

ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
กับภาระของครอบครัวผู้ดูแล

Relationships between Adaptation of Patient with Chronic
Obstructive Pulmonary Disease and Burden of Family Caregiver

เสาวภา ภูประคำ** พยม.
นุจรี ไชยมงคล*** Ph.D
มณีรัตน์ ภาครูป**** ปช.ด.

Saowapa Poopraham, M.N.S.
Nujjaree Chaimongkol, Ph.D
Maneerat Phaktoop, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับภาระของครอบครัวผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวผู้ดูแล ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 61 คู่ ระหว่างเดือนธันวาคม 2550 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2551 โดยเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบสอบถามภาระของครอบครัวผู้ดูแล ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามภาระของครอบครัวผู้ดูแลเชิงปรนัย และแบบสอบถามภาระของครอบครัวผู้ดูแลเชิงอัตนัยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84, .82 และ .82 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนการปรับตัวโดยรวมเท่ากับ 114.26 ($SD = 12.78$) ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกันมีคะแนนเท่ากับ 52.34 ($SD = 6.45$), 31.84 ($SD = 4.64$), 16.54 ($SD = 2.19$) และ 13.46 ($SD = 2.65$) ตามลำดับ ภาระของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยปรนัยเท่ากับ 21.62 ($SD = 2.73$) และภาระเชิงอัตนัยเท่ากับ 25.33 ($SD = 4.07$) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระเชิงอัตนัยของครอบครัวผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.25, p < .05$) ส่วนการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน และการปรับตัวโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัยของครอบครัวผู้ดูแล ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไป

* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบางปะหัน อ่างทองบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวผู้ดูแล โดยพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปรับตัวโดยเฉพาะด้านบทบาทหน้าที่ให้สูงขึ้นซึ่งจะส่งผลให้ลดภาระของครอบครัวผู้ดูแลได้

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การปรับตัว ภาระ ครอบครัวผู้ดูแล

Abstract

The purpose of this research was to examine relationships between adaptation of patient with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and burden of family caregiver. The purposive sample consisted of 61 dyads of COPD patients and family caregivers from out-patient departments at the community hospitals in Ayuttaya province during December, 2007 to February, 2008. Research instruments included the Patient and Family Caregiver's Demographic Questionnaires, the Patient Adaptation's Scale, and the Objective and Subjective Burden Assessment's Scale. Content validity of all instruments were assessed by a panel of experts. Chronbach's alpha coefficients of the Patient Adaptation's Scale and the Objective and Subjective Burden Assessment's Scale were .84, .82, and .82 respectively. Data were analyzed by using frequencies, percents, means, standard deviations, ranges and Pearson's product moment correlation coefficient. The study results reveal that mean of total adaptation score of patients with COPD is 114.26 ($SD = 12.78$). Means of

the adaptation subscales of physiological, self-concept, role function and interdependence are 52.34 ($SD = 6.45$), 31.84 ($SD = 4.64$), 16.54 ($SD = 2.19$) and 13.46 ($SD = 2.65$), respectively. Mean scores of objective and subjective family caregiver's burdens are 21.62 ($SD = 2.73$) and 25.33 ($SD = 4.07$), respectively. There is negatively significant relationship between role function adaptation of the patient and subjective burden of family caregiver ($r = -.25, p < .05$). However, there is no significant correlation between total and other subscales of the adaptation and objective and subjective family caregiver's burdens. This finding suggests that family practice nurses should promote and improve role function of patients with COPD through an intervention resulting in lessened family caregiver's burdens. In addition, it can be considered as evidence base of further development of nursing knowledge relevant to adaptation of patient with COPD and family caregiver's burden.

