



ปัจจัยทำนายกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Factors Predicting Symptom Clusters Among Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

พัชรินทร์	คำแก่น*	Patcharin	Komkaen*
จินดารัตน์	ชัยอาจ**	Jindarat	Chaiard**
นิตยา	ปิญญาคำ**	Nitaya	Pinyokham**

บทคัดย่อ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่พบได้บ่อยของปัญหาในระบบทางเดินหายใจ โดยทำให้มีกลุ่มอาการเกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายการเกิดกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ สมรรถภาพการทำงานของปอด ภาวะโภชนาการ แบบแผนการสูบบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุระหว่าง 45-65 ปี ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลแม่จัน รวมทั้งสิ้นจำนวน 152 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามกลุ่มอาการ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบค่าความเชื่อมั่น โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.82, 0.93 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า

ปัจจัยทำนายการเกิดกลุ่มอาการ ได้แก่ ภาวะโภชนาการ น้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง สามารถร่วมกันทำนายการเกิดกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 26 ($p < .001$) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยให้การรับรู้การเกิดกลุ่มอาการลดลง

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย กลุ่มอาการ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College, noisuwat_patcharin@hotmail.co.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the most common respiratory problems and is presented with symptom clusterings. COPD affects one's physical, mental, emotional, and social health. The purpose of this study was to explore factors predicting symptom clusters among persons with COPD. These factors included lung function, nutritional status, smoking patterns, perceived self-efficacy, and perceived social support. A sample of 152 adults with COPD aged 45-65 years old were recruited from Chiangrai Prachanukroh Hospital and Maechan Hospital. Research instruments used for data collection consisted of a Demographic Data Recording Form, Symptom Cluster Questionnaire, Perceived Self-Efficacy Questionnaire, and Perceived Social Support Questionnaire. Content validity of all instruments was judged by a panel of experts. The Cronbach's alpha reliability of the questionnaires were 0.82, 0.93, and 0.86 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression.

The result revealed that:

Factors that were statistically significant correlated with symptom clusters that showed a moderate level of perceived social support ($r=.35$, $p<.01$), nutritional status (underweight) ($r=.28$, $p<.01$), moderate level of perceived self-efficacy ($r=.20$, $p<.05$) and low level of perceived self-efficacy ($r=.18$, $p<.05$) Factors that predicted symptom clusters were; nutritional status (underweight), low and moderate level of perceived self-efficacy and moderate level of perceived social support. These factors accounted for 26 % ($p<.001$) of symptom clusters among persons with COPD. The results from the study provide data for nurses in improving the care of COPD patients by promoting nutritional status in the patients who are underweight, as well as enhancing self-efficacy and social support in order to decrease the perception of symptom clusters.

Key word: Factors Predicting, Symptom clusters, Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease [COPD]) เป็นโรคที่พบได้เป็นจำนวนมาก ปัจจุบันพบผู้ป่วยมากกว่า 210 ล้านคนทั่วโลก Fletcher et al. (2011) เป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและสาเหตุการตายอันดับ 4 ของโลก (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2014) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของโลก (GOLD, 2011) ในประเทศไทยพบผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 1.5 ล้านคน (National Health

Security Office, 2014) พบอัตราป่วยรายใหม่ ระหว่างปี พ.ศ 2558-2559 เท่ากับ 39.08 และ 44.31 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนตามลำดับ และพบอัตราตายระหว่างปี พ.ศ. 2555-2557 เท่ากับ 7.66, 8.65 และ 8.92 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนตามลำดับ (Strategy and planning division, 2016) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีอัตราป่วยและอัตราตายในจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้น จึงเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลก

อาการหายใจลำบาก ถือเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบว่ามีอาการอื่น



