



ความวิตกกังวลและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ANXIETY AND SELF-CARE PRACTICE IN PATIENTS
WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

ประสพสุข อินทรักษา
2

อภินันทนาการ

จาก

ภาควิชาวิทยา ลัย ม.มหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2534

ISBN 974-587-010-2

สงวนลิขสิทธิ์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความวิตกกังวลและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

.....
.....

ประสพสุข อินทวิเศษ

ผู้วิจัย

.....
.....

ประคอง อินทรสมบัติ, ศ.บ., ศ.ม.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

พนเกษม เจริญพันธุ์, พ.บ., ว.ว.

(อาจารย์อาวุโสทั่วไป)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....
.....

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

ประธานกรรมการประจำหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความวิตกกังวลและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขามานุษยวิทยา

วันที่ 13 มีนาคม 2534

.....
.....

ประสพสุข อินทรักษา

ผู้วิจัย

.....
.....

ประคอง อินทสมบัติ, ค.บ., ค.ม.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

เขาวลีรักษ์ เลขาจินดา, วท.บ., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

บุญเกษม เจริญพันธุ์, พ.บ., ว.ว.

(อายุศาสตร์ทั่วไป)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
.....

อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, M.B., B.S.,

F.R.C.P., F.R.A.C.P., ราชบัณฑิต, อ.ว.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาว ประสพสุข อินทรักษา
วัน เดือน ปีเกิด 7 มีนาคม พ.ศ. 2500
สถานที่เกิด จังหวัดน่าน ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, พ.ศ. 2518 - 2522 :
วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาล)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2532 - 2534 :
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ทุนการศึกษา ทุนบัณฑิตศึกษาภายในประเทศ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,
พ.ศ. 2532 , พ.ศ. 2533
ทุนวิจัย ทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ มูลนิธิโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2522 - ปัจจุบัน : โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, สงขลา
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ตำแหน่ง : พยาบาล ระดับ 5

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดีซึ่งจาก รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ รองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล และรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง พูนเกษม เจริญพันธ์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น ที่แนะแนวทาง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เขียวลักษณ์ เล่าพะจินดา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ข้อคิดเห็น และช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และได้ให้คำแนะนำ แก้ไขในจุดบกพร่องต่าง ๆ เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ คุณไพเราะ แสนสุรัตน์ คุณรัตนา ชัยสุขสุวรรณ คุณกุลณี วงศ์วิวัฒน์ คุณวงเดือน สายสุวรรณ เจ้าหน้าที่หน่วยโรคปอดและเจ้าหน้าที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามารัตน์ เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนและสถิติฝ่ายผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโรคทรวงอก และผู้ป่วยทุกท่าน ตลอดทั้งญาติผู้ป่วย ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โครงการบัณฑิตศึกษา สาขานิติศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารัตน์ ขอขอบคุณเพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ รวมทั้งเพื่อนนักศึกษานิติศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัยรามารัตน์ รุ่นที่ 13 ทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณวรรณระวี อัครนิจ และ คุณเกศรินทร์ ศรีสง่า ผู้ช่วยวิจัย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด

ผู้วิจัยขอขอบคุณประ โยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ แต่ บิดามารดา และคณาจารย์ ที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้กรุณาเอื้อเฟื้อเงินทุนบางส่วนในการวิจัยและการศึกษา และขอขอบคุณผู้ที่มีได้เอื้อนามทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้

ประสบสุข อินทรักษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความวิตกกังวลและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 ผู้วิจัย ประสพสุข อินทรักษา
 ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
 คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
 ประคอง อินทรสมบัติ, ค.บ., ค.ม.
 สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.
 พูนเกษม เจริญพันธุ์, พ.บ., ว.ว. (อาชีวศาสตร์ทั่วไป)
 วันที่สำเร็จการศึกษา 13 มีนาคม พ.ศ. 2534

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับความวิตกกังวลและปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและระดับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทาง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามารักษ์ดี โดยเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 100 ราย วัดความวิตกกังวลโดยให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง ใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญที่สร้างโดยสไปล์เบอร์เจอร์ (1970) และวัดการดูแลตนเองโดยแบบวัดการกระทำการดูแลตนเองที่แปลและดัดแปลงจากโรแลนด์ (1989)

ผลการวิจัยพบว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลและปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .01$, $p < .001$) ตามลำดับ ส่วนความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการศึกษาและสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .001$) ตามลำดับ เมื่อนำตัวแปรทั้งหมดเข้าในสมการทำนายถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายการดูแลตนเอง พบว่าความวิตกกังวลและระยะเวลาในการศึกษาสามารถทำนายการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ และตัวแปรทั้งสองสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 27

นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ และ สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง คือ เพศชายและผู้ที่มีคู่มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงกว่าเพศหญิงและผู้ที่ไม่ใช่คู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .01$, $p < .05$) ตามลำดับ เมื่อนำ 2 ตัวแปรนี้เข้าในสมการทำนายการดูแลตนเองเพิ่มจากตัวแปรเดิม พบว่าสถานภาพสมรสสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นร้อยละ 4 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ความวิตกกังวล ระยะเวลาในการศึกษา และสถานภาพสมรส อธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 31 และมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าเพศยังมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล คือเพศชายมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าเพศหญิง

ผลการศึกษาสนับสนุนความตรงของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการดูแลตนเอง พร้อมทั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอข้อจำกัดในการศึกษา การนำไปใช้ในทางคลินิกและทางด้านการศึกษา และการวิจัยในครั้งต่อไป

A

Thesis Title Anxiety and Self-Care Practice in Patients with
 Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Name Prasobsook Intaraksa

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Prakong Intarasombat, B.Ed., M.Ed.
Somchit Hanucharurnkul, B.Sc., M.S., Ph.D.
Poonkasem Charoenpan, M.D., Cert. of Proficiency
(Medicine)

Date of Graduation 13 March B.E. 2534 (1991)

Abstract

The purpose of this research was to examine, within Orem's self-care framework, the relationship among self-care, anxiety, and selected basic conditioning factors of duration of education, problem of medical cost, and degree of severity of the disease in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). The purposive sample consisted of 100 COPD patients receiving medical therapy at an out patient medical department of Ramathibodi Hospital. Anxiety was measured by the State-Trait Anxiety Inventory Form X-1 developed by Spielberger (1970). Self-care was measured by Self-Care Action Scale translated and modified from Riley (1989).

Results of the study indicated that self-care was negatively correlated with anxiety and problem of medical cost, but positively correlated with duration of education ($p < .001$, $p < .01$, $p < .001$) respectively. Anxiety was negatively correlated with duration of education, and positively correlated with problem of medical cost ($p < .05$, $p < .001$) respectively. When all variables were entered into the regression model to predict self-care, only anxiety and duration of

education were significant predictors and accounted for 27 % of variance in self-care which was statistical significance.

Additional analysis revealed that gender and marital status were related to self-care in that mean scores on self-care practice of the male subjects and married subjects were significantly higher than those of female subjects and unmarried subjects. When gender and marital status were added into the regression model in predicting self-care, it was found that only marital status accounted for additional of 4 % of the self-care variance which was statistical significance. All three variables accounted for 31 % of the self-care variance which was statistical significance. Further analysis also show that gender was related to anxiety in that the mean scores on anxiety of the male subjects was significantly lower than those of female subjects.

The findings seem to support the validity of Orem's postulation of factors related to self-care. The limitations of this study, implication for clinical practice, nursing education and suggestions for further study were recommended.

สารบัญ

	หน้า
ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ข
บทที่ 1 บทนำและกรอบทฤษฎี	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบทฤษฎี	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
สมมติฐานของการวิจัย	8
ขอบเขตการศึกษา	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	11
ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	13
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและการดูแลตนเอง	17
ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	20
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	21
สถานที่ศึกษา	22
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	22
การหาคุณภาพของเครื่องมือ	23
การเก็บรวบรวมข้อมูล	25

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	27
ผลการทดสอบสมมติฐาน	31
ข้อมูลเชิงคุณภาพ	36
การอภิปรายผล	37
ข้อจำกัดของการวิจัย	45
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	46
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	48
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	50
บรรณานุกรม	51
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัย	58
ภาคผนวก ข แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	59
ภาคผนวก ค แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ	62
ภาคผนวก ง แบบวัดการกระทำการดูแลตนเอง	63
ภาคผนวก จ ราชนามผู้ทรงคุณวุฒิ	66
ภาคผนวก ฉ คะแนนการกระทำการดูแลตนเอง	67

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	28
2	ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	29
3	ความถี่ และร้อยละของแหล่งประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่าง ได้รับความรู้ หรือคำแนะนำในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	30
4	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ	33
5	การใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนทำนายการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	34
6	การใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนทำนายการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม)	35

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และพยาธิสภาพของโรคจะก้าวหน้ารุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในปัจจุบันอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นมาก (Sexton 1990: 169) ต้องใช้เวลานานในการรักษา และผู้ป่วยไม่สามารถที่จะทำงานได้ตามปกติ จึงเป็นภาระทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาปีหนึ่ง ๆ เป็นจำนวนมาก (Post & Collins 1981-1982: 173; Shekleton 1987: 569; วัฒนา สุวรรณแสง 2530 อ้างใน สมชัย บวรกิตติ และ นันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ 2531: 125) นอกจากผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจแล้ว ผู้ป่วยยังประสบปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม เนื่องจากการหายใจเป็นสิ่งที่สำคัญต่อชีวิตมนุษย์ ความผิดปกติใด ๆ ที่ทำให้เกิดความขัดข้องต่อการทำงานของระบบทางเดินหายใจ มีผลทำให้อวัยวะ เนื้อเยื่อ และเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นการคุกคามต่อชีวิต นำความทุกข์ทรมานมาสู่ผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพเป็นเวลานานและมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตอย่างถาวร แบบแผนการดำเนินชีวิตบางอย่างเปลี่ยนแปลงไปจากที่เคยปฏิบัติ เนื่องจากไม่สามารถทำงานหรือประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่คุกคามต่อศักดิ์ศรีและความมีคุณค่าในตนเอง (Burckhardt 1987: 543) ผู้ป่วยจึงมีความวิตกกังวลสูง (Highly Anxious) แยกตัวออกจากสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว และไม่กล้าทำงานที่ต้องใช้กำลัง (Lustig, et al. 1972 cited in Dudley, et al. 1980: 414) ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของปอดอย่างรุนแรง จะรู้สึกอึดอัดและคับข้องใจมาก (Emotional Straightjackets) ไม่สามารถแสดงความรู้สึกโกรธ เกรี้ยว หรือเป็นสุขได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์นำไปสู่การหายใจลำบากและทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ซึ่งความวิตกกังวล การพึ่งพาผู้อื่นและการสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง พบร่วมกันได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีผลกระทบทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (Dudley, et al. 1980: 414)

การดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมความเจ็บป่วย ชลอความก้าวหน้าของโรค และหลีกเลี่ยงอาการกำเริบ (Connelly 1987: 621)

การส่งเสริมและช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งที่สำคัญมากกว่าการพึ่งพาแพทย์ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด เช่น การฝึกหายใจ การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นทีละน้อย การไออย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลตนเองตามแผนการรักษา และอื่นๆที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ เป็นเครื่องมือที่ช่วยต่อสู้กับการหายใจลำบาก ชลอความรุนแรงของโรค ลดการกำเริบของโรค และการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการเปลี่ยนแปลงได้ พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง ความวิตกกังวลลดลง และชีวิตมีคุณค่ามากขึ้น

ดังนั้น บทบาทที่สำคัญของพยาบาล คือ การช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเผชิญกับโรคได้อย่างมีคุณภาพ เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย และความสามารถที่เหลืออยู่ (Shekleton 1987: 577) โดยการพัฒนาสภาพจิตใจและความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองจะเกิดขึ้นไม่ได้ ถ้าบุคคลมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความรู้ ขาดทักษะ หรือขาดแรงจูงใจ (Joseph 1980: 137)

ปัญหาหนึ่งในการพยาบาลที่พบได้บ่อยที่สุดในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังคือ การเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วย (Parker 1981: 334) โดยผู้ป่วยแสดงออกมาในรูปของความวิตกกังวล (เมย์วอร์ม ชีรณลักษณ์ 2526: 1) ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีผลต่อบุคคลทั้งในด้าน การรับรู้ การคิด การตัดสินใจ การตกลงใจและการเรียนรู้ (Travelbee 1971 อ้างใน กนกพร สุคำว้าง 2528: 35) และส่งผลให้ประสิทธิภาพในการสนองตอบต่อความต้องการของบุคคลลดลง (Spielberger 1966 อ้างใน สุพรรณิ สุ่มเล็ก 2527: 24) อย่างไรก็ตาม ความวิตกกังวลเป็นส่วนประกอบที่สำคัญและจำเป็นของชีวิต เป็นเสมือนแรงจูงใจหรือแรงขับที่ผลักดันให้บุคคลกระทำพฤติกรรมบางอย่าง (Levitt 1967; Rycroft 1971 อ้างใน ศิริกาญจน์ เฟือกเทศ 2528: 26,21) ซึ่งจะทำให้เกิดผลดีหรือผลเสียขึ้น ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง ความเหมาะสมต่อสถานการณ์ในขณะนั้น และระยะเวลาที่ความวิตกกังวลคงอยู่ (Luckmann & Sorensen 1974: 110) ความวิตกกังวลในระดับต่ำทำให้บุคคลมีความตื่นตัวสูงกว่าปกติ มีแรงจูงใจในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น ชีตความสามารถในการรับรู้และการเรียนรู้สูงขึ้น แต่ความวิตกกังวลในระดับที่สูงมากทำให้บุคคลไม่สามารถรับรู้ และแก้ไขปัญหานั้นเฉพาะหน้าได้ (Carter 1976; Shives 1986 อ้างใน จวี มาณม 2530: 26)

ดังนั้นความวิตกกังวลจึงเป็นตัวแปรหนึ่งในปัจจัยพื้นฐาน ที่มีผลกระทบต่อความสามารถ และคุณสมบัติพื้นฐานในส่วนของการความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ การรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ความตั้งใจ ระบบการจัดลำดับความสำคัญ และความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง และมี

ผลกระทบต่อ พลังความสามารถ 10 ประการ ในเรื่องของความสามารถที่จะควบคุมพลังงาน ทางด้านร่างกาย ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผล แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ทักษะ ในการตัดสินใจ ความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้ ทักษะในการใช้กระบวนการทาง ความคิดและสติปัญญา และความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังมีผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง ในด้านการตรวจสอบ สถานการณ์ การตัดสินใจและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง ความวิตกกังวลจึงเป็นข้อจำกัด ที่ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ขณะเดียวกันความวิตกกังวลที่มากเกินไป ทำให้ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น ยิ่งทำให้เกิดช่องว่างระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด ผู้ป่วยจึงมีความพร่องในการดูแลตนเอง ไม่สามารถกระทำการดูแลตนเอง ได้ตามต้องการ การช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น การเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลและการดูแลตนเองจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจ ประกอบ กับยังไม่มีงานวิจัยการศึกษาโดยตรงมาก่อน ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะทำการศึกษาในเรื่องนี้ เพื่อให้เข้าใจ ปรัชญาการหมกมุ่นยิ่งขึ้น และทราบข้อมูลพื้นฐาน อันจะเป็นแนวทางในการวางแผนการให้การ พยาบาล และการช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบทฤษฎี

กรอบทฤษฎีที่ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้คือ " ทฤษฎีการดูแลตนเอง ของโอเร็ม " ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนวคิดในเรื่องการดูแลตนเอง และปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การดูแลตนเอง ดังนี้

การดูแลตนเอง

โอเร็ม (Orem 1985 อ้างโดย สมจิต หนูเจริญกุล 2533: 7) ให้ความหมายของ "การดูแลตนเอง" ไว้ว่า "เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ มี ระเบียบระเบียบเป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีผลช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการ ดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด "

บุคคลจะต้องทราบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ก่อนที่จะลงมือกระทำ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - Care Demand) หมายถึง "กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่ต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่งๆ เพื่อที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care Requisites) 3 อย่าง" (Orem 1985 อ้างโดย สมจิต หนูเจริญกุล, ใน ลือชัย ศรีเงินดวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ 2533: 132-136) ได้แก่

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งจำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย โดยจะต้องปรับให้เหมาะสมกับอายุ ระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้ 1) การคงไว้ซึ่ง อากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ 2) การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ 3) การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน 4) การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 5) การป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ 6) การส่งเสริมการทำงานที่หนักและพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง
2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ ได้แก่ 1) การพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ยอมรับและยอมรับกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่สู่วัยภาวะ 2) การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด หรือเอาผลกระทบที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร การบาดเจ็บและการนิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการที่จะต้องตาย
3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเจ็บป่วยหรือความพิการที่เกิดขึ้น (Health Deviation Self-Care Requisites) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ ได้แก่ 1) การรู้จักแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย 2) การรับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อการพัฒนาการ 3) การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การรับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค 5) ตัดแปลงอัตรานอนพักผ่อนและภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองจะต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการ

ปรับบทบาท หน้าที่ และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง 6) การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง ให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งการดูแลตนเองประเด็นนี้จะต้องมีความสามารถในการผสมผสานกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษา ต่อพัฒนาการของตนเอง เมื่อเกิดความเจ็บป่วยบุคคลจะต้องดูแลตนเอง เพื่อสนองความต้องการอันเกิดจากความเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติและเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการ และมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2533: 16)

