

Factors Predicting Psychological Distress in Patients with Chronic Obstructive Disease

Lawan Toontong, MNS, RN¹, Doungrut Wattanakitkrileart, DNS, RN¹, Kanaungnit Pongthavornkamol, PhD, RN¹, Charoen Chuchottaworn, MD²

Abstract

Purpose: Psychological distress in patients with chronic obstructive pulmonary disease often results in changes in emotional status, social withdrawal and isolation, and physical symptoms, all of which require increased physical and psychological treatments. This study examined psychological distress in patients with this disease and determined its predicting factors.

Design: Correlational predictive study.

Methods: The sample consisted of 107 patients recruited from a clinic at the Central Chest Institute of Thailand in Nontaburi Province. Data collection instruments were a demographic characteristics questionnaire, the BODE Index, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, the Cognitive Appraisal of Health Scale, and the General Health Questionnaire (GHQ-12). Data were analyzed by using descriptive statistics and hierarchical regression analysis.

Main findings: The results showed that most subjects (90.7%) did not have psychological distress. It was found that cognitive appraisal of health as a threat and as harmful?, and the severity of disease, were positively correlated with psychological distress. Additionally, cognitive appraisal of health as a challenge, and as irrelevant, as well as perceived social support were negatively correlated with psychological distress. Finally, all factors could explain 40% of the variance in the psychological distress ($R^2 = .40$, $p < .01$). When controlling for the other variables, the cognitive appraisal of health as harmful ($\beta = 0.26$, $p < .05$) and as irrelevant ($\beta = -.25$, $p < .01$) were the significant predictors of the psychological distress in COPD patients.

Conclusion and recommendations: Patients with chronic obstructive pulmonary disease should be provided with resources to help them reduce their psychological distress. These include: assisting them to have appropriate cognitive appraisals of health, care and treatment to reduce the severity of disease, and information given through various methods.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, cognitive appraisal of health, psychological distress, severity of disease, social support

J Nurs Sci. 2012;30(1):40-48

Corresponding Author: Assistant Professor Doungrut Wattanakitkrileart, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: doungrut.wat@mahidol.ac.th

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Chest Disease Institute, Nontaburi Province, Thailand

ปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ลาวัณย์ ตุ่นทอง, พย.ม.¹ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ด.¹ คณินิจ พงศ์กาธรมบล, PhD¹
เจริญ บูโซติกาธร, พว.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ความกดดันทางจิตใจเป็นผลมาจากการตอบสนองต่อความเครียดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้เกิดพฤติกรรมทางสังคม อารมณ์ และอาการทางกายที่เปลี่ยนไปจากปกติ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและปัจจัยทำนาย

รูปแบบงานวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินงานวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 107 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 90.7 ไม่มีความกดดันทางจิตใจ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่คุกคาม เป็นอันตราย และความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่ทำลาย และไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง รวมทั้งการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรทุกตัวร่วมกันทำนายความกดดันทางจิตใจได้ร้อยละ 40 ($R^2 = .40$, $p < .01$) เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ ที่ศึกษา ปัจจัยที่สามารถทำนายความกดดันทางจิตใจ ได้แก่ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นอันตรายต่อตนเอง ($\beta = .26$, $p < .05$) และการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ($\beta = -.25$, $p < .01$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับแหล่งประโยชน์ที่มีอิทธิพลต่อการลดภาวะความกดดันทางจิตใจ ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการประเมินสถานการณ์ที่เหมาะสม มีการปฏิบัติเพื่อลดความรุนแรงของโรค และมีการสนับสนุนด้านข้อมูลที่เหมาะสมและด้วยหลากหลายวิธีแก่ผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความกดดันทางจิตใจ ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม

J Nurs Sci. 2012;30(1):40-48

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: doungrut.wat@mahidol.ac.th

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี

ความสำคัญของปัญหา

ความกดดันทางจิตใจ (psychological distress) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกลุ่มอาการไม่สุขสบายใจ¹ ซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนองต่อความเครียดที่มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของหลอดลมที่ตีบแคบลง เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการหายใจลำบาก ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดลง² โดยความกดดันทางจิตใจจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมทางอารมณ์ สังคม และอาการทางกายที่เปลี่ยนไปจากปกติ เช่น เหนื่อยล้า แยกตนเอง วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยที่น่าสนใจบางประการที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความกดดันทางจิตใจ ได้แก่ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ดังการศึกษาของ Burkert และคณะ³ ในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดในระยะสุดท้ายก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนปอด (lung transplant) พบว่า การประเมินสถานการณ์การผ่าตัดว่าเป็นสิ่งที่คุกคามมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้า ส่วนความรุนแรงของโรคก็มีผลต่อความกดดันทางจิตใจเช่นกัน จากการศึกษาของ Pembroke และคณะ⁴ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีค่า FEV1 ลดลง ดัชนีมวลกายลดลง มีอาการหายใจลำบาก พบว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดความกดดันทางจิตใจ นอกจากนี้การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมก็เป็นปัจจัยสำคัญ ดังการศึกษาของ McCarthie และคณะ⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาทางด้านการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้า ซึ่งทั้งความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้าเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจ

ในต่างประเทศได้มีการศึกษาความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในประเด็นที่เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ภายในและภายนอกตัวบุคคล ความรุนแรงของอาการ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการเผชิญความเครียด สำหรับการศึกษาในประเทศไทยมักจะศึกษาในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจ ไม่ครอบคลุมภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ตอบสนองต่อความเครียดทั้งหมดและยังไม่มีการศึกษาการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการเผชิญกับความเครียดและการปรับตัวของแต่ละบุคคลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความกดดันทางจิตใจ

และปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ครอบคลุมกับภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความกดดันทางจิตใจเป็นอย่างไร?
2. การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้หรือไม่?

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยศึกษาความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ (correlational predictive study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ทั้งหมด 107 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) เป็นผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี เกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่างได้แก่

ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการการคำนวณ power analysis⁶ สำหรับสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (multiple regressions) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ 0.80 ค่าแอลฟา เท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลปานกลาง (moderate effect size) เท่ากับ 0.13 สำหรับการศึกษาที่มี 6 ตัวแปรอิสระ จะต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 98 คน และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรวม 107 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลเป็น แบบบันทึกและสอบถาม ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ปัจจุบัน รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว บุคคลที่พำนักอาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่เป็นผู้ดูแล พาน ลิขสิทธิ์การรักษา โรคอื่นที่มีร่วมด้วย ประวัติการสูบบุหรี่

2. แบบประเมิน BODE index (Body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index) สร้างโดย Celli และคณะ⁷ ประกอบด้วย ค่า FEV1 ดัชนีมวลกาย ระยะทางเป็นเมตรที่เดินได้ใน 6 นาที การประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากที่ประเมินด้วยแบบประเมิน The Modified Medical Research Council (MMRC) คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน สามารถแบ่งค่าคะแนนของแบบประเมิน BODE index เป็น 4 ควอติล⁸ ดังนี้

ควอติล 1: คะแนน 0 - 2 หมายถึง ความรุนแรงของโรคร้อยในระดับน้อย

ควอติล 2: คะแนน 3 - 4 หมายถึง ความรุนแรงของโรคร้อยในระดับปานกลาง

ควอติล 3: คะแนน 5 - 6 หมายถึง ความรุนแรงของโรคร้อยในระดับมาก

ควอติล 4: คะแนน 7 - 10 หมายถึง ความรุนแรงของโรคร้อยในระดับมากที่สุด

ค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เท่ากับ .76

3. แบบวัดการรับรู้ความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support : MSPSS) พัฒนาโดย Zimet และคณะ⁹ โดยวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด จำนวน 12 ข้อเป็นแบบ

มาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก (1) ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง (7) เห็นด้วยมากที่สุด การแบ่งระดับของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมออกเป็นระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ใช้คะแนนรวมระหว่าง 12-36, 37-60 และ 61-84 ตามลำดับ ค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เท่ากับ .89

4. แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (The Cognitive Appraisal of Health Scale: CAHS) เป็นแบบประเมินตัดสินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน พัฒนาโดย Kessler¹⁰ และผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ (back-translation technique) แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ มีค่าคะแนนเริ่มจาก 1 ถึง 5 จากไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึงเห็นด้วยมากที่สุด ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินขั้นแรก (primary appraisal) จำนวน 23 ข้อ ซึ่งแยกออกเป็น 4 ด้าน คือ การประเมินตัดสินภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต จำนวน 5 ข้อ เป็นอันตรายต่อชีวิตจำนวน 8 ข้อ เป็นสิ่งที่ท้าทายจำนวน 6 ข้อ เป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเองจำนวน 4 ข้อ และการประเมินขั้นที่ 2 (secondary appraisal) จำนวน 5 ข้อ โดยคะแนนที่สูงกว่าในแต่ละด้าน จะเป็นข้อบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นเห็นด้วยกับการประเมินตัดสินนั้น ค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เท่ากับ .73

5. แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทยเป็นแบบคัดกรอง ปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 12 ข้อ พัฒนาโดย Goldberg¹¹ แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ¹²สามารถคัดกรองปัญหา 2 ประการ คือ การไม่สามารถดำรงชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็นและการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลต่างๆ เช่น ปัญหาบุคลิกภาพ โดยแบบสอบถามนี้สามารถที่จะบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกการวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดใด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 อันดับ โดยเริ่มจาก 0 คือไม่มีอาการจนถึง 3 มีอาการ คะแนนรวมตั้งแต่ 12 ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ ค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เท่ากับ .71

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การทำวิจัยได้ผ่านการ

รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล (COA.MU-IRB/C 2010/23.0501) และคณะกรรมการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก (เลขที่ 003/2553 วันที่ 2 พฤศจิกายน 2552)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการอนุมัติตามสายบังคับบัญชา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 ประชาสัมพันธ์โดยการบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบถึงโครงการวิจัยและคุณสมบัติของผู้ป่วยที่จะเข้าโครงการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลกระทำก่อนหรือหลังพบแพทย์โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (hierarchical regression analysis)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.5) เป็นเพศชาย มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 81.3 ($X = 69.49 \pm 8.71$) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.5 การศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 61.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 64.5 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 66.4 มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 67.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.8 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร/ธิดา คิดเป็นร้อยละ 42.7 บุคคลที่เป็นผู้ดูแลคือ บุตร/ธิดา คิดเป็นร้อยละ 44.9 ใช้สิทธิการรักษาข้าราชการคิดเป็นร้อยละ 60.7 ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51) ไม่มีโรคร่วม สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วม พบว่า โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 20.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกสูบบุหรี่แล้วคิดเป็นร้อยละ 85 โดยเคยสูบบุหรี่วันละ 11-20

มวนคิดเป็นร้อยละ 43 สูบมากกว่า 41 ปีคิดเป็นร้อยละ 47.7 และเลิกสูบนานน้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 81.3

2. ความกดดันทางจิตใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.7) ไม่มีความกดดันทางจิตใจ และมีเพียงร้อยละ 9.3 ที่มีความกดดันทางจิตใจ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันว่าเป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเองร้อยละ 61.3 รองลงมาคือ เป็นสิ่งท้าทายร้อยละ 60.7 เป็นสิ่งที่คุกคามร้อยละ 16.8 และเป็นอันตรายร้อยละ 6.5 ตามลำดับ ส่วนความรุนแรงของโรค กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (56.1) มีระดับความรุนแรงของโรคน้อย รองลงมาเป็นความรุนแรงของโรคระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 24.3 และระดับความรุนแรงของโรคมากที่สุดร้อยละ 10.3 การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($X = 62.78 \pm 15.14$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกับความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่ท้าทาย และเป็นสิ่งไม่เกี่ยวข้องกับตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำและระดับปานกลางกับความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ ($r = -.19, p < .05$; $r = -.40, p < .01$) การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่คุกคาม และเป็นอันตรายต่อชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .54, r = .54, p < .01$) ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความกดดันทางจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ ($r = .28, p < .01$) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่าง การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมและความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 107)

ตัวแปร	1.1	1.2	1.3	1.4	2	3	4
1. การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ							
1.1 คุณค่า	1.00						
1.2 ทำหาย	-.28**	1.00					
1.3 ไม่เกี่ยวข้องกันตนเอง	-.38**	.42**	1.00				
1.4 มีอันตรายต่อตนเอง	.54**	-.17	-.30**	1.00			
2. ความรุนแรงของโรค	.30**	-.10	-.02	.39**	1.00		
3. การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	-.17	.32**	.12	-.12	-.05	1.00	
4. ความกดดันทางจิตใจ	.54**	-.19*	-.40**	.54**	.28**	-.20*	1.00

*p < .05, ** p < .01,

4. อำนาจการทำนายของความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ต่อความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขั้นที่ 1 พบว่าความรุนแรงของโรคสามารถทำนายความกดดันทางจิตใจได้ร้อยละ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .08$, $p < .01$) ขั้นตอนที่ 2 เมื่อเพิ่มการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมเข้าไปร่วมทำนาย โดยควบคุมความรุนแรงของโรค พบว่า ความรุนแรงของโรค และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความกดดันทางจิตใจได้ร้อยละ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .12$, $p < .01$) ขั้นตอนที่ 3 เมื่อเพิ่มการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเข้าไปร่วมทำนายโดยควบคุมความรุนแรงของโรคและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สามารถร่วมทำนายความกดดันทางจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 40 ($R^2 = .40$, $p < .01$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความกดดันทางจิตใจมากที่สุดคือการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นอันตรายต่อตนเอง ($\beta = .26$, $p < .05$) และเป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกันตนเอง ($\beta = -.25$, $p < .01$) การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่คุกคาม และเป็นสิ่งที่ทำหาย ไม่สามารถทำนายความกดดันทางจิตใจได้