ๆ ร่วมด้วยในลักษณะของกลุ่มอาการ (Witheethamsak, 2010)จากแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptom [TOUS]) ของ Lenz et al. (1997) กล่าวว่า กลุ่มอาการ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกาย เมื่อมีอาการใดอาการหนึ่งเกิดขึ้นมักจะกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นตามมา มากกว่า 1 อาการ อาการที่เกิดขึ้นร่วมกันนี้จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และส่งผลที่ตามมาอย่างรุนแรงมากกว่าอาการเดียว โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กลุ่มอาการ (symptom clusters) 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ (influencing factors) และ 3) ผลที่ตามมา (consequences)

จากการทบทวนวรรณกรรม อาการที่พบได้บ่อยของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนอกจากอาการหายใจลำบากแล้วยังพบ อาการอ่อนล้า อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า อาการปวด อาการไอ อาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น (Blinderman, Homel, Billings, Tennstedt, & Portenoy, 2009) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเผชิญกับอาการหลายอาการร่วมกันมากกว่าการเกิดเพียงอาการเดียว เมื่ออาการใดอาการหนึ่งเกิดขึ้นแล้วจะกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นๆ ตามมา ในลักษณะของกลุ่มอาการ Kapella et al.(2006) โดยสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ 1) กลุ่มอาการทางกาย ประกอบด้วยอาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า อาการนอนไม่หลับ และ 2) กลุ่มอาการทางจิต ประกอบด้วย อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า (Witheethamsak, 2010)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดกลุ่มอาการ อาจเกิดจากปัจจัยเดียวหรือหลายปัจจัยร่วมกันก็ได้โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มอาการ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (physiological factors) คือระบบการทำงานของร่างกายที่ตอบสนองต่อความผิดปกติตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น 2) ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) เป็นปัจจัยที่อธิบายถึงอารมณ์และความรู้สึก ความคิด สติปัญญา การตัดสินใจ แล้วมีผลต่อการรับรู้ถึงความรุนแรงหรือความทุกข์ทรมานของกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น 3) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational factors) คือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ รอบๆ ตัว ทั้งสิ่งแวดล้อมด้าน

กายภาพและสิ่งแวดล้อมด้านสังคม การสนับสนุนในสังคม วัฒนธรรม แบบแผนการดำเนินชีวิต รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพ Lenz et al. (1997) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนและแก้ไขหรือชะลอระดับความรุนแรงของการเกิดอาการต่างๆ ได้ ประกอบด้วย สมรรถภาพการทำงานของปอด ภาวะโภชนาการ แบบแผนการสูบบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

สมรรถภาพการทำงานของปอด หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของปอดเพื่อระบายอากาศและแลกเปลี่ยนก๊าซโดยค่าปริมาตรของอากาศขณะหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาที เป็นวิธีการหนึ่งในการประเมินสมรรถภาพการทำงานของปอดซึ่งแสดงถึงการอุดกั้นของหลอดลม (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2556) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบโดยเฉพาะอาการหายใจลำบากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.82, p<.001$) Miravittless et al. (2000) และพบว่าสามารถทำนายการเกิดอาการอ่อนล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.57, p<.001$) (Lewko, Bidgood, & Garrod, 2009) ภาวะโภชนาการ ถือว่ามีความสำคัญในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความต้องการพลังงานของร่างกายเพื่อใช้สำหรับการหายใจเพิ่มขึ้น 10-15 เท่าของคนปกติ (Wouters, 2000) จำเป็นต้องได้รับสารอาหารที่เพียงพอเพื่อการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะการหายใจ และการปฏิบัติกิจกรรม (Ferreira, 2008) จากการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน (underweight) พบว่าสามารถทำนายการเกิดอาการอ่อนล้าได้ร้อยละ 36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.36, p<.001$) Lewko et al.(2009)

แบบแผนการสูบบุหรี่คือพฤติกรรมของบุคคลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการต่างๆ เนื่องจากสารพิษในควันบุหรี่มีผลต่อการทำงานของเซลล์ขนกวัด กระตุ้นให้มีการหลั่งเมือกบริเวณหลอดลมมากยิ่งขึ้น เกิดการอุดตันของหลอดลมทำให้ประสิทธิภาพในการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ส่งผลให้มีอาการหายใจลำบาก อ่อนล้า ไอร่วม