การที่บุคคลจะทำการดูแลตนเองได้ ย่อมแสดงว่าบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Hanucharurnkul 1988: 13) ซึ่งโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับคือ

1) ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Disposition) ได้แก่ ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ การเห็นคุณค่าในตนเอง นิยัประจักษ์ตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความห่วงใยในตนเอง การยอมรับตนเอง ระบบการจัดลำดับความสำคัญ และความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

2) พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power Components) ซึ่งเป็นตัวเชื่อมการรับรู้และการกระทำอย่างจริงจังของมนุษย์ ได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหว ความสามารถที่จะใช้เหตุ ใช้ผล แรงจูงใจที่จะทำการดูแลตนเอง ทักษะในการตัดสินใจ ความสามารถในการแสวงหาความรู้ ทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for Self-Care Operations) ได้แก่ การตรวจสอบสถานการณ์ การตัดสินใจและการปฏิบัติการธรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง (Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2533: 18-20)

ดังนั้นหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ย่อมขาดความสามารถ ในการกระทำกิจกรรมที่ตั้งใจ และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการ การการดูแลตนเองได้ นั่นคือ ขาดทั้งพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการ ปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2533: 20) ซึ่งในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยพื้นฐาน ที่ผลกระทบอย่างมากต่อโครงสร้างของความสามารถในการ ดูแลตนเอง ทั้ง 3 ระดับดังกล่าวข้างต้น

ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ อันเป็นผลมาจากกระบวนการทางความคิด เมื่อมีสิ่งมากระตุ้นซึ่งอาจเป็นจริงหรือเป็นเพียงการคาดคะเน (Spielberger 1972 อ้างใน สุรีย์ เทพสุรรังษิกุล 2532: 10) ทำให้บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ ตึงเครียด วนวาย สับสน รู้สึกว่าไม่มั่นคงปลอดภัย เนื่องจากตนถูกคุกคาม เป็นสภาพที่บุคคลต้องการหลบหนีหรือขจัดให้หมดไป อาจถือได้ว่าเป็นแรงขับที่เกิดขึ้นในรากฐานของจิตใจซึ่งสัมพันธ์กับแรงจูงใจ ก่อให้เกิดพฤติกรรมบางอย่างได้ (Mowrer 1963 อ้างใน ทมทิน สมประเสริฐ 2526: 35) การปราศจากความวิตกกังวลเลย บุคคลจะไม่ทุกข์ร้อน ไม่รับรู้ ไม่สนใจเหตุการณ์แวดล้อมรอบตัว และไม่สามารถจะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมได้ ความวิตกกังวลในระดับต่ำเป็นประโยชน์ต่อการรับรู้ การเรียนรู้ การคิด การตัดสินใจแก้ปัญหา และการใช้พลังงานหรือแรงจูงใจในการประกอบกิจกรรมต่างๆดีขึ้น แต่จะลดลงเรื่อยๆเมื่อความวิตกกังวลสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่า ความวิตกกังวล การเรียนรู้ และ การประกอบกิจกรรมมีความสัมพันธ์กันเป็นเส้นโค้ง (Yerkes & Dodson 1908 cited in Lader & Marks 1971: 112-113) นั่นคือ ความวิตกกังวลน่าจะมีความสัมพันธ์แบบเส้นโค้งกับการดูแลตนเอง

ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลตนเอง

ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังความวิตกกังวลของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ฐานะทางเศรษฐกิจหรือแหล่งประโยชน์ทางสังคม และระดับการศึกษา (Dudley, et al. 1980: 414) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบบางประการของปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Orem 1985: 220) ได้แก่ 1) อายุ 2) เพศ 3) ระยะพัฒนาการ 4) สังคม วัฒนธรรมนิยม ประเพณี 5) สภาพที่อยู่อาศัย 6) ระบบครอบครัว 7) แบบแผนการดำเนินชีวิต 8) ภาวะสุขภาพ 9) ปัจจัยทาง

ระบบบริการสุขภาพ 10) แหล่งประโยชน์ 11) ประสิทธิภาพที่สำคัญในชีวิต (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2533: 36)

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาเฉพาะ ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และระดับความรุนแรงของโรค

ระยะเวลาในการศึกษา

โอเร็ม (Orem 1985: 175) กล่าวว่า "การศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง" การศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ดังนั้นระยะเวลาในการศึกษาจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะสามารถเรียนรู้ ตลอดจนปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำ และระยะเวลาในการศึกษาน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล ในแง่ที่บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถแสวงหาความรู้ คิดแก้ปัญหา และ ตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองได้ดี

ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดการเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเอง บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีน่าจะสามารถดูแลตนเองได้ดี เนื่องจากไม่ต้องกังวลกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังนั้นฐานะทางเศรษฐกิจหรือปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลและสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง

ระดับความรุนแรงของโรค

บุคคลที่มีระดับความรุนแรงของโรคมก (High Degree of Physical Impairment) จะมีข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาและเป็นภาระแก่ผู้อื่น ยิ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลมาก ส่งผลให้ความรู้สึกล้มเหลวในตนเอง และรู้สึกสิ้นหวัง ดังนั้นระดับความรุนแรงของโรค จึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล และน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเอง

กล่าวโดยสรุป ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยพื้นฐานหนึ่งที่มีผลกระทบต่อความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง นอกจากนี้ปัจจัยพื้นฐานด้าน

ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และ ระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและการดูแลตนเอง ดังนั้น การที่พยาบาลจะช่วยเพิ่มความ สามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์ กับการดูแลตนเอง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลว่ามีความสัมพันธ์กับ การดูแลตนเองหรือไม่อย่างไร และปัจจัยพื้นฐานบางประการมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลและการ ดูแลตนเองอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอด-อุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และระดับความรุนแรงของโรค กับความวิตกกังวล และการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาถึงความสามารถของปัจจัยด้าน ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระดับความรุนแรงของโรค และความวิตกกังวล ในการทำนายการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ
2. ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลและสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ
3. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล และสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ
4. ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล และ สัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ
5. ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระดับความรุนแรงของโรค และความวิตกกังวล สามารถทำนายการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ

ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ ความวิตกกังวลและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาตั้งแต่ วันที่ 3 กันยายน 2533 ถึง วันที่ 14 มกราคม 2534 ที่หน่วยผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามคำแหง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจำนวน 900 เตียง ในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวล และพัฒนาศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้เพิ่มขึ้น
2. เป็นแนวทางในการศึกษาแก่นักศึกษานพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของความวิตกกังวลกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. พิสูจน์ความตรงของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม อันมีส่วนในการพัฒนาศาสตร์สาขานพยาบาล
4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล เกี่ยวกับความวิตกกังวลและการดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ หรือประเด็นที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ต่อไป

นิยามตัวแปร

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองต่อความต้องการที่เกิดขึ้นจากการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกระทำการดูแลตนเองในเรื่อง การคงสมรรถภาพการทำงานของปอด การคงความสามารถในการประกอบกิจกรรม การคงสภาวะโภชนาการ การเรียนรู้เรื่องยาและการรักษา การเรียนรู้และป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อน โดยประเมินจากแบบวัดการกระทำการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่แปลและดัดแปลงมาจาก Riley Self-Care Action Scale (RSCAS) ของไรลีย์ (Riley 1989) ซึ่งวัดการกระทำการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยเฉพาะ

ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่รู้สึกไม่สบาย หวาดหวั่น วิตก ตึงเครียด กลัว ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการรับรู้ หรือคาดการณ์ถึงอันตราย หรือความไม่แน่นอน ของสิ่งที่มา

คู่ความต่อความจำเป็นในการดำรงชีวิต ประเมินได้จากแบบวัดความวิตกกังวลและเผชิญ ของ สไปด์เบียร์เจอร์ (State-Trait Anxiety Inventory Form X-1) ซึ่งแปลโดย นิตยา คชภักดี และคณะ

ระดับความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรุนแรงที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้ความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วย เป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรุนแรงของโรค (American Lung Association 1975 cited in Dudley, et al. 1980: 413-414 and Kinsman, et al. 1983: 759; American Thoracic Society 1987 อ้างใน ศักดิ์ชัย ลิ้มทองกุล, ใน สมชัย บวรภิตติ และ นันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ 2531: 9) มี 5 ระดับ ดังนี้

ความรุนแรงระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดใดๆสามารถประกอบกิจกรรมได้โดยไม่เหนื่อยหอบ

ความรุนแรงระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรมเล็กน้อย สามารถเดินทางราบได้แต่ไม่กระชั้นกระแจงเท่าคนปกติและไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันไดได้เท่าคนวัยเดียวกัน แต่สามารถขึ้นตึกสูง 1 ชั้นได้โดยไม่เหนื่อยหอบ

ความรุนแรงระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรมชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานหนักหรือทำงานที่สูงๆได้ ไม่สามารถเดินทางราบได้เท่าคนวัยเดียวกัน เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น ต้องหยุดและพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 2 ชั้น

ความรุนแรงระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด เดินทางราบมากกว่า 100 หลาไม่ได้ ต้องหยุดและพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่ยังสามารถดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้

ความรุนแรงระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรมอย่างมาก เดินเพียง 2-3 ก้าว หรือลุกนั่งก็เหนื่อย เหนื่อยอย่างช้าๆ ได้ 50 หลาก็มีอาการเหนื่อยหอบมาก ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ เหนื่อยหอบเมื่อแต่งตัวหรือพูด

ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลว่ามากน้อยเพียงใดใน 4 ระดับคือ ไม่มีปัญหา มีปัญหาเล็กน้อย มีปัญหามาก และไม่มีปัญหามาก

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลและการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้คือ ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง กลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินอากาศหายใจส่วนล่าง ประกอบด้วย โรคหอบหืดเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งทั้งสองโรคมักพบเป็นร่วมกันมากกว่าโรคใดโรคหนึ่งอย่างเดี่ยว (สมพงษ์ ศรีอำไพ และมนัส วงศ์เสงี่ยม, ใน สมชัย บรรณกิจติ และ นันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ 2531: 65) มีพยาธิสภาพของความผิดปกติในระบบทางเดินหายใจ โดยมีการอุดกั้นของทางเดินอากาศหายใจอย่างถาวร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมหรือเนื้อปอด ทำให้หลอดลมตีบแคบลง การดำเนินโรคจะค่อย ๆ เบลลงโดยไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ อาการเริ่มแรกมักเกิดขึ้นอย่างช้าๆและเลวลงเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะหอบเหนื่อยโดยเฉพาะขณะที่มีการออกกำลังกายมากขึ้น ผนังของหลอดลมบวม มีเสมหะในหลอดลม ผู้ป่วยจะไอเป็นๆหายๆและอ่อนเพลียหลังออกกำลังกาย การที่มีถุงลมบางส่วนโป่งพอง บางส่วนแฟบ ทำให้การระบายอากาศในถุงลมไม่เท่ากัน การขยายของทรวงอกลดลงจากการอุดกั้นที่เกิดขึ้นตลอดเวลาของหลอดลม มีอากาศขังอยู่ในปอดและทรวงอกจะขยายมากขึ้น มีการทำลายของเนื้อปอดและสูญเสียความยืดหยุ่น ทำให้ความดันในปอดสูงขึ้นหลอดลมแฟบและกระบังลมเคลื่อนต่ำ ผู้ป่วยจะหายใจลำบากและต้องออกแรงมากขึ้นขณะหายใจออก การยืดขยายของทรวงอกลดลง ต้องใช้กล้ามเนื้ออื่น ๆ ช่วยในการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อคอ ไหล่ หน้าท้อง ต้องหอบปากหายใจออกเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้ลมหายใจออกง่ายขึ้น เมื่อการระบายอากาศในถุงลมลดลงอย่างมากและเป็นอย่างถาวร มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์และขาดออกซิเจน ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนเปลี้ยมากขึ้นและเป็นอย่างเรื้อรัง สติปัญญา ความคิดและการตัดสินใจเสื่อมลง ภาวะของผู้ป่วยจะเลวลงเรื่อย ๆ กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงลงอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคปอด (Cor pulmonale) การทำงานของไตผิดปกติ เพื่อ

อาหาร น้ำหนักลด เกิดการติดเชื้อของทางเดินหายใจบ่อย มีภาวะการหายใจล้มเหลวตามมา ความสามารถที่จะเผชิญกับภาวะเครียดต่าง ๆ ลดลง (สมจิต หนูเจริญกุล 2531: 244-248) อาการหายใจลำบาก อ่อนแรง ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล นอนไม่หลับ ความจำไม่ได้ แยกตัว ไม่อยากมีส่วนร่วม เบื่อหน่าย ไม่สนใจชีวิต ต้องพึ่งแพทย์พึ่งญาติ ไม่เป็นตัวของตัวเอง ทำให้รู้สึกหมดหวัง (Kinsman, et al. 1983: 755)

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีใดที่สามารถรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้หายขาดได้ การรักษาจึงเป็นเพียงการประคับประคอง แก้ไขตามสภาพที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า รวมทั้งการหยุดยั้ง หรือชะลอ พยาธิสภาพ ไม่ให้ดำเนินต่อไปอย่างรวดเร็ว และบรรเทาพยาธิสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับสภาพของโรคและพึ่งตนเองได้มากที่สุด ดัดเลย์และคณะ (Dudley, et al. 1980: 413,417) กล่าวว่า " ความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขึ้นอยู่กับการเพิ่มความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บป่วย โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในการช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา แพทย์ไม่สามารถลดความรุนแรงของโรคลงได้ แต่ผู้ป่วยเองสามารถควบคุมหรือลดความพิการลงได้ โดยมีการดูแลตนเองที่ดี (Good Self-Care) "

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จะเป็นการเพิ่มคุณค่าในตนเอง ให้กับผู้ป่วย และช่วยลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ (Agle and Baum 1977: 756) ดังนั้นความต้องการการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงเป็นความต้องการเพื่อความคุม อาการ ชลอการเลวลงของโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (Michaels 1985: 279-284; Sexton 1990: 180) ซึ่งประกอบด้วย ความต้องการการดูแลตนเอง 5 ด้าน (เกศรินทร์ ศรีสง่า และคณะ 2532: 11-18) ได้แก่

1. การดูแลตนเองเพื่อคงสมรรถภาพการทำงานของปอด มุ่งเน้นที่การฝึกหายใจเป็นสำคัญ เพื่อควบคุมอัตราการหายใจให้ช้าลง จัดการสิ้นเปลืองพลังงานในการหายใจ และระบายอากาศคงค้างออกจากปอดได้มาก ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดดีขึ้น นอกจากนี้ยังต้องเรียนรู้วิธีการไออย่างมีประสิทธิภาพ ผสมผสานกับการปรับปริมาณน้ำดื่มให้เหมาะสมเพื่อให้เสมหะอ่อนตัว ขับออกได้ง่าย และลดการใช้พลังงานในการไอ

2. การดูแลตนเองเพื่อคงความสามารถในการประกอบกิจกรรม มีการปรับความต้องการในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับภาวะของโรค โดยเลือกปรับกิจกรรมการดูแลตนเอง การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพ การประกอบกิจวัตรประจำวัน และอื่นๆ ให้สอดคล้องกับการ

พักผ่อน โดยหยุดพักการทำงานเป็นระยะๆ หรือสูดดมออกซิเจนขณะมีกิจกรรม บริหารร่างกาย ให้ฟื้นฟูกำลังและความทนทานทางกายภาพ ให้เหมาะสมกับพลังงานที่มีอยู่ การพักผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ จะช่วยให้คลายจากความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ความสามารถในการประกอบกิจกรรมคงสภาพได้นานขึ้น

3. การดูแลตนเองเพื่อคงสภาวะโภชนาการ อาหารให้พลังงานกับร่างกาย การได้รับอาหารที่ถูกต้องหลักโภชนาการ จะทำให้การทำงานของระบบหายใจมีประสิทธิภาพดีขึ้น ผู้ป่วยต้องปรับชนิดของอาหาร การรับประทาน และการใช้พลังงานให้เหมาะสมกับการมีกิจกรรม หรือการพักผ่อน

4. การเรียนรู้เรื่องยาและการรักษา ได้แก่ วิธีการใช้ยา ชื่อยา ขนาดยา การออกฤทธิ์ และผลข้างเคียงของยา การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา

5. การเรียนรู้การป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อน โดยหลักเสี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอันตราย เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การระคายเคืองจากมลภาวะต่าง ๆ และความเครียด นอกจากนี้มีการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ และเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการกำเริบ

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความต้องการการดูแลตนเองหลายด้าน เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และพยากรณ์ของโรคจะดำเนินรุดหน้าไปเรื่อยๆ จึงทำให้ความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นตามภาวะสุขภาพที่เลวลง และความสามารถในการดูแลตนเองลดลงตามความรุนแรงของโรค ก่อให้เกิดความตึงเครียดด้านจิตใจเป็นอย่างมาก การหายใจลำบากนำไปสู่ความวิตกกังวลและซึมเศร้า เมื่อผู้ป่วยวิตกกังวล ก็ส่งผลให้การหายใจลำบากเพิ่มขึ้นเป็นวงจร (Feedback Loop) (Post & Collins 1981-1982: 174) ดังนั้นการเข้าใจถึงความวิตกกังวลในผู้ป่วยเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน และสามารถดำเนินชีวิตได้เหมาะสมกับความสามารถที่เหลืออยู่