Key words : Chronic obstructive pulmonary disease, adaptation, burden, family caregiver

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของทางเดินหายใจอย่างช้าๆ จนกระทั่งมีการตีบแคบลงอย่างเรื้อรัง ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากและหอบเหนื่อยซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยสุด (American Thoracic Society [ATS] and European Respiratory Society [ERS], 2004) จนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถ

ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มองตนเองด้อยสมรรถภาพ ไม่มีประโยชน์และรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว (วราณี เพ็ชรสงฆ์, 2542) และจากการที่ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบากที่เรื้อรังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านอารมณ์และจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว ซึมเศร้า และรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของชีวิตกลัวว่าตนเองจะต้องพิการและเสียชีวิตในที่สุด (อัมพรพรรณ ชีราบุตร, 2542 ; Miravittles et al., 2007) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดในระดับรุนแรง (วไลพร หงส์พันธุ์, 2547) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมีผลต่อเนื่องในเรื่องการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม แยกตัวเองออกจากสังคม แสดงอาการโกรธ ไม่ยอมรับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและหลีกเลี่ยงที่ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองเนื่องจากกลัวว่าจะทำให้เกิดอาการหายใจลำบากมากขึ้น หรือบางรายแสดงอาการเรื้อรังบุคคลใกล้ชิดให้ดูแลตลอดเวลา (Wigal, Creer & Kotses, 1991)

ครอบครัวเป็นระบบที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวไม่ว่าส่วนใดจะมีผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อส่วนอื่นของครอบครัวด้วย ดังนั้น การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวด้วยเช่นกัน การที่ครอบครัวต้องรับบทบาทในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของครอบครัวผู้ดูแลในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านบทบาทและหน้าที่ ด้านร่างกายและจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ โดยในด้านบทบาทและหน้าที่นั้น ครอบครัวผู้ดูแลต้องรับภาระในการหา

รายได้แทนหัวหน้าครอบครัวของครอบครัวที่เจ็บป่วย บางรายต้องทำงานเพิ่มมากขึ้นเพื่อหารายได้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว (Brown, 1999) อาจส่งผลให้ครอบครัวผู้ดูแลรู้สึกขัดแย้งในบทบาทส่วนผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจพบว่า ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่จะรู้สึกว่า สุขภาพร่างกายของตนเองทรุดโทรมลง จากการทำกิจกรรมในเวลาในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจนทำให้ล้าเมื่อยล้าและตนเองและไม่มีเวลาพักผ่อน ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา (Bergs, 2002) และการที่ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญกับพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้ครอบครัวผู้ดูแลเกิดความเครียด เบื่อหน่ายในการดูแลและซึมเศร้า (Kara & Mirici, 2004) ซึ่งการที่ลดลงเผชิญกับอารมณ์ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวผู้ดูแล (McCullagh, Brigstocke, Donaldson & Kalra, 2005) ส่วนผลกระทบต่อทางด้านสังคมพบว่า การที่ครอบครัวผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำกิจวัตรประจำวันและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามลำพังเป็นเหตุให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนและสังคมลดลง สูญเสียบทบาททางสังคม ส่งผลให้ครอบครัวผู้ดูแลรู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว (Bergs, 2002) ส่วนทางด้านเศรษฐกิจที่แม้ผู้ป่วยจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แต่ครอบครัวผู้ดูแลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อไปรับการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีอาการกำเริบของโรคทำให้ต้องมารับการรักษาถี่ขึ้นยิ่งทำให้ครอบครัวมีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น (มนัสวี อุดลยรัตน์, 2542)

จากข้อมูลและผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นจะพบว่า พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีความเกี่ยวข้องกับครอบครัวผู้ดูแลในด้านความรู้สึกเป็นภาระ ซึ่ง

พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นตามทฤษฎีของรอย เชื่อว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยเรียกว่า การปรับตัว (Roy & Andrews, 1991) ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วยกับภาวะของครอบครัวผู้ดูแล ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการศึกษาภาวะของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น แต่ไม่พบการศึกษานี้ในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งเป็นโรคที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ปัญหาหนึ่งของประเทศ เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนช่วยเหลือครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