กับมีเสมหะ นอนไม่หลับ และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Silverman, Boudreaux, Woodruff, Clark, & Camargo, 2003) จากการศึกษาการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ามีโอกาสเกิดอาการนอนไม่หลับได้ถึง 2.13 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ($OR=2.13$, $p<0.001$) (Budhiraja, 2012)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและแสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถทำนายการเกิดอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 20 ($R^2=.20$, $p<0.001$) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมคือการรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายสังคม จากกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้ต้องเผชิญกับผลที่ตามมาทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เรื้อรังและยาวนานรวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลงส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น จึงพบว่าการสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถทำนายการเกิดอาการวิตกกังวล ร้อยละ 14 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.14$, $p<0.05$) (McCarthy et al.(2002)

ปัจจุบันแม้ว่าแนวทางการรักษาผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความชัดเจนขึ้นแต่ยังพบว่าไม่สามารถจัดการอาการต่างๆ ได้อย่างยั่งยืน ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น แนวทางการรักษาส่วนใหญ่ยังเน้นการจัดการกับอาการหายใจลำบากเพียงอาการเดียว (Bourbeau, 2003) ความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับอาการที่เกิดขึ้นในลักษณะของกลุ่มอาการ โดยผลที่ตามมาของการเกิดกลุ่มอาการจะมีผลลัพธ์ที่รุนแรงมากกว่าอาการเพียงอาการเดียว ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มอาการนั้นอาจเกิดจากปัจจัยเดียวกันหรือหลายปัจจัยร่วมกันก็ได้ (Lenz et al. (1997)

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจทำนายการเกิดกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ สมรรถภาพการทำงานของปอด ภาวะโภชนาการ แบบแผนการสูบบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลในการ

ประเมิน เฝ้าระวัง และวางแผนการพยาบาลในการชะลอหรือลดการเกิดกลุ่มอาการและผลที่ตามมาของการเกิดกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจทำนายการเกิดกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ สมรรถภาพการทำงานของปอด ภาวะโภชนาการ แบบแผนการสูบบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al.(1997) และจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ กลุ่มอาการ (symptom clusters) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ (influencing factors) และผลที่ตามมา (consequences) ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะ 2 องค์ประกอบ คือ 1) กลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นกลุ่มอาการทางกายและกลุ่มอาการทางจิตที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยการรับรู้อาการดังกล่าวที่เกิดขึ้นจากการมีสัญญาณผิดปกติและใช้สติปัญญาในการรวบรวมความรู้สึกต่างๆ เพื่อแปลความหมายของข้อมูลหรือสัญญาณที่เกิดขึ้น จากนั้นจะประเมินอาการโดยการตัดสินทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ 3 มิติ คือ มิติด้านความรุนแรง มิติด้านความถี่ และมิติด้านความทุกข์ทรมาน และ 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดกลุ่มอาการดังกล่าว ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย สมรรถภาพการทำงานของปอด และภาวะโภชนาการ ปัจจัยทางด้านจิตใจ ประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ ประกอบด้วย การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบแผนการสูบบุหรี่



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจทำนายการเกิดกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างมาจากการใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการทดสอบ ซึ่งกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .01 มีอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 152 ราย เป็นผู้ป่วยโรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 72 ราย และผู้ป่วยโรงพยาบาลแม่จันจำนวน 80 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) อายุระหว่าง 40-65 ปี 2) มีความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป 3) มีอาการเกิดขึ้นร่วมกันอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไปในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน 2557