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความวิตกกังวล เป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งของมนุษย์ ซึ่งมักจะประสบอยู่เสมอในชีวิตประจำวัน จัดเป็นอารมณ์พื้นฐานที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกคลอดและต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต เป็นอารมณ์

ที่มีความสลับซับซ้อนที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งคุกคาม ตามการรับรู้และการแปลผลตามทัศนะของตนเอง แล้วเกิดความรู้สึกไม่สบาย ไม่เป็นสุข (Roberts 1978 อ้างใน สุพรรณิ สุ่มเล็ก 2527: 21) ซึ่งมีผลต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย ความนึกคิดและจิตใจ (Travlbee 1971 อ้างใน กนกพร สุก้าวัง 2528: 35)

ความวิตกกังวลเป็นความจำเป็นในการดำรงชีวิต เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีปฏิริยาโต้ตอบสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป สไปล์เบอร์เจอร์ (Spielberger 1966 อ้างใน สุพรรณิ สุ่มเล็ก 2527: 24) กล่าวว่า "ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเพราะมนุษย์ต้องการความมั่นคงปลอดภัย ความวิตกกังวลจึงเป็นความเครียด ซึ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล สิ่งที่มาคุกคามนั้นอาจมีจริง หรืออาจเกิดจากความเครียด หรือการคาดการณ์ล่วงหน้า"

เมื่อมีสิ่งคุกคามต่อสวัสดิภาพและความสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดภาวะวิตกกังวล เกิดความวิตกกังวลระลอกแรกขึ้น มีความเครียดและพลังงานเกิดขึ้น บุคคลจะทำการจัดพลังงานส่วนเกินอย่างอัตโนมัติ โดยเปลี่ยนพลังงานออกเป็นพฤติกรรม ทำให้รู้สึกผ่อนคลายลง เกิดสมดุลทางจิตใจและอารมณ์ขึ้นใหม่ (Priest 1982 อ้างใน สมทรง แผงสุวรรณ 2528: 19-20) ดังนั้น ความวิตกกังวล จึงเป็นตัวผลักดันให้บุคคลกระทำการพฤติกรรมบางอย่าง ซึ่งเปรียบเสมือนแรงจูงใจ

สไปล์เบอร์เจอร์ (Spielberger 1972 cited in Parker 1981: 334) แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 แบบคือ

1. ความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety หรือ A-Trait) เป็นลักษณะหรือแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นลักษณะประจำตัวที่ค่อนข้างแน่นอน มักจะเกิดกับบุคคลนั้นจนเป็นนิสัย
2. ความวิตกกังวลเฉพาะเหตุ (State Anxiety หรือ A-State) เป็นลักษณะของความตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ในขณะนั้น เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราวเฉพาะสถานการณ์นั้น ๆ

ความวิตกกังวลมี 4 ระดับ (Smitherman 1981 cited in Campbell 1985: 60-61; Jimerson 1982: 441; Stuart & Sundeen 1983: 208-209) ได้แก่

ระดับ 1 ระยะผ่อนคลาย (Period of Relaxation) เป็นความวิตกกังวลระดับต่ำสุด บุคคลจะมีความผ่อนคลายมาก รู้สึกสบาย ความสามารถในการทำงานจะไม่ถึงขีดสูงสุด การเรียนรู้และการแก้ปัญหายังไม่เหมาะสม

ระดับ 2 ความวิตกกังวลระดับต่ำหรือเล็กน้อย (Mild Anxiety) บุคคลจะตื่นตัวสนใจสิ่งแวดล้อม มีแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรม ความสามารถในการรับรู้ การเรียนรู้ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจเพิ่มขึ้น เป็นภาวะที่เหมาะสมในการทำงาน

ระดับ 3 ความวิตกกังวลปานกลาง (Moderate Anxiety) บุคคลจะรู้สึกไม่สบาย หงุดหงิด มีแรงผลักดันให้ตื่นตัวมากขึ้น มีการแสดงออกทางด้านร่างกายและอารมณ์ อาจมีการปรับตัวแบบสู้หรือหนี ความสามารถในการทำงานลดลง ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่างๆ แคลง ความคิด การเรียนรู้ การแก้ปัญหา และช่วงของความสนใจลดลง ระดับนี้ถ้าได้รับการช่วยเหลือให้ความวิตกกังวลลดลง การเรียนรู้จะกลับคืนได้

ระดับ 4 ความวิตกกังวลสูงหรือรุนแรง (Severe Anxiety) บุคคลจะไม่สามารถมุ่งความสนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น ความสามารถในการรับรู้ลดลงมาก การรับรู้สิ่งแวดล้อมบิดเบือนไป เกิดความรู้สึกสับสน ความคิดกระจัดกระจาย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ การตัดสินใจ และการใช้พลังงาน กระทำพฤติกรรมต่าง ๆ โดยไม่มีเหตุผล จุนเจ็ว มีอาการอ่อนเพลียและหมดกำลัง การเรียนรู้ การแก้ปัญหา และการรับรู้ผิดปกติ ความคุมตนเองไม่ได้

ซุง (Zung 1971: 371-372) ได้สรุปถึงอาการที่บ่งบอกถึงความวิตกกังวลไว้ดังนี้

ลักษณะทางอารมณ์ ผู้ที่มีความวิตกกังวลจะมีความรู้สึกหวาดหวั่น จิตใจฟุ้งซ่าน กังวล หงุดหงิด เสียใจ กลัวอย่างไม่มีเหตุผล ไม่สบายใจ กระวนกระวาย สะดุ้งตกใจง่าย ตึงเครียด

อาการแสดงออกทางด้านร่างกาย จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาของระบบต่างๆ คือ 1) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จะมีกล้ามเนื้อตึง ตัวสั่น กระตุก เมื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดคอและปวดหลัง 2) ระบบหัวใจและหลอดเลือด จะมีอาการใจเต้นใจสั่น หัวใจหรือหัวใจเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก 3) ระบบหายใจ จะหายใจแรงเร็ว หอบ หายใจถี่และไม่มีลม วิ่งเวียน แสบหน้าอก หายใจไม่ออก เป็นลม 4) ระบบทางเดินอาหาร จะมีอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร อาเจียน ท้องเดิน 5) ระบบขับถ่าย จะมีอาการถ่ายไส้สวะบอย กลั้นไม่อยู่ 6) ระบบซิมพาเทติก (Sympathetic) มีอาการหน้าแดงหรือหน้าซีด เหงื่อออกมากโดยเฉพาะบริเวณฝ่ามือ นอนไม่หลับหรือหลับๆตื่นๆ ผื่นร้าย หลงลืมง่าย ขาดสมาธิ และจุนเจ็วง่าย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความวิตกกังวลในระดับสูง เนื่องจากรู้สึกว่าตัวเองป่วย อยู่ตลอดเวลาเพราะเหนื่อยง่าย ออกแรงเพียงเล็กน้อยก็เหนื่อยหอบ ออกกำลังอย่างคนปกติไม่ได้ กิจกรรมหลายอย่างถูกจำกัด ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่เป็นตัวของตัวเอง ไม่กล้าแสดงความรู้สึก เก็บซ่อนความรู้สึกไม่พอใจไว้ภายใน เพราะการแสดงอารมณ์รุนแรงไม่ว่าจะเป็นความโกรธเคือง หรือยินดี จะทำให้เหนื่อยมากขึ้น ผู้ป่วยจึงตกอยู่ในภาวะที่ต้องอดกลั้น ระงับความรู้สึก กลายเป็น คนเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงความคิดเห็นร้าย ชีวิตของผู้ป่วยจึงซึมเศร้าเพราะขาดอิสรภาพที่จะแสดง ความรู้สึก (สมพร บุรารักษ์, ใน สมชัย บวรกิตติ และ นันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ 2531: 380) จากการศึกษาของไลท์และคณะ (Light, et al. 1985: 37-38) พบว่าผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นสูงกว่าผู้ป่วยโรคอาสุกรรมอื่นๆ และได้อ้างถึงดัดเลย์ และคณะ (Dudley, et al. 1980) ซึ่งทำการศึกษพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ซึมเศร้า มีแนว โฉมของการเกิดความวิตกกังวลในระดับสูง ความสัมพันธ์ที่พบในการศึกษานี้ ชี้ให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีแนว โฉมของการเกิดขึ้นพร้อมๆกันและมีความสัมพันธ์กัน ความ รุนแรงของปัญหาเหล่านี้ จะเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีแหล่งประ โยชน์ทางจิตสังคมน้อย เช่น ฐานะ ทางเศรษฐกิจต่ำ ขาดแรงสนับสนุนด้านความรัก ขาดความรู้สึกมีคุณค่า และ ขาดการมีส่วนร่วม ในการดูแลตนเอง (Dudley, et al. 1980: 414)

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะควบคุมอาการ หมดความรุนแรงของโรค เป้าประสงค์หนึ่งที่สำคัญคือ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเพื่อให้สามารถทำ หน้าที่ได้สูงสุด เพิ่มความทนทานในการประกอบกิจกรรม และเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้พลังงาน (Harris 1985 cited in Riley 1989: 90) ซึ่งจะบรรลุเป้าประสงค์ได้โดยการฝึกออก กำลังและเรียนรู้ในการดูแลตนเองหลาย ๆ ด้านควบคู่กันไป ไรลีย์ (Riley 1989: 90-102) จึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการดูแลตนเองในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการศึกษาแบ่งกลุ่มทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนและกลุ่มควบคุม 11 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและความแข็งแรง เป็นเวลา 13 สัปดาห์ ใช้เวลาฝึกสัปดาห์ละ 90 นาที โดยการออกกำลังกาย 6 แบบที่แตกต่างกัน และเข้าฟังการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง 15-30 นาที กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกตาม โปรแกรม ผลการวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อทดสอบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยที่ปรับแล้วระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังฝึก โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (Multiple Analysis of Variance : MANOVA) พบว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ใกล้เคียงนัยสำคัญ ($p=.066$) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่กว้าง ซึ่งมุ่งที่ ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนไม่มากพอ ผลที่ ได้จึงยังไม่สามารถเห็นความแตกต่างได้ชัดเจน และยังคงมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟู

สมรรถภาพปอดและการดูแลตนเองอีกหลายประเด็น ซึ่งจะต้องทำการศึกษาค้นคว้าต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและการดูแลตนเอง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยเลือกศึกษา เป็นปัจจัยพื้นฐานบางประการ ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองและความวิตกกังวล ปัจจัยดังกล่าวนี้ ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และระดับความรุนแรงของโรค เพื่อความสัมพันธ์ร่วมกับความวิตกกังวลและการดูแลตนเอง ตามลำดับดังนี้

ระยะเวลาในการศึกษา การศึกษาเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการมีรายได้ดี บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสที่จะประกอบอาชีพที่ดีซึ่งทำให้รายได้สูงขึ้น และมักจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา มีความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดี รู้จักใช้ทักษะที่เคยมีมาแก้ปัญหา (Jalowice & Power 1981: 10-15) ในขณะที่ผู้ด้อยการศึกษาจะมีข้อจำกัดในการแสวงหาข้อมูล ความสามารถในการเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา และการนำข้อมูลที่ได้รับมาแก้ปัญหา เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ขึ้นอีก (Jenkins 1978: 96)

การมีความรู้และมีการมีรายได้ดี ทำให้บุคคลไม่สามารถตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองตามภาวะเปราะบางทางสุขภาพได้ จึงทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ที่ได้รับจากบ้าน โรงเรียน และประสบการณ์ ในการดำเนินชีวิต การศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และมีการ เข้าใจเกี่ยวกับเรื่องภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองพัฒนามาจาก การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต บุคคลที่มีความรู้ความสามารถสูง เข้าใจสภาวะความ เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดี การศึกษาสูงทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหา มีความเข้าใจในแผนการรักษา ตลอดจนการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย มีบุคลิกภาพและเชลล์ (Muhlenkamp & Sayles 1986) พบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531) และจิรภา พงษ์ตระกูล (2532)

ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับความวิตกกังวล จันทรเพ็ญ การีเวท (2514) ศึกษาเรื่องความรู้สึกก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะและศัลยกรรม โดยใช้แบบ สัมภาษณ์กับตัวอย่าง 30 ราย ผลปรากฏว่าองค์ประกอบที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลคือ

สถานการณ์ทางเศรษฐกิจ และการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่กำลังเผชิญอยู่ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง

สำหรับการศึกษาโดยอ้อมซึ่งเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เช่นการสอนอย่างมีแบบแผน การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ และการให้ข้อมูล พบว่าสามารถลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การศึกษาของ วริยา วชิราธิวัฒน์ (2526) กนกพร สุกาวัง (2528) จวี มากมุ่ม (2530) กัญจน์ ฟิลิยะ (2530) และสุรีย์ เทพสุรังษิกุล (2532) อย่างไรก็ตามบุคคลที่มีความรู้สูงอาจจะวิตกกังวลมากกว่าบุคคลที่มีความรู้ต่ำ เนื่องจากยังรู้มาก ก็ยิ่งกลัวและวิตกกังวลมาก แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษา

จากรายงานและการวิจัยดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลและการดูแลตนเอง

ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยพื้นฐานด้านแหล่ง ประโยชน์ที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ในการกระทำการดูแลตนเองบุคคลที่มีรายได้น้อยจะวิตกกังวลกับค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าบุคคล ที่มีรายได้สูง จากการศึกษาของดัดเลย์และมาร์ติน (Dudley & Martin 1968 cited in Dudley, et al. 1980: 415) พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจและ กระบวนการดำเนินโรค แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ การดำเนินโรคจะยิ่งเลวลง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถมารับการรักษา และจัดหาปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเองและส่ง- เสริมสุขภาพในทางที่ดีได้ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเครียดที่เกิดจากค่าใช้จ่ายในการรักษา สูง และรายได้น้อยลงเพราะไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ปัญหาทางเศรษฐกิจจึงมีผลกระทบต่อง ผู้ป่วยมาก (Sexton 1990: 169) เอเจิลและคณะ (Agle, et al. 1973: 41-48) ศึกษา ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 21 ราย ถึงผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีต่อจิตใจของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี และเป็นภาระอย่างมากที่จะกระตุ้นให้ ผู้ป่วยเหล่านี้ดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและเพียงพอ

จากผลการศึกษาของ เรมวอล นันทสุวัณณ์ (2524) และภัทรา จุลวรรณา (2529) พบว่าระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ชัยวิไล (2531) ซึ่งพบว่าระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคหอบหืด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แม้จะมีระดับการศึกษาและรายได้ของ

ครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเองได้ใกล้เคียงกับผู้ที่มีรายได้สูง และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลสามารถช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยหอบได้ จึงทำให้ผู้ป่วยพยายามที่จะดูแลตนเองก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรงขึ้น ทำให้รายได้และการศึกษาไม่สัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

ระดับความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของโรคเป็นภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ บุคคลที่โรครุนแรงมาก ย่อมมีข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรมต่างๆเพื่อตนเอง ความรุนแรงของโรคส่งผลให้ได้รับการรักษาด้วยแผนการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น นอกจากนั้นยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัววิตกกังวลจนไม่สามารถรับรู้คำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ

จากผลการศึกษาของเดวิส (Davis 1968 อ้างใน สมใจ อัมวิไล 2531: 58) ในผู้ป่วยอาศุศาสตร์ที่คลินิกผู้ป่วยนอกจำนวน 154 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคน้อยจะร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก เนื่องจากความรุนแรงของโรคเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำหรือแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ (Parker & Bender 1957: 392-394) ผู้ป่วยโรคแผลเรื้อรังในกระเพาะอาหาร (Roth & Berger 1960: 630-633) และผู้ป่วยโรคหัวใจ (Johannson, et al. 1966 อ้างใน สมใจ อัมวิไล 2531: 58) แต่อย่างไรก็ตามไม่สอดคล้องกับการศึกษาของโดนาบีเดียนและโรเซนเฟล (Donabedian & Rosenfeld cited in Martons 1970: 317-318) ที่พบว่าโรคมีความรุนแรงมากเท่าใด จะมีผลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษามากเท่านั้น ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา นอกจากนี้ไลท์และคณะ (Light, et al. 1985: 35-38) ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 45 คนที่มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางและระดับสูง โดยวัดความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลต่อความสามารถในการประกอบกิจกรรม ซึ่งใช้ระยะทางการเดิน 12 นาทีเป็นเกณฑ์ พบว่าเมื่อมีความรุนแรงของพยาธิสภาพที่เสื่อมลง จะทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าและมีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ

จากรายงานและการศึกษาดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับทั้งการดูแลตนเองและความวิตกกังวล

