

ประสบการณ์อาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*

บัวชมพู เอกมาตร **

เยาวรัตน์ มัชฌิม PhD Nursing ***

จินพิชญ์ชา มะम्म PhD Nursing ***

เปี่ยมลาภ แสงสายัณห์ พบ. ****

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ หายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล และซึมเศร้า

การออกแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยาย

การดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก จำนวน 168 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า และนอนไม่หลับ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 3) แบบประเมินอาการวิตกกังวล และซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 98.2 มีอายุเฉลี่ย 71.48 ปี (SD=8.71) ร้อยละ 39.3 มีความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า และนอนไม่หลับ ร้อยละ 100, 91.7 และ 58.9 ตามลำดับ ร้อยละ 63.7 รับรู้ความถี่ของอาการหายใจลำบากระดับเล็กน้อย ร้อยละ 48.8 รับรู้ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากระดับปานกลาง และร้อยละ 63.1 และรับรู้ความทุกข์ทรมานของอาการหายใจลำบากระดับเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการเหนื่อยล้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 79.2, 50 และ 79.2 ตามลำดับ และรับรู้ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการนอนไม่หลับระดับเล็กน้อย ร้อยละ 44, 38.1 และ 45.2 ตามลำดับ มีอาการวิตกกังวลและมีอาการซึมเศร้าเพียงร้อยละ 0.6 เท่านั้น

ข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงความสำคัญของการประเมินและการจัดการอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า และนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พยาบาลควรนำหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยวิธีการไม่ใช่ยาควบคู่กับการใช้ยาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจัดการอาการเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วารสารสภาการพยาบาล 2564; 36(2) 80-92

คำสำคัญ: ประสบการณ์อาการ/หายใจลำบาก/เหนื่อยล้า/นอนไม่หลับ/ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วันที่ได้รับ 4 ต.ค. 63 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 10 ก.พ. 64 วันที่รับตีพิมพ์ 17 ก.พ. 64

* เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: yaowarat.m@gmail.com

**** แพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม สถาบันโรคทรวงอก

Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients' Symptomatic Experiences*

Buachompoo Ekkamart **

Yaowarat Matchim PhD Nursing ***

Jinpitcha Mamom PhD Nursing ***

Piamlarp Sangsayunh M.D. ****

Abstract:

Objective: To examine the five most common symptoms found in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients: dyspnea, fatigue, insomnia, anxiety, and depression.

Design: Descriptive research

Methodology: The participants were 168 COPD patients treated at the COPD Clinic of the Central Chest Institute of Thailand. The data-collecting instruments were: 1) a demographic recording form; 2) the Dyspnea, Fatigue, and Insomnia Assessment Scale (DFIAS); and 3) the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The data were analysed using descriptive statistics.

Results: The majority of the participants (98.2%) were male aged averagely 71.48 years (SD = 8.71). Moderately severe COPD was detected in 39.3% of the participants. Dyspnea, fatigue, and insomnia were perceived by 100%, 91.7%, and 58.9% of the participants, respectively. Mild dyspnea frequency, moderate dyspnea severity, and mild dyspnea distress were perceived by 63.7%, 48.8%, and 63.1% of the participants, respectively. Overall, 79.2%, 50%, and 79.2% of the participants perceived low degrees of fatigue frequency, severity, and distress, respectively, whilst 44%, 38.1%, and 45.2% confirmed their perception of low degrees of insomnia frequency, severity, and distress. Anxiety and depression, however, were found in only 0.6% of the participants.

Recommendations: This study reflected the importance of conducting dyspnea, fatigue, and insomnia assessment in COPD patients. Nursing care approaches based on empirical evidence are, therefore, advised to provide pharmaco-therapeutic and non-pharmaco-therapeutic support to help COPD patients to effectively manage their symptoms.