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกแบบแผนการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาในการสูบบุหรี่และปริมาณบุหรี่ที่สูบ หากไม่สูบบุหรี่ หมายถึง ตลอดช่วงชีวิตไม่เคยสูบบุหรี่เลย เคยสูบบุหรี่ หมายถึง ตลอดช่วงชีวิตเคยสูบบุหรี่มาแล้วมากกว่า 100 มวน แต่ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาไม่สูบบุหรี่แล้ว ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่ หมายถึง ยังคงสูบบุหรี่อยู่อย่างน้อย 1 มวน หรือ 1 ครั้ง ในรอบ 12 เดือน แบบบันทึกสมรรถภาพการทำงานของปอด โดยเก็บข้อมูลจากประวัติการตรวจสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 12 เดือน นับจากวันที่ตรวจสมรรถภาพปอดครั้งล่าสุดจนถึงวันที่รวบรวมข้อมูล ตรวจโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมการวัดสมรรถภาพปอด และ แบบบันทึกดัชนีมวลกาย ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเกิดกลุ่มอาการ ดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย และ

นอนไม่หลับในผู้ที่ป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ Witheethamsak (2010) เนื่องจากแบบสอบถามเดิมมีเฉพาะอาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้าและอาการนอนไม่หลับ ผู้วิจัยจึงเพิ่มอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าเข้ามาด้วย เพื่อให้ครอบคลุมการสอบถามกลุ่มอาการทั้งทางกายและทางจิต ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงหรือควบคุมอาการหายใจลำบากในสถานการณ์ต่างๆ ของ (Wattanakitkileart, 1998) โดยปรับข้อความให้เกี่ยวข้องกับระดับความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงหรือควบคุมกลุ่มอาการในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์ หรือไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนหลังดัดแปลงมีจำนวนข้อความทั้งหมด 15 ข้อ เมื่อนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และ 0.94 ตามลำดับ และส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ Katesuriya (2004) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ส่วนความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการเกิดกลุ่มอาการ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ทดลองใช้กับผู้ที่ป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ 0.82, 0.93 และ 0.88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่จัน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลหอผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก เมื่อมี



คุณสมบัติตรงตามที่กำหนด ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์พร้อมสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจอย่างละเอียดและรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องการอ่าน ผู้วิจัยอ่านคำถามและตัวเลือกคำตอบตามแบบสอบถามให้ฟังทีละข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 30-40 นาทีในห้องให้คำปรึกษา ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้สอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ อาการอาการแสดงรวมถึงวิธีการปฏิบัติตัว นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.90 มีอายุระหว่าง 60-65 ปี ร้อยละ 82.20 เฉลี่ยอายุ 62.58 ปี(S.D. 3.50) มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 65.80 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 59.80 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.30 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 3,001 บาท ร้อยละ 69.72 มีระดับการออกกำลังกายทางเดินหายใจ (FEV1/FVC) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.80 และมีภาวะโภชนาการน้ำหนักตัว (ดัชนีมวลกาย) ต่ำกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 48.00 สำหรับแบบแผนการสูบบุหรี่พบ

ว่า มีประวัติเคยสูบบุหรี่มาก่อนแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ร้อยละ 84.20 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.60 และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.20

2. กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนกลุ่มอาการอยู่ระหว่าง 0.93 – 4.00 คะแนนเฉลี่ย 2.30 (S.D.= 0.59) โดยพบว่าอาการหายใจลำบากมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0.93-4.00 มีคะแนนเฉลี่ย 2.35 (S.D. = 0.77) อาการอ่อนล้า มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0.93-4.00 มีคะแนนเฉลี่ย 2.33 (S.D. = 0.75) อาการนอนไม่หลับ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0.93-4.00 มีคะแนนเฉลี่ย 2.38 (S.D. = 0.86) อาการวิตกกังวล มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1.20-4.00 มีคะแนนเฉลี่ย 2.38 (S.D. = 0.68) อาการซึมเศร้า มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1.27-4.00 มีคะแนนเฉลี่ย 2.27 (S.D. = 0.65)

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง สมรรถภาพการทำงานของปอด ภาวะโภชนาการ แบบแผนการสูบบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มอาการ พบว่า ภาวะโภชนาการน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, p < .01$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำและระดับปานกลางมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับกลุ่มอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.18, p<.05, r=.20, p<.05$ ตามลำดับ) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับกลุ่มอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.35, p<.01$) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่าง สมรรถภาพการทำงานของปอด ภาวะโภชนาการ แบบแผนการสูบบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มอาการ ของกลุ่มตัวอย่าง (N=152)