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการศึกษาของเอเจลและบอม (Agle and Baum 1977: 751-755) พบว่า การหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยกลัวความทุกข์ทรมานและกลัวตาย ความวิตกกังวลและการกลัวหายใจลำบากส่งผลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการมีกิจกรรมต่างๆ ทางด้านร่างกาย รวมทั้งกิจกรรมการดูแลตนเองซึ่งต้องใช้เวลาและพลังงานที่น้อยอย่างจำกัด ผู้ป่วยจึงเลือกที่จะส่งมอบพลังงานไว้สำหรับการหายใจที่มีความสำคัญต่อชีวิต จึงเป็นปัญหาสำคัญในการรักษา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง และมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม จำกัดตามความสามารถที่มีอยู่ จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวด้านอารมณ์ เมื่อร่างกายมีความสามารถทนทานต่อการออกกำลังกายได้มากขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดความภาคภูมิใจ เพลิดเพลิน หรือพอใจเพิ่มขึ้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองเหล่านี้หลาย ๆ ครั้ง จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความกลัวและความวิตกกังวลได้ ซึ่งเอเจลและคณะ (Agle, et al. 1973: 41-48) ได้รายงานผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 21 ราย ถึงผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีต่อจิตใจ โดยการรักษาทางกายร่วมกับการฝึกหายใจและการออกกำลังกายที่ค่อยๆ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ นาน 4 สัปดาห์ และติดตามผลทุกๆ 1 เดือน เป็นเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยที่มีการฟื้นฟูสมรรถภาพดี จะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ดี เนื่องจากการเรียนรู้ในการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยมีอิสระในการควบคุมอาการเปลี่ยนแปลงได้มากขึ้น จึงมีความวิตกกังวลน้อยลง ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างความวิตกกังวลกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและแผนการรักษา ทำให้มีความต้องการการดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดจากความเจ็บป่วย ซึ่งในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องอาศัยการดูแลตนเองร่วมกับการรักษาเพื่อควบคุมหรือชะลอความรุนแรงของโรค จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดูแลตนเองที่สำคัญได้แก่ ความวิตกกังวล ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และระดับความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาเพื่อความสัมพันธ์ในตัวแปรดังกล่าว อันจะเป็นแนวทางและประโยชน์ต่อไปในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ให้ดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล การดูแลตนเอง และ ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ตามแนวคิดของไอเร็ม โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research)

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่ต่ำกว่า 1 เดือน โดยมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่บ่งชี้ถึงภาวะของโรค และตรวจสอบสมรรถภาพปอด (Pulmonary Function Test) โดยวิธีสไปโรเมทรี (Spirometry) ได้ค่า FEV_1/FVC น้อยกว่า 70 % และหลังพ่นยาขยายหลอดลมแล้วค่า FEV_1 ไม่สามารถเพิ่มขึ้นเกินกว่า 20 %
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่บ่งชี้ถึงภาวะของโรค เช่น หอบ เหนื่อย ไอเรื้อรัง และมีการดำเนินของโรคอย่างชัดเจนไม่ต่ำกว่า 3 เดือน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. ได้รับการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน
2. สามารถเข้าใจภาษาไทยและมีการรับรู้ดี สื่อความหมายเข้าใจกันได้
3. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลธิดี ตั้งแต่ วันที่ 3 กันยายน 2533 ถึง วันที่ 14 มกราคม 2534 จำนวน 123 ราย ในระหว่างเก็บข้อมูลมีผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าร่วมในงานวิจัย 3 ราย ไม่เข้าใจภาษาไทยและตอบแบบสอบถามไม่ได้ 11 ราย ตอบแบบสอบถามไม่ครบ 1 ราย ผลการตรวจสอบสมรรถภาพปอด

(Pulmonary Function Test) โดยวิธีสไปโรเมทรี (Spirometry) พบว่า ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แท้จริง 4 ราย และเน้นความสำคัญในการรักษาและการดูแลตนเองในโรคอื่นมากกว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 4 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ จึงมีจำนวนทั้งสิ้น 100 ราย ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง 11 ราย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ 89 ราย สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างจะเสนอในบทที่ 4

สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลทั้งแผนผู้ป่วยนอกอาศุรกรรม ซึ่งมีการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่คลินิกโรคปอดในวันจันทร์ และคลินิกอาศุรกรรมทั่วไปในวันอังคารและวันศุกร์ โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ หรือให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามในห้องที่จัดไว้สำหรับการสัมภาษณ์โดยเฉพาะ สำหรับการให้ความรู้ในเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแก่ผู้ป่วยนั้น มีเอกสารเรื่องกาปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งแนบไปก่อนโรคและส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลรามารัตน์ จัดไว้ให้สำหรับผู้ป่วยและผู้สนใจศึกษาด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยศึกษาจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระดับความรุนแรงของโรค และอื่น ๆ (รายละเอียดในภาคผนวก ก)

ส่วนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวลและเหงา ของสไตต์เบอร์เจอร์ (State-Trait Anxiety Inventory Form X-1) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย แพทย์หญิง นิตยา คชภักดี ดร. สาธิตี วรกิจโกศาทร และ ดร. มาลี นิสสัยสุข (อ้างโดย ชมชื่น สมประเสริฐ 2526: 61) แบบวัดนี้ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง มีทั้งหมด 20 ข้อ แต่ละข้อแบ่งระดับความรู้สึกเป็น 4 ระดับ ให้คะแนน 1 ถึง 4 จาก ไม่เลย มีบ้าง ค่อนข้างมาก และมากที่สุด ตามลำดับ (รายละเอียดในภาคผนวก ค)

การให้คะแนนและการแปลความหมาย

คำถามที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางบวก เช่น ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจ ข้าพเจ้ารู้สึกดีใจ เป็นต้น กำหนดคะแนนเรียงตามลำดับจาก ไม่เลย ถึง มากที่สุด เป็น 1 2 3 4 มีทั้งหมด 10 ข้อ

คำถามที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางลบ เช่น ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ เป็นต้น กำหนดคะแนนเรียงตามลำดับจาก ไม่เลย ถึง มากที่สุด เป็น 4 3 2 1 มีทั้งหมด 10 ข้อ

คะแนนรวมทั้งหมดมีค่า สูงสุด 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดการกระทำการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่สร้างขึ้นโดยไรลีย์ (Riley Self-Care Action Scale) (Riley 1989) มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการประเมินโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 31 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย เป็นคำถามเกี่ยวกับการกระทำการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 26 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 21 ข้อ และคำถามด้านลบ 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 คำตอบ ให้คะแนนในข้อคำถามด้านบวก จาก 0 คือ ไม่ได้ทำ ถึง 4 คือ ทำบ่อยมาก การให้คะแนนในข้อคำถามด้านลบ จาก 0 คือ ทำบ่อยมาก ถึง 4 คือ ไม่ได้ทำ แล้วจึงรวมคะแนนการกระทำการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-104 คะแนน แต่เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดไม่เท่ากัน (กลุ่มตัวอย่าง 100 ราย ตอบคำถามครบทุกข้อ 60 ราย) ดังนั้นเพื่อให้การคิดคะแนนการดูแลตนเองเป็นเกณฑ์เดียวกัน ผู้วิจัยจึงคิดคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละคนเทียบเป็น 100 เปอร์เซนต์ ดังนี้ คะแนนการดูแลตนเอง = ผลรวมคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละคน คูณด้วย 100หารด้วยผลรวมคะแนนเต็มของจำนวนข้อคำถามที่ผู้ป่วยตอบ คะแนนยิ่งสูง หมายถึงยิ่งมีการดูแลตนเองดี (รายละเอียดในภาคผนวก ง) นอกจากนั้นคำถามเกือบทุกข้อจะมีคำถามข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยปฏิบัติหรือเหตุผลที่ไม่ได้ปฏิบัติตามด้วย

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ

สไปล์เบอร์เจอร์และคณะ (Spielberger, et al. 1970: 9-12) ได้นำแบบวัดนี้ไปทดสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) โดยวิธี Known-Groups Tech-

nique กับนักศึกษาวิทยาลัยพลธิดาจำนวน 977 คนในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน 4 แบบตามลำดับ คือ สถานการณ์ปกติ (normal condition) ตามด้วยการฝึกการผ่อนคลาย (relax condition) การสอบ (exam condition) และการดูภาพยนตร์ที่ตึงเครียด (movie condition) พบว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการสอบมีคะแนนสูงกว่าสถานการณ์อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนำแบบวัดนี้ไปหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยทดสอบภาวะเครียดทางจิต (psychological stresses) กับกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัยจำนวน 197 คน ในภาวะปกติ ตามด้วยการผ่อนคลาย การสอบ และการดูภาพยนตร์ที่ตึงเครียด ได้สัมประสิทธิ์อัลฟา 0.83 - 0.94 และโดยวิธีทดสอบซ้ำ (ซึ่งไม่ได้บอกระยะห่างของการทดสอบ) ได้ค่าความเชื่อมั่นตามสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน 0.16 - 0.54 (เนื่องจากว่าเป็นธรรมชาติของความวิตกกังวลขณะใดขณะหนึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่แตกต่างกัน)

สำหรับฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย ได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญทางเครื่องมือทดสอบและทางด้านภาษา และได้นำไปหาความเชื่อมั่นโดย ทนทิน สมประเสริฐ (2526: 64) ด้วยวิธีทดสอบซ้ำในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ให้ความเวลาทดสอบห่างกัน 24 วัน ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน = 0.27 แต่ไม่ได้หาความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟา

นอกจากนี้ ได้มีผู้นำแบบวัดนี้ไปใช้กับหลายกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน และนำไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา ได้ค่า 0.83 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเย็บซ่อมไส้เลื่อนและการผ่าตัดเลาะหลอดเลือดของในถุงอัณฑะ (ศิริกาญจน์ เพือกเทศ 2528: 64) ได้ค่า 0.89 ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี (จวี มากพุ่ม 2530: 46) ได้ค่า 0.93 ในผู้ป่วยครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง (กัญญณี นิลยะ 2530: 58) ได้ค่า 0.85 ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่หน่วยเวชศาสตร์ทั่วไป โรงพยาบาลรามธิบดี (สุรีย์ เทพศุภรังษิกุล 2532: 46) และ ได้ค่า 0.92 ในญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (พิกุล ตันติธรรม 2533: ก)

ผู้วิจัยนำแบบวัดนี้ไปหาความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ 0.95 และสัมประสิทธิ์อัลฟาเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 100 ราย ได้ 0.87

2. การหาความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดการกระทำการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การหาความตรง ไรลีย์ (Riley 1989: 93-96) ได้ทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจจำนวน 6 คน เป็นผู้ตรวจสอบ ให้เกณฑ์ในการประเมินดังนี้คือ 1) คำถามนั้นสะท้อนถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือไม่ 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองนั้นเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือไม่ 3) คำถามและคำตอบใช้ภาษาได้เหมาะสมหรือไม่ สำหรับความตรงตามโครงสร้างยังไม่สามารถหาได้ เนื่องจากไรลีย์นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับการวิจัยที่มีตัวอย่างจำนวนน้อย คือ 26 คน ซึ่งไม่เพียงพอที่จะตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง

การหาความเชื่อมั่น ไรลีย์ (Riley 1989: 98-99) ได้หาความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบซ้ำ (ซึ่งไม่ได้บอกระยะห่างของช่วงทดสอบ) พบว่ามีความคงที่ทั้งก่อนและหลังในกลุ่มควบคุม ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน 0.77 และ หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82

สำหรับฉบับที่แปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับไทยโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน นำมาหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลของไอเอ็ม 1 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน นิยามาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แล้วนำไปหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัคได้ 0.80 สัมประสิทธิ์อัลฟาเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 60 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน (ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานานาชาตศาสตร์ ที่ทำการวิจัยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันแต่ต่างตัวแปร) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามธิบดี เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยนอกที่มาเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดจากเวชระเบียนผู้ป่วยตามรายชื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการตรวจในวันนั้น ๆ

2. หลังจากผู้ปวยที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้รับการชี้แจงน้ำหนักและรับหมายเลขตรวจแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย ได้ เข้า ไปขอความร่วมมือในการวิจัยและบันทึกสถิติของผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ (รายละเอียดในภาคผนวก ก)

3. เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในช่วงรอตรวจ และบางรายภายหลังจากที่ได้รับการตรวจเสร็จแล้ว โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยนำแบบสอบถามไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยในห้องสัมภาษณ์ที่จัดไว้โดยเฉพาะ และบันทึกคำตอบตามที่ผู้ป่วยเลือกทุกประการ ในรายที่สามารถทำแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียดจนผู้ป่วยเข้าใจแล้ว จึงให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อข้องใจได้ตลอดเวลา มีผู้ป่วยที่ทำแบบสอบถามด้วยตนเองเพียง 11 ราย

4. ผู้วิจัยเรียงลำดับของแบบสอบถามดังนี้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความผาสุก แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบวัดความรู้สึกรู้สึกค่าในตนเอง และแบบวัดการกระทำการดูแลตนเอง ทั้งนี้เพื่อไม่ต้องการให้เนื้อหาบางข้อในแบบวัดการกระทำการดูแลตนเองไปมีอิทธิพลต่อแบบวัดความวิตกกังวล ซึ่งอาจทำให้ผู้ตอบเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้ ในการตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ชุดนี้ ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

5. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบวัดการกระทำการดูแลตนเอง มาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS^x (Statistical Package for Social Science)

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การดูแลตนเอง กับ ความวิตกกังวล และปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และระดับความรุนแรงของโรค ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ ศึกษาถึงความสามารถของ ตัวแปรต่าง ๆ ในการทำนายการดูแลตนเอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะเสนอตามลำดับ ดังนี้คือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แหล่งประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ ความวิตกกังวล การดูแลตนเอง และผลการทดสอบสมมติฐาน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน 100 คน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงคือเพศชายร้อยละ 80 และเพศหญิง ร้อยละ 20 มีอายุระหว่าง 44 ถึง 84 ปี อายุเฉลี่ย 67.95 ปี กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 66 มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คือร้อยละ 52 ระยะเวลาในการศึกษาเฉลี่ย 4.94 ปี รายได้ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล คือร้อยละ 69 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 4.86 ปี ร้อยละ 93 มีประวัติการสูบบุหรี่ และเลิกสูบลแล้ว ถึงร้อยละ 92.47 ความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คือระดับที่ 3 ถึงร้อยละ 40 ค่าปริมาตรอากาศหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาที (FEV_1) ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 ราย มีค่าตั้งแต่ 390-2,010 มิลลิลิตร เฉลี่ย 941.3 มิลลิลิตร (รายละเอียดดูในตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=100)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน *		
ชาย	80	80	ไม่เกิน 2,000 บาท	6	6.38
หญิง	20	20	2,001 – 4,000 บาท	17	18.08
เชื้อชาติ			4,001 – 6,000 บาท	10	10.64
ไทย	67	67	6,001 – 8,000 บาท	11	11.70
จีน	32	32	8,001 – 10,000 บาท	11	11.70
อื่น ๆ (เวียดนาม)	1	1	10,001 – 12,000 บาท	6	6.38
สถานภาพสมรส			12,001 – 14,000 บาท	6	6.38
โสด หม้าย หย่า แยก	34	34	14,001 – 16,000 บาท	2	2.13
คู่	66	66	16,001 – 18,000 บาท	0	0
ระดับการศึกษา			18,001 – 20,000 บาท	5	5.34
ไม่ได้เรียน	17	17	20,001 บาทขึ้นไป	20	21.27
ประถมศึกษา	52	52			
มัธยมศึกษา	10	10	การจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
อาชีวะหรืออนุปริญญา	5	5	เบิกต้นสังกัด	63	63
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	3	จ่ายเอง	25	25
เรียนหนังสือนอกระบบ	13	13	สังคมสงเคราะห์	12	12
การสูบบุหรี่					
ไม่สูบ	7	7	ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล		
สูบ	93	93	ไม่มีปัญหา	69	69
เลิกสูบบุหรี่ **			มีปัญหาล็กน้อย	17	17
ยังไม่เลิกสูบ	7	7.53	มีปัญหปานกลาง	7	7
เลิกสูบแล้ว	86	92.47	มีปัญหามาก	7	7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของโรค			ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
ระดับที่ 1	6	6	1 ปี หรือ ต่ำกว่า	18	18
ระดับที่ 2	30	30	1 ⁺ - 3 ปี	28	28
ระดับที่ 3	40	40	3 ⁺ - 5 ปี	23	23
ระดับที่ 4	22	22	มากกว่า 5 ปี	31	31
ระดับที่ 5	2	2	ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ ***		
จำนวนบุหรี่ที่สูดต่อวัน **			1 ปี หรือ ต่ำกว่า	16	18.61
น้อยกว่า 20 มวน	28	30.11	1 ⁺ - 3 ปี	14	16.28
20 ถึง 40 มวน	59	63.44	3 ⁺ - 5 ปี	15	17.44
มากกว่า 40 มวน	6	6.45	มากกว่า 5 ปี	41	47.67

* n = 94

** n = 93

*** n = 86

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อายุ (ปี)	44 - 84	67.95	8.55
ระยะเวลาในการศึกษา (ปี)	0 - 16	4.94	3.91
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (ปี) *	1 - 68	38.36	13.82
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ (ปี)	7 - 55	20.90	9.32
FEV ₁ (มิลลิลิตร) **	390-2,010	941.30	399.51

* n = 93

** n = 46

แหล่งประ โยชน์ที่กลุ่มตัวอย่าง ได้รับความรู้หรือคำแนะนำ ในเรื่อง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63 ได้รับความรู้จากแพทย์ รองลงมาร้อยละ 38 ได้รับความรู้จากแหล่งต่าง ๆ ร้อยละ 21 ได้รับความรู้จากพยาบาล และมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับความรู้จากแหล่งใดเลยถึงร้อยละ 32 (รายละเอียดในตารางที่ 3)