Thai Journal of Nursing Council 2021; 36(2) 80-92

Keywords: symptomatic experiences; dyspnea; fatigue; insomnia; chronic obstructive pulmonary disease patients

Received 4 October 2020, Revised 10 February 2021, Accepted 17 February 2021

* Part of a thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Older Adult Nursing

** Master Student, Faculty of Nursing, Thammasat University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University : E-mail: yaowarat.m@gmail.com

**** Medical specialist in medicine, Central Chest Institute of Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease) เป็นกลุ่มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขเนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประชากรโลกในปีพ.ศ. 2563¹ สำหรับในประเทศไทยพบว่าในปีพ.ศ. 2562 มีประชากรที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1.5 ล้านคน และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรไทย และพบว่าประชากรไทยที่อายุ 30 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 5² และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งด้านจำนวนผู้ป่วย อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อัตราการตาย และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากประชากรไทยสูบบุหรี่มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 10.9 ล้านคนในปีพ.ศ. 2557 เป็น 13 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563³

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการอุดกั้นของหลอดลมชนิดที่ไม่สามารถกลับคืนเป็นปกติได้ซึ่งเป็นผลมาจากปอดมีการระคายเคืองเรื้อรังจากฝุ่น ก๊าซพิษ และที่สำคัญที่สุดคือ คาร์บอนซึ่งทำให้เกิดการตอบสนองที่ผิดปกติต่อปฏิกิริยาการอักเสบเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นของหลอดลมและเนื้อปอด ต่อมเมือก (mucous gland) มีการสร้างเมือกออกมามากกว่าปกติทำให้เกิดอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะ รวมทั้งการทำงานของขนกวัด (cilia) ที่ผนังหลอดลมลดลงทำให้เกิดการคั่งของเสมหะที่หลังออกมา ส่งผลให้เกิดการตีบแคบหรืออุดกั้นของหลอดลม⁴ จากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ เช่น หายใจลำบากเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวลและซึมเศร้า^{5,6} เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่ายขึ้น หรือเหนื่อยง่าย แม้เพียงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ท้อแท้ ลึนหวั่น แยกตัวออกจากสังคม

เนื่องจากมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้ลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง⁷

ประสบการณ์อาการ (symptom experience) ตามแนวคิดของ Dodd et al.⁸ หมายถึงการรับรู้ของบุคคลถึงความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความรู้สึกและสติปัญญา เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่บุคคลต้องประเมินอาการนั้นๆ ด้วยตนเองซึ่งประสบการณ์อาการตามแนวคิดของ Dodd ครอบคลุม 3 มิติ คือ 1) การรับรู้การเกิดอาการ (perception) 2) การประเมินอาการ (evaluation) และ 3) การตอบสนองต่ออาการ (response) จากความรู้สึกทุกข์ทรมานและการรบกวนการดำเนินชีวิต แนวคิดของ Dodd et al. ทำให้เข้าใจปรากฏการณ์อาการที่เกิดขึ้น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อาการที่พบบ่อยและเกิดขึ้นร่วมกันอันส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาจากอาการด้านร่างกายและด้านจิตใจเป็นสำคัญ ด้านร่างกายได้แก่ อาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ ด้านจิตใจได้แก่ วิตกกังวล และซึมเศร้า^{5,6,9,10}

อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดร้อยละ 96 ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง^{11,12} ซึ่งจะรบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้รู้สึกเหนื่อยแม้ออกแรงเพียงเล็กน้อย¹³ และพบว่าระดับความรุนแรงของโรคที่มากขึ้นส่งผลให้มีอาการหายใจลำบากมากขึ้น¹⁴ รวมทั้งมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันทั้งขณะพักและออกกำลังกาย¹⁵ อาการที่พบได้รองลงมา คือ อาการเหนื่อยล้าพบได้ร้อยละ 72 รองจากอาการหายใจลำบาก¹⁰ แต่ละบุคคลจะมีการรับรู้แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน อาการเหนื่อยล้าส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจลดลง มีความยากลำบากในการทำงานเพิ่มขึ้น มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ความสามารถในการทำกิจวัตร

ประจำวันและการออกกำลังกายลดลง¹⁶ อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่พบได้บ่อยอันดับที่ 3 พบได้ร้อยละ 50 ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง¹⁷ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับ ทำให้มีอาการง่วงนอนงีบหลับในช่วงเวลากลางวัน และทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง¹⁸ อาการวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยร้อยละ 40-60 ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง^{19,20} พบว่าอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า มีผลต่อการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพแย่ลง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ ความผาสุกในชีวิตลดลงมากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่นานขึ้นส่งผลให้อาการวิตกกังวลและซึมเศร้าเพิ่มขึ้น¹⁵

