

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง

แรงสนับสนุนทางสังคมกับการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

**The Relationship among Perceived Therapeutic Self Care Demand, Self Care Ability,
and Social Support in Patients with COPD at the Stage of Exacerbation**

อุษา วรรณม่วง (Usa Wannamoung)* อรสา พันธุ์ภักดี (Orasa Panpakdee)**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research design) วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความต้องการในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบและไม่มีอาการกำเริบ ในโรงพยาบาลระดับทั่วไปจำนวน 90 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเอง แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและแบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann Whitney U test และ Independence t-test ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการกำเริบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความต้องการในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของทั้งสองกลุ่ม

ABSTRACT

The research was a descriptive research design. The purpose of this study was to compare perceived therapeutic self-care demand, self-care ability, and perceived social support between groups of COPD patients with and without exacerbation. This study was conducted at a general hospital with 90 COPD patients. Questionnaires were composed of demographic information, the COPD therapeutic self-care demand scale, the COPD self-care ability scale, and the COPD social support scale. Descriptive, MannWhitney U test, and Independence t-test were used to analyze data. The results showed that the group of COPD patients without exacerbation had significantly higher mean scores of self-care ability and social support than that with exacerbation ($p < .001$). However, there was no difference of the mean score of perceived therapeutic self-care demand between patients in these two groups.

คำสำคัญ: การรับรู้ความต้องการในการดูแลตนเอง, ความสามารถในการดูแลตนเอง, แรงสนับสนุนทางสังคม

Key Words: Therapeutic self-care demand, Self-care ability, Social support

*มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงพยาบาลสุรนารี คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

** รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลสุรนารี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญและพบได้บ่อย เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากการศึกษาภาระโรค (The Global Burden of Disease Study) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และธนาคารโลก (World Bank) ในปี ค.ศ. 2000 ความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกในเพศชายเท่ากับ 9.34 ต่อประชากร 1,000 ราย และในเพศหญิงเท่ากับ 7.33 ต่อประชากร 1,000 ราย (WHO, 2002) และกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดลำดับโรคโดยใช้ดัชนีชี้วัดที่แสดงการสูญเสียภาวะสุขภาพจากการเกิดโรคแบ่งตามเพศพบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้เกิดการสูญเสียภาวะสุขภาพเป็นลำดับที่ 7 ในเพศชายและลำดับที่ 11 ในเพศหญิง (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) แสดงให้เห็นว่าในประเทศไทยเพศชายมีการสูญเสียภาวะสุขภาพจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่าเพศหญิง

จากข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยโดยองค์การอนามัยโลก พบว่า โรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ในหลายปีที่ผ่านมา เช่น ในปี พ.ศ. 2541 อัตราตาย 10.0 ต่อประชากร 100,000 ราย ปี พ.ศ. 2543 อัตราตาย 15.0 ต่อประชากร 100,000 คน และปี พ.ศ. 2545 อัตราตาย 18.0 ต่อประชากร 100,000 ราย และพบว่าอัตราตายด้วยโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างนั้นมีสาเหตุหลักเกิดจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอัตราการตาย 33.5 ต่อประชากร 100,000 ราย (WHO, 2002)

ปัญหาที่ตามมาเมื่อป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาของสถาบันสาคาทุณ ประเทศแคนาดา พบว่า ปี ค.ศ. 2002-2003 มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 400 ราย ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล 3,600 วัน วันนอนโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย 9.0 วัน ปี

ค.ศ. 2003-2004 มีจำนวนผู้ป่วย 506 ราย รวมระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล 4,483 วัน วันนอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 8.9 วัน และปี ค.ศ. 2004-2005 มีจำนวนผู้ป่วย 522 ราย รวมระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล 4,562 วัน วันนอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 8.7 วัน (Saskatoon Health Region, 2005) จากข้อมูลแสดงให้เห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยและระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปีมีสาเหตุหลักมาจากการกำเริบ