นอกจากนี้ ร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง ได้รับความรู้จากแพทย์เพียงแหล่งเดียว มีเพียงร้อยละ 1 ที่ได้รับความรู้จากพยาบาลเพียงแหล่งเดียว และ ร้อยละ 2 ได้รับความรู้จากสื่อ ๆ ต่าง ๆ เพียงแหล่งเดียว

ตารางที่ 3 ความถี่ และ ร้อยละ ของแหล่งประ โยชน์ที่กลุ่มตัวอย่าง ได้รับความรู้หรือคำแนะนำ ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 100)

แหล่งประ โยชน์ที่ให้ความรู้ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)	จำนวน	ร้อยละ
แพทย์	63	63
พยาบาล	21	21
สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน ญาติพี่น้อง	12	12
สื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ เอกสารต่าง ๆ	38	38
ไม่ได้รับความรู้จากแหล่งใด	32	32

ความวิตกกังวล

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล มีค่าอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 20-60 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 39.53 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.49 ลักษณะของคะแนนมีทิศทางค่อนข้างเบ้ไปทางขวาเล็กน้อย (Skewness .317) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลค่อนข้างต่ำ

การดูแลตนเอง

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเอง มีค่าอยู่ระหว่าง 0-104 คะแนน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดไม่เท่ากันในแต่ละคน ผู้วิจัยจึงเทียบคะแนนการดูแลตนเองของแต่ละคนให้เป็นเกณฑ์เดียวกัน คือ เทียบเป็น 100 คะแนน ได้ค่าเปอร์เซ็นต์คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 45.65 - 92.71 เปอร์เซ็นต์ คะแนนเฉลี่ย 72.11 เปอร์เซ็นต์ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.97 ลักษณะของคะแนนมีทิศทางกระจายค่อนข้างเบ้ไปทางซ้ายเล็กน้อย (Skewness -.20) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการดูแลตนเองปานกลางค่อนข้างมาทางสูงเล็กน้อย

ผลการทดสอบสมมติฐาน

ในสมมติฐานข้อที่ 1 เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับการดูแลตนเอง สมมติฐานข้อที่ 2 3 และ 4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความวิตกกังวลและการดูแลตนเอง สมมติฐานข้อที่ 5 ศึกษาความสามารถของปัจจัยพื้นฐานและความวิตกกังวลในการทำนายการดูแลตนเอง ในการศึกษาที่ใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) และสมการทำนายถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) โดยตัวแปรที่มีการวัดระดับนามบัญญัติ (nominal scale) ได้แก่ เพศ และสถานภาพสมรส ผู้วิจัยได้แปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ก่อนการวิเคราะห์ โดยกำหนดค่าที่ใช้ในการแปลง ดังนี้คือ เพศชาย = 0 เพศหญิง = 1 สถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก = 0 มีคู่ = 1 ผลการวิเคราะห์ มีดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ จากตารางที่ 4 พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสัมพันธ์เป็นไปในทางลบ $r(98) = -.42$ $p < .001$ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีความวิตกกังวลสูงมีแนวโน้มการดูแลตนเองต่ำ ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 1 จึงได้รับการสนับสนุน

สมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวว่า ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลและสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r(98) = -.17$ $p < .05$ และ ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r(98) = .37$ $p < .001$ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีระยะเวลาในการศึกษาสูงมีแนวโน้มความวิตกกังวลต่ำและมีแนวโน้มการดูแลตนเองสูง ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 2 จึงได้รับการสนับสนุน (รายละเอียดในตารางที่ 4)

สมมติฐานข้อที่ 3 กล่าวว่าปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลและสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการศึกษานี้พบว่า ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r(98) = .46$ $p < .001$ และปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r(98) = -.28$ $p < .01$ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลสูงมีแนวโน้มความวิตกกังวลสูง และมีแนวโน้มการดูแลตนเองต่ำ ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 3 จึงได้รับการสนับสนุน นอกจากนี้ยังพบว่า ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r(98) = -.24$ $p < .01$ นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างยังมีการศึกษาสูงมีแนวโน้มปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลน้อย (ตารางที่ 4)

สมมติฐานข้อที่ 4 กล่าวว่า ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลและสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความรุนแรงของโรค กับความวิตกกังวล และการดูแลตนเอง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $r(98) = .10$ $p > .05$; $r(98) = -.14$ $p > .05$ ตามลำดับ ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 4 จึงไม่ได้รับการสนับสนุน (ตารางที่ 4)



เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมของตัวแปรอื่น ๆ ในปัจจุบันพื้นฐานบางประการ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลและมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ $r(98) = .18 \quad p < .05$; $r(98) = -.24 \quad p < .01$ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีแนวโน้มความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชายและมีแนวโน้มการดูแลตนเองต่ำกว่าเพศชาย สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r(98) = .22 \quad p < .05$ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคู่สมรสมีแนวโน้มการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีคู่สมรส นอกจากนี้ยังพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r(98) = -.39 \quad p < .001$ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีแนวโน้มการศึกษาสูงกว่าเพศหญิง อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r(98) = .23 \quad p < .05$ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างยิ่งมีอายุมากมีแนวโน้มระดับความรุนแรงของโรคสูง (รายละเอียดดูในตารางที่ 4)

นอกจากนี้ยังพบว่า ค่า FEV_1 มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r(98) = -.53 \quad p < .001 \quad (n = 46)$ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างยิ่งมีค่า FEV_1 ต่ำ มีแนวโน้มระดับความรุนแรงของโรคสูง

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ($n = 100$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ระยะเวลาในการศึกษา	1.00							
2. ปัญหาค่าใช้จ่ายฯ	-.24**	1.00						
3. ระดับความรุนแรงฯ	-.16	.04	1.00					
4. เพศ	-.39***	.07	.14	1.00				
5. อายุ	-.04	-.18*	.23*	-.14	1.00			
6. สถานภาพสมรส	.26**	.09	-.20*	-.38***	-.06	1.00		
7. ความวิตกกังวล	-.17*	.46***	.10	.18*	-.08	.12	1.00	
8. การดูแลตนเอง	.37***	-.28**	-.14	-.24**	.00	.22*	-.42***	1.00

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

ค่าตัวแปร

เพศ 0 = ชาย

1 = หญิง

สถานภาพสมรส

0 = โสด 1 = หย่า แยก

1 = คู่

สมมติฐานข้อที่ 5 กล่าวว่า ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระดับความรุนแรงของโรค และความวิตกกังวล สามารถทำนายการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ จากตารางที่ 5 เมื่อนำตัวแปรทั้ง 4 ตัวข้างต้นเข้าในสมการทำนาย โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ มีเพียง 2 ตัวคือ ความวิตกกังวล และระยะเวลาในการศึกษา โดยที่ความวิตกกังวลถูกเลือกเข้ามาในสมการก่อน และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 18 $F(1,98) = 21.11$ $p < .001$ ระยะเวลาในการศึกษาถูกเลือกเข้าเป็นอันดับที่ 2 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 9 $F(2,97) = 11.99$ $p < .001$ ทั้งความวิตกกังวลและระยะเวลาในการศึกษาสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 27 และมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(2,97) = 17.73$ $p < .001$ ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 5 จึงได้รับการสนับสนุนบางส่วน

ตารางที่ 5 การใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) วิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานด้าน ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระดับความรุนแรงของโรค และ ความวิตกกังวล ในการทำนายการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 100$)

ตัวแปร	ลำดับตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการ	R Square	R Square Change	F Change	P	Beta
ความวิตกกังวล	1	.18	.18	21.11	.001	-.42
ระยะเวลาในการศึกษา	2	.27	.09	11.99	.001	.36

overall $F(2,97) = 17.73$ $p < .001$

กล่าวโดยสรุปได้ว่า จากผลการทดสอบสมมติฐานทั้ง 5 ข้อ สมมติฐานข้อที่ 1 2 และ 3 ได้รับการสนับสนุน สมมติฐานข้อที่ 4 ไม่ได้รับการสนับสนุน และสมมติฐานข้อที่ 5 ได้รับการสนับสนุนบางส่วน

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม โดยนำปัจจัยพื้นฐานด้าน เพศ อายุ และสถานภาพสมรส เข้าในสมการทำนายร่วมกับตัวแปรที่ศึกษาข้างต้น โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) พบว่า มีตัวแปรที่สามารถทำนายการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญเพิ่มขึ้นอีก 1 ตัวแปร คือ สถานภาพสมรส โดยถูกเลือกเข้ามาในสมการทำนายเป็นอันดับที่ 3 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4 $F(3,96) = 5.13$ $p < .05$ ทั้งความวิตกกังวล ระยะเวลาในการศึกษา และสถานภาพสมรส สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 31 และมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(3,96) = 14.03$ $p < .001$ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 การใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) วิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระดับความรุนแรงของโรค และความวิตกกังวล ในการทำนายการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 100$)

ตัวแปร	ลำดับตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการ	R Square	R Square Change	F Change	P	Beta
ความวิตกกังวล	1	.18	.18	21.11	.001	-.42
ระยะเวลาในการศึกษา	2	.27	.09	11.99	.001	.36
สถานภาพสมรส	3	.31	.04	5.13	.026	.22

overall $F(3,96) = 14.03$ $p < .001$

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการสัมภาษณ์ผู้ปวย ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในเรื่องการดูแลตนเองที่นอกเหนือจากแบบสอบถามได้ดังนี้

1. การคงสภาพการทำงานของปอด ผู้ปวยส่วนใหญ่มีวิธีทำให้เสมหะอ่อนตัวโดยดื่มน้ำมาก ๆ รับประทานยาละลายเสมหะ หรือยาแก้ไอ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดส่วนใหญ่ใช้วิธีสูดหายใจเข้าออกยาว ๆ และลึก ๆ มีเพียงส่วนน้อยที่ใช้การหายใจแบบเป่าปาก (purse lip)

2. การคงความสามารถในการประกอบกิจกรรมและการพักผ่อน ส่วนใหญ่ออกกำลังกายโดยการเดินและกาสบริหาร สำหรับวิธีที่ช่วยให้นอนหลับส่วนใหญ่รับประทานยานอนหลับตามแผนการรักษา บางรายฟังวิทยุ ฟังเพลง ฟังรายการธรรมะ หรือ นอนไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะหลับไปเอง

3. การเรียนรู้เรื่องยาและการรักษา เมื่อผู้ปวยมีอาการแพ้ยามักจะลดหรือหยุดยาเอง มีบางรายที่รายงานให้แพทย์ทราบ

4. การเรียนรู้การป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อน ผู้ปวยส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงมลภาวะโดยไม่เข้าไปอยู่ในบริเวณดังกล่าว หรือใช้ผ้าปิดจมูก การบรรเทาอาการเหนื่อยหอบโดยการหยุดพัก ลดหรือหยุดกิจกรรม พ่นยาขยายหลอดลม หรือใช้ร่วมกัน 2 วิธี มีเพียงบางรายที่ใช้วิธีหายใจแบบเป่าปาก เมื่อมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนใหญ่อะไรรับประทานเอง รองลงมารับประทานยาร่วมกับการดูแลตนเอง เช่น ดื่มน้ำอุ่น มีบางรายไปพบแพทย์ วิธีป้องกันตนเองจากผู้ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โดยการไม่เข้าไปใกล้ชิด การบรรเทาอาการเสีและลดความวิตกกังวลส่วนใหญ่ใช้วิธีการทางศาสนา เช่น การปลง สวดมนต์ ทำสมาธิ อ่านหนังสือธรรมะ บางรายหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเสี การหยุดสูบบุหรี่สำหรับผู้ปวยส่วนใหญ่หยุดสูบบุหรี่เพราะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ มีถึง 31 รายที่หยุดสูบบุหรี่ด้วยตนเองเนื่องจากมีอาการไอ หายใจไม่สะดวก และเหนื่อย

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลตนเองเรื่อง การรับประทาน อาหาร การดื่มน้ำ วิธีการทำให้เสมหะอ่อนตัว วิธีไอที่ถูกต้อง วิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การใช้ยา และการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ผู้ปวยที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อย เป็นเพราะอายและเหนื่อย ผู้ปวยที่ไม่เคยซักถามข้อสงสัยจากบุคลากรทีมสุขภาพ เนื่องจากเกรงใจและตั้งคำถามไม่เป็น

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลจะอภิปรายถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และ แหล่งที่ผู้ป่วยได้รับความรู้ ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานบางประการ และการดูแลตนเอง รวมทั้งความสามารถในการทำนุภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและแหล่งที่ได้รับความรู้

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา รายได้ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 93 มีประวัติการสูบบุหรี่ และส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่วัยรุ่น โดยสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานานเฉลี่ยถึง 38.36 ปี ซึ่งจะเห็นได้ว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาค้นคว้านี้ตรงกับหลายรายงานที่บ่งชี้ลักษณะของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น ในด้าน อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการสูบบุหรี่ (อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ 2531 ; จิระพันธ์ สมทวัชย์และคณะ 2526 ; McSweeney, et al. 1982) ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นถึงอุบัติการณ์หรือระบาดวิทยา (epidemiology) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และบ่งชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาค้นคว้านี้สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

สำหรับแหล่งประโยชน์ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยส่วนใหญ่คือแพทย์ผู้รักษา โดยมีเพียงส่วนน้อยที่ตอบว่าได้รับความรู้จากพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ที่ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในแผนกตรวจผู้ป่วยนอกพยาบาลมักทำหน้าที่ในการจัดให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมักกระทำในรูปแบบอื่น เช่น การแจกเอกสารหรือคู่มือการปฏิบัติตัวแทนการให้คำแนะนำจากพยาบาลโดยตรง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ว่าเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาล ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับจากสื่อต่าง ๆ จึงสูงกว่าที่ได้รับจากพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับความรู้จากพยาบาลโดยตรงมักเป็นผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพยาบาลกระทำการบทบาทเป็นผู้พัฒนาหรือจัดหาแหล่งข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยมากกว่าที่จะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยตรง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32 ไม่ได้ได้รับความรู้จากแหล่งใดเลย ส่วนมากไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคของตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีผู้รับผิดชอบดูแลซึ่งอาจได้รับความรู้จากแหล่งต่าง ๆ โดยผู้ป่วยไม่ทราบ หรืออาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ จึงอาจหลงลืมหรือจำไม่ได้ว่าเคยได้รับความรู้จากแหล่งใดบ้าง และการเจ็บป่วย

เป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ป่วยค้นพบวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ผลการศึกษาส่วนนี้แตกต่างจากการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายได้รับความรู้จากแพทย์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแพทย์ต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้ได้ผลนอกเหนือจากการใช้ยาควบคุม เช่น การลดอาหารเค็ม เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แหล่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างข้างต้นแตกต่างจากแหล่งข้อมูลของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ในงานวิจัยของ ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล (2533: 68) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้าถามข้อมูลจากแพทย์โดยตรงเนื่องจากผู้ป่วยมิได้มองแพทย์ในฐานะเป็นที่ปรึกษา

การดูแลตนเอง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า คะแนนการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ปานกลางค่อนข้างสูงเล็กน้อย ($\bar{X} = 72.11$, $SD = 10.97$, $Skewness = -.20$) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 32 ไม่ได้ได้รับความรู้จากแหล่งใดเลยก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็จะมีการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง เนื่องจากการดูแลตนเองในทัศนะของโอเร็มเป็นเรื่องของธรรมชาติและเป็นการปรับหน้าที่ของมนุษย์เพื่อความอยู่รอดของตน บุคคลเป็นผู้ที่มีเหตุผล มีความสามารถที่จะเรียนรู้และมีความต้องการที่จะดูแลตนเองเพื่อให้ชีวิตอยู่รอดปลอดภัย (Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, ใน ลือชัย ศรีเงินแสง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ 2533: 150) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน ผู้ป่วยจึงเรียนรู้การดูแลตนเองจากประสบการณ์ โดยปรับให้สอดคล้องกับการประกอบกิจกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อความอยู่รอดของชีวิตได้ การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองในเรื่อง การฉีดยาหรืออาการผิดปกติจากการใช้ยา การฟื้นฟูสภาพปอด การซักถามปัญหาจากบุคลากรทางการแพทย์ การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก จ)

ความวิตกกังวล

ในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลค่อนข้างต่ำ ($\bar{X}=39.53$ $SD = 8.49$, $Skewness = 0.317$) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาต่าง ๆ ที่ผ่านมามีทั้งในผู้ป่วยและในคนปกติ (ชมชื่น สมประเสริฐ 2526, ศิริกาญจน์ เพ็ญเทศ 2527, จวี มากพุ่ม 2530) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญจน์ นิลยะ (2530) สุรีย์ เทพสุราษฎร์กุล (2532) และ พิกุล ตันติธรรม (2533) การศึกษาทั้งหมดนี้ใช้เครื่องมือเดียวกันในการวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ

จึงพอสรุปได้ว่า การที่ผลการศึกษานี้มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นโรคเรื้อรังที่เจ็บป่วยมานาน ส่วนใหญ่มาดูตามนัดสม่ำเสมอและให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถกระทำการดูแลตนเองได้ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต ทั้งนี้เพราะการแสดงอารมณ์รุนแรง ไม่ว่าดีใจหรือเสียใจจะทำให้เหนื่อยมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงตกอยู่ในภาวะที่ต้องอดกลั้นและระงับความรู้สึก กลายเป็นคนเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงความคิดเห็นร้าย (สมพร บุรราชกิจ, ใน สมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ 2531: 380) ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เผชิญกับความวิตกกังวลได้ค่อนข้างดี โดยการใช้วิธีการทางศาสนา เช่น การปลง การทำสมาธิ การสวดมนต์ หรือใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น นอกจากนี้ความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีแหล่งประโยชน์ทางจิตสังคมน้อย เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ขาดแรงสนับสนุนด้านความรัก ขาดความรู้สึกมีคุณค่า (Dudley, et al. 1980: 414) แต่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารั้งนี้ ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ไม่ต้องรับภาระทำงานเลี้ยงครอบครัว ไม่เดือดร้อนทางการเงิน มีลูกหลานคอยดูแลห่วงใย และรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า จึงทำให้คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำและใกล้เคียงกับคนปกติ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาน่าจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าที่เป็นจริง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถแสดงความวิตกกังวลออกมาได้ หรือ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในลักษณะที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมตามที่สังคมยอมรับ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวล

การศึกษารั้งนี้พบว่า ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล นั่นคือ บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรังษี กาวีเวท (2514) และ เวลส์และคณะ (Wells, et al. 1986 cited in Domar, et al. 1989: 764) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าการที่บุคคลไม่สามารถประเมินหรือคาดการณ์ล่วงหน้าได้ถึงสิ่งที่จะมาคุกคาม และความไม่แน่นอนหรือความคลุมเครือของเหตุการณ์ในอนาคต ที่บุคคลไม่สามารถล่วงรู้ได้นั้น บุคคลจะรู้สึกว่าเป็นการถูกคุกคาม มีผลก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น (Gray 1978 อ้างใน กนกพร สุคำวัง 2528: 39) ซึ่งบุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อย มักไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่เป็น ไม่สามารถคาดการณ์ถึงอันตรายหรือความรุนแรงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต จึงมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง เพราะการศึกษาช่วยให้บุคคลเฉลียวฉลาด มีความสามารถในการแสวงหาความรู้ รู้จักคิดและใช้เหตุใช้ผลประเมินเหตุการณ์ข้างหน้าที่จะเกิดขึ้นได้มากกว่า จึงรู้สึกว่าถูกคุกคามน้อยกว่า ทำให้ความวิตกกังวลต่ำ สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลและมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะมีความวิตก

กังวลลดลง (วริษา วชิราวัฒน์ 2526, กนกพร สุคำว้าง 2528, กัญจน์ ผลิตะ 2530, จวี มากพุ่ม 2530, สุรีย์ เทพสุรังษิกุล 2532 , และ นิกุล ตันติธรรม 2533)

ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล นั่นคือ บุคคลที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจมากจะมีความวิตกกังวลสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์ใหญ่ การีเวท (2514) ซึ่งอธิบายได้ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการครองชีพ เพราะเป็นปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำ จะมีความรู้สึกเป็นทุกข์ (subjective distress) (McSweeny, et al. 1982: 478) ใน เรื่องของค่าครองชีพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว มีความเครียดที่เกิดจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง (economic strain) เนื่องจากไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ รายได้ลดลง (Sexton 1990: 196) ปัญหาทางเศรษฐกิจจึงมีผลกระทบต่อง่ายและครอบครัวมาก ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีและไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จึงมีความวิตกกังวลต่ำกว่า

ระดับความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล นั่นคือ ความรุนแรงของโรคในระดับสูงไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อมีความวิตกกังวลสูงก็จะนำไปสู่การหายใจลำบากและเหนื่อยมากขึ้น (Post & Collin 1981-1982: 174) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะรุนแรงจะไม่สามารถแสดงอารมณ์ออกมาได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์จะทำให้โรครุนแรงมากขึ้น (Dudley 1973 cited in Dudley, et al. 1980: 414) ผู้ป่วยจึงมักเป็นคนเฉย ๆ เก็บซ่อนความรู้สึกไว้ภายใน ไม่ค่อยแสดงความรู้สึกยินดีร้าย เพราะต้องอดกลั้นความรู้สึกเอาไว้เพื่อไม่ให้เหนื่อยมากขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (สมพร บุชราทิจ, ใน สมชัย บวรกิตติและนักภา มาระเนตร์, บรรณาธิการ 2531: 380) อาการรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเกิดขึ้นเป็นช่วง ๆ และแต่ละช่วงรุนแรงไม่เท่ากัน ในขณะที่สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการรุนแรงของโรคอยู่ในช่วงที่สงบ ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอและสามารถปรับตัวได้ ระดับความรุนแรงของโรคจึงไม่มีผลโดยตรงต่อความวิตกกังวล ดังนั้น แม้ความรุนแรงของโรคจะอยู่ในระดับสูง ความวิตกกังวลจึงไม่ได้สูงตามไปด้วย ซึ่งแม้ทัศนคติและคณะให้ข้อคิดเห็นว่า ความรุนแรงของโรคอาจจะไม่ได้เป็นตัวบ่งบอกว่าผู้ป่วยสามารถเผชิญ (coping) กับโรคได้ดีเพียงใด แต่ดูเหมือนว่า อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการทำงานของจิตประสาท (neuropsychosocial functioning) จะเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญถึงความสามารถของบุคคลในการเผชิญกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (McSweeny, et al. 1982: 477)

นอกจากนี้ยังพบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโดมาร์และคณะ (Domar, et al. 1989: 765) และการศึกษาอื่น ๆ (Graham & Conley 1971, Mathews & Ridgeway 1981, and Wolfer & Davis 1970 cited in Domar, et al. 1989: 764) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพศหญิงกล้าแสดงความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย (Domar, et al. 1989: 764) และเพศหญิงมีอารมณ์รุนแรง ตกใจ และวิตกกังวลใจง่ายกว่าเพศชาย (วารสารสมาคมจิตแพทย์ 2527 อ้างใน เขาวลัทธิ มหาลัทธิวิวัฒน์ 2529: 96) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เพศหญิงจึงรับรู้ได้มาก และประหมัดถึงความปลอดภัยในระดับที่สูงกว่าเพศชาย (เขาวลัทธิ มหาลัทธิวิวัฒน์ 2529: 96)

ปัจจัยที่สัมพันธ์และทำนายการดูแลตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลและระยะเวลาในการศึกษา สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 27 เมื่อเพิ่มสถานภาพสมรสในการทำนาย พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 4 ดังนั้น ความวิตกกังวล ระยะเวลาในการศึกษา และ สถานภาพสมรส สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 31 ที่เหลืออีกร้อยละ 69 อธิบายได้ด้วยตัวแปรอื่นที่ไม่ได้รวมไว้ในการศึกษาครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความตรงของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ในบางส่วน นอกจากนี้ยังพบว่า ความวิตกกังวลเป็นตัวทำนายการดูแลตนเองที่ดีที่สุด คือความวิตกกังวลสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ถึงร้อยละ 18 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) สูงที่สุด และยิ่งกว่านั้นยังพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงจะดูแลตนเองได้น้อย ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษา (Evans, et al. 1989: 486 ; Light 1985: 35,38 ; Agle & Baum 1977: 751 ; Lustig, et al. cited in Dudley, et al. 1980: 414) ซึ่งข้อค้นพบนี้สามารถอธิบายได้ด้วยความเชื่อของแม็คสวินนี่และคณะ คือความวิตกกังวลจะรบกวนลิมบิกในสมอง (Limbic disturbance) ผลที่ตามมาคือการพร่องของออกซิเจน (hypoxemia) และกระทบต่อการเรียนรู้ ทำให้ความสามารถในการใช้เหตุใช้ผลการรับรู้ และความจำลดลง (McSweeny, et al. 1982: 478) ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นความสามารถในการดูแลตนเอง ขณะที่ความวิตกกังวลสูงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ เนื่องจากอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (psychological resilience) ความเข้มแข็งของจิตใจ (ego strength) ลดลง ระดับพลังงานต่ำลง (low levels of vigor) และอ่อนเพลีย (fatigue) (McSweeny, et al. 1982: 477) ดังนั้นแรงจูงใจที่จะกระทำ

การดูแลตนเองจึงลดลงไปด้วย นอกจากนี้ ความวิตกกังวลสูงทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบากและเหนื่อยมากขึ้น ความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เพิ่มขึ้นได้ นั่นคือ บุคคลที่มีความวิตกกังวลสูงจึงกระทำการดูแลตนเองได้น้อยกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลต่ำ

ความวิตกกังวลและการดูแลตนเองในกลุ่มตัวอย่างนี้มีความสัมพันธ์แบบเส้นตรง ซึ่งไม่สอดคล้องกับเซอร์สส์และด็อดสัน ที่กล่าวว่า ความวิตกกังวลกับการเรียนรู้และการประกอบกิจกรรม (ซึ่งการเรียนรู้และการประกอบกิจกรรมเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเอง) มีความสัมพันธ์กันเป็นเส้นโค้งแบบตัวอุกลับ (overted U-shaped) (Yerks & Dodson 1908 cited in Lader & Marks 1971: 112-113) กล่าวคือ ความวิตกกังวลในระดับต่ำ ความสามารถในการประกอบกิจกรรม และการเรียนรู้เพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ถึงขีดสูงสุด ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง บุคคลจะตื่นตัว มีการปรับตัว สมานและความจำดีขึ้น ถ้าเป็นการประกอบกิจกรรมที่ไม่ยากบุคคลที่มีความวิตกกังวลปานกลางจะทำได้ดีที่สุด ส่วนความวิตกกังวลระดับสูง บุคคลจะรู้สึกสับสน ความคิดกระจัดกระจาย มีอาการอ่อนเพลียและหมดกำลัง การควบคุมตนเองสูญเสียไป กระทำพฤติกรรมต่าง ๆ โดยไม่มีเหตุผล ความสามารถในการประกอบกิจกรรมลดลงมาก (Smitherman 1981 cited in Campbell 1985 ; Jimerson 1982 ; Stuart & Sundeen 1983) ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงจึงดูแลตนเองได้น้อย สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 20-60 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนต่ำสุด 20 คะแนน มีเพียง 1 ราย คือ เลือกคำตอบระดับสเกล 1 ในทุกข้อคำถาม ซึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลนั้นไม่มีความวิตกกังวล เนื่องจากคะแนนของสเกล 1 หมายถึงมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำสุด ซึ่งเป็นเสมือนแรงจูงใจในการดูแลตนเองนั่นเอง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถแสดงความรู้สึกที่แท้จริงออกมาได้ (emotional striatjackets) เพราะความวิตกกังวลทำให้สูญเสียพลังงาน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีพลังงานไม่เพียงพออยู่แล้ว และอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในลักษณะที่สังคมยอมรับ ดังนั้น ความวิตกกังวลที่แท้จริงของผู้ป่วยจึงสูงกว่าความวิตกกังวลที่แสดงออกมา นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอาจมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางและค่อนข้างสูง ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างจึงตกอยู่ในช่วงท้ายของเส้นกราฟรูปตัวอุกลับ ซึ่งเป็นเส้นตรง (linear) และเป็นไปในทางลบ อย่างไรก็ตาม บุคคลที่ปอดมีพยาธิสภาพ มีทุนสำรองของออกซิเจนน้อยอยู่แล้ว ความวิตกกังวลแม้เพียงเล็กน้อยก็จะทำให้ทุนสำรองของออกซิเจนยิ่งลดต่ำลงไปอีก มีผลต่อการรู้คิด (cognitive) ของผู้ป่วย จึงทำให้ไม่สามารถกระทำการดูแลตนเองได้ ซึ่งข้อค้นพบนี้อาจกล่าวได้ว่า แนวคิดเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับการประกอบกิจกรรมในบุคคลที่มีพยาธิสภาพของปอด โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาจจะไม่เป็นไปตามแนวคิดของเซอร์สส์และด็อดสัน (Yerks & Dodson 1908 cited

in Lader & Marks 1971: 112-113)

ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง นั่นคือ บุคคลที่มีการศึกษายิ่งสูงจะมีผลทำให้บุคคลนั้นมีการดูแลตนเองสูงมากขึ้น การศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาต่างๆที่ผ่านมาทั้งในผู้ป่วยและในคนปกติ (เรมวอล เน้นท์คูว์นัม 2524 ; รัตน มาศเกษม 2527 ; จารุวรรณ ทินติสุวรรณ 2528 ; กัทรา จุฬารัตนา 2529 ; จิรภา หงษ์ตระกูล 2532 ; Hanucharurnkul 1989 ; และ จอนมะจง เฟิงจาด 2533) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การศึกษาทำให้บุคคลมีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความสามารถในการใช้เหตุใช้ผลที่จะคิดและตัดสินใจ หรือเลือกที่จะกระทำได้อย่างถูกต้อง รู้จักแสวงหาความรู้ไม่ว่าจะโดยการอ่านด้วยตนเอง ชักถามหรือขอคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่มีประสบการณ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาวางแผนในการดูแลตนเอง ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของโอเร็มที่ว่า ความสามารถในการดูแลตนเองพัฒนาได้จากกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเอง จากสติปัญญา จากการได้รับคำแนะนำชี้แนะจากบุคคลอื่น และจากประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจที่จะกระทำ การดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนการกระทำตามแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Orem 1985: 106-107) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อย มักติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์น้อยกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากขาดความรู้และทักษะที่จะตั้งคำถาม จึงไม่กล้าที่จะถาม ประกอบกับลักษณะของคนไทยที่สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษามีขอบเขต (territory) แพทย์ทำหน้าที่ตัดสินใจในการให้ข้อมูลและการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยจึงมักยกหน้าที่นี้ให้กับแพทย์เพราะเชื่อว่าแพทย์ย่อมมีความรู้ดีกว่าตน

ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง นั่นคือผู้ที่ มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลมากมักจะมีการดูแลตนเองต่ำ ซึ่งอธิบายได้ว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะให้ผู้ป่วยจัดหาปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ขาดปัจจัยที่จะสนองตอบต่อการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและเหมาะสม ไม่สามารถแสวงหาความช่วยเหลือในการรักษาได้ทันที จึงมีโอกาสเกิดอันตรายได้มาก (McSweeney, et al. 1982: 478) ข้อค้นพบนี้สนับสนุนแนวคิดของโอเร็ม ที่เน้นถึงแหล่งประโยชน์ว่ามีผลโดยตรงต่อการดูแลตนเองและการปรับตัวเข้ากับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Orem 1985: 89)

ระดับความรุนแรงของโรคไม่สัมพันธ์กับการดูแลตนเอง แสดงว่าการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างจะดีหรือไม่ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ยัมวิไล (2531) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ระดับความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นทำให้ความต้องการ

การการดูแลตนเองทั้งหมดเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้น ผู้ป่วยจะพยายามเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อที่จะสนองตอบต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้นตามแนวคิดของโอเร็มที่ว่า การดูแลตนเองเป็นการปรับหน้าที่ของมนุษย์เพื่อความอยู่รอดของตน (Orem 1985) แต่ผู้ป่วยมีพลังงานสำรองจำกัดจึงไม่สามารถสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นจึงดูเหมือนว่าระดับความรุนแรงของโรคไม่สัมพันธ์กับการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตาม แม้ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคกับการดูแลตนเองไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็มีแนวโน้มว่าความสัมพันธ์นี้จะไปในทางลบ ($r = -.14$) คือเมื่อระดับความรุนแรงของโรคมากขึ้นมีที่ว่าการดูแลตนเองจะลดลงเนื่องจากในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นรุนแรง ผู้ป่วยจะทนทุกข์ทรมานจากการหายใจลำบากและต้องออกแรงมากขึ้นเมื่อหายใจออก (force exhalation) ซึ่งถ้าเป็นมากขึ้นจะทำให้เกิดหอบเหนื่อย เลือดพร่องออกซิเจน (hypoxemia) และมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (hypercapnia) (สมจิต หนูเจริญกุล, ใน สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ 2531: 247)ภาวะพร่องออกซิเจนมีผลต่อเซลล์สมองทำให้การรู้คิด (cognitive) ลดลง และมีผลกระทบต่อจิตประสาท (neuropsychologic) เช่น ความจำเสื่อม ความรู้สึกสับสน หูตึงตาพร่า หงุดหงิด จุกแฉับ กังวล เวียนศีรษะ ฝันร้าย (สุชัย เจริญรัตนกุล และ สมชัย บวรภิตติ, ใน สมชัย บวรภิตติ และ นันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ 2531: 143) ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้มีผลกระทบต่อการดูแลตนเอง เพราะบุคคลจะไม่สามารถวินิจฉัยและตัดสินใจที่จะนำไปสู่การกระทำการดูแลตนเองได้ นั่นคือเมื่อระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นบุคคลจึงน่าจะดูแลตนเองได้น้อยลง นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและการดูแลตนเองอาจจะมีนัยสำคัญทางสถิติ ถ้าเกณฑ์การวัดระดับความรุนแรงของโรคมีความไว (sensitivity) สูงพอ และจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกันมีมากพอ

การศึกษานี้ยังพบว่า เพศชายดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศหญิง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล และ ประคอง อินทรสมบัติ (2531) จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) และ สันธยา นิธิกุล (2533) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีของโอเร็มที่ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem 1985) ซึ่งข้อค้นพบนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าและมีการศึกษาน้อยกว่าเพศชาย จึงทำให้เพศหญิงดูแลตนเองต่ำกว่าเพศชาย