การศึกษาของ Witheethamsak et al.⁵ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้การด้านร่างกายร้อยละ 88-96 ซึ่งมากกว่าด้านจิตใจที่พบได้ร้อยละ 70-90 เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคปอดมีการอุดกั้นการไหลของอากาศในทางเดินหายใจทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพส่งผลให้เกิดอาการด้านร่างกายได้แก่ หายใจลำบาก เหนื่อยล้า และนอนไม่หลับ² อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Bunmee et al.⁹ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้การด้านจิตใจมากที่สุด ร้อยละ 96.8 ซึ่งมากกว่าด้านร่างกายที่พบได้ร้อยละ 86.5 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการศึกษาของ Bunmee et al.⁹ ร้อยละ 50 ต้องประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว จึงต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบากบ่อยครั้ง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมไม่สามารถดูแลตนเองและต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า จะเห็นได้ว่าการดำเนินโรคของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาด²

การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการด้านจิตใจตามมา⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งคุณภาพชีวิตที่ลดลง ในต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาและรายงานประสบการณ์อาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการ²¹ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา เป็นการศึกษาในมิติการรับรู้การและการประเมินอาการเพียงด้านความรุนแรงซึ่งไม่ครอบคลุมด้านความถี่และความทุกข์ทรมานมีบางงานวิจัยที่ศึกษาครอบคลุมในทุกด้านแต่รายงานผลคะแนนประสบการณ์อาการในภาพรวมไม่ได้แจกแจงด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการ^{5,9,10} ผลการศึกษาที่ผ่านมาจึงอาจไม่สามารถอธิบายถึงประสบการณ์รายอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ชัดเจน^{5,6,9,10} ประกอบกับเป็น การศึกษาในบริบทที่แตกต่างกัน ซึ่งจะมีความแตกต่างในแนวทางการดูแลที่เฉพาะเจาะจง ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถใช้อ้างอิงได้ เช่น ผู้ป่วยอาจได้รับการวินิจฉัยโรคจากอาการและอาการแสดง และปัจจัยเสี่ยง เช่น ประวัติการสูบบุหรี่หรือมลภาวะแต่ไม่ได้รับการยืนยัน การวินิจฉัยโรคด้วยการตรวจสไปโรเมทรี เนื่องจากไม่มีเครื่องมือและขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านการตรวจดังกล่าว²² ซึ่งการตรวจสไปโรเมทรีเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และจัดระดับความรุนแรงของโรค (ระดับ 1-4)^{2,4} โดยที่จะมีแนวปฏิบัติในการรักษาและการจัดการอาการตามเกณฑ์ GOLD guideline⁴ ที่แตกต่างกันไปซึ่งอาจส่งผลต่อประสบการณ์อาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์อาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก ซึ่งมีการยืนยันการวินิจฉัยโรคด้วยการตรวจสไปโรเมตรี และจัดระดับความรุนแรงของโรคผู้ป่วยทุกราย รวมถึงยึดแนวปฏิบัติในการรักษา และการจัดการอาการตามเกณฑ์ GOLD guideline ที่เฉพาะเจาะจงกับแต่ละระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้เข้าใจประสบการณ์อาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในบริบทเฉพาะมากขึ้น และสามารถอ้างอิงถึงบริบทเฉพาะที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน รวมถึงนำไปออกแบบการจัดการอาการให้ครอบคลุมทุกมิติที่ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการอาการ (Symptom management model) ของ ดอตต์ และคณะ⁸ ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 4 ส่วนที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ได้แก่ 1) ประสบการณ์อาการ (symptom experience) 2) วิธีการจัดการอาการ (symptoms management strategies) 3) ผลลัพธ์ (outcomes) และ 4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ โดยมีมโนทัศน์หลักด้านประสบการณ์อาการครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่ (1) การรับรู้การเกิดอาการ (perception) (2) การประเมินอาการ (evaluation) และ (3) การตอบสนองต่ออาการ (response) จากความรู้สึกทุกข์ทรมานและจากรอบการณ์การดำเนินชีวิต การศึกษานี้มุ่งที่ประสบการณ์อาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในมิติการรับรู้การเกิดอาการและการประเมินอาการเป็นหลัก โดยเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังว่ามีความผิดปกติ

เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ต่างจากที่เคยเป็นอยู่ และการประเมินอาการด้านความถี่ (frequency) ความรุนแรง (intensity) และความทุกข์ทรมาน (distress) เป็นกระบวนการทางความคิดขั้นที่สูงขึ้น (higher cognitive process) ที่เกิดต่อเนื่องจากการรับรู้การเกิดอาการ⁸ ที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5 อาการ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล และซึมเศร้า^{5,6,9,10}

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการในมิติของความถี่ (frequency) ความรุนแรง (intensity) และความทุกข์ทรมาน (distress) ของอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล และซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research design) สถานที่เก็บข้อมูลคือ สถาบันโรคทรวงอกซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจและคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 4 (จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง สิงห์บุรี ลพบุรี สระบุรี และนครนายก) และกรุงเทพมหานคร ในปี 2560-2562 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับบริการจำนวน 399, 507 และ 470 ราย ตามลำดับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และยืนยันการวินิจฉัยโดยการตรวจสไปโรเมตรี มีค่าปริมาตรอากาศขณะหายใจออกอย่างแรงและเร็วใน 1 วินาที/ปริมาตร

อาการหอบหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงจนสุดหลังจากหายใจเข้าเต็มที่ (FEV_1/FVC) หลังให้ยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 70 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มาติดตามการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2563

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power²³ กำหนดค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน²⁴ ได้ขนาดอิทธิพล .25 กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับแอลฟา α เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) แบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) ด้วยวิธีจับสลากรายชื่อได้แล้วไม่ใส่กลับคืน จากจำนวนประชากรทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง²³ เพื่อให้ได้จำนวนตามขนาดกลุ่มตัวอย่าง (168 ราย) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีปัญหาด้านการคิดรู้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประเมินโดยแบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ต้องได้คะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ 17 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา และ 22 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน หรือการมองเห็น
4. ไม่มีภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคในการวิจัย เช่น เหนื่อยหอบมาก หรือมีอาการหายใจลำบากรุนแรง

5. ไม่มีประวัติเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยหอบจากโรคอื่น ๆ เช่น หัวใจล้มเหลว ไตวายเรื้อรัง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini Mental State Examination; MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ²⁵ โดยประเมินในด้านการรับรู้เวลา รับรู้สถานที่ และความคิดความจำ จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ต้องได้คะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ 17 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา และ 22 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบประเมิน จำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ผู้ดูแล และประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 14 ข้อ

2) ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) และเติมคำ

3) ประเมินความรุนแรงของอาการด้วยแบบสอบถาม Modified Medical Research Council Dyspnea (mMRC) ของสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย² ซึ่งใช้ประเมินอาการเหนื่อยขณะทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย คะแนน mMRC เท่ากับ 0-1 คะแนน

แสดงว่ามีอาการเหนื่อยน้อย คะแนน mMRC มากกว่าหรือเท่ากับ 2 แสดงว่ามีอาการเหนื่อยมาก

4) ประเมินผลกระทบของโรคต่อภาวะสุขภาพและการทำกิจวัตรประจำวันด้วยแบบสอบถาม COPD Assessment Test (CAT) ของสมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย² คะแนน CAT น้อยกว่า 10 แสดงว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบของโรคน้อย คะแนน CAT มากกว่าหรือเท่ากับ 10 แสดงว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบของโรคมก

ชุดที่ 2 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า และนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (The Memorial Symptom Assessment Scale; MSAS) ของ Witheethamsak et al.⁵ ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมิน MSAS ของ Portenoy et al. (1994) ด้วยวิธี forward translation และ backward translation เพื่อประเมินอาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แต่ละอาการประเมินครอบคลุม 3 มิติ คือ ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน ลักษณะคำตอบของแต่ละมิติเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) มีระดับคะแนน 0-10 คะแนน โดยแต่ละมิติคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการนั้น/น้อยที่สุด คะแนน 10 หมายถึง มีอาการนั้นเกิดขึ้นตลอดเวลา/รุนแรงมาก

