

**ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน
ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเขตโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย**
**The relationship between health perception factors and acute exacerbation
management in patient with chronic obstructive pulmonary disease
in Bandanlanhoi Hospital, Sukhothai Province**

ทัศนาว วงศ์กิตติรัตน์¹ และ อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ²

Tasana Wongkittirat and Amornsak Poum

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 138 คน ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 121 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.962 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.46, S.D.=0.303) และการรับรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง (71%) ($\bar{X}$ =3.59, S.D.=0.324) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย อย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.252$, P-value=0.252)

คำสำคัญ : การรับรู้ด้านสุขภาพ, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย, E-mail: Tasana04.mam@gmail.com

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, E-mail: Amornsak1.poum@gmail.com

Abstract

This descriptive research study aimed to study the relationship between health perception factors and acute exacerbation management in patient with chronic obstructive pulmonary disease. Population in this study consisted of 138 chronic obstructive pulmonary disease patients in Bandanlanhoi Hospital, Sukhothai Province. The sample size calculating used Daniel formula for 121 cases, and systematic random sampling was determined for collecting data. Data collected by questionnaires composed of 3 parts including, characteristics, health perception, and acute exacerbation management in patient with chronic obstructive pulmonary disease. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.962. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient. The result showed that acute exacerbation management in patient with chronic obstructive pulmonary disease had mean score with moderate level (74.40%) ($\bar{X}$ =3.46, S.D.=0.303), and health perception had mean score with moderate level (71%) ($\bar{X}$ =3.59, S.D.=0.324), respectively. An association analyzed found that, health perception was associated with acute exacerbation management in patient with chronic obstructive pulmonary disease in Bandanlanhoi Hospital, Sukhothai Province, with statistic significant (r =0.252, P -value=0.252).

Keywords : Health Perception, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Acute Exacerbation Management

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 5 ของประชากรทั่วโลก และมีการคาดการณ์ว่าอีก 10 ปีข้างหน้าในปี พ.ศ. 2573 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประชากรโลก จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 โดยเฉลี่ยแล้วทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 250 คนทั่วโลก หรือเท่ากับ 1 คนทุก 15 วินาที (World Health Organization, 2016) สถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2549-2556 พบว่าอัตราการเสียชีวิตของโรคมียุทธศาสตร์เพิ่มมากขึ้น (Division of Strategy and Planning, 2014) จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ.2559-2561 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มขึ้น เท่ากับ 152,319, 159,398, 169,009 คน เช่นเดียวกับสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของจังหวัดสุโขทัย มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยระหว่างปี พ.ศ.2559-2561 มีจำนวนผู้ป่วย เท่ากับ 2,393, 2,396, 2,114 คน ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยของอำเภอบ้านด่านลานหอย ในปี พ.ศ.2559-2561 ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เท่ากับ 239, 172, 223 คน ตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย, 2561) ซึ่งสูงกว่าอัตราป่วยของประเทศและเขตสุขภาพที่ 2