กล่าวโดยสรุป ผลการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ความวิตกกังวล ระยะเวลาในการศึกษา และสถานภาพสมรส ซึ่งตัวแปรทั้งหมดนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 31 เหลืออีกร้อยละ 69 ที่อธิบายได้ด้วยตัวแปรอื่นที่ไม่ได้รวมไว้ในการศึกษาครั้งนี้ จึงต้องการการศึกษาปัจจัยอื่นในการที่จะส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

ข้อจำกัดในด้านความตรงภายใน (Internal Validity) ของงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. การเก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์ อาจมีผลต่อคำตอบของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดความลำเอียงได้จากการตอบในลักษณะที่สังคมยอมรับเพื่อเอาใจผู้สัมภาษณ์ ทั้งการตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลและการกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งทำให้มีผลต่อความตรงของงานวิจัยได้
2. ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความลำเอียงที่เกิดขึ้นได้จากตัวผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยในการอ่านและอธิบายข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ ซึ่งผู้วิจัยมีความคาดหวังในผลของการวิจัย อาจทำให้มีอิทธิพลต่อการตอบของกลุ่มตัวอย่างได้ นอกจากนี้ การสัมภาษณ์ที่ใช้เวลานานเกิน 45 นาที ทำให้กลุ่มตัวอย่างบางรายขาดความตั้งใจฟัง ซึ่งอาจมีผลต่อคำตอบได้

ข้อจำกัดในด้านความตรงภายนอก (External Validity) ของงานวิจัยนี้ ได้แก่

1. งานวิจัยนี้ไม่สามารถนำไปอ้างอิงถึงผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสถานที่อื่นได้ เนื่องจาก การศึกษานี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับการดูแลตนเองในประเทศไทย จึงยังไม่มีผลการศึกษาอื่นมาสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว ดังนั้นจึงยังต้องการการศึกษาอีกต่อไปในประชากรที่แตกต่างกัน หากผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกันก็จะทำให้การสรุปอ้างอิงมีความตรงได้มากขึ้น
2. งานวิจัยนี้มีแบบสอบถามอีก 2 ชุด (คือ แบบวัดความผาสุก และแบบวัดความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง) ที่นอกเหนือไปจากการวัดความวิตกกังวลและการกระทำการดูแลตนเอง จึงไม่อาจนำไปอ้างอิงถึงผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มอื่นได้ เนื่องจากมีงานวิจัยอื่นร่วมด้วย

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อควบคุมความเจ็บป่วย หลีกเลี่ยงอาการกำเริบ และลดความก้าวหน้าของโรค ดังนั้นการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาล ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และความสามารถของตัวแปรเหล่านี้ในการทำนายนการดูแลตนเอง โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิก โรคปอดและคลินิกอายุรกรรมทั่วไป แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามคำแหง ระหว่างวันที่ 3 กันยายน 2533 ถึง วันที่ 14 มกราคม 2534 จำนวน 100 ราย ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) ได้รับการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน 2) สามารถเข้าใจภาษาไทยและมีการรับรู้ดี สื่อความหมายเข้าใจกันได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ทันทิศา คชภักดี และคณะ ได้แปลมาจากแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสไปล์เบอร์เจอร์ (State - Trait Anxiety Inventory Form X-1) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) โดยวิธี known-groups technique (Spielberger, et al. 1970: 9-12) ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.95 และในการวิจัยครั้งนี้ในกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย พบว่ามีความเที่ยงของความสอดคล้องภายใน 0.87 3) แบบวัดการกระทำการดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน ได้แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดการกระทำการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Riley Self-Care Action Scale) ที่สร้างโดยไรลีย์ (Riley 1989) และเครื่องมือทั้งภาษาไทยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม 1 ท่าน และอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยลักษณะ

เหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.80 ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามครบทุกข้อมีจำนวน 60 ราย ได้ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายใน 0.75

นอกจากนั้นในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันนี้มีการวิจัยอื่นร่วมด้วย จึงมีเครื่องมือเพิ่มอีก 2 ชุด คือ แบบวัดความฉลาด และแบบวัดความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง โดยผู้วิจัยเรียงแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด ตามลำดับดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความฉลาด 3) แบบวัดความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง 4) แบบวัดความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง และ 5) แบบวัดการกระทำการดูแลตนเอง

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน เก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม มีผู้ پاسخ 11 ราย ที่ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และวิเคราะห์ผลการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS^x

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลค่อนข้างต่ำ ($\bar{X} = 39.53$ SD = 8.49) คะแนนการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ปานกลางค่อนข้างสูงเล็กน้อย ($\bar{X} = 72.11$ SD = 10.97) และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r(98) = -.42$ $p < .001$ ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r(98) = .37$ $p < .001$; $r(98) = -.17$ $p < .05$ ตามลำดับ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองและสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r(98) = -.28$ $p < .01$; $r(98) = .46$ $p < .001$ ตามลำดับ และยังพบว่า ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r(98) = -.24$ $p < .01$ ในขณะที่ระดับความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองและความวิตกกังวล $r(98) = -.14$ $p > .05$; $r(98) = .10$ $p > .05$ ตามลำดับ นอกจากนี้ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า เพศชายมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิงและมีความวิตกกังวลต่ำกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r(98) = -.24$ $p < .01$; $r(98) = .18$ $p < .05$ ตามลำดับ สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล $r(98) = .22$ $p < .05$; $r(98) = .12$ $p > .05$ ตามลำดับ ระดับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับปริมาณอากาศหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาที (FEV₁) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r(44) = -.53$ $p < .001$ เมื่อนำความวิตกกังวลและปัจจัยพื้นฐานบางประการเข้าในสมการทำนายถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความแปรปรวนของการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวล ระยะเวลาในการศึกษา และสถานภาพสมรสเท่านั้นที่

สามารถทำนายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(3,96)=14.03$ $p < .001$ ซึ่งความวิตกกังวลถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับแรก โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ถึงร้อยละ 18 และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานสูงที่สุด $F(1,98) = 21.11$ $p < .001$ $\beta = -.42$ ระยะเวลาในการศึกษาถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 2 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 9 $F(2,97) = 11.99$ $p < .001$ สถานภาพสมรสถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 3 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 4 $F(3,96) = 5.13$ $p < .05$ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 31 ในขณะที่ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระดับความรุนแรงของโรค และเพศ ไม่สามารถทำนายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมา และสนับสนุนความตรงของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ในส่วนที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวล ระยะเวลาในการศึกษา และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และสามารถทำนายการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษานี้ ดังต่อไปนี้

การนำไปใช้ทางด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. จากการศึกษานี้จะเห็นว่า ผู้ป่วยมีความพร้อมในการแสวงหาข้อมูลและการดูแลตนเองหลายด้าน เช่น การแพ้ยาหรืออาการผิดปกติจากการใช้ยา การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การดื่มน้ำ การแก้ไขเมือนอนไม่หลับ การหลีกเลี่ยงจากมลภาวะต่าง ๆ และการทำให้สเมะอ่อนตัว พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้โดยจัดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ให้สอดคล้องกับความพร้อมที่เกิดขึ้น เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นได้ตรงประเด็นในผู้ป่วยแต่ละราย

2. การพัฒนาและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย ควรคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย เพราะปัจจัยพื้นฐานบางประการในบางสภาวะมีผลกระทบต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น ความวิตกกังวล สถานภาพสมรส การศึกษา และ รายได้ โดยประเมินความพร้อมและให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม

3. ควรจัดกลุ่มให้ผู้ป่วย ได้มีปฏิสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ที่เป็นความสำเร็จ ปรีชา หรือ และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วย ได้คงความรู้สึกในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ได้ระบายความรู้สึกเป็นทุกข์ ความวิตกกังวล หรือความคับข้องใจต่าง ๆ และได้ประสบการณ์การดูแลตนเองที่มีคุณค่า ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น

4. ควรจัดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัวญาติพี่น้อง หรือผู้ดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วย เช่น การฝึกหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพของภาวะเจ็บป่วย การฝึกผ่อนคลาย การบรรเทาอาการหอบเหนื่อย เป็นต้น เพื่อเพิ่มความทนทานให้กับร่างกายและความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่า ไม่ถูกทอดทิ้ง การสนับสนุนและให้กำลังใจจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้ด้วยดี

5. จัดหาแหล่งประโยชน์และจัดระบบบริการสุขภาพให้เกิดประโยชน์เต็มที่ เช่น การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ การจัดเอกสารประกอบการดูแลตนเอง หรือ การปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การนำไปใช้ในการศึกษา

1. ควรเน้นให้นักศึกษายาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของความวิตกกังวล การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การนำเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัว คู่สมรส หรือผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองตามจุดเน้นของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

2. ควรจัดระบบการเรียนการสอนตามแนวคิดของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเอง และพัฒนาทักษะความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความวิตกกังวลและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อสามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากรได้เพิ่มมากขึ้น
2. ศึกษาความวิตกกังวลและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคเลือด ผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรม และอื่น ๆ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล และพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้น
3. ควรมีการศึกษาความวิตกกังวลแฝงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลแฝงกับความวิตกกังวลขณะเผชิญในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะเป็แนวทางในการวางแผนและให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลได้ตรงประเด็น
4. ควรมีการศึกษาความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่แตกต่างกันตามความจำเป็น การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory) จะได้ผลที่นำไปสู่การวิจัยเชิงทดลองในการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลและประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อไป
5. ควรมีการศึกษาผลของการพยาบาล โดยใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองและโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



บรรณานุกรม

- กนกพร สุคำว้าง. ผลการสื่อนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียด ความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดใน ไอ.ซี.ยู. ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดเข้าไปในหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรและสัตยศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- เกศรินทร์ ศรีสง่า, ประสพสุข อินทรักษา, วรณระวี อัครนิจ. โครงการวางแผนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ภาคนิพนธ์วิชา RANS 572 หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานพยาบาลศาสตร. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. (อัดสำเนา).
- กัญจน์ พิริยะ. การสื่อนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรกที่ทำตัดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานพยาบาลศาสตร. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- จอนณะจ เพ็งจาด. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานพยาบาลศาสตร. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- จารุวรรณ ชันติสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานพยาบาลศาสตร. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- จิรา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานพยาบาลศาสตร. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- จิระพันธ์ สมกรพันธ์, เกียรติศักดิ์ เจียมศรีพงษ์, ประสิทธิ์ กิตติภานนท์, และ พานี สุทธิพันธ์. "การวิเคราะห์ผู้ป่วย COPD และ Cor pulmonale ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลของภาควิชาอายุรศาสตร คณะแพทยศาสตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่." เสียงใหม่เวชสาร. 22 (ธันวาคม 2526): 295-308.
- จันทร์เพ็ญ การิเวท. ความรู้สึกก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยระบบอวัยวะสืบพันธุ์และศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต แผนกวิชาพยาบาลศึกษา. คณะศัลยศาสตร จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย, 2514.

ฉวี มากุ่ม. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในอุ้งน้ำดี. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2530.

หมื่น สมประเสริฐ. ผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศา-
สตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. ผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้สึก
ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2533.

บุญเรียง ทวีศิลป์. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS[®]. พิมพ์
ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : นิลกส์เซ็นเตอร์การพิมพ์, 2533.

นิกุล ตันติธรรม. ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยการให้
ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหา-
บัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

ภัทรา จุลวรรณา. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราไนโตรเจนและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคปอดในจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
สาธารณสุขศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

มนีวรรณ อธิธนาลักษณ์. "ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย." พยาบาลสาร.
10 (มกราคม - มีนาคม 2526): 1-9.

ยุวดี ภาชา, มาลี เลิศมัลลวิงศ์, เขาวลัักษณ์ เลาพะจินดา, และคณะ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : วิศตอวีเพาเวอร์พอยท์ จำกัด, 2531.

เขาวลัักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง
จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์.
ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

รัตน มาศเกษม. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราไนโตรเจนและปัจจัยบางประการ กับการดูแล
ตนเอง ในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
พยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

เรมวอล นันทศุภวัฒน์. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย
เบาหวาน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา. จุฬาลงกรณ์-
มหาวิทยาลัย, 2524.

- วริยา วชิราวัฒน์. การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนย้ายออกจาก ซี.ซี.ยู. โดยการเตรียมอย่างมีแผน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลอาชีวศาสตร์-สัตวศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- ศิริกาญจน์ เพือกเทศ. ผลของการพยาบาลทางด้านจิตใจต่อระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัด ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเย็บซ่อมแซมไส้เลื่อนและการผ่าตัดเลาะหลอดเลือดขดใน ถูงอวัยวะซึ่งได้รับภาระรับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศา สตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอาชีวศาสตร์-สัตวศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- ศักดิ์ชัย ลิ้มทองกุล. "การวินิจฉัยโรค." ใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. หน้า 181-206. สมชัย บวรกิตติ และ นันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสมัย จำกัด, 2531.
- สนธยา พิชัยกุล. ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะท้ายที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัย- มหิดล, 2533.
- สมจิต หนูเจริญกุล. "การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง." ใน การพยาบาลทางอาชีวศาสตร์ เล่ม 2. หน้า 244-273. สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด มิตรเจริญการพิมพ์, 2531.
- _____. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. โครงการบัณฑิตศึกษาสาขานพยาบาลศาสตร์ ภาค วิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- _____. "การดูแลสุขภาพตนเองในการพยาบาล : ทฤษฎีและการประยุกต์ทางคลินิก." ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลตนเอง. หน้า 126-155. ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษย ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- สมจิต หนูเจริญกุล และ ประคอง อินทรสมบัติ. "ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการ ดูแลตนเอง การเผชิญกับโรค ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา." วารสารพยาบาล. 37 (ตุลาคม-ธันวาคม 2531) : 221-237.
- สมใจ ยัมวิไล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการ กับ การดูแล ตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานพยาบาล ศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

- สมชัย บวรกิตติ และ นันทา มาระเนตร์. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสมัย จำกัด, 2531.
- สมทรง เพ็งสุวรรณ. ผลของการฝึกสมาธิต่อการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลแม่และเด็ก. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- สมพงษ์ ศรีอำไพ และ มนัส วงศ์เสงี่ยม. "พยาธิวิทยา." ใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. หน้า 65 - 80. สมชัย บวรกิตติ และ นันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสมัย จำกัด, 2531.
- สมพร ษุราชกิจ. "ปัญหาทางจิตใจ." ใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. หน้า 379-386. สมชัย บวรกิตติ และ นันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ อักษรสมัย จำกัด, 2531.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ ลัดดาวัลย์ รอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, 2527.
- สุชัย เจริญรัตนกุล. "โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง." แพทยสภาสาร. 16 (พฤษภาคม 2530): 231-241.
- สุวิทย์ เทพศรีรังษิกุล. ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารัตน์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานพยาบาล-ศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- สุนรรณี สุ่มเล็ก. ผลของการพยาบาลต่อการลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และ ความรู้สึกเจ็บปวดทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานพยาบาลศาสตรและสัตยศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมปฏิบัติ ตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร-มหาบัณฑิต สาขานพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- Agle, D.P. , Baum, G.L. , Chester, E.H. , Wendt, M. " Multidiscipline Treatment of Chronic Pulmonary Insufficiency : Psychological Aspect of Rehabilitation." Psychosomatic Medicine. 35 (Jan-uary-February 1973): 41-49.
- Agle, D.P. , Baum, G.L. " Psychological Aspects of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. " Medical Clinics of North America. 61 (July 1977): 749-758.

- Burckhardt, C.S. "Coping Strategies of the Chronically Ill." Nursing Clinics of North America. 22 (September 1987): 543-549.
- Campbell, B.K. "Anxiety." In Signs and Symptoms in Nursing Interpretation and Management. pp. 55-71. Edited by M.M. Jacobs and W. Geels. Philadelphia : J.B. Lippincott. Co, 1985.
- Connelly, C.E. "Self-Care and the Chronically Ill Patient." Nursing Clinics of North America. 22 (September 1987): 621-629.
- Domar, A.D. , Everett, L.L. , Keller, M.G. " Preoperative Anxiety : Is It a Predictable Entity." Anesthesia and Analgesia. 69 (1989): 763-767.
- Dudley, D.L. , Glaser, E.M. , Jorgenson, B.N. , Logan, D.L. "Psychosocial Concomitants to Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Part I. Psychosocial and Psychological Considerations." Chest. 77 (March 1980): 413-420.
- Evans, R.L., Noonan, W.C., Bishop, D.S., Hendericks, R.D. " Caregiver Assessment of Personal Adjustment After Stroke in a Veterans Administration Medical Center Outpatient Cohort." Stroke. 20 (April 1989): 483-487.
- Hanucharunkul, S. Social Support, Self-Care, and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand. (Doctoral Dissertation) College of Nursing, Wayne State University, Detroit, M.I. 1988.
- . "Predictors of Self-Care in Cancer Patients Receiving Radiotherapy". Cancer Nursing. 12 (February 1989): 21-27.
- Jalowice, A., Power, M.J. " Stress and Coping in Hypertensive and Emergency Room Patients." Nursing Research. 30 (January-February 1981): 10-15.
- Jenkins, C.D. " Low Education : A Risk Factor for Death." Editorial New England Journal of Medicine. 299 (July 1978): 95-97.
- Jimerson, S.S. " Anxiety." In Comprehensive Psychiatric Nursing. pp. 435-457. Edited by J. Haber, et al. 2nd ed. New York : McGraw Hill Book Co, 1982.

