถึงการปรับตัว

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.6 มีระดับความแตกฉานทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับก้ำกึ่ง หมายถึง ผู้ป่วยยังไม่สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลความรู้ทางสุขภาพที่ได้รับจากทีมสหวิชาชีพอย่างเพียงพอ เช่น ด้านการจัดการอาการหอบเหนื่อยขณะรับประทาน อาหาร ด้านอาหารในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้านการปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องการบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.7 เป็นผู้สูงอายุ อาจมีความบกพร่องในความสามารถด้านการอ่าน การทำความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Oldfield และ Dreher²⁵ พบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ของร่างกายในทางเสื่อมถอย มีการเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน ความคิดและความจำลดลง ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง การปฏิบัติตัวเพื่อจัดการกับอาการไม่มีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้ความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = .365$, $p < .01$) แต่ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ($\beta = .196$, $p > .05$) แตกต่างจากการศึกษาของ Omachi และคณะ²⁶ ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะโรคสงบ (stable COPD) 277 คน ที่พบว่าความแตกฉานทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ และสามารถทำนายภาวะสุขภาพและภาวะการทำหน้าที่ เป็นที่น่าสังเกตว่าในการศึกษาครั้งนี้ความแตกฉานทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ผกผันกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = -.397$) ด้วย จึงทำให้ความแปรปรวนในตัวแปรตามหรือภาวะการทำหน้าที่ ได้ถูกอธิบายโดยตัวแปรความรู้สึกไม่แน่นอนไปแล้วนั่นเอง อย่างไรก็ตาม การที่ไม่พบอำนาจการทำนายของความแตกฉานทางด้านสุขภาพต่อภาวะการทำหน้าที่ อาจต้องแปลผลด้วยความระวังเนื่องจากแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเครื่องมือที่ใหม่ที่พัฒนาโดยผู้วิจัยและมีค่าความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้เท่านั้น

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ($\beta = .196$, $p > .05$) ซึ่งหมายถึง การรับรู้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะมีระดับสูงหรือต่ำไม่สามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ ดั่งแพง และจุฬาลักษณ์ บารมี¹⁶ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 180 คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล 4 แห่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าการรับรู้

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ ($r = .235$) แต่การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง เกิดการพึ่งพาบุคคลอื่นลดลง แตกต่างจากการศึกษาของ Marino และคณะ²⁷ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 156 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่ได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคในระดับมาก และมีคะแนนอาการหายใจลำบากในระดับสูง ($\bar{X} = 156.4$, $SD = 54.9$) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพึ่งพา ต้องการบุคคลคอยช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรม

โดยสรุป ในการศึกษาครั้งนี้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ในขณะที่ความแตกฉานด้านสุขภาพและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาหาแนวทางการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติตนในการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบของโรคบ่อย
2. ควรมีการจัดทำสื่อในรูปแบบต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยกลับไปเรียนรู้ด้วยตนเองที่บ้าน ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ คู่มือ เพื่อส่งเสริมความแตกฉานทางด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการลดความรู้สึกไม่แน่นอน ส่งผลให้มีการปฏิบัติตามภาวะการทำหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Teo WSK, Tan W-S, Chong W-F, Abisheganaden J, Lew Y-J, Lim T-K, et al. Economic burden of chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology*. 2012;17(1):120-6.
2. Bureau of Policy and Strategy; Ministry of Public Health. [Internet]. Health information and statistics [update 2012 Jan 6; cited 2012 Jun 25]. Available from <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic54/2.3.2.54>

3. American Lung Association [Internet]. Chicago: The Association; c2012 [updated 2012 Jun 10]. Chronic obstructive pulmonary disease: COPD fact sheet. Available from: <http://www.lungusa.org>.
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [Internet]. c2010 [updated 2010; cited 2011 Sep 22]. Available from: <http://www.Goldcopd.org>.
5. Peruzza S, Sergi G, Vianello A, Pisent C, Tiozzo F, Manzan A, et al. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in elderly subjects: Impact on functional status and quality of life. *Respir Med*. 2003;97(6):612-7.
6. Leidy NK. Psychometric properties of the functional performance inventory in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Nurs Res*. 1999;48(1):20-8.
7. American Lung Association [Internet]. Chicago: The Association; c2001 [updated 2012 Sep 2]. Chronic obstructive pulmonary disease: COPD fact sheet. Available from: <http://www.lungusa.org>.
8. Naklamai A, Wattanakitkileart D, Pongthavornkamol K, Chuchottaworn C. The influences of perceived severity, social support, and uncertainty in illness on health status of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Nurs Sci*. 2011;29(2):46-55. (in Thai).
9. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259-67.
10. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch Intern Med*. 2005;165(17):1946-52.
11. Roberts NJ, Ghiassi R, Partridge MR. Health literacy in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2008;3(4): 499-507.
12. Suwanno J, Suwanno J. Attribute of sociodemographics, illness characteristics, and personal resources on severity of dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thai Journal of Nursing Council*. 2007;22(2):99-112. (in Thai).
13. Kara M, Alberto J. Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs*. 2007;16(8):1468-78.
14. Leidy NL, Knebel AR. Clinical validation of the functional performance inventory in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respi Care*. 1999;44(8):932-9.
15. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
16. Duangpang S, Baramae C. Symptoms cluster, functional status, and quality of life of persons with chronic obstructive pulmonary disease [Research]. Chonburi: Burapha University; 2012. (in Thai).
17. Parker R, Baker D, Williams M, Nurss J. The test of functional health literacy in adults. *J Gen Intern Med*. 1995;10(10):537-41.
18. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The Multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988;52:30-41.
19. Wongpakaran N, Wongpakaran T. A revised Thai multi-dimensional scale of perceived social support. *Span J Psychol*. 2012;15(3):1503-9.
20. Wongratana C. Statistical techniques for research. 8th ed. Bangkok: Thepnareumit; 2001. (in Thai).
21. Mishel MH. Uncertainty in illness. *J Nurs Scholarship*. 1988;20(4):225-32.
22. Hanucharumkul S, Wongsunnopparat B, Wonghongkul T. Factors influencing uncertainty in illness in cancer patients receiving radiotherapy. *Thai Journal of Nursing*. 1991;40(1):11-26. (in Thai).

23. Sriprasong S, Hanucharumkul S, Panpukdee O, Krittayaphong R, Pongthavornkamol K, Vorapongsathorn T. Functional Status Model: An empirical test among discharged acute myocardial infarction patients. *Thai J Nurs Res*. 2009;13(4):268-84.
24. Jiang X, He G. Effects of an uncertainty management intervention on uncertainty, anxiety, depression, and quality of life of chronic obstructive pulmonary disease outpatients. *Res Nurs Health*. 2012;35(4):409-18.
25. Oldfield SR, Dreher HM. The concept of health literacy within the older adult population. *Holist Nurs Pract*. 2010;24(4):204-212.
26. Omachi TA, Sarkar U, Yelin EH, Blanc PD, Katz PP. Lower Health Literacy is Associated with Poorer Health Status and Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Gen Intern Med*. 2012;28(1):74-81.
27. Marino P, Sirey JA, Raue PJ, Alexopoulos GS. Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2008;3(4):713.