

# The Influences of Perceived Severity, Social Support, and Uncertainty in Illness on Health Status of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease\*

Amornrat Naklamai Doungrut Wattanakitkrileart Kanaungnit  
Pongthavornkamol Charoen Chuchottaworn

Corresponding author:

A. Naklamai

E-mail: amorn\_niti@hotmail.com

Amornrat Naklamai RN MNS

Nakhonpathom Hospital,

Nakhonpathom Province, Thailand

Doungrut Wattanakitkrileart RN DNS

Assistant Professor, Faculty of Nursing,

Mahidol University, Bangkok, Thailand

Kanaungnit Pongthavornkamol RN PhD

Associate Professor, Faculty of Nursing,

Mahidol University, Bangkok, Thailand

Charoen Chuchottaworn MD

Thai Board of Internal Medicine,

Chest Disease Institute,

Nontaburi Province, Thailand

\*Master thesis, Faculty of Graduate

Studies, Mahidol University

J Nurs Sci 2011;29(2): 46-55

## Abstract

**Purpose:** This research investigated the influences of factors related to perceived severity, and social support on uncertainty in illness and uncertainty in illness on health status of patients with chronic obstructive pulmonary disease.

**Design:** Correlational predictive research.

**Methods:** The study sample consisted of 85 patients with chronic obstructive pulmonary disease who received treatment at the respiratory disease unit, and outpatient department, Chest Disease Institute, Nontaburi Province. Data were collected through 5 instruments: a demographic characteristics questionnaire; a perceived severity assessment questionnaire; the Multidimensional Scale of Perceived Social Support; the Mishel Uncertainty Inventory Scale; and the St. George's Respiratory Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and multiple regression analysis.

**Main findings:** The results revealed that there was no relationship between perceived severity and uncertainty in illness ( $r = -.1, p > .05$ ); that social support could predict uncertainty in illness by 9.4% ( $R^2 = .094, p < .05$ ); and uncertainty in illness could predict health status in patients with chronic obstructive pulmonary disease by 9.3% ( $R^2 = .093, p < .05$ ).

**Conclusion and recommendations:** Based on the study findings, it is recommended that guidelines be devised to promote social support to reduce uncertainty in illness regarding ambiguity and unpredictability so as to enhance the health status of patients with chronic obstructive pulmonary disease.

**Keywords:** chronic obstructive pulmonary disease, health status, uncertainty in illness, social support, perceived severity

# อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง\*

อมรรัตน์ นาคละมัย ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ คณินิจ พงศ์ถาวรกุล เจริญ ชูโชติถาวร

Corresponding author:

อมรรัตน์ นาคละมัย

E-mail: amom\_niti@hotmail.com

อมรรัตน์ นาคละมัย RN MNS

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ RN DNS

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล

อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

คณินิจ พงศ์ถาวรกุล RN PhD

รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล

อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

เจริญ ชูโชติถาวร MD

อายุรแพทย์ สถาบันโรคทรวงอก

จังหวัดนนทบุรี

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

J Nurs Sci 2011;29(2): 46-55

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนทางสังคม ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

**รูปแบบงานวิจัย:** การวิจัยเชิงความสัมพันธ์พหุการณณ์

**วิธีดำเนินงานวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 85 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการ แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามภาวะสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาการหายใจของเซนต์จอร์จ (St.George) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

**ผลการวิจัย:** พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ( $r = -.1, p > .05$ ) การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ร้อยละ 9.4 ( $R^2 = 0.094, p < .05$ ) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 9.3 ( $R^2 = 0.093, p < .05$ )

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** ควรหาแนวทางในการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการหายใจลำบาก เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งในด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย และด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษา โดยการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพหรือการส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดี

**คำสำคัญ:** โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะสุขภาพ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของอาการ

### ความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาในระบบสาธารณสุขทั่วโลกทำให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังทุพพลภาพและเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน หรือโรคที่มีความรุนแรงขึ้น โดยพบว่า ปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 4 ของโลก และคาดว่าในปี 2563 จะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในลำดับที่ 3 ของประชากรโลก<sup>1</sup> สำหรับในประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2548-2551 มีอัตราการตายจาก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดเป็นอัตรา 8.6, 8.2, 9.0 และ 9.0 ต่อ 100,000 ประชากรตามลำดับ โดยมีอัตราการตายตามอายุที่เพิ่มขึ้น<sup>2</sup> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสาเหตุที่สำคัญจากการสูบบุหรี่ พยาธิสภาพของโรคเกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดจากสิ่งที่มีมากระตุ้นโดยเฉพาะควันบุหรี่ และมลพิษทำให้หลอดลม เนื้อปอดและหลอดเลือดถูกทำลาย การอักเสบเรื้อรังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในปอด จากการถูกทำลายอย่างต่อเนื่อง และกระบวนการซ่อมแซมทำให้ เนื้อปอดสูญเสียความยืดหยุ่น ร่วมกับมีการตีบแคบของหลอดลมและทางเดินอากาศ ทำให้มีลมคั่งในปอด การแลกเปลี่ยนก๊าซที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก การอักเสบของหลอดลมยังทำให้เกิดความไม่สุขสบายจากอาการไอ และเสมหะมาก<sup>3</sup>

ภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลงเนื่องจากการดำเนินของโรคและความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งความถี่ของอาการหายใจลำบากที่กำเริบ ทำให้เกิดความกลัว เครียดวิตกกังวล การมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และทำให้คุณภาพชีวิตเลวลง<sup>4</sup> มีผลต่อความสามารถในการจัดการอาการ การตอบสนองต่อการรักษา ทำให้จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล การมารักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน และการใช้การบริการทางสุขภาพสูงขึ้น<sup>5,6</sup> เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2002 ค่าใช้จ่ายโดยตรงของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเงิน 18 ล้านเหรียญ และอีก 14.1 ล้านเหรียญดอลลาร์เป็นค่าใช้จ่ายทางอ้อม<sup>7</sup>

อาการหายใจลำบากที่กำเริบรุนแรงขึ้น ซึ่งเมื่อเกิดต่อเนื่องยาวนานและบ่อยครั้ง โดยที่ไม่ทราบสิ่งเร้าที่มากระตุ้นให้เกิดอาการ และบ่อยครั้งที่เกิดขึ้นโดยไม่มีอาการเตือนมาก่อน จึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าและป้องกันการหรือควบคุมการเกิดอาการหายใจลำบากได้ ทำให้ในแต่ละวัน

ของผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะเกิดอาการรุนแรงเมื่อใด เกิดที่ใด จะเกิดยาวนานเท่าใด จะจัดการกับอาการได้หรือไม่ จึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น<sup>8,9</sup> เมื่อเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน จะต้องผ่านการประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย หรือเป็นโอกาส จึงเข้าสู่กระบวนการในการเผชิญปัญหาและการปรับตัว ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของผลลัพธ์ที่เกิดจากการปรับตัว(adaptation)<sup>10,11</sup> การที่ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ในระยะอาการรุนแรง การรักษาเพื่อช่วยชีวิต ว่าเป็นอันตรายซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวทำให้ปรับตัวได้น้อย หรือไม่ได้เลยทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่เสื่อมลง การศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่เผชิญกับสถานการณ์ หรือโรคที่มีความรุนแรง เช่น ในผู้ป่วยที่รอการวินิจฉัยด้วยโรคร้ายแรงต่างๆ เช่น มะเร็ง เอดส์ และผู้ป่วยที่รอผ่าตัดหัวใจ สำหรับในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนกับตัวแปรต่างๆ เช่น อาการหายใจลำบาก<sup>12</sup> การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก การดูแลตนเอง<sup>13</sup> การศึกษาดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมถึงภาวะสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยมิติต่างๆ ทั้งด้านกาย จิตและสังคม ซึ่งการศึกษาในประเด็นนี้จะเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ครอบคลุมความเป็นองค์รวมของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายเพื่อคงภาวะสุขภาพที่ดีและป้องกันการเสื่อมถอยลงของภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยทางด้าน การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมในทุกมิติต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น
2. อำนาจทำนายของปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนทางสังคม ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
3. อำนาจทำนายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### สมมุติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์