- Joseph, L.S. "Self-Care and the Nursing Process." Nursing Clinics of North America. 15 (March 1980): 131-143.
- Kinsmann, R.A., Yaroush, R.A., Fernandez, E., Dirks, J.F., et al. "Symptoms and Experiences in Chronic Bronchitis and Emphysema." Chest. 83 (May 1983): 755-761.
- Light, R.W., Merrill, E.J., Despers, J.A., et al. "Prevalence of Depression and Anxiety in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Relationship to Functional Capacity." Chest. 87 (January 1985): 35-38.
- Lader, M., Marks, I. Clinical Anxiety. New York: Grune and Stratton, Inc., 1971.
- Luckmann, J., Sorensen, K.C. Medical - Surgical Nursing: A Psychophysiological Approach. Philadelphia: W.B. Saunders Co, 1974.
- Lustig, F.M., Hass, A., Castillo, R. "Clinical and Rehabilitation Regime in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease." Archives of Medicine and Rehabilitation. 53 (1972): 315-322.
- Martons, Marry-Vesta. "Compliance with Medical Regimes: A Review of the Literature." Nursing Research. 19 (July - August 1970): 312-318.
- McSweeney, A.J., Grant, I., Heaton, R.K., et al. "Life Quality of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease." Archives of Internal Medicine. 142 (March 1982): 473-478.
- Michaels, C. "Self-Care Model among COPD Patients." In The Science and Art of Self-Care. pp. 279-284. Edited by J. Riehl-Sisca. Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1985.
- Muhlenkamp, A.F., Sayles, J.A. "Self - Esteem, Social Support, and Positive Health Practices." Nursing Research. 35 (November/December 1986): 334-338.
- Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. New York: McGraw - Hill Co, 1985.
- Parker, K.P. "Anxiety and Complication in Patients on Hemodialysis." Nursing Research. 30 (November-December 1981): 334-336.

- Parker, L.B. , Bender, L.E. " Problem of Home Treatment in Arthritis." Archives of Physiological Medicine. 38 (June 1957): 392-394.
- Post, L., Collins, C. "The Poorly Coping COPD Patient : A Psychotherapeutic Perspective." International Journal of Psychiatry in Medicine. 11 (February 1981-1982): 173-182.
- Riley, C.P. "Effect of a Pulmonary Rehabilitation Programe on Self-Care of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease." In Clinical and Cultural Dimensions Around The World 1989. The Curators of The University Missouri : Paper and Abstracts Presented at the First International Self-Care Deficits. pp. 90-102. Nursing Theory Conference Presented by The School of Nursing, University of Missouri-Columbia, October 15-18, 1989. Kansas City, M.O.
- Roth, H.P. , Berger, D.G. " Studies on Patient Cooperation in Ulcer Treatment. I Observation of Actual as Compared to Prescribed Intake on a Hospital Ward." Gastroenterology. 38 (April 1960): 630-633.
- Sexton, D.L. Nursing Care of the Respiratory Patient. Norwalk : Appleton & Lange, 1990.
- Shekleton, M.E. " Coping with Chronic Respiratory Difficulty." Nursing Clinics of North America. 22 (September 1987) : 569-581.
- Spielberger, C.D. , Gorsuch, R.L. , Lushene, R.E. STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. California : Consulting Psychologist Press Inc. , 1970.
- Stuart, G.W. , Sundeen, S.T. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 2nd ed. Saint Louis : The C.V. Mosby, 1983.
- Zung, W.K. " A Rating Instrument for Anxiety Disorders." Psychosomatics. 12 (November-December 1971): 371-379.



ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัย

ในการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยที่สามารถจะไม่เข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

"สวัสดีค่ะ ดิฉัน ประสพสุข อินทรักษา เป็นนักศึกษานานาชาติปริญญาโท คณะแพทย-
ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งอาจเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ได้ปฏิบัติตัว
และดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จะขออนุญาตสัมภาษณ์คุณตามแบบสอบถาม โดยจะใช้เวลา
ประมาณ 30-60 นาที คุณมีสิทธิ์จะตอบรับหรือปฏิเสธการสัมภาษณ์ครั้งนี้ได้ค่ะ การตอบรับ
หรือปฏิเสธของคุณจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่คุณได้รับ และในระหว่างสัมภาษณ์หากคุณไม่
พอใจหรือไม่ต้องการที่จะให้สัมภาษณ์ต่อจนครบคุณสามารถยกเลิกการสัมภาษณ์ได้ และคำตอบของคุณ
ดิฉันจะถือว่าเป็นความลับ และนำมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ"

8. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

- ☐ ไม่เกิน 2,000 บาท
☐ 2,001 - 4,000 บาท
☐ 4,001 - 6,000 บาท
☐ 6,001 - 8,000 บาท
☐ 8,001 - 10,000 บาท
☐ 10,001 - 12,000 บาท
☐ 12,001 - 14,000 บาท
☐ 14,001 - 16,000 บาท
☐ 16,001 - 18,000 บาท
☐ 18,001 - 20,000 บาท
☐ มากกว่า 20,001 บาทขึ้นไป

9. รายได้

- ☐ พอใช้
☐ ไม่พอใช้

10. ค่าใช้จ่ายในการรักษา

- ☐ เบิกต้นสังกัด
☐ จ่ายเอง
☐ สังคมสงเคราะห์

11. มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาเพียงใด

- ☐ มีปัญหาหนัก
☐ มีปัญหปานกลาง
☐ มีปัญหาเล็กน้อย
☐ ไม่มีปัญหา

12. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมานาน ปี
รับการรักษาจากโรงพยาบาล.....

13. ประวัติการสูบบุหรี่

- ☐ ไม่สูบ (ห้ามไปตอบข้อ 15)
☐ สูบ หรือ เคยสูบ

14. สูบหรี่มานาน ปี
 จำนวนบุหรี่ที่สูบ มวนต่อวัน
 ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่มานาน ปี
15. ท่านเคยได้รับการสอนหรือคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง บ้างหรือไม่
- () ไม่เคย (ถ้าไม่เคยโปรดข้ามไปตอบในชุดที่ 2)
 () เคย (ถ้าเคย โปรดตอบในข้อถัดไป)
16. จากข้อ 15 ท่านได้รับความรู้เหล่านี้จากใคร (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
- () แพทย์
 () พยาบาล
 () ญาติ พี่น้อง เพื่อน ผู้ร่วมงาน
 () หนังสือ วิทยุ โทรทัศน์ เอกสารเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 () อื่น ๆ โปรดระบุ
17. ความรุนแรงของโรค (สำหรับผู้ป่วย)
- () ระดับที่ 1
 () ระดับที่ 2
 () ระดับที่ 3
 () ระดับที่ 4
 () ระดับที่ 5
18. ปริมาตรอากาศหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาที (FEV_1) เท่ากับ ... ลิตร (สำหรับผู้ป่วย)

ภาคผนวก ค

แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมายกากบาทลงบนวงเล็บ [X] ที่อยู่ทางด้านขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ข้อความต่อไปนี้ ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด ท่านจึงไม่ควรจะใช้เวลาอันเกินควรในการพิจารณาคำตอบในข้อหนึ่งข้อใด แต่จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ได้ชัดเจนที่สุด

	ไม่เลย	มีบ้าง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ	[]	[]	[]	[]
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคงในชีวิต	[]	[]	[]	[]
3. ข้าพเจ้ารู้สึกดีใจ	[]	[]	[]	[]
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจ	[]	[]	[]	[]
5. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ	[]	[]	[]	[]
6. ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด	[]	[]	[]	[]
7. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่าง ๆ	[]	[]	[]	[]
8. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าได้นักพ่อน	[]	[]	[]	[]
9. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวล	[]	[]	[]	[]
10. ข้าพเจ้ารู้สึกสะดวกสบาย	[]	[]	[]	[]
11. ข้าพเจ้ารู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง	[]	[]	[]	[]
12. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นเต้นง่าย	[]	[]	[]	[]
13. ข้าพเจ้ารู้สึกกระสับกระส่าย	[]	[]	[]	[]
14. ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัดใจ	[]	[]	[]	[]
15. ข้าพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย	[]	[]	[]	[]
16. ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ	[]	[]	[]	[]
17. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลใจ	[]	[]	[]	[]
18. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นตระหนก	[]	[]	[]	[]
19. ข้าพเจ้ารู้สึกว่า เร็วเกินไป	[]	[]	[]	[]
20. ข้าพเจ้ารู้สึกแจ่มใส	[]	[]	[]	[]

ภาคผนวก ง
แบบวัดการกระทำการดูแลตนเอง

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ ต้องการทราบถึงการปฏิบัติตนของท่านในเรื่องต่าง ๆ แต่ละข้อ ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด คำตอบที่ดีที่สุดคือคำตอบที่ตรงหรือใกล้เคียงกับการปฏิบัติจริงของท่านมากที่สุด ดังนั้น โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง

การตอบแบบสอบถาม

ให้ท่านกาเครื่องหมาย ✓ ตรงกับข้อความที่ต้องการตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบเท่านั้น และขอให้ท่านตอบทุกข้อ มีคำถามทั้งหมด 26 ข้อ โดยจะมีคำตอบให้เลือกเป็นข้อ ๆ

1. ท่านออกกำลังกาย บ้างหรือไม่

- () ไม่เคยทำเลย
- () ทำอาทิตย์ละครั้ง หรือ นาน ๆ ทำที
- () ทำอาทิตย์ละ 2 ครั้ง
- () ทำอาทิตย์ละ 3 ครั้ง
- () ทำอาทิตย์ละ 4 ครั้ง หรือ มากกว่านี้
- () อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

ท่านออกกำลังกายอย่างไร _____

2. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ มากน้อยเพียงใด

- () สูบมากกว่า 5 มวนต่อวัน
- () สูบไม่เกิน 5 มวนต่อวัน
- () สูบไม่เกิน 5 มวนต่ออาทิตย์
- () สูบไม่เกิน 5 มวนต่อเดือน
- () ไม่สูบเลย
- () อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

5. ท่านเคยกินอาหารจนรู้สึกแน่นอึดอัดท้องหรือหายใจไม่สะดวก บ่อยแค่ไหน
- ☐ เกิดอาการเหล่านี้เป็นประจำ เนื่องจาก _____
 - ☐ เกิดอาการเหล่านี้บ่อยครั้ง
 - ☐ เกิดอาการเหล่านี้บ้างเป็นบางครั้ง
 - ☐ เกิดอาการเหล่านี้น้อยครั้ง
 - ☐ ไม่เคยเกิดอาการเหล่านี้เลย
 - ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____
10. ท่านพักผ่อนนอนหลับได้เพียงพอหรือไม่
- ☐ ไม่เคยเลย เนื่องจาก _____
 - ☐ นาน ๆ จึงจะพักผ่อนนอนหลับได้เพียงพอสักครั้ง
 - ☐ บางวันก็พอ บางวันก็ไม่พอ เท่า ๆ กัน
 - ☐ พักผ่อนนอนหลับได้เพียงพอบ่อย ๆ
 - ☐ พักผ่อนนอนหลับได้เพียงพอแทบทุกวัน
 - ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____
11. เมื่อท่านนอนไม่หลับ ท่านมีวิธีช่วยให้ท่านนอนหลับได้บ่อยแค่ไหน
- ☐ ไม่เคยทำได้เลย เนื่องจาก _____
 - ☐ นาน ๆ จึงจะทำได้สักครั้ง
 - ☐ ทำได้บ้าง ไม่ได้บ้าง พอ ๆ กัน
 - ☐ ทำได้เองบ่อยครั้ง
 - ☐ ทำได้เป็นประจำ
 - ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____
- วิธีที่ช่วยให้ท่านนอนหลับ คือ _____
12. ท่านกินยาที่แพทย์สั่งให้ อย่างไร
- ☐ ไม่เคยกินตามที่แพทย์สั่งได้เลย เนื่องจาก _____
 - ☐ นาน ๆ จึงจะกินตามที่สั่งได้สักครั้ง
 - ☐ กินตามที่แพทย์สั่งได้บ้าง ไม่ได้บ้าง พอ ๆ กัน
 - ☐ กินตามที่แพทย์สั่งได้เกือบทุกครั้ง
 - ☐ กินตามที่แพทย์สั่งได้ทุกครั้ง
 - ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

16. ท่านลืมนินยา หรือลืมนินยาชายขาดดลตามแพทย์สั่ง บ่อยแค่ไหน

- () ลืมเป็นประจำ
- () ลืมบ่อยครั้ง
- () ลืมบ้างเป็นบางครั้ง
- () นาน ๆ จึงจะลืมสักครั้ง
- () ไม่เคยลืมเลย
- () อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

ท่านลืมเนื่องจาก _____

18. เมื่อท่านมีอาการหายใจเหนื่อยเพิ่มขึ้น ท่านมีวิธีบรรเทาอาการเหนื่อย ได้บ่อยแค่ไหน

- () ไม่เคยบรรเทาได้เลย เนื่องจาก _____
- () บรรเทาได้บ้างนาน ๆ ครั้ง
- () บรรเทาได้บ้าง ไม่ได้บ้าง พอ ๆ กัน
- () บรรเทาได้เกือบทุกครั้ง
- () บรรเทาได้เป็นประจำ
- () อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

วิธีที่ท่านใช้ คือ _____

22. เมื่ออารมณ์เสีย หรือไม่สบายใจ ท่านมีวิธีการบรรเทาอาการเหล่านี้ ได้บ่อยแค่ไหน

- () ไม่เคยบรรเทาได้เลย เนื่องจาก _____
- () บรรเทาได้บ้างนาน ๆ ครั้ง
- () บรรเทาได้บ้าง ไม่ได้บ้าง พอ ๆ กัน
- () บรรเทาได้เกือบทุกครั้ง
- () บรรเทาได้เป็นประจำ
- () อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

วิธีที่ท่านใช้ คือ _____

ภาคผนวก จ
 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามการกระทำการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. รองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล , วท.บ., M.S., Ph.D.
 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรสา พันธ์รักดี , วท.บ., วท.ม.
 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง พูนเกษม เจริญพันธุ์ , พ.บ., ว.ว.
 (อายุรศาสตร์ทั่วไป)
 ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก จ
คะแนนการกระทำการดูแลตนเอง

ตาราง ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการกระทำการดูแลตนเองรายข้อ
เรียงจากน้อยไปมาก ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ข้อคำถาม	คำถาม	$\bar{X}$	SD	n
ข้อที่ 13	การแพ้ยาหรืออาการผิดปกติจากการใช้ยา	1.19	1.67	94
ข้อที่ 19	การฟื้นฟูสภาพปอด	1.26	1.59	
ข้อที่ 26	การซักถามบุคลากรทีมสุขภาพ	1.52	1.62	
ข้อที่ 25	การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	1.93	1.73	95
ข้อที่ 7	การดื่มน้ำ	2.15	1.80	
ข้อที่ 9	วิธีการไอ	2.16	1.44	89
ข้อที่ 1	การออกกำลังกาย	2.56	1.81	
ข้อที่ 24	การพบปะพูดคุยกับผู้อื่น	2.58	1.30	
ข้อที่ 11	การแก้ไขเมื่อนอนไม่หลับ	2.75	1.37	
ข้อที่ 17	การหลีกเลี่ยงจากอากาศเสีย ฝุ่น คาร์บอน ต่าง ๆ	2.77	1.14	97
ข้อที่ 8	การทำให้เสมหะอ่อนตัว	2.86	1.32	88
ข้อที่ 23	การจัดการกับความวิตกกังวล	3.10	1.24	99
ข้อที่ 5	อาการแน่นอึดอัดท้องหรือหายใจไม่สะดวกหลังกินอาหาร	3.13	1.00	
ข้อที่ 10	การพักผ่อนนอนหลับ	3.18	0.97	
ข้อที่ 22	การจัดการกับอารมณ์เสียหรือไม่สบายใจ	3.20	1.00	99
ข้อที่ 4	การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	3.21	0.98	
ข้อที่ 16	การเลือกรับประทานยาหรือสมุนไพร	3.22	1.01	
ข้อที่ 21	การจัดการเมื่อติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ	3.22	1.05	92
ข้อที่ 6	ความเพียงพอในการรับประทานอาหาร	3.30	0.91	
ข้อที่ 14	การซื้อยาแก้เจ็บคอหอบ ยาแก้ไอเส็บ หรือยาชุดมากินเอง	3.55	0.87	
ข้อที่ 18	การบรรเทาอาการเหนื่อย	3.59	0.57	
ข้อที่ 2	การสูบบุหรี่	3.60	1.16	



ตาราง (ต่อ)

ข้อคำถาม	คำถาม	$\bar{X}$	SD	n
ข้อที่ 3	การใช้ส้วม	3.64	0.81	73
ข้อที่ 12	การรับประทานอาหาร	3.74	0.68	
ข้อที่ 20	การมาตรวจตามนัด	3.74	0.51	
ข้อที่ 15	การหยุดรับประทานอาหารหรือหยุดน้ําเอง	3.88	0.56	