ชุดที่ 3 แบบประเมินอาการวิตกกังวล และซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS) ฉบับภาษาไทย ของ Nilchaikovit et al.²⁶ ซึ่งแปลมาจากแบบประเมิน HADS ของ Zigmond & Snaith (1983) เพื่อประเมินอารมณ์ความรู้สึกในขณะที่เจ็บป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็นแบบประเมินอาการวิตกกังวลและแบบประเมินอาการซึมเศร้าอย่างละ 7 ข้อ

แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-3 และมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน เกณฑ์ในการแปลความหมายแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า 8-10 คะแนน หมายถึง มีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า/ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช 11-21 คะแนน หมายถึง มีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า/มีความผิดปกติทางจิตเวช²⁶

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า และนอนไม่หลับ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 ท่าน โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00⁵ และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินทั้งหมด โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาตรวจและติดตามการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของสถาบันโรคทรวงอกที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)²⁷ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (เลขที่ 039/2563) และสถาบันโรคทรวงอก (เลขที่ 069/2563 และ 099/2563) ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และ

ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และสิทธิที่จะขอถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ พร้อมทั้งให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุล และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ถ้าผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการหอบเหนื่อยระหว่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะยุติการตอบแบบสอบถาม ประเมินอาการและให้การพยาบาลเบื้องต้น รวมถึงประสานงานกับพยาบาลประจำแผนก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจรักษาที่เหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และสถาบันโรคทรวงแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลหัวหน้าคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และขอให้พยาบาลประจำคลินิกเชิญผู้ป่วยเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัย เมื่อมีผู้ป่วยสนใจเป็นอาสาสมัครวิจัย พยาบาลประจำคลินิกจะเชิญผู้ป่วยมาพบผู้วิจัยในห้องตรวจที่มีความเป็นส่วนตัวในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 07.00-12.00 น. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับอาสาสมัครวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยวิธีดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างจากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้เนื่องจากมีปัญหาร่องสายตาหรืออ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบและบันทึกข้อมูลในแบบประเมิน

วิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลประชากรในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 98.2 และมีอายุระหว่าง 46 ถึง 93 ปี อายุเฉลี่ย 71.48 ปี (SD=8.71) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 79.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 41.1 รายได้เพียงพอกับรายจ่ายของครอบครัวแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 45.2 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านร้อยละ 95.8 มีประวัติเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 95.8 โดยร้อยละ 53.4 สูบบุหรี่ 20-29 มวน/วัน ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้วร้อยละ 90.1 และร้อยละ 39.3 เลิกสูบบุหรี่ได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาเป็นเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.7 และมีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 53.6 ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและกลับบ้าน ร้อยละ 33.9 และ ร้อยละ 15.5 ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีเพียงร้อยละ 6.5 ที่เคยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและกลับบ้าน และร้อยละ 3 ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.3 มีความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.3 ได้รับผลกระทบของโรคต่อภาวะสุขภาพและการทำกิจวัตรประจำวันมาก (คะแนน CAT มากกว่าหรือเท่ากับ 10) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81 มีอาการเหนื่อยน้อยขณะทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย (คะแนน mMRC เท่ากับ 0-1)

ประสบการณ์อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 รับรู้ว่ามีอาการหายใจลำบาก รองลงมาคืออาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิดกกังวล และซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 91.7, 58.9, 0.6 และ 0.6 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบอาการอื่นๆ ได้แก่ อาการไอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เบื่ออาหาร และท้องผูก คิดเป็นร้อยละ 11.3, 2.9, 2.3 และ 1.2 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความถี่การเกิดอาการหายใจลำบากและรับรู้ความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับเล็กน้อย

คิดเป็นร้อยละ 63.7, 63.1 ตามลำดับ และรับรู้ว่ามีความรุนแรงของอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.8 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความถี่การเกิดอาการเหนื่อยล้า ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 79.2, 50.0 และ 79.2 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความถี่การเกิดอาการนอนไม่หลับ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 44.0, 38.1 และ 45.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ประสบการณ์อาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=168)