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ การดำเนินของโรคเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ หลอดลมมีการอักเสบและตีบแคบลงร่วมกับความยืดหยุ่นของถุงลมปอดสูญเสียไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Boonsawat, 2013) อาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Acute exacerbation) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทรุดลงอย่างเฉียบพลันและเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีความรุนแรงและพบได้บ่อย ได้แก่ มีอาการเหนื่อยเพิ่มขึ้น ไอมากขึ้น ปริมาณเสมหะเพิ่มมากขึ้นและเสมหะเปลี่ยนสี ซึ่งอาการคงอยู่อย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายวันจนทำให้ต้องเพิ่มหรือปรับเปลี่ยนการรักษา อาการกำเริบรุนแรงเฉียบพลันที่เกิดขึ้น ประมาณ 2 ใน 3 มีสาเหตุจากปอดอักเสบติดเชื้อมากกว่าจากความก้าวหน้าของโรค แต่ละครั้งที่มีการกำเริบรุนแรงเฉียบพลันจะทำให้ค่าการทำงานของปอดลดลง และลดลงตามจำนวนครั้งที่เกิด โดยผู้ที่เกิดอาการ 3 ครั้งต่อปีจะทำให้มีค่าปริมาตรอากาศขณะหายใจออกใน 1 วินาที (FEV1) ลดลง 40.1 มิลลิลิตรต่อปี และประมาณ 32.1 มิลลิลิตรต่อปี ในผู้ป่วยที่มีอาการ 1-2 ครั้ง (Donaldson, et al., 2002) มีรายงานพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลับเข้ารับรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันปีละประมาณ 100,000 รายต่อปี หรือเฉลี่ย 3 ครั้งต่อคนต่อปี (Seemungal Hurst & Wedzicha, 2011) โดยผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเฉียบพลันระยะค่อนข้างรุนแรงและสามารถเกิดอาการกำเริบซ้ำบ่อยจนต้องเข้าและออกโรงพยาบาลเป็นประจำทำให้การดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้น สมรรถภาพปอดเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว แยกตัวออกจากสังคมและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา อาการหายใจลำบาก จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ประมาณ 12,735 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของรายได้ประชาชาติ (National Health Security, 2016)

การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันดังกล่าวจึงมีความสำคัญและเร่งด่วน ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชนจะมีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้สามารถดูแลตนเองได้ สามารถป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและลดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควรเพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเฉียบพลันที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย เพื่อให้เข้าใจถึงการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันและรวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของคลินิกโรคปอดอุดกั้น ในการหาวิธีการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดระดับความรุนแรงของโรคและลดการกลับมารักษาซ้ำต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเขตโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) การรับรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Rosenstock (1974) ตัวแปรตาม ได้แก่ การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 138 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาคือ เป็นผู้ป่วยรายเก่าที่มีประวัติเข้ารับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการกำเริบ เช่น อาการหอบ หายใจเหนื่อย หายใจไม่เต็มอิ่ม เจ็บหน้าอก ในช่วงตอบคำถามแบบสอบถามสามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้เกณฑ์การคัดออกคือเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 121 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อ อสม.เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงอาการกำเริบเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน การรับรู้อุปสรรคการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วย ประสิทธิภาพการมีอาการกำเริบเฉียบพลัน กลวิธีการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลัน ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00 คะแนน)

ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66 คะแนน)

ระดับต่ำ (คะแนน 1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.962

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Pearson's Product Moment correlation coefficient

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (81.80%) มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป (47.90%) ($\bar{X}$ =69.93, S.D.=10.337, Min=33, Max=94) มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (66.10%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (50.40%) มีเพียงร้อยละ 14.90 ที่ไม่ได้รับการศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง (43.80%) รองลงมาคือ เกษตรกรรม (34.70%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 10,000 ถึง 15,000 บาทต่อเดือน (45.50%) ($\bar{X}$ =13,433.88, S.D.=4,557.93, Min=5,000, Max=25,000) ส่วนมากมีรายจ่ายสูงกว่ารายได้ (55.40%) ระยะเวลาเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ระหว่าง 5-10 ปี (60.30%) ($\bar{X}$ =6.50, S.D.=2.805, Min=1, Max=13)

การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (71%) ($\bar{X}$ =3.59, S.D.=0.324) เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน ($\bar{X}$ =3.95, S.D.=0.556) การรับรู้โอกาสเสี่ยงอาการกำเริบเฉียบพลัน ($\bar{X}$ =3.89, S.D.=0.495) การรับรู้ความรุนแรงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($\bar{X}$ =3.84, S.D.=0.753) ตามลำดับ สำหรับการรับรู้อุปสรรคการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.81, S.D.=0.492) (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเขตโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย (n=121)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรับรู้ด้านสุขภาพ	35	28.90	86	71.00	-	-	3.59	0.324
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงอาการ กำเริบเฉียบพลัน	89	73.60	30	24.80	2	1.70	3.89	0.495
2. การรับรู้ความรุนแรงโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง	82	67.80	38	31.40	1	0.80	3.84	0.753
3. การรับรู้ประโยชน์การจัดการ อาการกำเริบเฉียบพลัน	98	81.00	19	15.70	4	3.30	3.95	0.556
4. การรับรู้อุปสรรคการจัดการ อาการกำเริบเฉียบพลัน	17	14.00	98	81.00	6	5.00	2.81	0.492

การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาพรวมมีคะแนนการปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.46$, S.D.=0.303) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปฏิบัติได้ในระดับสูง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยจะพ่นยาเมื่อมีเกิดอาการหายใจลำบากขึ้น ($\bar{X}=4.75$, S.D.=0.505) 2) ผู้ป่วยมีการควบคุมการหายใจเข้าทางจมูกและหายใจออกทางปากช้า ๆ โดยการห่อปาก ($\bar{X}=4.12$, S.D.=0.781) 3) การให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย เช่น สวมเสื้อผ้าหนา ๆ เมื่ออากาศหนาวหรือเมื่ออากาศเปลี่ยนแปลง ($\bar{X}=3.81$, S.D.=0.394) ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปฏิบัติได้ในระดับต่ำ ได้แก่ หลังพ่นยาแล้วอาการหายใจลำบากไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะไม่ไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ทันที ($\bar{X}=2.01$, S.D.=0.524) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำแนกรายข้อคำถาม

การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	Mean	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
- ผู้ป่วยจะพ่นยาเมื่อเกิดมีอาการหายใจลำบากขึ้น	4.75	0.505	สูง
- ผู้ป่วยมีการควบคุมการหายใจเข้าทางจมูกและหายใจออกทางปากช้า ๆ โดยการห่อปาก	4.12	0.781	สูง
- การให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย เช่น สวมเสื้อผ้าหนา ๆ เมื่ออากาศหนาวหรือเมื่ออากาศเปลี่ยนแปลง	3.81	0.394	สูง
- หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก เช่น ฝุ่นละออง ควันไฟ ควันบุหรี่ ไรฝุ่นในบ้านหรือที่นอน	3.73	0.483	สูง
- ใช้วิธีการผ่อนคลายเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก เช่น ทำสมาธิ สวดมนต์ ทำใจให้สงบ	3.72	0.487	สูง
- ท่านใช้เทคนิคการสงวนพลังงาน เช่น วางอุปกรณ์ต่างๆ ไว้ใกล้ตัว ขับถ่ายบนเตียงเมื่อมีอาการหายใจลำบาก	2.75	0.623	ปานกลาง
- พยายามหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด หรือบุคคลที่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ	2.52	0.743	ปานกลาง
- หลังพ่นยาแล้วอาการหายใจลำบากไม่ดีขึ้น ท่านจะไม่ไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ทันที	2.01	0.524	ต่ำ
ภาพรวม	3.46	0.303	ปานกลาง

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 3 พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเขตโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มอายุ ($r=0.240$, $P\text{-value}=0.008$) อาชีพ ($r=0.227$, $P\text{-value}=0.012$) ตามลำดับ สำหรับการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอด

อดทนเรื้อรังเขตโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย อย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของอาการกำเริบเฉียบพลัน ($r=0.184$, $P\text{-value}=0.043$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($r=0.281$, $P\text{-value}=0.002$) การรับรู้ประโยชน์การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน ($r=0.190$, $P\text{-value}=0.037$) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

ตัวแปรอิสระ	การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
- กลุ่มอายุ	0.240	0.008*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- สถานภาพสมรส	0.144	0.116	ไม่พบความสัมพันธ์
- อาชีพ	0.227	0.012*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ระดับการศึกษา	0.152	0.096	ไม่พบความสัมพันธ์
- รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	0.100	0.274	ไม่พบความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.252	0.005*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของอาการกำเริบเฉียบพลัน	0.184	0.043*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	0.281	0.002*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ประโยชน์การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน	0.190	0.037*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้อุปสรรคการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน	0.008	0.930	ไม่พบความสัมพันธ์