ทางบวกต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย

4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์พยากรณ์ (Correlational predictive research) ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันโรคทรวงอก โดยผู้ป่วยมีอาการคงที่ ไม่มีอาการหอบเหนื่อยหรือหายใจลำบากที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ไม่มีอาการกำเริบในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่ออาการหายใจลำบาก เช่น CA lung, CHF, Pulmonary Tuberculosis โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ.2553 จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณจาก power analysis<sup>14</sup> โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95%, ค่าแอลฟา ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05, กำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ .8, ตัวแปรอิสระ 3 ตัว และกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Moderate effect size) = .13 จากการคำนวณได้ 77 ราย และผู้วิจัยได้มีการคำนวณ drop out 10% สำหรับป้องกันการได้กลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอ จากการถอนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 85 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และความรุนแรงตามระดับความรุนแรงของโรค COPD ตามเกณฑ์ของ GOLD (The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: GOLD)<sup>15</sup> ผลการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยสไปโรเมทรี (spirometry) และประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากโดยใช้ MMRC (Modified Medical Research Council: MMRC)<sup>16</sup>

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ<sup>17</sup> ซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการหายใจ

ลำบากในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งมีผลกระทบทต่อการทำกิจวัตรประจำวันและการรบกวนการนอนหลับ แบ่งได้ 4 ระดับ คือ ไม่มีความรุนแรงต่อท่านเท่ากับ 1 คะแนน รุนแรงน้อยกว่าเท่ากับ 2 คะแนน รุนแรงปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน และรุนแรงมากเท่ากับ 4 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceive Social support: MSPSS)<sup>18,19</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 7 อันดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12-84 คะแนน การแปรผลคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 ระดับ<sup>20</sup> ได้แก่ ระดับต่ำ (12-36 คะแนน) ระดับปานกลาง (37-61 คะแนน) และระดับสูง (62-84 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel Uncertainty Inventory Scale: MUIS)<sup>13,21</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย 2) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการ 3) ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับมีจำนวน 4) ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 อันดับ คะแนนรวมทั้งชุดมีค่าระหว่าง 32-160 คะแนน การแปรผลคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>20</sup> ได้แก่ ระดับต่ำ (32-75 คะแนน) ระดับปานกลาง (76-119 คะแนน) และระดับสูง (120-160 คะแนน) และคะแนนด้านใดมากแสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านนั้นสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาการหายใจเซนต์จอร์จ (St. George's Respiratory Questionnaire: SGRQ)<sup>22</sup> แบบสอบถามมีทั้งหมด 50 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านอาการ (Symptoms) ประกอบด้วยดีและความรุนแรง เนื่องจากอาการของระบบหายใจ 2. ด้านกิจกรรม (Activity) เป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม เนื่องจากอาการหายใจลำบาก 3. ด้านผลกระทบ (Impact) เป็นผลกระทบจากโรคและอาการหายใจลำบากต่อร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม คะแนนรวมทั้งหมดจะมีตั้งแต่ 0-100 คะแนน การแปรผลคะแนนภาวะสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>20</sup> ได้แก่ ภาวะสุขภาพดี (0-33

คะแนน) ภาวะสุขภาพปานกลาง (34-67 คะแนน) และ ภาวะสุขภาพไม่ดี (68-100 คะแนน)

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย**

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรุนแรงของโรค แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (MUIS) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบวัดความช่วยเหลือนทางสังคมแบบพหุมิติ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและแบบสอบถามภาวะสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาการหายใจ ของโรงพยาบาลเซนต์จอร์จ ไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอกจำนวน 30 รายเพื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .91 .79 และ .93 ตามลำดับ และเมื่อนำแบบสอบถามมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 85 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.86 .79 และ .91 ตามลำดับ

**การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง**

การทำวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล (MU-IRB/C 2010/50.0303) และคณะกรรมการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก (เลขที่ 040/2553) ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล**

การขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการอนุมัติตามสายการบังคับบัญชา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยทำการคัดกรองผู้ป่วยก่อนหรือหลังพบแพทย์ ประชาสัมพันธ์โดยการบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบถึงโครงการวิจัยและคุณสมบัติของผู้ป่วยที่จะเข้าโครงการวิจัย โดยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาที

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) และการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