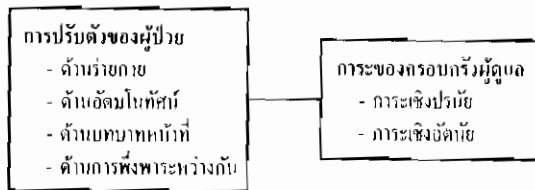
1. เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาภาวะของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวของผู้ป่วยกับภาวะของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews 1991) และแนวคิดเกี่ยวกับภาวะของครอบครัวผู้ดูแลของมอนติโกเมอรี กอนเยีย และฮูย์แมน (Montgomery, Gonyea & Hooyman, 1985) เป็นกรอบแนวคิด โดยทฤษฎีการปรับตัวของ

รอย มองว่า บุคคลเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกร่างกายประกอบด้วย สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง โดยสิ่งเร้าตรง หมายถึง สิ่งเร้าที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่โดยตรง ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สิ่งเร้าร่วม หมายถึง สิ่งที่มีผลกระทบต่อสิ่งเร้าตรงซึ่งมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย เช่น ระยะเวลาที่ป่วย ความรุนแรงของโรค ส่วนสิ่งเร้าแฝง หมายถึง สิ่งเร้าที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ในอดีต ความเชื่อ ทักษะคิดของผู้ป่วย ซึ่งในการปรับตัวผู้ป่วยต้องอาศัยกระบวนการควบคุมสิ่งเร้าประกอบด้วย กลไกการควบคุม และกลไกการรับรู้ โดยกลไกการควบคุมเป็นกลไกการปรับตัวที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ เป็นการทำงานร่วมกันของระบบประสาท สารเคมี ฮอร์โมน ไรท่อ และส่วนของการรับรู้และการตอบสนองที่ประสานกัน ส่วนกลไกการรับรู้เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยผ่านการทำงานของสมองในระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การแก้ปัญหา และการแสดงออกทางอารมณ์ กลไกทั้ง 2 ส่วน จะทำงานร่วมกันเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกเป็นพฤติกรรมการปรับตัว ซึ่งมีทั้งหมด 4 ด้าน คือ การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ส่วนแนวคิดเกี่ยวกับภาวะของครอบครัวผู้ดูแลของมอนติโกเมอรีและคณะ (Montgomery et al., 1985) มองภาวะในลักษณะของผลกระทบที่เกิดจากการดูแลโดยแยกเป็น 2 มิติ ได้แก่ ภาวะเชิงปรนัย คือ ภาวะที่เกิดจากความยากลำบากของการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และภาวะเชิงอัตนัย คือ ภาวะที่เป็นความรู้สึก ทักษะคิดของครอบครัวผู้ดูแลต่อสถานการณ์การดูแล ผู้ป่วยโดยภาวะทั้ง 2 มิติ เป็นผลอันเนื่องจากสภาพปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดจากพฤติกรรมปรับตัวของผู้ป่วยทำให้ครอบครัวผู้ดูแลได้รับผลกระทบ

จากการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงสหสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวของผู้ป่วยกับภาระของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีคลินิกโรคปอด ในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในที่มีคลินิกโรคปอดจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับบริการในคลินิกโรคปอด ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 จำนวน 61 คู่ โดยผู้ป่วยต้องมีความรุนแรงของโรคตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป ตามเกณฑ์การประเมินของสมาคมโรคทรวงอกแห่งสหรัฐอเมริกา และสมาคมโรกระบบทางเดินหายใจแห่งยุโรป (ATS and ERS, 2004) มีอายุน้อยกว่า 70 ปี ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรุนแรงที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ส่วนครอบครัวผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลักในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรค และระดับความรุนแรงของโรค

1.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของครอบครัว

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2. แบบสอบถามการปรับตัวของผู้ป่วยโรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของจินดาวรรณ อุดมพัฒนากร (2539) สร้างขึ้นตามแนวคิด ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews 1991) จำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็นการปรับตัวด้านร่างกาย 18 ข้อ ด้านอัตมโนทัศน์ 12 ข้อ ด้านบทบาทหน้าที่ 5 ข้อ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน 5 ข้อ คะแนนการปรับตัวโดยรวมอยู่ระหว่าง 40-160 คะแนน การปรับตัวด้านร่างกาย 18-72 คะแนน ด้านอัตมโนทัศน์ 12-48 คะแนน ด้านบทบาทหน้าที่ 5-20 คะแนน และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน 5-20 คะแนน ถ้าคะแนนการปรับตัวโดยรวมหรือรายด้านยิ่งมาก หมายถึงผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีการปรับตัวโดยรวมหรือในด้านนั้นดีขึ้นด้วย ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84