จักรี หมดคำ จินดารัตน์ ชัยโพธิ์คำ และปริยสุดา นาคาง ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำการศึกษาย้อนหลังโดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2546 ด้วยสาเหตุจากการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 639 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นมีอัตราเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่อายุ 81 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง มีอัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 19.38 ผู้ที่กลับมารับการรักษาภายใน 28 วัน หลังการจำหน่ายมีอัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 20.55 ซึ่งมากกว่าผู้ที่ไม่เข้ารับการรักษาภายใน 28 วัน ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตมากที่สุด คือระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาลมากกว่า 50 วัน โดยอัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 55.56 (จักรี หมดคำ จินดารัตน์ ชัยโพธิ์คำ และปริยสุดา นาคาง, 2546)

งานวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นโดยตรงต่อชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ และเกิดผลกระทบทางอ้อมเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การขาดงาน การขาดรายได้ กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแล และเมื่อผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้มีค่าใช้จ่ายจากการ

รักษาพยาบาล แม้ว่าสามารถเบิกค่ารักษาตามสิทธิการรักษาของตนเองได้

ในประเทศญี่ปุ่น มีการศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายโดยรวมสำหรับการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ 6,800 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี โดยเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เท่ากับ 1,400 ล้านเหรียญสหรัฐ และค่าใช้จ่ายทางอ้อมซึ่งเกิดจากการขาดงานและไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ เท่ากับ 2,100 ล้านเหรียญสหรัฐ (Nishimura & Zaher, 2004) สำหรับในประเทศไทย ในโรงพยาบาลเสนา จ. พระนครศรีอยุธยา ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 11,705.6 บาทต่อปี (เวชสถิติโรงพยาบาลเสนา, 2553) และสุรางค์รัตน์ พ้องพาน ศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ แบบภาคตัดขวาง เพื่อหาค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม และหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับความรุนแรง กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 500 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 250 ราย และกลุ่มอ้างอิง 250 ราย รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียค่าใช้จ่ายรายบุคคลเฉลี่ย 638 บาทต่อเดือน คิดเป็น 7,656 บาทต่อปี โดยกลุ่มอ้างอิงเสียค่าใช้จ่าย 11 บาทต่อเดือน คิดเป็น 132 บาทต่อปี และพบว่าค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นไม่ได้มีผลมาจากอายุที่มากขึ้น หรือระยะเวลาการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น แต่ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเกิดเมื่อระดับความรุนแรงของอาการกำเริบมากขึ้น ซึ่งรวมทั่วประเทศประมาณ 25,969 ล้านบาทต่อปี (สุรางค์รัตน์ พ้องพาน, 2542)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น อุบัติการณ์การเกิดการทุพพลภาพ และการเสียชีวิตจากการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิด พบว่ามี 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ 1) ปัจจัยด้านร่างกาย คือ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วย การได้รับการรักษา การได้รับการฟื้นฟู 2) ปัจจัยด้านจิตใจ คือ การรับรู้ โดยเฉพาะการรับรู้ความต้องการการดูแล

ตนเอง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มที่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กับกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบ ว่ามีความแตกต่างกันอย่างไรผลของงานวิจัยในครั้งนี้จะช่วยให้มีสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลสามารถค้นหาตัวแปรที่เหมาะสมที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพสำหรับโรคผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มที่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กับกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย ภายหลังจากการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณา งานวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตจากหน่วยงานของโรงพยาบาลให้เข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยแจ้งสิทธิในการเข้าร่วม การปฏิเสธและสิทธิที่ผู้ป่วยเคยได้รับตามปกติ รวมทั้งการเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และผู้ป่วยในที่รับไว้ในโรงพยาบาลในระยะเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านของโรงพยาบาลระดับทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และผู้ป่วยในที่

เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านที่โรงพยาบาลระดับ
ทั่วไป ตั้งแต่ 1 เมษายน ถึง 1 สิงหาคม 2551 โดยขนาด
ของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 90 คน เป็นแบบเฉพาะเจาะจง
เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยชาย
และหญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา
และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมา
ไม่ต่ำกว่า 1 ปี 3) ไม่มีโรคแทรกซ้อนหรือโรคประจำตัว
ได้แก่ โรคหัวใจล้มเหลว ไตวายเรื้อรัง วัณโรคปอด
และการติดเชื้อต่างๆกรณีเป็นผู้สูงอายุต้องไม่มี
ประวัติอัลไซเมอร์ โดยการตรวจสอบเวชระเบียน 4) มี
ประวัติการเข้ารับการรักษามาในแผนกฉุกเฉินใน 1 ปีที่
ผ่านมา 5) สามารถเข้าใจภาษาไทยและสามารถสื่อ
ความหมายได้ และ 6) ความยินดีให้ความร่วมมือใน
การตอบข้อคำถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใน
การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัย
รวบรวมได้จากเวชระเบียน และได้จากการสัมภาษณ์

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความต้องการ
การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** ผู้วิจัย
สร้างขึ้นมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องการดูแล
ตนเอง การรู้คิดตัดสินใจในการดูแลตนเองทั้งเรื่อง
ฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันการกำเริบของตัว
ผู้ป่วยเอง เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ให้ผู้ป่วยเลือกตอบ ข้อ
คำถามด้านบวกให้คะแนน 1 เท่ากับ เห็นด้วย และ 0
เท่ากับ ไม่เห็นด้วย ข้อคำถามด้านลบให้คะแนน 1 =
ไม่เห็นด้วย และ 0 = เห็นด้วย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง
0 - 18 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้
ความต้องการการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถ
ในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**
ปรับปรุงจากการศึกษาของวรรณระวี อัครนิช (2534) ซึ่ง

แปลจากการศึกษาของไรเลย์ (1989) ซึ่งพัฒนาตาม
กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มและนำเสนอ
งานวิจัยในการประชุมทางวิชาการ โดยดัดแปลงให้
เหมาะสมกับคนไทยเป็นลักษณะคำถามเกี่ยวกับการ
ปฏิบัติการดูแลตนเองจำนวน 26 ข้อ มีลักษณะข้อ
คำถามด้านบวก 21 ข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ เป็นแบบ
เลือกตอบ 5 คำตอบ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือ
และแก้ไขให้เหมาะสมกับแนวทางการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปัจจุบัน เพื่อการศึกษา
เชิงวิชาการในครั้งนี้เท่านั้นโดยใช้ชื่อว่าแบบสอบถาม
ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นแบบเลือกตอบ 4
คำตอบ มีจำนวนทั้งสิ้น 31 ข้อ คะแนน 0 = ทำไม่ได้,
คะแนน 1 = ทำได้บางครั้ง, คะแนน 2 = ทำได้เป็นส่วน
ใหญ่, คะแนน 3 = ทำได้เองทุกครั้ง คะแนนรวมอยู่
ระหว่าง 0 - 93 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมี
การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองให้อยู่ใน
เกณฑ์ดี

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทาง
สังคม** สร้างโดยโทลจาโมและเฮนตินิน (Toljamo, &
Hentinen, 2001) มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุน
ทางสังคม ซึ่งเดิมเป็นข้อคำถามที่ใช้กับงานวิจัยผู้ป่วย
โรคเบาหวาน ต่อมา สิริวิรัตน์ ลิลาจรัส (2005) ได้ขอ
อนุญาตแปลและปรับปรุงให้เหมาะสมกับคนไทยและ
ทดลองใช้ในงานวิจัยผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นแบบ
เลือกตอบ 5 คำตอบโดยมีจำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ ครั้งนี้
ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขฉบับแปลเป็นภาษาไทยเพื่อ
นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีเนื้อหาคง
เดิมและเพิ่มความชัดเจนด้วยการแยกข้อคำถามย่อย
เมื่อถามถึงบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือทีมสุขภาพ
และปรับคำตอบเหลือเพียง 2 คำตอบ จำนวนทั้งสิ้น 16
ข้อ (คำถามด้านบวกให้คะแนน 1 = ตรงกับตัวฉันมาก
ที่สุด และ 0 = ไม่ตรงกับตัวฉัน ข้อคำถามด้านลบให้
คะแนน 1 = ไม่กับตัวฉัน และ 0 = ตรงกับตัวฉันมาก
ที่สุด) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 16 คะแนน คะแนน
สูง หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม
อยู่ในเกณฑ์ดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติการวิเคราะห์เชิงบรรยาย