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 41 ปี ขึ้นไป สอดคล้องกับ GOLD² ที่ระบุไว้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการแสดงและได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรกเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 40 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยาย ไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท มีบุตร/ธิดา เป็นผู้ดูแลและสนับสนุนค่าใช้จ่ายต่างๆ และสิ่งของเครื่องใช้ ร่วมกับสิทธิการรักษาที่ผู้ป่วยใช้ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องของค่าใช้จ่าย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ส่วนใหญ่มีสมรรถภาพปอดดี สามารถดูแลตนเองได้ และร้อยละ 81.3 ของกลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกคนที่ยังไม่หยุดสูบบุหรี่ จะได้รับการส่งเข้าโปรแกรมเลิกบุหรี่

ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกดดันทางจิตใจและสามารถทำนายความกดดันทางจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความกดดันทางจิตใจเพิ่มขึ้น ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นประเมินได้จากสมรรถภาพของปอดที่เลวลง ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง ดัชนีมวลกายที่ลดลง อาการเหนื่อยที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว วิดกกังวล ความสามารถในการทำกิจกรรมทั้งนอกบ้าน และในบ้านลดลง¹³ ทำให้ผู้ป่วยต้องแยกตัวเองออกจากสังคม และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น⁵ การศึกษาของ van Manen และ

ตารางที่ 2 Hierarchical regression analysis ระหว่างการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม (n = 107)

ตัวทำนาย	Step I			Step II			Step III		
	B	SE	β	B	SE	β	B	SE	β
ค่าคงที่	7.21	0.40		9.40	1.13		6.26	3.28	
ความรุนแรงของโรค	0.33	0.11	0.28**	0.32	0.11	0.27**	0.13	0.10	0.11
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม				-0.03	0.02	-0.19*	-0.02	0.02	-0.12
การประเมินสถานการณ์ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ									
- เป็นสิ่งที่คุกคาม							0.75	0.44	0.21
- เป็นสิ่งที่ท้าทาย							0.58	0.80	0.07
- เป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง							-1.19	0.44	-0.25**
- เป็นอันตราย							1.00	0.47	0.26*
R ²	.08			.12			.38		
ΔR^2	.08			.04			.28		
F for ΔR^2	9.06**			4.23*			11.66**		
df	1			1			4		

* p < .05, ** p < .01

คณะ¹⁴ พบว่าผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในระยะโรครุนแรง (ค่า FEV1 น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าทำนาย) มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการหอบหืดมากกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อยกว่า และการศึกษาของ Pembroke และคณะ⁴ ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 3,885 รายพบว่าผู้ป่วยที่มีค่า FEV1 ลดลง ดัชนีมวลกายลดลง มีอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น พบว่ามีความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความกดดันทางจิตใจเพิ่มขึ้น

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกดดันทางจิตใจและสามารถทำนายความกดดันทางจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 73.8 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 44.9 มีบุตร/ธิดาเป็นผู้ดูแล ในการรับส่งเมื่อมาติดตามการรักษา คอยให้ความช่วยเหลือในยามที่ต้องการ และสามารถพูดคุยปัญหากับบุคคลในครอบครัวและเพื่อนได้ ไม่รู้สึกว้าวนั่นเองเป็นคนไร้ค่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกดดันทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ McCathie และคณะ⁵ และ Ormel และคณะ¹⁵ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้ความรู้สึก

อ้างว้าง และ ภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจลดลง

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่เป็อันตราย เป็นการประเมินสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วมีอิทธิพลมากที่สุดต่อความกดดันทางจิตใจ เนื่องจากอาการหายใจลำบากเฉียบพลันในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือที่เรียกว่าอาการกำเริบบ่อยครั้งที่คาดเดาไม่ได้ แม้ว่าจะปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นอย่างดี ก็ยังเกิดอาการกำเริบได้ อาการที่เกิดขึ้นไม่สม่ำเสมอ อาจรุนแรงมากหรือน้อยแตกต่างกันในแต่ละครั้ง DeVito¹⁶ ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพถึงการรับรู้ต่อประสบการณ์อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง 96 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกตื่นกลัว ผู้ป่วยบางรายรู้สึกว่าการหายใจลำบากเป็นอาการที่ไม่สามารถควบคุมได้ และขณะที่มีอาการรุนแรงผู้ป่วยบอกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ภาวะอารมณ์ที่พบได้บ่อยอีกประการหนึ่งคือ ความรู้สึกสูญเสียการมีชีวิต ซึ่งหมายถึงการมีพลังที่จะดำรงชีวิต

