



The Impact of Disease on Health Status and Related Factors Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อัญชิสา	รัตนคุณุประการ*	Unchisa	Rattanakunuprakarn*
ทัศนีย์	ภู่อำรงค์**	Thatsanee	Poosumang**
บัวชมพู	เอกมาตร***	Buachompoo	Ekkamart***
เยาวรัตน์	มัทฉิม****	Yaowarat	Matchim****
ฉัตรฤดี	ผดรัตนมณีกุล*****	Charuedee	Putruttanamaneeekun*****

Abstract

The impact of disease on health status is an important indicator of quality of life for persons living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). This study aimed: 1) to examine the impact of disease on the health status of persons with COPD, and 2) to examine the relationships between the impact of disease on health status and selected factors, including time to diagnosis, comorbidity, severity of illness, tobacco use, and nutritional status. The participants were comprised of 168 individuals with COPD who had visited the COPD clinic at the Central Chest Institute of Thailand. Instruments used for collecting data included a demographic data form, medical records, and the COPD Assessment Test (CAT), which measures health-related quality of life in COPD patients. Data were analyzed by using descriptive statistics and the Spearman rank-order correlation coefficient.

The results showed that 61.3% of the participants had a moderate impact of disease on their health status. In addition, the impact of disease on health status had a small positive significant correlation with comorbidity ($r_s = .155$, $p < .05$) and a small negative significant correlation with nutritional status ($r_s = -.263$, $p < .01$), but did not correlate significantly with time to diagnosis, severity of illness, or tobacco use.

The results of this study indicate that managing nutritional status and controlling comorbidity would be helpful in promoting quality of life among persons with COPD.

Keywords: Patients with COPD; The impact of disease on health status; Comorbidity; Nutritional status

* Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

** Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasat University;
e-mail: thatsanee@nurse.tu.ac.th

*** Registered Nurse, The Central Chest Institute of Thailand

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

***** Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasat University

Received 21 September 2022; Revised 25 March 2023; Accepted 28 March 2023



บทคัดย่อ

ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่บ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบของโรคต่อสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค โรคร่วม ความรุนแรงของโรค การสูบบุหรี่ และภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารักษา ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก จำนวน 168 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางสุขภาพ และแบบประเมิน The COPD Assessment Test (CAT) ใช้ในการประเมินผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Spearman rank-order correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.3 มีผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับโรคร่วมในระดับต่ำ ($r_s = .155, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการในระดับต่ำ ($r_s = -.263, p < .01$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการวินิจฉัยโรค ความรุนแรงของโรค และการสูบบุหรี่

ผลการศึกษานี้แสดงว่า การจัดการภาวะโภชนาการและการควบคุมโรคร่วม สามารถนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในการเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ โรคร่วม ภาวะโภชนาการ

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ e-mail: thatsanee@nurse.tu.ac.th

*** พยาบาลวิชาชีพ สถาบันโรคทรวงอก

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

***** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากมีอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2555 องค์การอนามัยโลก ได้ประเมินอัตราป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกอยู่ที่ประมาณ 210 ล้านคน (World Health Organization, 2016) และพบอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 3 ของประชากรทั่วโลก โดยมีอัตราการเสียชีวิตในแต่ละปีสูงถึง 3 ล้านคน (GOLD, 2022) สำหรับในประเทศไทย พบจำนวนผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ. 2559-2561 ได้แก่ 159,398, 152,319 และ 169,009 ตามลำดับ (Chest Disease Institute, Department of Medicine, 2019) อีกทั้งในปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีประชากรที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1.5 ล้านคน ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ของประชากรไทย (National Health Security Office, 2017)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นภาวะการอุดกั้นของทางเดินหายใจ และมีความจำกัดในการแลกเปลี่ยนอากาศภายในปอด (Abdel-Aaty, Zamzam, Azab, Wahsh, & Beltagy, 2014) ซึ่งเป็นผลมาจากการระคายเคืองที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังต่อปอด เกิดขึ้นเมื่อมีสารระคายเคืองที่ผิดปกติเข้าไปในระบบทางเดินหายใจและไปกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในหลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือดปอด (Chest Disease Institute, Department of Medicine, 2019) โดยไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ เมื่อโรคมีการดำเนินไปมากขึ้น สมรรถภาพปอดจะลดลง และมีการถดถอยของสภาพร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบมากขึ้น โดยอาการที่พบเจอส่วนใหญ่ ได้แก่ หายใจลำบาก (Shortness of breath) เหนื่อยล้า (Fatigue) และนอนไม่หลับ (Insomnia) และนอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ เช่น มีความวิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้า (Srirat, Hanucharunkul, Aree-Ue, Viwatwongkasem, & Junda, 2014) ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงในทุกมิติสุขภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง (Wangsom, Othaganont, & Ladores, 2020)