3. แบบสอบถามภาระการดูแลของครอบครัว

ผู้ดูแล ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินภาระของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539) แปลและดัดแปลงมา

จากแบบประเมินภาระของมอนต์โกเมอรี และคณะ (Montgomery et al., 1985) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ จำแนกเป็นภาระเชิงปรนัย (Objective burden) จำนวน 6 ข้อ และภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) จำนวน 8 ข้อ มีคะแนนภาระเชิงปรนัยอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน และภาระเชิงอัตนัย 8-40 คะแนน ซึ่งหมายความว่า คะแนนภาระเชิงปรนัยหรือคะแนนภาระเชิงอัตนัยยิ่งต่ำ ครอบครัวยุติและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรู้สึกเป็นภาระในการดูแลประเภทนั้นน้อยด้วย ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามภาระเชิงปรนัยเท่ากับ .82 และภาระเชิงอัตนัยเท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพาก่อนเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบถึงความสำคัญและวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามและประเมินจนเข้าใจ ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมโครงการมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามหรือขอยกเลิกการร่วมโครงการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลในทุกรณี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ภาระของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและภาระการดูแลของครอบครัวผู้ดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 80.30 อายุเฉลี่ย 64.66 ปี ($SD = 6.20$, range = 39-69) ร้อยละ 63.90 มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 78.7 ร้อยละ 65.60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉลี่ย 5.77 ปี ($SD = 5.28$, range = 1-28) และมีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 3 ร้อยละ 90.20

ครอบครัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.80 อายุเฉลี่ย 43.97 ปี ($SD = 12.81$, range = 24-68) ร้อยละ 67.20 มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.20 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนเท่ากับ 8314.75 บาท ($SD = 7209.57$, range = 1,200-50,000) และ ร้อยละ 52.50 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะ

เป็นบุตร ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วย 4.76 ปี ($SD = 3.83$, range = 0.6-23)

2. การปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวโดยรวมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ 114.26 ($SD = 12.78$, range = 91-151) เมื่อแยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้าน

ร่างกาย ด้านอึดมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.43 ($SD = 6.45$, range = 38-66), 31.84 ($SD = 4.64$, range = 24-46), 16.54 ($SD = 2.19$, range = 10-20) และ 13.46 ($SD = 2.65$, range = 8-20) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 61)

การปรับตัว	Mean	SD	range	Possible range
ด้านร่างกาย	52.43	6.45	38-66	18-72
ด้านอึดมโนทัศน์	31.84	4.64	24-46	12-48
ด้านบทบาทหน้าที่	16.54	2.19	10-20	5-20
ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน	13.46	2.65	8-20	5-20
โดยรวม	114.26	12.78	91-151	40-160

3. ภาวะของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คะแนนเฉลี่ยภาวะเชิงปรนัย และคะแนนเฉลี่ย

ภาวะเชิงอัตนัยของครอบครัวผู้ดูแล เท่ากับ 21.62 ($SD = 2.73$, range = 17-28) และ 25.33 ($SD = 4.07$, range = 12-37) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนการะของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำแนกตามการะเชิงปรนัยและการะเชิงอัตนัย (n = 61)

การะของครอบครัวผู้ดูแล	Mean	SD	range	Possible range
การะเชิงปรนัย	21.62	2.73	17-28	6-30
การะเชิงอัตนัย	25.33	4.07	12-37	8-40

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับการะของครอบครัวผู้ดูแล

การปรับตัวโดยรวมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการะเชิงปรนัยและการะเชิงอัตนัยของครอบครัวผู้ดูแลอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p > .05$) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับการะเชิงอัตนัยของครอบครัวผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.25$, $p < .05$) แสดงว่า ผู้ป่วยที่ยังมีการปรับตัวด้านบทบาท