หมายเหตุ * $P\text{-value}<0.05$

การอภิปรายผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการจำกัดการไหลเวียนของอากาศและไม่สามารถคืนกลับสู่สภาพเดิมได้อย่างสมบูรณ์ ลักษณะของการอุดกั้นทางเดินหายใจที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และมักพบการติดเชื้อที่เกิดจากการตอบสนองของปอดต่อสารพิษหรือก๊าซในอากาศ การจำกัดการไหลเวียนของอากาศอย่างเรื้อรังเป็นลักษณะเฉพาะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการอุดตันของหลอดลมเล็ก ๆ ร่วมกับเกิดการทำลายของเนื้อปอด ระบบการทำงานของปอดถูกทำลายแบบลูกกลม ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบและเป็นเพิ่มขึ้นมากเรื่อย ๆ และเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมักจะมีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะเหนียว (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2548) อาการกำเริบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นภาวะที่ผู้ป่วยโรคนี้เริ่มมีอาการทรุดลงอย่างเฉียบพลันและคงอยู่อย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงของอาการในแต่ละวัน ซึ่งอาการที่ทรุดลงอย่างต่อเนื่องนี้เกิดจากมีการอักเสบ

เพิ่มขึ้นของหลอดลม ไม่ใช่เกิดจากโรคอื่น ๆ ผู้ป่วยจะมีลักษณะอาการทางคลินิกคือ มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจเพิ่มมากขึ้น ซิฟรามากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน น้อยกว่าร้อยละ 90 หรือแรงดันออกซิเจนในหลอดเลือดแดง น้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท ค่าแรงดันคาร์บอนไดออกไซด์ในหลอดเลือด มากกว่า 45 มิลลิเมตรปรอท มีอาการซึม สับสน หรือหมดสติ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) อาการกำเริบมักทำให้เกิดอาการอื่นๆ ตามมา ได้แก่ อาการใจเต้นเร็ว ในส้น นอนไม่หลับ อ่อนล้า ซึมเศร้าและสับสน สาเหตุส่วนใหญ่ที่พบเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง และการสูดดมมลพิษในอากาศ อย่างไรก็ตามพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2550)

การจัดการอาการกำเริบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สำคัญคือ การดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยลดอาการหอบลงได้ การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ โดยได้มีการนำมาใช้ในหลายวงการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (Wagner et al., 2001) การจัดการอาการกำเริบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับ 4 องค์ประกอบ (Goldman, 2012) ดังนี้ 1) การประเมินและควบคุมกำกับดูแลโรค 2) การลดปัจจัยเสี่ยงของโรค 3) การดูแลจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในระยะสงบ และ 4) การดูแลจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในระยะอาการกำเริบ โดยองค์ประกอบที่ 4 จะสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน ได้ร้อยละ 74.40 ซึ่งพฤติกรรมการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ได้แก่ ผู้ป่วยจะพ่นยาเมื่อมีอาการหายใจลำบากขึ้น ($\bar{X}=4.75$, S.D.=0.505) 2) ผู้ป่วยมีการควบคุมการหายใจเข้าทางจมูกและหายใจออกทางปากช้า ๆ โดยการห่อปาก ($\bar{X}=4.12$, S.D.=0.781) 3) การให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย เช่น สวมเสื้อผ้าหนา ๆ เมื่ออากาศหนาวหรือเมื่ออากาศเปลี่ยนแปลง ($\bar{X}=3.81$, S.D.=0.394) ตามลำดับ

อายุมีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.008) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกือบครึ่งหนึ่ง (47.90%) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุมีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ซึ่งจากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 10 (World Health Organization, 2016) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น ร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ จะมีความเสื่อมเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยจะมีความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อปอดจะลดน้อยลง ส่งผลทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันได้ง่าย

การประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.012) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (43.80%) และเกษตรกร (34.70%) โดยเฉพาะผู้ที่ประกอบอาชีพที่เกี่ยวกับการเกษตรจะมีโอกาสสัมผัสกับสิ่งกระตุ้นเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการประกอบอาชีพเกี่ยวกับเกษตรกรรมจะทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม

ที่มีมลพิษ ฝุ่นควัน ละออง หรือสารเคมี ทำให้เกิดการกำเริบได้ เพราะผู้ป่วยจะมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นเพิ่มมากขึ้น หากได้รับสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยอาจเกิดการกำเริบได้ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยจะเกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ (Decramer et al., 2012)

การรับรู้ด้านสุขภาพสำหรับการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.005$) สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนเองพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้น ๆ จะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อตนเอง รวมทั้งจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนาและไม่พึงพอใจ เช่น การที่บุคคลใดมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้เห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรสและการได้กลิ่นแล้วมีการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมาย โดยมีแรงผลักดันจากความรู้และประสบการณ์เดิม (Rosenstock, 1974) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้มีการรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีและการปฏิบัติกิจกรรมได้จะลดลงตามมา จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับสูง (67.80%) ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะเลือกการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลงจากเดิม เพื่อควบคุมไม่ให้เกิดกิจกรรมต่างๆ เกินขีดความสามารถของตนเอง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังบางกิจกรรมในระดับต่ำคือ หลังพ่นยาแล้วอาการหายใจลำบากไม่ดีขึ้นผู้ป่วยจะไม่ไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ทันทีดังนั้นพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชน จะต้องให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นหลังจากพ่นยาแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้สังเกตอาการของตนเองได้ทันที เพื่อที่จะมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลได้ทันก่อนที่อาการหนักมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). Health Data Center. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php>.
- ชายชาญ โพธิรัตน์. (2551). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive lung disease). กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์.
- หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย. (2561). รายงานประจำปี 2560. เอกสารอัดสำเนา.



- สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย. (2548). **แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2548)**. กรุงเทพฯ : สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย.
- Best, John W. (1977). **Research is Evaluation**. (3rd ed). Englewood cliffs : N.J. Prentice Hall.
- Boonsawat W. (2013). **Treatment guideline for chronic obstructive pulmonary disease**.
http://eac2.dbregistry.com/site_data/dbregistry_eac/1/CopdManagement.pdf.
- Cronbach, Lee J. (1951). **Essentials of Psychological Testing**. (3rd ed). New York : Harper.
- Daniel W.W. (2010). **Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences**. (9th ed). New York : John Wiley & Sons.
- Decramer M, Janssens W, Miravittles M. (2012). **Chronic obstructive pulmonary disease**. Lancet; 379(9823),1341-51.
- Division of Strategy and Planning. (2014). **Annual report 2014**. Bureau of Non Communicable Disease: 20-21.
- Donaldson, Cam and Gerard, Karen. (2002). **Economic of Health Care Financing: The Visible Hand**. London : Macmillan.
- Goldman L, Andrew SI. (2012). **Goldman's cecil medicine**. (24th ed). Philadelphia: Elsevier.
- National Health Security.(2016).**Quality improvement for management of asthma and chronic obstructive pulmonary disease**.Cited.Available from : <http://nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.acpx?>.
- Rosenstock ,Irain M. (1974).**The Health Belife Model and Prevention Behavior**.Health Education Monographs.
- Seemungal T, Harper-Owen R, Bhowmilk A, Moric I, Sanderson G, Message S, Wedzicha J.A. (2011). **Respiratory viruses, symptoms and inflammatory markers in acute exacerbations and chronic obstructive pulmonary disease**. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 164(9),1618-1623.
- Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. (2001). **Improving chronic illness care: translating evidence into action**. HealthAff. 20(6), 64-78.
- World Health Organization. (2016). **World Statistics**. Geneva: World Health Organization.