เป้าหมายของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อบรรเทาอาการของโรค คงสมรรถภาพการทำงานของปอด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิต (Chest Disease Institute, Department of Medicine, 2019) ตลอดจนมีการวินิจฉัยและติดตามประเมินผลลัพธ์การรักษาทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยการประเมินผลลัพธ์ระยะสั้นเป็นการประเมินผลทางคลินิกจากอาการเหนื่อยหอบ ใช้แบบประเมินภาวะหายใจลำบาก (Modified Medical Research Council: mMRC) สำหรับการประเมินผลระยะยาวเป็นการประเมินผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ ใช้แบบประเมินผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Assessment Test; CAT) (GOLD, 2022)

ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อสุขภาพในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ชีวิตทางสังคม สุขภาวะทางอารมณ์ และการควบคุมอารมณ์ ซึ่งเป็นผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการรับรู้ผลกระทบนั้นแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ตามลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เช่น เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคร่วม ระยะเวลาการวินิจฉัยโรค การสูบบุหรี่ ภาวะโภชนาการ และด้านหน้าที่ทางชีววิทยา เช่น ระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดอาการรบกวนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และส่งผลให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Curtis & Patrick, 2003; Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005; Jones, 2011; Trang, Puwanawuttipanit, & Chanruangvanich, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (Benzo, Abascal- Bolado, & Dulohery, 2016; Songprasert, Noonil, & Aekwarangkoon, 2014; Jantiya,

Chamnansua, & Kunapan, 2012) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 76.76 มีผลกระทบของโรคด้านข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากที่สุด และมีข้อจำกัดด้านหน้าที่ทางสังคมสูงถึงร้อยละ 73.01 (Sukhonthachit, Wattanakitkrileart, Pongthavornkamol, & Chuchottaworn, 2017) รวมทั้งมีข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากสุขภาพและอารมณ์ ร้อยละ 22.31 (Benzo et al., 2016) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับระดับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในประเทศไทยยังไม่มีข้อสรุปของผลการศึกษาที่แน่ชัด ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ซึ่งผลการศึกษาจะสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ระยะเวลาการวินิจฉัยโรค โดยหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแล้ว สมรรถภาพปอดจะลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม (Wangsom et al., 2020) ระยะเวลาการวินิจฉัยโรคจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Kushwaha et al., 2020) ปัจจัยต่อมาคือ โรคร่วม ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความทุกข์ทรมานจากอาการ ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพและโรคร่วมมาก เมื่อผู้ป่วยมีโรคร่วมอยู่ในระดับมากขึ้นเรื่อย ๆ จะยิ่งเพิ่มความรุนแรงของโรคจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย (Sundh et al., 2015) อย่างไรก็ตาม ยังพบผลการศึกษาที่ขัดแย้งกัน ซึ่งพบว่า โรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Kantatong, Deesomchok, Panpanich, Sungkarat, & Siviroy, 2020) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยนี้เพื่อหาข้อสรุปที่ชัดเจนเพิ่มขึ้น

ระดับความรุนแรงของโรคเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจาก พยาธิสภาพของโรคทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลงเมื่อมีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น จึงมีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Landers, Wiseman, Pitama, & Beckert, 2017; Wangsom et al., 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระดับความรุนแรงของโรค เกิดจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ดังนั้นจึงต้องใช้การตรวจสมรรถภาพปอด (Pulmonary Function test) เพื่อวัดอัตราการระบายและปริมาตรของลมหายใจเข้าออก (GOLD, 2022) ซึ่งประเมินจากสมรรถภาพปอดมีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง (Phuwilai, Oba, Tansuphasawadikul, & Siripornpibul, 2012; Wangsom et al., 2020) แต่ยังพบผลการศึกษาว่า ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Justine, Tahirah, & Mohan, 2013) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรระดับความรุนแรงของโรคมาศึกษาในงานวิจัยนี้

การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อร่างกายมีการตอบสนองต่อสารในบุหรี่ ทำให้เนื้อปอดถูกทำลายและทำให้ความยืดหยุ่นของปอดลดลง จึงเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นและมีผลกระทบในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chest Disease Institute, Department of, 2019) แต่จากการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างในภาคเหนือของประเทศไทยพบว่า ผลการศึกษายังไม่สอดคล้องกัน (Kantatong et al., 2020) ในงานวิจัยนี้จึงนำตัวแปรการสูบบุหรี่มาศึกษา ในบริบทที่แตกต่างกันออกไป

ภาวะโภชนาการอาจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ หากผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ จะมีมวลเซลล์ในร่างกายลดลง ทำให้กล้ามเนื้อกระบังลมอ่อนแรง แรงขับเคลื่อนการหายใจลดลง และลดความสามารถในการทำกิจกรรม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nguyen et al., 2019; Phuwilai et al.,

2012; Kantatong et al., 2020) จึงอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การศึกษาปัจจัยด้านภาวะโภชนาการกับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังพบน้อยในประเทศไทย

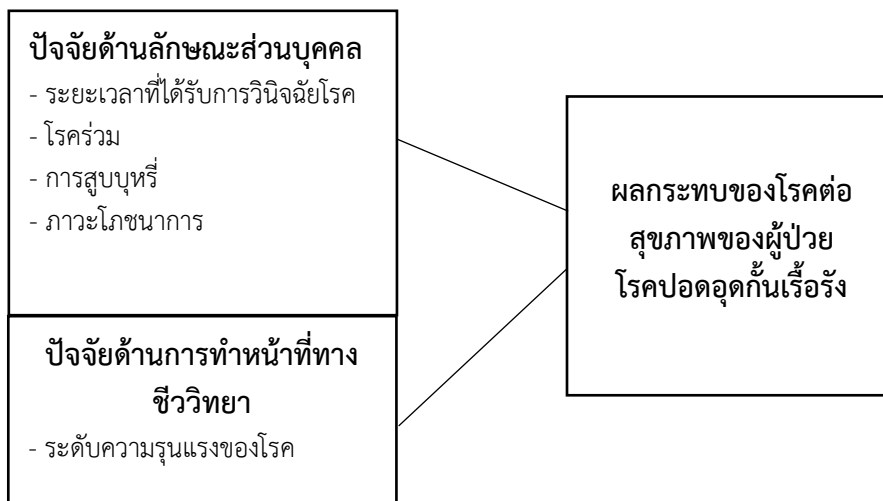
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลการศึกษาในเรื่องระดับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่มี ความชัดเจน และผลการศึกษาที่ได้ยังมีความไม่สอดคล้องกันทั้งหมด อีกทั้งเป็นการศึกษาในบริบทที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจมีความแตกต่างในเรื่องแนวทางการประเมินและดูแล จึงอาจส่งผลกระทบต่อ การรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่สถาบันโรคทรวงอกซึ่งมีการยืนยันการวินิจฉัยโรคด้วยการตรวจสไปโรเมทรี มีการจัดระดับความรุนแรงของโรคผู้ป่วย และมีแนวปฏิบัติในการรักษาและการจัดการอาการตามเกณฑ์ GOLD guideline ตามระดับความรุนแรงของโรค (GOLD, 2017) โดยผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำไปวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค โรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค ประวัติการสูบบุหรี่ และภาวะโภชนาการ กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Curtis & Patrick, 2003; Ferrans et al., 2005; Jones, 2011; Trang et al., 2017) เกี่ยวกับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นการรับรู้ผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ชีวิตทางสังคม สุขภาวะทางอารมณ์ และการควบคุมอารมณ์ โดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ แบ่งออกเป็น ด้านลักษณะส่วนบุคคล และด้านหน้าที่ทางชีววิทยา ซึ่งแต่ละปัจจัยส่งผลให้เกิดผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ คุณลักษณะของบุคคล เป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลหรือพฤติกรรม ซึ่งมีความสัมพันธ์และมีความไวในการปรับตัวกับการทำหน้าที่ทางชีววิทยา เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติ จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ของชีววิทยา ก่อให้เกิดอาการรบกวนทั้งทางกายและใจ อาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ 1) ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค โรคร่วม การสูบบุหรี่ และภาวะโภชนาการ 2) ปัจจัยด้านหน้าที่ทางชีววิทยา ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค ดังแสดงในแผนภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาประเภทหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยโดยการตรวจสไปโรเมทรี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มาติดตามการรักษา ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยโดยการตรวจสไปโรเมทรี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มาติดตามการรักษา ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2563

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.25 ซึ่งอ้างอิงจากการศึกษาที่ผ่านมาและมีลักษณะใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้ ในด้านตัวแปรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง (Sukhonthachit et al., 2017) กำหนด ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.95 สามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 168 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับฉลากรายชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. ไม่มีปัญหาความคิดความจำ สติสัมปชัญญะ กรณีที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการประเมินโดยแบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Institute of Geriatric Medicine, 2008) และมีคะแนนทดสอบผ่านเกณฑ์ โดยได้คะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ 17 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา และ 22 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา
2. สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ถูกต้อง
3. ไม่มีปัญหาการได้ยิน หรือการมองเห็น
4. ไม่มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยหอบจากโรคอื่น ๆ เช่น หัวใจล้มเหลว ไตวายเรื้อรัง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว

2. แบบสอบถามข้อมูลภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย

2.1 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค (ปี)

2.2 ประวัติการสูบบุหรี่ ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (เคยสูบบุหรี่ หรือไม่เคยสูบบุหรี่)

2.3 แบบประเมินความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2017) โดยแบ่งความรุนแรงของโรคเป็น 4 ชั้นตามค่า FEV1 (Forced Expiratory Volume in one second) หลังจากใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นสูด (Post bronchodilator) ได้แก่ 1) ระดับเล็กน้อย GOLD ระยะ 1 ค่า FEV1 > 80% 2) ระดับปานกลาง GOLD ระยะ 2 ค่า FEV1 50-79% 3) ระดับรุนแรง GOLD ระยะ 3 ค่า FEV1 30-49% และ 4) ระดับรุนแรงมาก ระยะ GOLD 4 ค่า FEV1 < 30%

2.4 แบบประเมินโรคร่วม ใช้แบบประเมินดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย สุภาภรณ์ ดั่งแพง และ จุฬาลักษณ์ บาร์มี (Duangpaeng & Baramee, 2012) โดยมีการประเมินทั้งหมด 21 โรคร่วม แต่ละโรคร่วมมีค่าคะแนน 1, 2, 3, และ 6 คะแนน คะแนนรวมจะแบ่งได้ 4 ระดับ ได้แก่ ค่าคะแนนรวม 0 คะแนน เท่ากับ ไม่มีโรคร่วม ค่าคะแนนรวม 1-2 คะแนน เท่ากับ มีโรคร่วมน้อย ค่าคะแนนรวม 3-4 คะแนน เท่ากับ มีโรคร่วมปานกลาง และค่าคะแนนรวมมากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป เท่ากับ มีโรคร่วมมาก

2.5 แบบประเมินภาวะโภชนาการโดยดัชนีมวลกาย (BMI) (WHO Expert Consultation, 2004) ซึ่งคำนวณจาก น้ำหนักตัว (กก.)/ความสูง (เมตร) วัดส่วนสูงโดยใช้แถบวัดมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และตรวจสอบมาตรฐานเครื่องชั่งน้ำหนักทุกครั้งก่อนชั่ง แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย 18.50-24.99 kg/m² หมายถึง ภาวะโภชนาการปกติ ค่าดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 18.50 kg/m² หมายถึง ภาวะโภชนาการต่ำกว่าปกติ และค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25.0 kg/m² หมายถึง ภาวะโภชนาการเกิน

3. แบบประเมินผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Assessment Test; CAT) สร้างโดย จอนส์ (Jones, 2011) และแปลเป็นภาษาไทยโดย สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย (Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage, 2017) ใช้สำหรับประเมินผลกระทบของโรคต่อสุขภาพและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบด้านอาการ การทำหน้าที่และจิตใจ จำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 0-5 คะแนน ประเมินผลโดยคิดคะแนนรวมทั้งหมด 40 คะแนน และแบ่งช่วงคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ คะแนนน้อยกว่า 10 มีผลกระทบระดับต่ำ คะแนน 10-20 มีผลกระทบระดับปานกลาง คะแนน 21-30 มีผลกระทบระดับสูง และคะแนนมากกว่า 30 มีผลกระทบระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Assessment Test; CAT) ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) แล้ว ซึ่งผู้วิจัยไม่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเนื้อหา จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบซ้ำ สำหรับการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาตรวจและติดตามการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของสถาบันโรคทรวงอก ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำไปวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องด้วยวิธีการ test-retest โดยนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว 2 ครั้ง จำนวน 30 ราย ในระยะเวลาที่ห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์ โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ (Coefficient of stability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ซึ่งมีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.99

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (เลขที่ 039/2563) และสถาบันโรคทรวงอก (เลขที่ 069/2563 และ 099/2563)