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยหาความแตกต่างในเรื่องการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มที่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยสถิติ Mann Withny U test และ สถิติ Independent sample t-test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่มีอาการกำเริบ และกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบ

การรับรู้	กำเริบ (n=24)		ไม่กำเริบ (n=66)		U	P
	M	SD	M	SD		
-ความต้องการ						
การดูแลตนเอง	15.46	1.74	16.11	1.56	1.68	0.095

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่มีอาการกำเริบ และกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบ

การรับรู้	กำเริบ (n=24)		ไม่กำเริบ (n=66)		t	P
	M	SD	M	SD		
-ความสามารถในการดูแลตนเอง	45.8	7.77	68.8	16.8	8.80	0.000*
-แรงสนับสนุนทางสังคม	9.75	1.22	11.6	2.16	5.16	0.000*

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มที่มีอาการกำเริบ และกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบ มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 15.46 และ 16.11 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองในกลุ่มที่มีอาการกำเริบไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($p > .05$)

ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า กลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบได้คะแนนเฉลี่ย 68.83 มากกว่ากลุ่มที่มีอาการกำเริบซึ่งได้คะแนนเฉลี่ย 45.83 สำหรับด้านแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบได้คะแนนเฉลี่ย 11.64 มากกว่ากลุ่มที่มีอาการกำเริบซึ่งได้คะแนนเฉลี่ย 9.75 เมื่อทดสอบด้วยสถิติพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบ กับกลุ่มที่มีอาการกำเริบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยหาความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กับกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 66 - 80 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยสูงอายุ ซึ่งยืนยันให้เห็นชัดว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น มักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และเริ่มปรากฏอาการเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ โดยกลุ่มที่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหม้าย และกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา ปัญญาเริง ธนารักษ์ สุวรรณประภัส และ วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์ (2551) พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดีมาก ผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการเอาใจใส่ช่วยเหลือให้กำลังใจ สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ลำพัง ไม่มีคู่สมรสและบุตรหลาน การใช้ชีวิตจะมีความยากลำบากมากขึ้น ตรงกับคำกล่าวของรุจา ภูไพบูลย์ กล่าวว่า “คู่สมรสและครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมมากที่สุด ” (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 3,500 - 5,999 บาท รายงานว่ามีรายได้พอเพียง ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะประชากรสูงอายุของประเทศไทย คือพบว่า มีสถานภาพสมรสคู่และมีคู่สมรสอยู่ด้วยกันในครัวเรือน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวแบบขยาย

รายได้ส่วนใหญ่จึงได้จากคู่ครองและ/หรือบุตรหลาน มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อย เพราะส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีบางรายสามารถเบิกค่ารักษาจากต้นสังกัดที่ตนเองทำงานหรือจากบุตรที่รับราชการหรือเป็นลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเอง

คะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการกำเริบ และผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบ มีคะแนนไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยมีการรับรู้ในการดูแลตนเอง เช่น เรื่องการใช้ยา พ้น การใช้ผ้าปิดจมูก การปฏิบัติตามคำแนะนำ และการไปพบแพทย์ในเกณฑ์ ร่องลงมา คือเรื่อง การนอนหลับ การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ และการฝึกบริหารร่างกาย ซึ่งการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองดังกล่าว เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกคนจำเป็นต้องมีการรับรู้ที่ถูกต้อง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ข้อคำถามต่างๆ ในแบบสอบถามการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไม่ได้มีการใช้คำถามที่กล่าวถึงการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการกำเริบร้ายแรง แตกต่างจากการศึกษาของ สุภาพ สุวรรณเวช เรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะหอบเหนื่อย และพบว่ามีการรับรู้ถึงอาการแน่นอึดอัดในอกมากที่สุด และระบุความต้องการที่มากที่สุด คือ ต้องการยาบรรเทาอาการ ต้องการเพื่อนหรือคนอยู่ด้วย และต้องการตั้งสติสัมปชัญญะ (สุภาพ สุวรรณเวช, 2543) ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบและไม่มีอาการกำเริบ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแม้ว่าผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การเจ็บป่วยแตกต่างกัน แต่การได้รับความรู้จากบุคลากร สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมอาจเป็นส่วนที่ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจ

และทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับ โอเร็ม ซึ่งกล่าวว่า “ การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ได้จากความเชื่อ นิสัย และการปฏิบัติที่เกี่ยวกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมกลุ่ม ” (Orem, 1985)

ความสามารถในการดูแลตนเอง

คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการกำเริบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากส่วนใหญ่กลุ่มที่มีอาการกำเริบพำนักอาศัยอยู่คนเดียวไม่มีคู่สมรสหรือญาติให้ความช่วยเหลือ และในกลุ่มที่มีอาการกำเริบนี้ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 81 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบซึ่งส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 66-80 ปี ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ พบว่าเมื่ออายุมากขึ้น อาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยิ่งมีมากขึ้น (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ละเอียด จารุสมบัติ, จารุวัณย์ รัตนมงคลกุล, วิรัตน์ โพละรัตน์ศิริ, และ เวทิส ประทุมศรี, 2553) ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินของโรคเลวลงความสามารถในการระบายอากาศของปอดลดลง ความทนทานต่อกิจกรรมลดลง ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ จักรี หมดคำ จินดารัตน์ ชัยโพธิ์คำ และปริญสุคนาอาจ (2546) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นมีอัตราเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่อายุ 81 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง ซึ่งตามปกติเมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดนั้น ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health state) แต่เนื่องจากความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (Orem, 1985) เมื่อเกิดความเจ็บป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือ ต้องการการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการควบคุมอาการหายใจเหนื่อยหอบให้ได้ ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การบริหารการหายใจ การออก

กำลังกาย รวมทั้งการดูแลด้านจิตสังคม เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการหายใจหอบเหนื่อย ลดความรุนแรงของโรค และส่งเสริมความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

แรงสนับสนุนทางสังคม

คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการกำเริบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่มีอาการกำเริบเป็นผู้สูงอายุและส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่ากลุ่มที่มีอาการกำเริบ ซึ่งกลุ่มที่มีอาการกำเริบนั้น ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่าและพำนักอยู่คนเดียวไม่มีคู่สมรสคอยดูแลเอาใจใส่ พักอาศัยในบ้านเป็นส่วนใหญ่ มีโอกาสออกไปพบปะสังสรรค์กับผู้อื่นน้อยลง ยิ่งทำให้โอกาสของการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิศรา ปัญญาเริง ธนารักษ์ สุวรรณประภัส และ วิลาวรรณ เตือนราษฎร์ (2551) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากการไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกายทั้ง 5 ด้านอย่างเพียงพอ จากสาเหตุที่บุตรหลานออกไปทำงานนอกบ้าน ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง บุคคลในครอบครัวไม่มีเวลาเอาใจใส่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สรุป

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่มีอาการกำเริบและกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบไม่มีความแตกต่างในด้านการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเอง แต่ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันในด้านความสามารถในการดูแลตนเอง และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม โดยกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการกำเริบ

ผลการวิจัยที่ได้ ทำให้เห็นความสำคัญของการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Perceived therapeutic self care demand) แม้ว่าการศึกษานี้จะไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและไม่มีอาการกำเริบ แต่ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองเป็นอย่างไร ควรจัดบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมในด้านใดให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care ability) และหากความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องไป การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยเฉพาะจากครอบครัวของผู้ป่วย จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่ากลุ่มที่มีอาการกำเริบ ควรส่งเสริมด้านระบบบริการสุขภาพ โดยให้มีบุคลากรหลายฝ่าย (Multidisciplinary) หรือ มีคลินิกให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะ เพื่อให้คำแนะนำ ตอบข้อสงสัยต่างๆ ซึ่งแนะแนวทางในการดูแลตนเองที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย หรือญาติผู้ดูแล และเป็นที่พบปะพูดคุยระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยเมื่อความก้าวหน้าของโรคเพิ่มมากขึ้น