**ผลการวิจัย**

- 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย

ร้อยละ 90.6 มีอายุมากกว่า 60 ปีร้อยละ 80 (Mean = 69.36, S.D. = 9.94) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.8 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.5 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 29.41 มีบุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วยคือบุตร (ร้อยละ 37.6) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.2 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่ำกว่า 5 ปี ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาพบว่าไม่เคยเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน และไม่เคยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจลำบาก (ร้อยละ 76.5 และ 78.8 ตามลำดับ) ร้อยละ 61.2 ไม่มีโรคประจำตัวอื่น มีระดับความรุนแรงของโรคจากการตรวจสอบสมรรถภาพปอดและมีความรุนแรงของอาการหายใจหอบเหนื่อยขณะทำกิจกรรมต่างๆ อยู่ในระดับ 2 (ปานกลาง) ร้อยละ 47.1 และ 31.8 ตามลำดับ

การรับรู้ความรุนแรงของอาการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการไม่รุนแรงร้อยละ 42.2 ซึ่งหมายถึงไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรบกวนการนอนหลับ

การสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 26-84 คะแนนจากคะแนนเต็ม 84 คะแนน มีคะแนนรวมเฉลี่ย 62.73 คะแนน (S.D. = 11.05) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับสูง (S.D. = 4.65, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ (ค่าเฉลี่ย/จำนวนข้อ) เท่ากับ 5.85)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 64-109 คะแนนจากคะแนนเต็ม 160 คะแนน มีคะแนนรวมเฉลี่ย 85.58 คะแนน (S.D. = 10.41) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับสูง ในด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.2 คะแนน (S.D. = 5.96, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์เท่ากับ 3.01) และด้านที่น้อยที่สุดคือ ด้านความความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษา และบริการคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.92 (Mean = 14.92, S.D. = 2.86, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์เท่ากับ 2.13)

ภาวะสุขภาพที่เกี่ยวกับปัญหาการหายใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ระหว่าง 4-75 คะแนน คะแนนเฉลี่ยรวม 31.98 คะแนนจากคะแนนเต็ม 100 คะแนน (S.D. = 15.16) แสดงถึงภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะสุขภาพระดับสูงในด้าน

อาการ (Mean = 9.5, S.D. = 6.3, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 1.18), รองลงมาคือภาวะสุขภาพด้านกิจกรรม (Mean = 8.5, S.D. = 4.43, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์= 0.53) และภาวะสุขภาพด้านผลกระทบต่ำสุด (Mean = 11.45, S.D. = 6.4, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์= 0.44)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การรับรู้ความรุนแรงของอาการไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอน ( $r = .1, p > .05$ ) ส่วนการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.293, p < .05$ ) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .304, p < .05$ ) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตัวแปร	1	2	3	4
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	1			
2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	.100	1		
3. การสนับสนุนทางสังคม	-.036	-.293*	1	
4. ภาวะสุขภาพ	.556*	.304*	-.079	1

\*  $p < .05$

3. อำนาจการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ไม่สามารถ

ทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ มีเพียงการสนับสนุนทางสังคมที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ร้อยละ 9.4 ( $R^2 = .094, p < .05$ ) และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ  $-.290$  (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** Stepwise multiple regression analysis ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 85)

ตัวแปรทำนาย	R	R <sup>2</sup>	b	Beta	t
การสนับสนุนทางสังคม	.306	.094	-.273*	-.2908	-2.755

ค่าคงที่ = 100.886\*  $p < .01$

4. อำนาจทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถอธิบายความผันแปรหรือทำนายภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอด

อุดกั้นเรื้อรัง ที่ระดับนัยสำคัญร้อยละ 9.3 ( $R^2 = .093, p < .05$ ) และพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ  $.304$  (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** Stepwise multiple regression analysis ระหว่าง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตัวแปรทำนาย	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Change	b	Beta	t
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	.304	.093	.093	.443	.304	2.91