อาสาสมัครวิจัยทุกรายได้รับทราบข้อมูลโดยละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม และสามารถขอลอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ ต่อกระบวนการรักษาและการรับบริการ ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บรักษาเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ลงนามยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และสถาบันโรคทรวงอกแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล และพยาบาล หัวหน้าคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยเริ่มดำเนินการตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ คลินิก ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก จากนั้นผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Institute of Geriatric Medicine, 2008) แล้วสุ่มจับฉลากเลือกรายชื่อผู้ป่วยแบบไม่ใส่คืน จากนั้นผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่จับฉลากได้ เพื่อแนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ผู้วิจัยดูแลให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยจะอธิบายให้ทราบถึงรายละเอียดการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน ทั้งนี้ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจข้อคำถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สามารถซักถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบถ้วน งานวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูล 3 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพ และแบบประเมินผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาการวินิจฉัยโรค โรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค การสูบบุหรี่ และภาวะโภชนาการ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Spearman's rank correlation coefficient และพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรจากค่า Correlation Coefficient หรือค่า r_s ดังนี้ 1) $r_s \pm 1.00$ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์ 2) $r_s > .70$ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง 3) $r_s < .30$ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ 4) r_s มีค่าระหว่าง 0.30-0.70 หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง 5) $r_s = 0$ หมายถึง ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน (Thato, 2018)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 คน เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.2) เป็นเพศชาย และมีอายุระหว่าง 46 ถึง 93 ปี อายุเฉลี่ย 71.48 ปี (SD = 8.71) ร้อยละ 79.2 มีสถานภาพคู่ และร้อยละ 41.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประวัติภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 95.8 มีประวัติเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 60.7 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา และร้อยละ 39.3 มีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ระยะ GOLD 2 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.6 มีโรคประจำตัว ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด กว่าร้อยละ 73 และกลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการปกติ (ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5 – 22.9 kg/m²) ร้อยละ 69.1 (ตารางที่ 1)



The Impact of Disease on Health Status and Related Factors Among
Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease
ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 168)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	165	98.2
หญิง	3	1.8
อายุ ($\bar{X}$ = 71.48, SD = 8.71, Min-Max = 46-93)		
40-59 ปี	16	9.5
60-69 ปี	46	27.4
70-80 ปี	75	44.6
≥ 80 ปี	31	18.5
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	87	51.8
มัธยมศึกษา	48	28.6
ประกาศนียบัตรขึ้นไป	33	19.6
สถานภาพสมรส		
คู่	133	79.2
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	35	20.8
รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน)		
0-9,999 บาท	26	15.5
10,000-29,999 บาท	93	55.3
30,000-49,999 บาท	25	14.9
50,000 บาท ขึ้นไป	24	14.3
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	7	4.2
เคยสูบบุหรี่	161	95.8
โรคร่วม (Charlson Comorbidity Index)		
ไม่มีโรคร่วม (0 คะแนน)	78	46.4
โรคร่วมน้อย (1-2 คะแนน)	29	17.3
โรคร่วมปานกลาง (3-4 คะแนน)	45	26.8
โรคร่วมมาก (4 คะแนนขึ้นไป)	16	9.5
ชนิดของโรคร่วม (53.6%)		
ความดันโลหิตสูง	41	45.5
ไขมันในเลือดสูง	18	19.3
เบาหวาน	11	12.1
หัวใจและหลอดเลือด	15	16.9
อื่น ๆ	5	6.2



The Impact of Disease on Health Status and Related Factors Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 168) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาการวินิจฉัยโรค		
($\bar{X}$ = 5.79, SD = 3.97, Min-Max = 1-20)		
≤ 5 ปี	102	60.7
6-10 ปี	42	25.0
> 10 ปี	24	14.3
ระดับความรุนแรงของโรค		
GOLD ระยะ 1	48	28.6
GOLD ระยะ 2	66	39.3
GOLD ระยะ 3	50	29.7
GOLD ระยะ 4	4	2.4
ดัชนีมวลกาย		
18.5 – 22.9 kg/m ²	116	69.1
23.0 – 24.9 kg/m ²	50	29.8
25.0 – 29.9 kg/m ²	2	1.1

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ 10.11 คะแนน (SD = 4.73) ซึ่งมีผลกระทบในระดับปานกลาง โดยร้อยละ 61.3 มีคะแนน CAT มากกว่า 10 คะแนน ซึ่งหมายถึงรับรู้ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า ผลกระทบของโรคต่อภาวะสุขภาพด้านความกระฉับกระเฉงมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 1.72, SD = 0.89) ส่วนอาการแน่นหน้าอกมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}$ = 0.35, SD = 0.82) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 168)

ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ (รายข้อ)	ค่าคะแนน ที่เป็นไปได้	Min-Max	Mean	SD	ระดับ
กระฉับกระเฉง	0-5	0-4	1.72	0.89	
เดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันไดหนึ่งชั้น	0-5	0-4	1.70	0.97	
ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บ้าน	0-5	0-4	1.63	1.00	
นอนหลับสนิท	0-5	0-4	1.45	1.35	
เสมหะในปอด	0-5	0-4	1.40	1.07	
อาการไอ	0-5	0-5	1.25	1.07	
ความมั่นใจที่จะออกไปนอกบ้าน	0-5	0-4	0.62	0.94	
แน่นหน้าอก	0-5	0-5	0.35	0.82	
โดยรวม	0-40	1-26	10.11	4.73	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า โรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .155, p < .05) ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = -.263, p < .01) ส่วนระยะเวลาการวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรค

และการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการวินิจฉัยโรค โรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค การสูบบุหรี่ และภาวะโภชนาการ กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตัวแปร	ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์แมน (r_s)	p - value
ระยะเวลาการวินิจฉัยโรค	-.016	.835
โรคร่วม	.155*	.045
ระดับความรุนแรงของโรค	.066	.396
การสูบบุหรี่	-.130	.092
ภาวะโภชนาการ	-.263**	.001

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

การอภิปรายผล

1. ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อผลกระทบที่ได้รับจาก ภาวะสุขภาพ ซึ่งในผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลกระทบของโรคต่อสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 10.11$, $SD = 4.73$) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ป่วยปอด อุดกั้นเรื้อรังมีผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Songprasert et al., 2014; Jantiya et al., 2012) เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพด้านความกระฉับกระเฉงมีค่าเฉลี่ย สูงที่สุด ($\bar{X} = 1.72$, $SD = 0.89$) ส่วนอาการแน่นหน้าอกมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 0.35$, $SD = 0.82$) ทั้งนี้อาจ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เริ่มมีการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวมากขึ้น ความยืดหยุ่นของปอดและความสามารถในการขยายปริมาตรของปอดลดลง (Sundh et al., 2015) ทำให้ ความสามารถในการดูแลตนเองและความกระฉับกระเฉงลดลง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ผลกระทบด้านความ กระฉับกระเฉงมากที่สุด อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง (GOLD 2) และมีระยะเวลาการเกิดโรคน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี อาจเนื่องจาก ปัจจุบันเป็นยุคเครือข่ายข้อมูล สามารถค้นหา แหล่งเรียนรู้ได้สะดวก รวมทั้งมีการประเมิน ตรวจและรักษาที่สะดวกและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000-29,999 บาทต่อเดือน ซึ่งการมีเศรษฐกิจที่ดีจะช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล จึงอาจมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในด้านการใช้อย่างถูกต้องและมีความร่วมมือในการใช้ยา อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Bhattarai, Walpola, Mey, Anoopkumar- Dukie, & Khan, 2020; GOLD, 2022) นอกจากนี้ร้อยละ 79.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งการมีคู่ สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานและช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหา ได้ดี (Ferrans et al., 2005) จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค โรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค ประวัติการ สูบบุหรี่ และภาวะโภชนาการ ผลการศึกษาพบว่า โรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับผลกระทบของ โรคต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .155$, $p < .05$) โดยกลุ่มตัวอย่าง 45 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3 เป็นผู้ ที่มีโรคร่วมปานกลาง โดยผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และมีระดับความรุนแรงของโรคนั้น ๆ อยู่ใน ระดับปานกลาง เช่น โรคตับแข็งชนิดรุนแรงปานกลาง โรคมะเร็งในระยะแพร่กระจาย เป็นต้น ร่วมกับโรค ประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งโรคร่วมมีผลต่อระบบการทำงานในร่างกาย ทำให้ สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง อีกทั้งการมีโรคร่วมบางอย่างทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง

ผู้ป่วยจึงไม่สามารถทำหน้าที่ได้ปกติ มีการพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อการรับรู้สุขภาพของผู้ป่วย (Janson, Marks, & Buist, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ ซันด์ และคณะ (Sundh et al., 2015) อธิบายว่า โรคมีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยมีโรคร่วมมาก จะทำให้รับรู้ความทุกข์ทรมานและส่งผลให้ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง นอกจากปัจจัยด้านโรคร่วมแล้ว ภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.263, p < .01$) นั่นคือ หากผู้ป่วยมีภาวะขาดสารอาหาร ผู้ป่วยจะรับรู้ผลกระทบต่องานสุขภาพมาก ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลงตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศสามารถอธิบายได้ว่า ภาวะขาดสารอาหารทำให้มวลเซลล์ไขมันและกล้ามเนื้อในร่างกายลดลง ส่งผลให้ระบบทางเดินหายใจทำงานได้ลดลง ผู้ป่วยจะมีการหายใจลำบากมากขึ้น ซึ่งทำให้รับรู้ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Phuwilai et al., 2012; Kantatong et al., 2020; Nguyen et al., 2019) โดยสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยควรรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อพลังงานที่ใช้ เน้นการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนประมาณร้อยละ 20 ของสารอาหารที่ให้พลังงานทั้งหมด เนื่องจากช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในกระบวนการหายใจ นอกจากนี้ควรรับประทานคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (Complex carbohydrate) และรับประทานอาหารประเภทไขมันไม่อิ่มตัวทั้งเชิงเดี่ยวและเชิงซ้อน (Monounsaturated and Polyunsaturated and fats) จำกัดเกลือและเลี่ยนอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สในทางเดินอาหาร เนื่องจากทำให้หายใจเหนื่อยมากขึ้นจากอาการบวมหน้า (American Lung Association, 2022)