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พยาบาลควรเน้นเรื่องการให้คำแนะนำกับญาติผู้ดูแลเป็นสำคัญ โดยมุ่งส่งเสริมความสามารถให้กับผู้ป่วยเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้ และญาติผู้ดูแลควรให้การช่วยเหลือทดแทนกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ รวมถึงให้ความสำคัญด้านจิตใจ ผ่อนคลายความทุกข์ ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว

ด้านการวิจัย

ควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่อง การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในญาติผู้ดูแล เพื่อให้ทราบว่า การที่ญาติให้การช่วยเหลือ ดูแลทดแทนกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยนั้น สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ คณะอาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ พัฒนากระบวนการคิด ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจตลอดการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบคุณ พี่น้อง สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ รุ่นที่ 30 ทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือการทำวิทยานิพนธ์ รวมถึงผู้มีพระคุณทุกท่านที่มีได้เอื้อนามไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ให้ความร่วมมือ เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณค่าในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2545). สถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก.
- จักรี หมัดล่า, จินดารัตน์ ชัยโพธิ์คำ, และปริญสุดา นาคาง. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อการตายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชนิสรา ปัญญาเรจ ธารักษ์ สุวรรณประภัส และ วัฒณย์ เตือนราช. (2551). เครือข่ายทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร, 35(2), 93-103.

- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ ละเอียด จารุสมบัติ จารุวัฒน์
รัตนมงคลกุล วิรัตน์ โพคะรัตน์ศิริ และ
เวทิส ประทุมศรี. (2553). ภาวะซึมเศร้าและ
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย
สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.วารสารพยาบาล
ศาสตร์, 28(2), 68-76.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด
ทฤษฎีและการนำไปใช้. (พิมพ์ครั้งที่ 5). ห้าง
หุ้นส่วนจำกัด ขอนแก่นการพิมพ์.
- ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลเสนา. (2553). สถิติ
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.
- สุภาพ สุวรรณเวโซ. (2543). การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ
และความต้องการของผู้ป่วยหอบหืดและ
ปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะหอบเหนื่อย.
รามาธิบดีพยาบาลสาร. 6(1), 6-19.
- สุรางรัตน์ พ้องพาน. (2542). ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยด้วย
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550).ลักษณะข้อมูล
ประชากรสูงอายุ. ค้นเมื่อ 20 กันยายน 2554
จาก
[http://www.service.nso.go.th/.../2550/.../00_](http://www.service.nso.go.th/.../2550/.../00_S-elderly_2550_000_000000_00400.xls)
[S-elderly_2550_000_000000_00400.xls](http://www.service.nso.go.th/.../2550/.../00_S-elderly_2550_000_000000_00400.xls)
- วรรณระวี อัครนิจ. (2534). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
และการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น
เรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Nishimura, S. & Zaher, C. (2004). Cost impact of
COPD in Japan: Opportunities and
Challenges. Cerner Health Insight. Tyoto
university.
- Orem, D. E. (1985). Nursing: concepts of practice
(5th ed.). United State of America. Graphic
World Inc.
- Saskatoon Health Region. (2005). Readmission Rate.
Retrieved September 11, 2007, from
<http://www.saskatoonhealthregion.ca/>
- Sirirat Leelacharas. (2005). Illness representations in
Thai women diagnosed with hypertension
and relationships to medication-taking
behavior. University of Michigan.
- Toljamo, M., & Hentinen, M. (2001). Adherence to
self-care and social support. Journal of
Clinical Nursing, 10, 618-627.
- World Health Organization. (2002). WHO strategy
for prevention and control of chronic
respiratory diseases. Retrieved January 10,
2010,
from [http://www.who.int/respiratory/public](http://www.who.int/respiratory/publications/WHO_mnc_cra_02.1pdf)
[ations/WHO_mnc_cra_02.1pdf](http://www.who.int/respiratory/publications/WHO_mnc_cra_02.1pdf).
- Riley, C.P. (1989). Effect of a pulmonary
rehabilitation program on self care of
patients with chronic obstructive pulmonary
disease. In clinical and cultural dimentions
around the world 1989. The curators of the
university of Missouri. Paper and abstracts
presented at the first international self care
deficit. Nursing theory conference presented
by the school of nursing, University of
Missouri- Columbia, October 15- 18,
Kansas city.