ปัจจัยทำนายกลุ่มอาการ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.การอุดกั้นของปอดระดับปานกลาง	1										
2.การอุดกั้นของปอดระดับมาก	-.80*	1									
3.ภาวะโภชนาการน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน	-.05	-.18*	1								
4.ภาวะโภชนาการน้ำหนักตัวเกินกว่ามาตรฐาน	.05	-.14	-.40*	1							
5.เคยสูบบุหรี่	-.06	.07	-.05	.03	1						
6.ยังคงสูบบุหรี่	-.02	-.01	.15	-.13	-.73**	1					
7.การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ	.07	-.02	-.00	-.01	.02	-.15	1				
8.การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง	-.15	.12	.15	.05	-.03	.12	-.56**	1			
9.การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ	-.03	.07	-.02	.02	-.12	-.05	.29**	-.14	1		
10.การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง	.02	-.05	.17*	-.02	.04	.10	.04	.24**	-.24**	1	
11.กลุ่มอาการ	-.12	.11	.24**	-.12	.00	-.05	.18*	.20*	.13	.35**	1

*p <.05 **p <.01

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาอำนาจทำนายกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ภาวะโภชนาการน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง สามารถร่วมกันทำนายการเกิดกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 26 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง เป็น

ปัจจัยตัวแรกที่ทำนายกลุ่มอาการ มีอำนาจการทำนายได้ร้อยละ 13 ภาวะโภชนาการน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน เป็นปัจจัยตัวที่สองที่ทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 16 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ เป็นปัจจัยตัวที่สามที่ทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 19 และ เป็นปัจจัยตัวที่สี่ที่ทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 26 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R) สัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) เมื่อเพิ่มการทำนายทีละตัว

ตัวแปร	R	R^2	R^2 Change	S_{Eest}	F
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง	.35	.13	.13	.55	21.34***
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ในระดับปานกลาง และ ภาวะโภชนาการน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน	.40	.16	.03	.54	14.18***
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ภาวะ โภชนาการน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน และการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ	.44	.19	.03	.53	11.58***
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ภาวะ โภชนาการน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน การรับรู้สมรรถนะ แห่งตนในระดับต่ำ และการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนในระดับ ปานกลาง	.51	.26	.07	.51	12.66***

*** $p < .001$

5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ สามารถพยากรณ์การเกิดกลุ่มอาการได้สูงสุด และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b , β) เป็น .55 กับ .37 รองลงมาเป็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง สามารถพยากรณ์การเกิดกลุ่มอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานเป็น .40 กับ .33 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง สามารถพยากรณ์การเกิดกลุ่มอาการเป็นอันดับที่

สาม โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานเป็น .28 กับ .23 ส่วน ภาวะโภชนาการน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน สามารถพยากรณ์การเกิดกลุ่มอาการเป็นอันดับที่สี่ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานเป็น .19 กับ .16 โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์เท่ากับ ± 0.51 ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ ค่าคงที่และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	b	β	t
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง	.28	.23	2.98**
ภาวะโภชนาการน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน	.19	.16	2.17*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ	.55	.37	4.11***
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง	.40	.33	3.61***
ค่าคงที่= 1.70 ; $S_{Eest} = +0.51$; $p < .001$			

ดังนั้นสมการพยากรณ์ที่ได้ แสดงในรูปของคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y = 1.70 - 0.28X_1 - .19X_2 - 0.55X_3 - .40X_4$$

Y	หมายถึง	การเกิดกลุ่มอาการ
X_1	หมายถึง	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง
X_2	หมายถึง	ภาวะโภชนาการน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน
X_3	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ
X_4	หมายถึง	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง

การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจทำนายการเกิดกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยปัจจัยที่มีอำนาจทำนายการเกิดกลุ่มอาการ ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ภาวะโภชนาการ น้ำหนักตัว (ดัชนีมวลกาย) ต่ำกว่ามาตรฐาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง สามารถร่วมกันทำนายการเกิดกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 26 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) อธิบายได้ว่า

1. การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง มีความรู้สึกรับผิดชอบ และมีความมั่นใจในการดำเนินชีวิต หากผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น รู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า ไม่สนใจตัวเอง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ และต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา เป็นต้น (Theeranut, 1999) นอกจากนี้ยัง

พบว่าผู้ป่วยจะรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีอาการซึมเศร้าไม่สนใจตนเอง และไม่ยอมรับการรักษา เป็นต้น (Kurat, 1996) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำไม่สามารถทำนายการเกิดกลุ่มอาการในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาจเนื่องมาจากจำนวนผู้ที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมีเพียงร้อยละ 3 ซึ่งมีจำนวนที่น้อยจึงทำให้ไม่อาจนำมาวิเคราะห์ในทางสถิติได้ แต่อย่างไรก็ตามการสนับสนุนทางสังคมถือเป็นปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (situational factors) ที่มีความสำคัญต่อประสบการณ์การเกิดกลุ่มอาการ Lenz et al. (1997) ดังการศึกษาของ McCathie et al. (2002) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถทำนายการเกิดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ ร้อยละ 14 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .14$, $p < .05$) ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของ Kaneda et al. (2011) ที่พบว่า การอยู่คนเดียว ไม่ผู้ดูแล ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีโอกาสเกิดอาการวิตกกังวลได้ถึง 8.66 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่สถานภาพคู่



หรือยังมีคู่ครองที่คอยดูแลให้ความช่วยเหลือ (OR = 8.66, $p < .001$) นอกจากนี้แล้วในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหากได้รับการดูแลช่วยเหลือโดยเฉพาะจากบุคคลใกล้ชิด ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงสามารถลดอาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า และอาการนอนไม่หลับได้ (Graydon & Ross, 1995)

2. ภาวะโภชนาการน้ำหนักตัว (ดัชนีมวลกาย) ต่ำกว่ามาตรฐาน เป็นปัจจัยตัวที่สองที่สามารถร่วมกันทำนายการเกิดกลุ่มอาการ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐานถึงร้อยละ 48 ซึ่งภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยทางด้านสรีรวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการเกิดกลุ่มอาการเช่นกัน Lenz et al. (1997) อธิบายได้ว่าจากการสูญเสียปริมาณไขมัน และกล้ามเนื้อในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลให้สมรรถนะทางกายและภาวะสุขภาพโดยรวมลดลง และทำให้เกิดอาการต่างๆ ตามมา ดังการศึกษาของ Lewko et al. (2009) พบว่าดัชนีมวลกายที่ต่ำเป็นปัจจัยทำนายการเกิดอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($R = .36$, $p < .001$)

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ เป็นปัจจัยตัวที่สามที่ร่วมกันทำนายกลุ่มอาการ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลางเป็นปัจจัยตัวสุดท้ายที่ร่วมกันทำนายกลุ่มอาการ ซึ่งถือเป็นปัจจัยทางจิต ที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มอาการด้วยเช่นกัน Lenz et al. (1997) หากบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ เพียงพอที่จะควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นก็จะแสดงออกมาในลักษณะของความอดทน ความพยายาม ไม่ท้อถอย (Komaroonrutanakul, Pramoch & Panuthai, 2005) ดังการศึกษาของ McCathie et al. (2002) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) สามารถทำนายการเกิดอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .20$, $p < .001$) และการศึกษาของ Garrod et al. (2008) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก และอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.33$, $p < .01$; $r = -.31$, $p < .01$ ตามลำดับ) อธิบายได้

ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นตัวแปรที่สำคัญของสมรรถนะทางด้านร่างกาย (physical performance) หากมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงจะทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่ ย่อมส่งผลต่อสมรรถนะทางด้านจิตใจ ทำให้มีความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อความมั่นใจในการควบคุมอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น ดังนั้นหากผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้อยู่ในระดับสูงก็จะลดหรือชะลอการเกิดกลุ่มอาการลงได้ McCathie et al. (2002)