ประสบการณ์อาการ	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง Min-Max	จำนวน(ร้อยละ)			
			ไม่มีอาการ (0)	เล็กน้อย (1-3)	ปานกลาง (4-6)	มาก (7-10)
หายใจลำบาก n = 168 (100%), (SD) = 3.56 (1.67)						
ความถี่	(0-10)	(1-8)	0	107 (63.7)	51 (30.4)	10 (6.0)
ความรุนแรง	(0-10)	(1-9)	0	60 (35.7)	82 (48.8)	26 (15.5)
ความทุกข์ทรมาน	(0-10)	(1-8)	0	106 (63.1)	57 (33.9)	5 (3.0)
เหนื่อยล้า n = 154 (91.7%), (SD) = 2.66 (1.02)						
ความถี่	(0-10)	(0-5)	14 (8.3)	133 (79.2)	21 (12.5)	0
ความรุนแรง	(0-10)	(0-7)	14 (8.3)	84 (50.0)	66 (39.3)	4 (2.4)
ความทุกข์ทรมาน	(0-10)	(0-5)	14 (8.3)	133 (79.2)	21 (12.5)	0
นอนไม่หลับ n = 99 (58.9%), (SD) = 2.96 (1.66)						
ความถี่	(0-10)	(0-8)	69 (41.1)	74 (44.0)	20 (11.9)	5 (3.0)
ความรุนแรง	(0-10)	(0-9)	69 (41.1)	64 (38.1)	26 (15.5)	9 (5.4)
ความทุกข์ทรมาน	(0-10)	(0-8)	70 (41.7)	76 (45.2)	21 (12.5)	1 (0.6)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 99.4) ไม่มีอาการทางจิตเวช เพียงร้อยละ 0.6 และรับรู้ว่าการซึมเศร้า/วิดกกังวลและซึมเศร้ารับรู้ว่าการวิดกกังวล/มีความผิดปกติทางจิตเวช ร้อยละ 0.6 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ประสบการณ์อาการวิดกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=168)

ประสบการณ์ อาการ	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง Min-Max	จำนวน (ร้อยละ)		
			ไม่มีอาการ (0-7)	มีอาการ/ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช (8-10)	มีอาการ/มีความผิดปกติทางจิตเวช (11-21)
วิดกกังวล	0-21	0-11	167 (99.4)	0	1 (0.6)
ซึมเศร้า	0-21	0-9	167 (99.4)	1 (0.6)	0

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายอยู่ในวัยสูงอายุ มีอายุระหว่าง 60-93 ปี มีประวัติการสูบบุหรี่ มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายและสูบบุหรี่^{5,9,10} เนื่องจากควันบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง² และพบว่าเพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง³

กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 100) มีการรับรู้ว่าตนเองมีอาการหายใจลำบากมากที่สุดเมื่อเทียบกับอาการอื่นๆ และกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 61.3) รายงานว่าได้รับผลกระทบของโรคต่อภาวะสุขภาพ และการทำกิจวัตรประจำวันที่มาก (คะแนน CAT มากกว่าหรือเท่ากับ 10) อย่างไรก็ตาม ผลจากการตรวจสไปโรเมตรีพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง (ค่า FEV1 หลังให้ยาขยายหลอดลม ร้อยละ 50-79)⁴ และมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากในระดับปานกลาง รับรู้ความถี่และความทุกข์ทรมานของอาการหายใจลำบากระดับเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ไม่นาน พยาธิสภาพของโรคยังไม่รุนแรงมาก² กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีอาการเหนื่อยน้อยขณะทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย (คะแนน mMRC เท่ากับ 0-1) และมีเพียงร้อยละ 3 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Witheethamsak et al.⁵ และ Wongderm A & Duangpaeng S¹⁰ ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาติดตามการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไปในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86-90 เป็นเพศชาย

มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 92-100 มีการรับรู้ถึงอาการหายใจลำบากมากที่สุด และรับรู้ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากในระดับปานกลาง

จากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดอาการหายใจลำบาก ต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ภาวะดังกล่าวทำให้ร่างกายสูญเสียพลังงานจนเกิดอาการเหนื่อยล้าและรบกวนการนอนหลับพักผ่อน²⁹ การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 91.7 รับรู้ อาการเหนื่อยล้า และร้อยละ 58.9 รับรู้การนอนไม่หลับ ทั้งนี้อาจเป็นผลสืบเนื่องจากอาการหายใจลำบากและกระบวนการชรา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ กระบวนการชราส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง คุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุลดลง ระยะเวลาการนอนหลับตอนกลางคืนลดลง มีความรู้สึกง่วงในเวลากลางวัน²⁸ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับในระดับเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ซึ่งยังอยู่ในช่วงแรกของการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ รวมถึงมีผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านจึงไม่ต้องออกแรงมากซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ Witheethamsak et al.⁵ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและได้รับการวินิจฉัยโรคน้อยกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพและมีผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 96 มีการรับรู้การเหนื่อยล้า แต่รายงานความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อย ผลการศึกษาในครั้งนี้นี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาอาการ

นอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาติดตามการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 94.4) มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ร้อยละ 84.1 มีอาการนอนไม่หลับระดับเล็กน้อย²⁴

การศึกษาค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการวิตกกังวล/มีอาการทางจิตเวชเพียงร้อยละ 0.6 (1 ราย) รับรู้อาการซึมเศร้า/ไม่มีอาการทางจิตเวช ร้อยละ 0.6 (1 ราย) เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดเพิ่มเติมพบว่า ผู้ที่รับรู้อาการวิตกกังวล/มีอาการทางจิตเวช และผู้ที่รับรู้อาการซึมเศร้า/ไม่มีอาการทางจิตเวช เป็นผู้ป่วยรายเดียวกัน ซึ่งมีโรคร่วมมากกว่า 3 โรค ไม่มีผู้ดูแลและได้รับผลกระทบของโรคต่อภาวะสุขภาพและการทำกิจวัตรประจำวันที่มาก (คะแนน CAT มากกว่าหรือเท่ากับ 10) การมีโรคร่วมส่งผลให้มีอาการรบกวนหลายอาการ ผู้ป่วยต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้น¹⁷ จึงอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลว่าจะเกิดอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และไม่สามารถดูแลตนเองได้ รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงจนทำให้เกิดอาการซึมเศร้า⁷ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thaithanasarn et al.³⁰ ที่ศึกษาอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงราย และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 22.8 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วมมีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 22.6 เนื่องจากผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการเข้าสังคม เนื่องจากวิตกกังวลกับอาการหายใจลำบากและการกำเริบซ้ำจนทำให้เกิดอาการซึมเศร้า³⁰ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.4 ไม่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจากมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางมีอาการเหนื่อยน้อยขณะทำกิจกรรม

หรือออกกำลังกาย (คะแนน mMRC เท่ากับ 0-1) และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอกับรายจ่ายและมีผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน จึงไม่กังวลว่าจะต้องออกแรงมากในการทำกิจกรรม ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 70-96.9 ไม่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีผู้ดูแลที่บ้าน รายได้ของครอบครัวเพียงพอกับรายจ่ายและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามิบุคคลให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง^{5,10}

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และยืนยันการวินิจฉัยด้วยการตรวจสไปโรเมทรี มีค่า FEV1/FVC หลังให้ยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 70 ผลการศึกษาที่ได้อาจไม่สามารถอ้างอิงประชากรผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ได้ตรวจสไปโรเมทรี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีประสบการณ์อาการหายใจลำบากมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลควรให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อจัดการอาการหายใจลำบาก ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สร้างแนวปฏิบัติ เพื่อจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งการจัดการด้วยตนเอง ผู้ดูแลหรือบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนร่วม

2. ด้านการวิจัย

ศึกษาประสบการณ์อาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคในระดับต่าง ๆ และปัจจัย

ที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการที่พบในผู้ป่วยโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง

References

1. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 19]; Available from: <https://www.who.int/gho/publications/>
2. Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage. CPG-COPD. Bangkok: Beyond Enterprise Publisher; 2017. 112 p. (In Thai)
3. Thai Health Promotion Foundation. [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 19]; Available from: <https://www.thaihealth.or.th/>
4. Global Initiative for chronic obstructive lung disease. Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention. [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 12]; Available from: <https://goldcopd.org/>
5. Witheethamsak P, Duangpaeng S, Masingboon K. Relationship between symptom cluster and functional performance among patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thai Journal of Nursing Council 2010; 25(4): 96-108. (In Thai)
6. Miravittles M, Ribera A. Understanding the impact of symptom on the burden of COPD. Respir Res 2017; 18(67): 1-11.
7. Wangsom A. Dyspnea management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2016; 27(1): 2-12. (In Thai)
8. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs 2001; 33(5): 668-76.
9. Bunmee P, Kunsongkeit W, Masingboon K. Factors related to symptom clusters in persons with chronic obstructive pulmonary disease. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2016; 24(3): 59-69. (In Thai)
10. Wongderm A, Duangpaeng S. Factors influencing functional performance among patients with chronic obstruction pulmonary disease. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2014; 9(3): 120-8. (In Thai)
11. Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, Banzett, RB, Manning HL, Bourbeau J. American Thoracic Society Committee on Dyspnea An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. Am J Respir Crit Care Med 2012; 185(4): 435-52.
12. Weingaertner V, Scheve C, Gerdes V, Schwarz-Eywill M, Prenzel R, Bausewein C, et al. Breathlessness, functional status, distress, and palliative care needs over time in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease or lung cancer: a cohort study. J Pain Symptom Manage 2014; 48(4): 569-81.
13. Ko FW, Chan KP, Hui DS, Goddard JR, Shaw JG, Reid DW, et al. Acute exacerbation of COPD. Respirology 2016; 21(7): 1152-65.
14. Lee J, Nguyen HQ, Jarrett ME, Mitchell PH, Pike KC, Fan VS. Effect of symptoms on physical performance in COPD. Heart lung 2018; 47(2): 149-56.
15. Van der Molen T, Miravittles M, Kocks JW. COPD management: role of symptom assessment in routine clinical practice. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2013; 8: 461-71.
16. Kapella MC, Larson JL, Patel MK, Covey MK, Berry JK. Subjective fatigue, influencing variables, and consequences in chronic obstructive pulmonary disease. Nurs Res 2006; 55(1): 10-7.

17. Janssen DJ, Spruit MA, Uszko-Lencer NH, Schols JM, Wouters EF. Symptoms, comorbidities, and health care in advanced chronic obstructive pulmonary disease or chronic heart failure. *J Palliat Med* 2011; 14(6): 735-43.
18. American Thoracic Society. Sleep problems in COPD. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;188(1): 5-6.
19. Bentsen SB, Wentzel-Larsen T, Henriksen AH, Rokne B, Wahl AK. Anxiety and depression following pulmonary rehabilitation. *Scand J Caring Sci* 2013; 27(3): 541-50.
20. Park SK, Stotts NA, Douglas MK, Donesky-Cuenco D, Carrieri-Kohlman V. Symptoms and functional performance in Korean immigrants with asthma or chronic obstructive pulmonary disease. *Heart lung* 2012; 41(3): 226-37.
21. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Tennstedt S, Portenoy KR. Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38(1): 115-23.
22. Bureau of Medical System Supervision. Service plan: COPD. Bangkok: Art Qualified Publisher; 2017. p. 52-61. (In Thai)
23. Srisatidnarakul B. Random Sampling. In: Srisatidnarakul B, editor. *The methodology in nursing research*. 5th ed. Bangkok: U & I Intermedia Publisher; 2010. p. 207-9. (In Thai)
24. Sukhonthachit P, Wattanakitkrileart D, Pongthavornkamol K, Chuchottaworn C. Insomnia experience, insomnia management strategies and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Science* 2017; 32(2): 100-11. (In Thai)
25. The Institute of medicine and the elderly. Mini Mental State Examination; MMSE-Thai 2002. Bangkok: C G Tools Publisher; 2008. (In Thai)
26. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand* 1996; 41(1): 18-30. (In Thai)
27. Thato R. Nursing research: concepts to application. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Publisher; 2018. p. 385-88. (In Thai)
28. Roth T. Hypnotic use for insomnia management in chronic obstructive pulmonary disease. *Sleep Med* 2009; 10(1), 19-25.
29. Paddison JS, Effing, T W. Quinn S, Frith P A. Fatigue in COPD: association with functional status and hospitalisations. *Eur Respir J* 2013; 41(3): 565-70.
30. Thaithanasarn T, Chuathao S, Futeap J, Gadmanee N, Deengamleart P, Meeinta A, et al. Prevalence of depression and its association in chronic obstructive pulmonary disease patients in hospital, Chiang Rai Province: a cross-sectional study. *The 13th Naresuan Research Conference*; 2016. p. 588-97. (In Thai)