การศึกษาค้นคว้าพบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรค และประวัติการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาจเนื่องมาจาก ปัจจุบันคนส่วนใหญ่ตระหนักในด้านการดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น อีกทั้งมีเทคโนโลยีและนวัตกรรมช่วยในการสืบค้นข้อมูลในดูแลสุขภาพ ระบบสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเน้นการเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองและให้ครอบครัวมีส่วนร่วม รวมทั้งมีแนวทางการรักษาและปฏิบัติตนอย่างชัดเจน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีในด้านการใช้ยาทั้งการรับประทานยา การสูดพ่นยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง รวมทั้งการบริหารการหายใจและการไออย่างถูกวิธี ไม่ว่าจะเป็นการได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่อใดก็ตาม ผู้ป่วยจะสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ (Muellers et al., 2019)

สำหรับปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของโรค ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมและภายในเนื้อปอดทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดลม เกิดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้น และปริมาณก๊าซออกซิเจนลดลง จึงส่งผลให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและก่อให้เกิดอาการบวมได้ แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาค้นคว้านี้ เกือบร้อยละ 50 มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 9.5 เท่านั้นที่มีความรุนแรงของโรคมามาก จึงไม่อาจอ้างอิงประชากรได้อย่างครอบคลุม อีกทั้งในการศึกษาค้นคว้านี้ ศึกษาที่สถาบันโรคทรวงอก ซึ่งเป็นสถาบันเฉพาะทางด้านโรคปอดระดับนานาชาติ มีเครื่องมือที่หลากหลายและมีบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่ให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงสามารถช่วยรักษาเพื่อลดความรุนแรงของโรคได้ในทุกระยะ ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของ จัสติน และคณะ (Justine et al., 2013) ที่พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่นเดียวกัน นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังพบว่า ประวัติการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ ทศวรรณ กันทาทอง (Kantatong et al., 2020) อาจเนื่องจาก เครื่องมือที่ใช้วัดในครั้งนี้ ไม่ได้มีการวัดจำนวนครั้งในการสูบบุหรี่และระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ ซึ่งบางรายอาจเคยสูบบุหรี่เพียง 1 ครั้ง หรือบางรายเลิกสูบบุหรี่มาเป็นระยะ



เวลานาน จึงอาจมีผลต่อการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติ สามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการวางแผนและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการควบคุมปัจจัยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ด้านการศึกษา ผู้สอนทางการพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพื่อหาความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคต่อสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เช่น อาการรบกวน ความสามารถในการทำกิจกรรม การรับรู้ภาวะสุขภาพ สภาพแวดล้อม เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการควบคุมปัจจัยระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี

References

- Abdel-Aaty, H., Zamzam, M., Azab, N., Wahsh, R., & Beltagy, S. (2014). Comparison of GOLD classification and modified BODE index as staging systems of COPD. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 63, 821-828. doi: 10.1016/j.ejcdt. 2014.06.008
- American Lung Association. (2022). *Nutrition and COPD*. Retrieved from <https://www.lung.org/lung-health-diseases/lung-disease-lookup/copd/living-with-copd/nutrition>
- Benzo, R. P., Abascal-Bolado, B., & Dulohery, M. M. (2016). Self-management and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): The mediating effects of positive affect. *Patient Education and Counseling*, 99(4), 617-623. doi: 10.1016/j.pec.2015.10.031
- Bhattarai, B., Walpola, R., Mey, A., Anoopkumar-Dukie, S., & Khan, S. (2020). Barriers and strategies for improving medication adherence among people living with COPD: A systematic review. *Respiratory Care*, 65(11), 1738-1750. doi: 10.4187/respcare.07355
- Chest Disease Institute, Department of Medicine. (2019). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Bangkok: Author.
- Curtis, J. R., & Patrick, D. L. (2003). The assessment of health status among patients with COPD. *The European Respiratory Journal, Supplement*, 41, 36-45. Retrieved from <https://erj.ersjournals.com/>
- Duangpaeng, S., & Baramée, J. (2012). *The effectiveness of enhancement of daily physical activity program on physical fitness, symptom status, functional status, and quality of life among the people with chronic obstructive pulmonary disease*. Retrieve from <http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/814>
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342. doi: 10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x



- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2017). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2017*. Retrieved from <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/02/wms-GOLD-2017-FINAL.pdf>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2022). *Global strategy for prevention, diagnosis, and management of COPD: 2022 report*. Retrieved from <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>
- Institute of Geriatric Medicine. (2008). *Thai mini-mental status examination: MMSE-Thai 2002*. Bangkok: Department of Medical Service.
- Janson, C., Marks, G., & Buist, S. (2013). The impact of COPD on health status: Findings from the BOLD study. *European Respiratory Journal*, 42(6), 1472–1483.
- Jantiya, M., Chamnansua, P., & Kunapan, P. (2012). The quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Saraburi Hospital. *Ramathibodi Nursing Journal*, 17(3), 328–342.
- Jones, P. W. (2011). COPD assessment test—rationale, development, validation and performance. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10(2), 269–271.
doi: 10.3109/15412555.2013.776920
- Justine, M., Tahirah, F., & Mohan, V. (2013). Health-related quality of life, lung function and dyspnea rating in COPD patients. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 79(3-4), 116–120.
doi: 10.4081/monaldi.2013.10
- Kantatong, T., Deesomchok, A., Panpanich, R., Sungkarat, S., & Siviroj, P. (2020). Predicting quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients living in the rural area of Chiang Mai Province, Thailand. *The Open Public Health Journal*, 13, 357–364.
doi: 10.2174/1874944502013010357
- Kushwaha, S., Singh, S. K., Manar, M., Verma, A. K., Kar, S. K., & Gupta, A. (2020). Health-related quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients: A hospital-based study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(8), 4074–4078.
doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_457_20
- Landers, A., Wiseman, R., Pitama, S., & Beckert, L. (2017). Severe COPD and the transition to a palliative approach. *Breathe*, 13(4), 310–316. doi:10.1183/207347 35.013917
- Muellers, K. A., Chen, L., O'Connor, R., Wolf, M. S., Federman, A. D., & Wisnivesky, J. P. (2019). Health Literacy and Medication Adherence in COPD Patients: When Caregiver Presence Is Not Sufficient. *COPD*, 16(5-6), 362–367. doi: 10.1080/15412555.2019.1665007
- National Health Security Office. (2017). *Health statistics*. Retrieved from <http://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=Njgy> (in Thai)
- Nguyen, H. T., Collins, P. F., Pavey, T. G., Nguyen, N. V., Pham, T. D., & Gallegos, D. L. (2019). Nutritional status, dietary intake, and health-related quality of life in outpatients with COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 14, 215–226.
doi: 10.2147/COPD.S181322



The Impact of Disease on Health Status and Related Factors Among
Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease
ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- Phuwilai, K., Oba, N., Tansuphasawadikul, S., & Siripornpibul, T. (2012). Predicting factors quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 6(2), 12-24. (in Thai)
- Songprasert, T., Noonil, N., & Aekwarangkoon, S. (2014). Health status and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease at Thasala Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Nursing and Education*, 7(4), 38-49. (in Thai)
- Srirat, C., Hanucharurnkul, S., Aree-Ue, S., Viwatwongkasem, C., & Junda, T. (2014). Symptom distress, cluster, and management in Thais with COPD. *Pacific Rim, International Journal of Nursing Research*, 18(3), 244-262.
- Sukhonthachit, P., Wattanakitkileart, D., Pongthavornkamol, K., & Chuchottaworn, C. (2017). Insomnia experience, insomnia management strategies, and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Science*, 35(2), 100-111. (in Thai)
- Sundh, J., Johansson, G., Larsson, K., Lindén, A., Löfdahl, C. G., Janson, C., & Sandström, T. (2015). Comorbidity and health-related quality of life in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease attending Swedish secondary care units. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10, 173-183.
doi: 10.2147/COPD.S74645
- Thato, R. (2018). *Nursing research: Concepts to application* (3th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Book Center.
- Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage. (2017). *CPG-COPD*. Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai)
- Trang, L., Puwanawuttipanit, W., & Chanruangvanich, W. (2017). Relationships between lung function, dyspnea experience, social support, and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Science*, 35(2), 31-37.
- Wangsom, A., Othaganont, P., & Ladores, S. (2020). The factors predicting the health-related quality of life among persons with chronic obstructive pulmonary disease in Public Health Region 4, Thailand: A mixed-methods study. *The Open Public Health Journal*, 13, 105-113.
doi: 10.2174/1874944502013010105
- WHO Expert Consultation. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*, 363(9403), 157-163.
- World Health Organization. (2016). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Retrieved from <https://www.who.int/gho/publications/>