ในทางตรงกันข้ามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเองมีความสัมพันธ์

ทางลบกับความกดดันทางจิตใจและมีอิทธิพลต่อความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญรองลงมาจากการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่เปราะบางยิ่งยวด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56) มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับน้อย ในช่วงที่ไม่มีอาการกำเริบสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ เกือบเท่าคนปกติในวัยเดียวกัน จึงประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งท้าทายไม่สามารถทำนายความกดดันทางจิตใจได้ อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มองว่าภาวะสุขภาพในปัจจุบันจะทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับตนเองมากขึ้น ยังสามารถควบคุมและจัดการกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันได้ ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคในระดับน้อยและมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดความกดดันทางจิตใจ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่คุกคามไม่สามารถทำนายความกดดันทางจิตใจได้ อาจเป็นเพราะเป็นการประเมินสถานการณ์หรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 69.49 ปี) มองการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ การศึกษาของ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ¹⁷ ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 100 ราย ผู้ป่วยอายุอยู่ระหว่าง 60-89 ปี พบว่าผู้ป่วยอายุจะยอมรับการเจ็บป่วยโดยกลุ่มตัวอย่างหลายรายกล่าวว่า “แก่แล้วไม่มีอะไรดี” “แก่แล้วโรคภัยถามหาเป็นธรรมดา” หรือ “เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา” และเมื่ออายุมากความอ่อนล้า และสมรรถภาพทางกายลดลงเป็นเรื่องของความชรภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับแหล่งประโยชน์ที่มีอิทธิพลต่อการลดภาวะความกดดันทางจิตใจ ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการประเมินสถานการณ์ที่เหมาะสม มีการปฏิบัติเพื่อลดความรุนแรงของโรค และมีการสนับสนุนด้านข้อมูลที่เหมาะสมและด้วยหลากหลายวิธีแก่ผู้ป่วย

2. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่ยังไม่ได้นำมาศึกษา รวมทั้งศึกษาเพิ่มเติมในหน่วยงานอื่นๆ ที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Ridner SH. Psychological distress: concept analysis. *J Adv Nurs*. 2004;5(5):536-45.
2. Fromer L, Cooper CB. A review of the GOLD guidelines for the diagnosis and treatment of patients with COPD. *Int J Clin Pract*. 2008;62(8):1219-36.
3. Burkner EJ, Evon DM, Sedway JA, Egan T. Appraisal and coping as predictors of psychological distress and self-reported physical disability before lung transplantation. *Prog Transplant*. 2004;14(3):222-32.
4. Pembroke TPI, Rasul F, Hart CL, Smith GD, Stansfeld SA. Psychological distress and chronic obstructive pulmonary disease in Renfrew and Paisley (MIDSPAIN) study. *J Epidemiol Commun H*. 2006;60(9):789-92.
5. McCathie HCF, Spence SH, Tate RL. Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. *Eur Respir J*. 2002;19(1):47-53.
6. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
7. Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity Index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2004;350:1005-12.
8. Ong K-C, Earnest A, Lu S-J. A multidimensional grading system (BODE Index) as predictor of hospitalization for COPD. *Chest*. 2005;128(6):3810-6.
9. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30-41.

10. Kessler TA. The Cognitive Appraisal of Health Scale. *Res Nurs Health*. 1998;21(1):73-82.
11. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. 1997;27(1):191-7.
12. Nilchaikowit T, Sukying C, Silpakit C. Reliability and validity of Thai version of the general health questionnaire. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 1996;41(1):2-17. (in Thai).
13. Semark Da, Blake SD, Seamark CJ, Halpin DM. Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): perceptions of patients and their carers. An interpretative phenomenological analysis. *Palliative Med*. 2004;18(7):619-25.
14. van Manen JG, Bindels PJ, Dekker FW, IJzermans CJ, van der Zee JS, Schadé E. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*. 2002;57(5):412-6.
15. Ormel J, Kempen GI, Deeg DJ, Brilman EI, van Sonderen E, Relyveld J. Functioning, well-being, and health perception in lated middle-aged and older people: comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46:39-48.
16. De Vito, AJ. Dyspnea durings hospitalizations for acute phase of illness as recalled by patients. *Heart Lung*. 1990;19(2):186-91.
17. Wattanakitkrileart D, Jarusombat L, Rattanamongkolkul J, Pokasiri V, Pratomsri V. Depression and Factors Influencing Depression in Elderly Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Nurs Sci*. 2010;28(2):67-76.