หน้าที่ดีภาวะของครอบครัวผู้ดูแลจะน้อยลง ส่วนการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอึดมโนทัศน์ และด้านการพึ่งพาระหว่างกันมีความสัมพันธ์กับภาวะเชิงปรัญ

และภาวะเชิงอัตรัยของครอบครัวผู้ดูแลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอึดมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ด้านการพึ่งพาระหว่างกันและการปรับตัวโดยรวมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับภาวะเชิงปรัญและภาวะเชิงอัตรัยของครอบครัวผู้ดูแล ($n = 61$)

การปรับตัว	ภาวะในการดูแล	
	ภาวะเชิงปรัญ	ภาวะเชิงอัตรัย
ด้านร่างกาย	-.21	-.01 (ns)
ด้านอึดมโนทัศน์	-.09	-.11 (ns)
ด้านบทบาทหน้าที่	-.14	-.25*
ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน	-.00	-.04 (ns)
โดยรวม	-.17	-.10 (ns)

* $p < .05$, ns = non-significant

การอภิปรายผล

1. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวโดยรวมเท่ากับ 114.26 โดยคะแนนเฉลี่ยของคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 80 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุและมีความรุนแรงของโรคระดับ 3 ซึ่งทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพอใจในภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พงษ์ชัย ขูลีลัง (2545) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความพึงพอใจที่ยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และพอใจที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และมีบุตรเป็นผู้ให้การดูแล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกว่าตนเองยังมี

คุณค่า ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดี ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (วราณี เพ็ชรสงฆ์, ชอลดา พันธุเสนา และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. 2542) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านร่างกายเท่ากับ 52.43 คะแนนเฉลี่ยของคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 36 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยได้ดีกว่าเพศหญิง ดังการศึกษาของวรรณระวี อัครนิจ (2534) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายและมีสถานภาพสมรสคู่ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจาก

การศึกษาของมาร์โกและคณะ (Marco et al., 2006) พบว่า เพศหญิงมีระดับภาวะหายใจลำบากสูงกว่าเพศชายที่มีความรุนแรงของโรคในระดับเดียวกัน มีระดับความวิตกกังวล ซึมเศร้าและอาการที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศชาย ส่วนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.84 คะแนนเฉลี่ยของคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 24 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาเป็นโรค 6-10 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะของทรงอก รูปร่าง และความทนในการทำกิจกรรมตามระดับความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจในรูปร่างและสมรรถนะของตน รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีประโยชน์ สอดคล้องกับการศึกษาของเจิง อู๋ (2543) ที่พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับอัตมโนทัศน์ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เท่ากับ 16.54 คะแนนเฉลี่ยของคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 10 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งปกติจะมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้หารายได้หลักแก่ครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความสนใจและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล และมีการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อลดอาการเหนื่อยหอบ ดังการศึกษาของธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์ (2544) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการแสวงหาด้านการรักษาเหมาะสมมาก ร้อยละ 53.9 ให้ความร่วมมือในการรักษาดีมาก ร้อยละ 58.8 รวมทั้งหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 89.2 และในด้านการพึ่งพาระหว่างกันมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.46 คะแนนเฉลี่ยของคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 10

อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และมีบุตรเป็นผู้ให้การดูแล จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับความรัก ความอบอุ่นจากครอบครัว ตลอดจนได้รับการช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า ซึ่งอิทธิพลด้านสัมพันธ์ภาพมีคามสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (จิตรา จันทร์ชนะกิจ, 2541)

2. การระงับของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สูงมาก คือ มีคะแนนเฉลี่ยของการระงับปรนัยเท่ากับ 21.62 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยของคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 15 และคะแนนเฉลี่ยของการระงับอัตโนมัติเท่ากับ 25.33 คะแนนเฉลี่ยของคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 20 อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการรักษาโดยการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมทำให้ลดความถี่และความรุนแรงของอาการกำเริบของโรค ส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น จึงทำให้ครอบครัวผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแลตัว ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยที่มากทำให้ครอบครัวผู้ดูแลรู้สึกเครียด (Bugge, Alexander & Hagen, 1999) และจากการศึกษาของวิกส์ มิลสเต็ด ฮาธาเวย์ และซีทิง (Wicks, Milstead, Hathaway & Ceting, 1997) พบว่า ภาระของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รบกวนการผ่าตัดเปลี่ยนไตอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการทำหน้าที่ของร่างกายเลวลงค่อนข้างน้อยทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระเชิงอัตโนมัติของครอบครัวผู้ดูแล อธิบายได้ว่า จากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงใน

บทบาทหน้าที่ และการที่ต้องทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบากเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจตามมา (วไลพร หงษ์พันธุ์, 2547 ; อัมพรพรหม ชีรานุกร, 2545) การที่ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาจะกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแล (นันทพร ศรีนิม, 2544) กรันเฟลด์ และคณะ (Grunfeld et al., 2004) พบว่า ปัจจัยทาง ด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยสามารถทำนายความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลได้โดยความวิตกกังวลและซึมเศร้าของครอบครัวผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายภาระของครอบครัวผู้ดูแล และจากการศึกษาของราวิส คาร์ส และเพรเทอร์ (Ravis, Karus & Pretter, 1999) พบว่า ความรู้สึกเป็นภาระมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ส่วนการปรับตัวด้านอื่น ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกันไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับภาระเชิงประนีและภาระเชิงอัตนัยของครอบครัวผู้ดูแล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ค่อนข้างน้อยจึงทำให้ขนาดของความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายทำให้มีสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปและมีความทนในการทำกิจกรรมลดลงจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ แต่ผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของวราณี เพ็ชรสงฆ์ (2542) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ที่มีระดับความรุนแรงของโรครุนแรง ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองถึงร้อยละ 96.19 ซึ่งทำให้ครอบครัวผู้ดูแลไม่ต้องปฏิบัติกิจกรรมในการดูแล ส่งผลให้ครอบครัวผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่ำ และกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีบุตรเป็นผู้ให้การดูแล ซึ่งในวัฒนธรรมไทย การดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยถือเป็นหน้าที่ของบุตรที่ต้องทำเพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ จึงทำให้บุตรที่รับหน้าที่ดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยรู้สึกเต็มใจในการดูแลและไม่รู้สึกเป็นภาระ เช่นเดียวกับการศึกษาของนันทพร ศรีนิม (2544) พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านส่วนใหญ่คิดว่า การดูแลเป็นการตอบแทนบุญคุณของผู้ป่วย และเชื่อว่าเป็นผลจากกรรมซึ่งต้องชดใช้มิอาจหลีกเลี่ยงได้ ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลตั้งใจและเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ และการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม ซึ่งอาจส่งผลให้การปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับภาระของครอบครัวผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการด้านความคิดและจิตใจของบุคคล โดยจะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากภายนอกทางประสาทสัมผัสและควมจำ ส่งผลให้การรับรู้ของบุคคลแตกต่างกัน จากการศึกษาของ แคปไตน์ และคณะ (Kapteijn et al., 2007) พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการของโรคที่เป็นอยู่มากกว่าที่ผู้ป่วยรายงานถึงความรู้สึกของตนเองต่อการเจ็บป่วย และจากการศึกษาของ บรูเวออร์ (Brouwer et al., 2004) พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมีการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเรื้อรังน้อยกว่าเพศชายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .01$)

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยทำให้ทราบว่า การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับภาระของครอบครัวผู้ดูแล ดังนั้น ควรมีการจัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โดยเฉพาะในด้านบทบาทหน้าที่เพื่อลดภาระของครอบครัวผู้ดูแล