4. สมรรถภาพการทำงานของปอดและแบบแผนการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการเกิดกลุ่มอาการในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ อธิบายได้ว่าจากผลการศึกษาสมรรถภาพการทำงานของปอดของกลุ่มตัวอย่างพบว่าร้อยละ 67.80 มีการอุดกั้นอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามระดับการอุดกั้นและอาการหายใจลำบากเมื่อปฏิบัติกิจกรรม โดยพบว่าหากมีการอุดกั้นในระดับปานกลาง (FEV_1 50-79% predicted, FEV_1/FVC 45-70 %) จะยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้โดยอาจมีอาการหายใจลำบากเพียงเล็กน้อย (GOLD, 2014) ดังนั้นการอุดกั้นในระดับปานกลางจากการศึกษาครั้งนี้จึงอาจไม่ส่งผลต่อการเกิดกลุ่มอาการได้

5. แบบแผนการสูบบุหรี่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 84.20 เคยสูบบุหรี่แต่เลิกมาแล้ว และพบว่าร้อยละ 54.50 สูบบุหรี่ยี่น้อยกว่า 5 มวนต่อวัน และร้อยละ 53.50 สูบบุหรี่ยี่น้อยกว่า 10 ซองต่อปี จากการศึกษาของ Silverman et al. (2003) พบว่าการสูบบุหรี่ยี่น้อย 4-20 มวนต่อวัน และยังคงสูบอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดอาการหายใจลำบากและอาการกำเริบตามมาได้ สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลิกสูบบุหรี่และสูบบุหรี่ในปริมาณน้อย ทำให้ลดปัจจัยกระตุ้นการระคายเคืองของหลอดลม ลดการทำลายที่ถุงลมปอดและหลอดเลือดฝอย จึงชะลอการอุดกั้นของทางเดินหายใจและไม่มีสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นๆ ตามมา (GOLD, 2014) ดังนั้นแบบแผนการสูบบุหรี่ในการศึกษาครั้งนี้จึงอาจไม่สามารถทำนายการเกิดกลุ่มอาการได้



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และญาติ โดยการกำหนดรูปแบบหรือแนวทางในการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนและการส่งเสริมด้านโภชนาการในผู้ที่มีภาวะโภชนาการน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน รวมถึงการนำผลการวิจัยที่ได้เป็นประยุกต์ใช้ในการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ โดยการประเมินด้านภาวะโภชนาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน รวมถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังการเกิดกลุ่มอาการต่อไป

2. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลในการทำวิจัยเพื่อชะลอหรือลดการเกิดกลุ่มอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะการหารูปแบบส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อให้เกิดความ

มั่นใจในการลดและควบคุมกลุ่มอาการ รวมถึงการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ที่มีภาวะโภชนาการน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน เพื่อชะลอหรือลดการเกิดกลุ่มอาการในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่นที่มีความสำคัญและมีผลต่อการเกิดกลุ่มอาการ เช่น ระดับความรุนแรงของโรค การมีโรคร่วม ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ยาที่ได้รับ สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย เป็นต้น

2. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการส่งเสริมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ รวมถึงตัวแปรอื่นๆ ที่มีความสำคัญ ให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อลดความรุนแรงของการเกิดกลุ่มอาการ