ค่าคงที่ = -5.944 \* $p < .01$

## การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.4 ระบุว่าอาการของโรคไม่รุนแรงและการรับรู้ความรุนแรงของอาการไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ( $r = .1$ ,  $p > .05$ ) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคตาม GOLD guideline<sup>15</sup> และมีความรุนแรงของอาการหายใจลำบากตามเกณฑ์ MMRC<sup>16</sup> ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ไม่มีอาการกำเริบที่ต้องทำให้มารักษาที่ห้องฉุกเฉินและนอนพักในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุ จึงรับรู้ว่าการเหนื่อยหอบและหายใจลำบากในขณะที่ทำกิจกรรมเป็นผลมาจากอายุมาก สอดคล้องกับการศึกษาของดวรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ<sup>23</sup> ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมีอายุมากกว่า 60 ปี จะยอมรับการเจ็บป่วย ความอ่อนล้าและสมรรถภาพทางกายที่ลดลงเนื่องจากความชราภาพซึ่งเกิดได้ตามปกติ มากกว่าจะคิดว่าเป็นผลมาจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีโรคประจำตัวที่สนับสนุนให้อาการหายใจลำบากรุนแรงขึ้น จึงรู้ว่าโรคไม่รุนแรงสำหรับตนและส่วนใหญ่ไม่มีอาการกำเริบรุนแรง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงเกิดขึ้นน้อย ทำให้การรับรู้ความรุนแรงของอาการไม่สัมพันธ์ และไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ ซึ่ง Mishel ได้อธิบายว่า ระดับความรุนแรงและความต่อเนื่องของอาการแสดงที่บุคคลรับรู้และให้ความหมายซึ่งประเมินได้จากจำนวนครั้งที่เกิดอาการและความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งและระยะเวลาที่เกิดการเจ็บป่วย ถ้ารูปแบบของอาการแสดงออกมีความรุนแรงไม่ชัดเจน หรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคลุมเครือ ไม่สามารถทำความเข้าใจ และให้ความหมายของอาการแสดงได้ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น<sup>10,11</sup> การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญ และมีอิทธิพลในการทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ร้อยละ 9.4 การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง โดยได้รับการดูแลจากครอบครัว คนรอบข้าง และบุคลากรทางสุขภาพดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่บริเวณชานเมือง ครอบครัวยังอยู่กันเป็นแบบครอบครัวใหญ่ ซึ่งมีบุตรและคู่สมรสดูแล (ร้อยละ 37.6 และ 35.3 ตามลำดับ) การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยต้องมา

พบแพทย์ประจำ ทำให้มีความคุ้นเคยกับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และแพทย์ เกิดเป็นความเชื่อมั่นและไว้วางใจต่อบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการแสดงที่เกิดขึ้น รวมทั้งช่วยเพิ่มความชัดเจนในองค์ประกอบของสิ่งเร้า ช่วยให้เกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์และส่งเสริมให้เกิดความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง โดยการให้ข้อมูลและคำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร ชีโนรส และคณะ<sup>24</sup> ได้ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี จำนวน 100 ราย พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจพบแพทย์เป็นประจำ มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ การมาพบแพทย์ การได้รับคำแนะนำจากพยาบาล การรับยาและการปฏิบัติตามคำแนะนำทำให้คุ้นเคยกับการรักษา ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนจึงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่ง Mishel เชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน ช่วยเหลือบุคคลในการแปลและให้ความหมายต่อเหตุการณ์ ซึ่งมีผลโดยทางตรงและทางอ้อมต่อการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ที่ถูกต้อง สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลงได้<sup>21</sup> อย่างไรก็ตาม การที่มีอำนาจทำนายต่ำ อาจเป็นเพราะลักษณะโรคยังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาการเกิดอาการและความรุนแรงของอาการได้ การศึกษาครั้งนี้แตกต่างกับการศึกษาของนุชรีย์ แสงสว่าง<sup>17</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีอำนาจทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไต ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคไตยังอยู่ในวัยเรียนและวัยทำงาน การเกิดอาการกำเริบทำให้ต้องขาดเรียนและขาดงาน การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้นได้

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ( $r = .304$ ,  $p < .05$ ) และสามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 9.3 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนรวมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเฉลี่ย 85.58 คะแนน ซึ่งแสดงว่าอยู่ในระดับปานกลางและภาวะสุขภาพโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ย 31.98 จาก 100 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ หมายถึงมีภาวะสุขภาพดี โดยมีภาวะสุขภาพด้านอาการ (symptom) สูงสุด (Mean = 9.5, S.D. = 6.3,

ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 1.18) ซึ่งเป็นความถี่และความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก อาการไอและมีเสมหะผิดปกติ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่เคยนอนโรงพยาบาลและไม่เคยมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินก็ตาม แต่เมื่อมีอาการเกิดขึ้นแล้วมีความรุนแรงและคุกคามชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ ซึ่งอาการกำเริบของอาการหายใจลำบาก และความรุนแรงของโรคที่คาดเดาไม่ได้ว่าจะเกิดเมื่อใด และอาการจะอยู่นานแค่ไหน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและด้านการไม่สามารถทำนายนการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษาจะแน่นอนจะสูงกว่าด้านอื่น เช่นเดียวกับคะแนนของภาวะสุขภาพในด้านความถี่ และความรุนแรงของอาการในระบบทางเดินหายใจที่สูงกว่าคะแนนในด้านอื่น ส่วนภาวะสุขภาพด้านกิจกรรม (Activity) (Mean= 8.5, S.D.= 4.43, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 0.53) ซึ่งหมายถึงมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในระดับปานกลาง

ด้านผลกระทบจากอาการหายใจลำบาก (Impacts) เป็นผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและบทบาทในสังคมอันเนื่องมาจากอาการหายใจลำบาก โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ (Mean= 11.45, S.D.= 6.4, ค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์ = 0.44) ซึ่งหมายถึงมีผลกระทบน้อย อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมักจะหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมหนักๆ เนื่องจากความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายตามอายุที่มากขึ้น และการเกษียณอายุจากวัยทำงาน บุตรหลานและบุคคลในครอบครัวให้อยู่บ้าน เนื่องจากมีผู้สืบทอดกิจการอาการกำเริบจึงเกิดขึ้นน้อยทำให้ไม่มีผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจมากนัก ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีกรนอนพักในโรงพยาบาล ไม่เคยมารับการรักษาห้องฉุกเฉิน หรือมาพบแพทย์ก่อนนัด ซึ่งเมื่ออาการหายใจลำบากไม่มาก ทำให้การใช้ยาเพื่อขยายหลอดลมในที่สาธารณะจึงน้อย ดังนั้นผลกระทบต่อด้านจิตใจ เช่น ความกังวลวิตกกังวล หรือความอับอายจากการใช้ยาในที่สาธารณะจึงมีเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามความกังวลเกี่ยวกับอาการกำเริบ อาจทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเข้าสังคม ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนน้อยกว่าด้านอื่น แตกต่างจากการศึกษาของ Gysels และ Higginson ได้สัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์จากอาการหายใจลำบาก จะวิตกกังวลจากปฏิกิริยาของสังคมและสิ่งแวดล้อมของตนเอง

มองว่าเป็นเรื่องที่น่าอับอายและถูกตีตราจากสังคม (Stigma) ผู้ป่วยจำนวนมากกล่าวว่า อาการและสภาวะของโรคจะไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม เกิดความอับอายเมื่อมีอาการหายใจลำบาก อาการไอและมีเสมหะเกิดมากขึ้น ทำให้รู้สึกวิตกกังวล จึงหลีกเลี่ยงการปฏิสัมพันธ์กับสังคมภายนอก<sup>25,26</sup> และการศึกษาของดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ<sup>27</sup> ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษามีการกำเริบของโรคบ่อยและเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินถึงร้อยละ 80 มีข้อจำกัดในการเข้าสังคมและมีภาวะซึมเศร้า ถูกตีตรา ถูกมองว่าเป็นคนป่วย ถูกสมเพชจนไม่กล้าพยายายยหายหลอดลมในที่สาธารณะแม้จะมีอาการกำเริบ

### สรุปและข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ อย่างไรก็ตามพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะสุขภาพสูงกว่าตัวแปรอื่น ( $r = .556$ ) ดังนั้นการจัดการกับอาการไอหายใจลำบากซึ่งรบกวนผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ควบคุมอาการของโรคได้ และผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไม่มีผลกระทบต่อการกระทำกิจวัตรประจำวัน และการรบกวนการนอนหลับน้อยที่สุด น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะสุขภาพดีขึ้น

2. ควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมและควรลดความรู้สึกไม่แน่นอน โดยเฉพาะในด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับโรคและการรักษาและด้านการไม่สามารถทำนายระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษา เช่น การพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูล การให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ หรือการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี

3. การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนาย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้เพียงร้อยละ 9.4 และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเอง สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้เพียงร้อยละ 9.3 แสดงว่ายังมีตัวแปรอื่นในทฤษฎีอีก เช่น ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจโรค (Cognitive capacity) การประเมิน (Appraisal) การเผชิญกับปัญหา (Coping) หรือการปรับตัว (Adaptation) เป็นต้น ที่อาจมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาตัวแปรดังกล่าวเพิ่มเติม จะทำให้ทราบตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อ



ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งนำไปสู่การหาวิธีการจัดการและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ครอบคลุมมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. COPD predicted to be third leading cause of death in 2030, World Health Organization, statistics 2008. Available from URL: <http://www.Who.int/whr/> 2008. วันที่สืบค้น 25 สิงหาคม 2552.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ จำนวนและอัตราการตาย จำแนกตามเพศและสาเหตุ. 2551.
3. Blames J, Becklake M, Blanc P, Henneberger P, Kreiss K, Mapp C, et al. American Thoracic Society statement: occupational contribution to the burden of airway disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167: 787-97.
4. Antonelli-Incalzi R, Imperiale C, Bellia V, Catalano F, Scichilone N, Pistelli R, et al. Do GOLD stages of COPD severity really correspond to differences in health status?. *Eur Respir J* 2003; 22: 444-49.
5. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Lindberg E, Ulrik CS, Brøndum E, et al. Depression, anxiety and health status after hospitalization for COPD: A multicentre study in the Nordic countries. *Respir Med* 2006; 100: 87-93.
6. Anzueto A, Leimer I, Kesten S. Impact of frequency of COPD exacerbations on pulmonary function, health status and clinical outcomes. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2009; 4: 245-51.
7. Moro Jose M.R-G, Izquierdo Jose L, Anton E, Lucas PD, Martin A. Health-relate quality of life in out patients women with COPD in daily practice: The MUVICE Spanish Study. *Respir Med* 2009; 20: 1-10.
8. อารมณ์พรรณ สุนทรจตุรวิทย์. คุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์) สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2546. 156 หน้า.

9. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. ปัญหาทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจ และปอด และการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2552; 27(2): 23-31.
10. Mishel MH. Uncertainty in illness. *Image: JNS* 1988; 20: 225-31.
11. Mishel MH, Sorenson DS. Uncertainty in gynecological cancer: A test of mediating functions of mastery and coping. *Nursing Research* 1991; 40(3): 167- 71.
12. Gruffydd- Jones K, Langley-Johnson CC, Badlan K, Ward S. What are the needs patients following discharge from hospital after an acute exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)? *PCRJ* 2007; 16(6): 363-8.
13. ปิติรัตน์ พิษยมงคล. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้สึกไม่แน่นอนในสภาวะความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545. 145 หน้า.
14. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott. 2008. p. 614-29.
15. GOLD. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronicobstructive pulmonary disease: updated 2008. Available from URL: <http://www.Goldcopd.org> 2008. วันที่สืบค้น 4 กรกฎาคม 2552.
16. Ries AL. Impact of Chronic Obstructive Pulmonary Disease on quality of life: The role of dyspnea. *Am J. Med* 2006; 119(10A): S12-20.
17. นุชรีย์ แสงสว่าง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552. 140 หน้า.
18. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess* 1988; 52(1): 30-40.

19. Boonyamalik P. Epidemiology of Adolescent Suicidal Ideation: Roles of perceived life stress , depressive symptom and substance use. (Dissertation). Johns Hopkins University, 2005.
20. พวงรัตน์ ทวีรัตน์.วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2543.
21. Mishel MH. Reconceptualization of the Uncertainty in illness Theory. JNS 1990; 22(4): 256-62.
22. Jones PW., Kaplan RM. Methodological issues in evaluating measures of health as outcomes for COPD. ERJ 2003; 41: 13s-8s.
23. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. ภาวะซึมเศร้า และ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2553; 28(2): 67-76.
24. สมพร ชีโนรส, สุภาณี แก้วอำรง, ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, กิตติ โตเต็มโชคชัยการ. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอส แอลอี, รามาธิบดีพยาบาลสาร 2544; 7(2): 111-23.
25. Forence Seung Kim H, Kunik ME, Molinari VA, Hillman, SL, Lalani S, Orengo CA Functional impairment in COPD patients: The impact of anxiety and depression. Psychosomatics 2000; 41(6): 465-71.
26. Gysels M, Higginson IJ. (2007). Access to services for patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The invisibility of breathiness. J Pain Symptom Manage. 2007; 36(5): 451-60.
27. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. ประสิทธิภาพของการวางแผนการจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารชมรมพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอก 2549; 17(1): 31-42.