2. ควรมีการศึกษาภาระของครอบครัวผู้ดูแลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลที่ครอบครัวผู้ดูแลต้องปฏิบัติ ปัญหา ความต้องการ และสามารถของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วยและภาระของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ดูแลเพียงกลุ่มเดียว

เอกสารอ้างอิง

เจิง ชู่ย. (2543). การสนับสนุนจากครอบครัวและอ้อมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิตรา จันทะนกิจ, (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จินดาวรรณ อุดมพัฒนากร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชญัญลักษณ์ ไชยรินทร์. (2544). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสารภี. การค้นคว้า

อิสระหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นันทพร ศรีนิม. (2544). ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พจนีย์ ชูลีลัง. (2545). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

มนัสวี อุดลขรัตน์. (2542). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เฟื่องสดา เกบไชยวงศ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรรณระวี อักนิจ. (2543). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วราณี เพ็ชรสงฆ์. (2542). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วราณี เพ็ชรสงฆ์, ซอลดา พันธุเสนา และ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2542). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 19(3), 31-41.

วไลพร หงษ์พันธุ์. (2547). *สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อัมพรพรรณ ชีรานุตร. (2542). *โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : การดูแลตนเองและการฟื้นฟู*. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริกัญช้ออฟเซ็ท.

American Thoracic Society and European Respiratory Society. (2004). *Standards for diagnosis and management of patients with COPD*. Retrieved July 9, 2007, from <http://www.thoracic.org/sections/copd/resources/copddoc.pdf>

Bergs, D. (2002). The hidden client-women caring for husbands with COPD: Their experience of quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 613-621.

Brouwer, W. B. F., Exel, N. J., Berg, B., Dinant, H. J., Koopmanschap, M. A., & Bos, G. A. M. (2004). Burden of caregiving: Evidence of objective burden, subjective burden, and quality of life impacts on informal caregivers of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 51(4), 570-577.

Brown, P. L. (1999). The burden of

caring for a husband with alzheimer's disease. *Home Healthcare Nurse*, 9(3), 33-38.

Bugge, C., Alexander, H. & Hagen, S. (1999). Stroke patients' informal caregivers patient, caregiver, and service factors that affect caregiver strain. *Stroke*, 30, 1517-1523.

Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., & Earle, C. C., et al. (2004). Family caregiver burden: Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association or its licensors*, 170(12), 1795-1802.

Kara, M., & Mirici, A. (2004). Loneliness, depression, and social support of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(4), 331-336.

Kaptein, A. A., Scharloo, M., Helder, D. I., Snoei, L., Kempen, G. M. J., & Weinman, J., et al. (2007). Quality of life in couples living with Huntington's disease: The role of patients' and partners' illness perceptions. *Qual Life Res*, 16, 793-801.

Marc, M., Antonio A, Delfino L., Leonhard F, & Matthias F. (2007). Patient's perception of exacerbations of COPD-the perceived study. *Respiratory Medicine*, 101, 453-460.

McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., & Kalra, L. (2005). Determinants of caregiver burden and quality of Life in caregivers of stroke patients. *Journal of The*

Stroke Association, 36, 2181-2186.

Miravittles, M., Anzueto, A., Legnani, D., Forstmeier, L., & Fargel, M. (2007). Patient's perception of exacerbations of COPD-the PERCEIVE study. *Respiratory Medicine*, 101, 453-460.

Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooymann, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34, 19-26.

Ravis, V. H., Karus, D., & Pretter, S. (1999). Correlates of anxiety among adult daughter caregivers to a parent with cancer. *J*

Psychosoc Oncol, 17, 1-26.

Roy, S. C., & Andrews, H. A. (1991). *The Roy adaptation model : The definitive statement*. Connecticut: Appleton & Lange.

Wicks, M. N., Milstead, E. J., Hathaway, D. K., & Ceting, M. (1997). Subjective burden and quality of life in family caregivers of patients with end stage renal disease. *American Nephrology Nurse's Association Journal*, 24, 527-540.

Wigal, J., Creer, T., & Kotses, H., (1991). The COPD Self-efficacy Scale. *Chest*. 99, 1193-1196.

มหาวิทยาลัยบูรพา University