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Policy and strategy, office the permanent secretary. (2010). Public Health Statistics. Retrieved from: URL: http://www.moph.go.th/ops/thp/images/stories/Report_pics/Thai_Report/HighLight/Y54/Issue_8.pdf (In Thai)
- Bureau of Non Communicable Diseases Department of Disease Control Ministry of Pubic Health. (2015). Non Communicable Diseases data. Retrieved from: URL: <http://thaincd.com/information-statistic/injureddata.php> (In Thai)
- Blinderman, C. D., Homel, P., Billings, J. A., Tennstedt, S., Portenoy, R. K. (2009). Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Symptom Manage*, 38(1), 115-23. doi:10.1016/j.jpainsymman.2008.07.006.
- Bourbeau, J. (2003). Disease-specific self-management programs in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: A comprehensive and critical evaluation. *Dis Manage Health Outcome*, 11(5), 311-9.
- Budhiraja, R., Parthasarathy, S., Budhiraja, P., Habib, M. P., Wendel, C., & Quan, S. F. (2012). Insomnia in patients with COPD. *SLEEP*, 35(3), 369-375.
- Ferreira, I. M. (2008). Update nutritional support for patients with COPD. *Respiratory medicine: COPD update*, 4, 127-131.
- Fletcher, M. J., Upton, J., Taylor-Fishwick, J., Buist, S. A., Jenkins, C., Hutton, J. et al., (2011). COPD uncovered: an international survey on the impact of chronic obstructive pulmonary disease [COPD] on a working age population. *BMC Public Health*, 11(612), 1-13.
- Garrod, R., Marshall, J., & Jones, F. (2008). Self efficacy measurement and goal attainment after pulmonary rehabilitation. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 3(4), 791-796.



- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2014). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Updated 2014 . Retrieved from http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2014_Jan_23.pdf
- Graydon, J. E., & Ross, E. (1995). Influence of Symptoms, lung Function, Mood, and social support on level of functioning of patients with COPD. *Research in Nursing & Health*, 18, 525-533.
- Komaroonrutanakul, V., Pramoch, A. and Panuthai, S. (2005). Factors predicting health promoting behaviors among the elderly with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Nursing Journal*, 32(4), 84-98. (In Thai)
- Kurat, S. (1996). The Relationships among Perceived Self-Efficacy, Marital Relationships, and Healthj Promoting Behavior of Patients with the Chronic Obstructive Pulmonary Disease. (Master of Nursing Science Thesis, Adult Nursing). Graduate School of Mahidol University. (In Thai)
- Kaneda, R., Senjyu, H., Lguchi, A., Hayashi, Y., Iwai, S., Tsuda, T. et al., (2011). Factors that impact anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Physical Therapy Science*, 23(6), 927-931.
- Kapella, M. C., Larson, J. L., Patel, M. K., Covery, M. k., & Berry, J. K. (2006). Subjective fatigue, influencing variables, and consequences in chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Research*, 55(1), 10-17.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27.
- Lewko, A., Bidgood, P., & Garrod, R. (2009). Evaluation of psychological and physiological predictors of fatigue in patients with COPD. *BMC Pulmonary Medicine*, 9(47), 1-11.
- McCathie, H., Spence, S. H., & Tate, R. L. (2002). Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: The importance of psychological factors. *European Respiratory Journal*, 19(1), 47-53.
- Miravitless, M., Guerrero, T., Mayordomo, C., Sanchez-Agudo, L., Nicolau, F., & Segu, J. L. (2000). Factors associated with increased risk of exacerbation and hospital admission in a cohort of ambulatory COPD patients: A multiple logistic regression analysis. *Respiration*, 67, 495-501.
- National Health Security Office. (2557). Information. Retrieved from: URL: <https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=Njgy> (In Thai)
- Silverman, R. A., Boudreaux, E. D., Woodruff, P. G., Clark, S., & Camargo, C.A. (2003). Cigarette smoking among asthmatic adults presenting to 64 emergency departments. *Chest*, 123, 1472-1479.
- Theeranut, A. (1999). Chronic obstructive pulmonary disease : self-care and rehabilitation. Khonkaen: Siriphan offset.. (In Thai)
- Thoracic Society of Thailand Under Royal Patronage. (2556). Guidelines for Pulmonary Function Tests. Retrieved from: URL: <http://www.thaichest.org/atat3/pdf/guideline/GuidelinePFT.pdf> (In Thai)
- Witheethamsak, P.(2010). Relationship between Symptom Cluster and Functional Performance Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. (Master of Nursing Science Thesis, Adult Nursing). Graduate School of Burapha University. (In Thai)