ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*

Factors Related to Symptom Clusters in Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

เพิ่มพูล บุญมี** พย.ม. Poempool Bunmee, M.N.S.
วัลภา คุณทรงเกียรติ*** พย.ด. Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D.
เขมารดี มาสิงบุญ**** พย.ด. Khemaradee Masingboon, D.S.N.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปักธงชัย จำนวน 126 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์และสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะโภชนาการ แบบสัมภาษณ์กลุ่มอาการ และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้ถึงกลุ่มอาการโดยรวมร้อยละ 100 เฉลี่ย 46.06 คะแนน (SD = 28.20) เมื่อพิจารณารายกลุ่มพบว่ารับรู้ถึงกลุ่มอาการด้านจิตใจร้อยละ 96.8 เฉลี่ย 8.52 คะแนน (SD = 5.57) และกลุ่มอาการด้านร่างกาย ร้อยละ 86.5 เฉลี่ย 37.54 คะแนน (SD = 24.85) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับกลุ่มอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .44, $p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับกลุ่มอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20$, $p < .05$) และภาวะโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการ ($p > .05$) ผลการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางช่วยลดความรุนแรงของกลุ่มอาการโดยการลดความรุนแรงของโรคและให้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำสำคัญ: กลุ่มอาการ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

This descriptive correlation design aimed to study factors related to symptom clusters in persons with chronic obstructive pulmonary disease. The samples were 126 persons with a chronic obstructive pulmonary disease who met inclusion criteria in chronic obstructive pulmonary disease clinic at The Pak Thong Chai Hospital. They were recruited by simple random sampling. The instruments consisted of Personal Information Questionnaire, Nutritional Status Assessment, Symptom Clusters Questionnaire, Social Support Questionnaire, weighting and height apparatus. The data were analyzed by descriptive statistic and Spearman rank correlation and Pearson's product moment correlation.

The results of the study showed that sample perceived symptom clusters 100 %. Mean

* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชล 2 จังหวัดชลบุรี
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
**** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

score of symptom clusters was 46.06 (SD = 28.20). For subgroups, 96.8% of sample perceived psychological symptom cluster and mean score was 8.52 (SD = 5.57). 86.5% of sample perceived physical symptom cluster and mean score was 37.54 (SD = 24.85). For factors related to symptom clusters, disease severity was significantly positively related to symptom clusters at a moderate level (r_s = .44, p < .01). Social support was significantly negatively related to symptom clusters at a low level (r = -.02, p < .05). Nutritional status was not significantly related to symptom clusters (p > .05). The result of this research suggested that nurse and health care provider can use to be guidelines for reducing the severity of symptom clusters by decreasing disease severity and increasing social support in person with chronic obstructive pulmonary disease.

Keywords: Symptom clusters, persons with chronic obstructive pulmonary disease

ความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญ โดยประชากร 65 ล้านคนทั่วโลกได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ระดับความรุนแรงโรคปานกลางถึงรุนแรงมาก ปี ค.ศ. 2002 เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 และคาดว่าปี ค.ศ. 2030 จะเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของโลก (World Health Organization [WHO], 2013a) ในประเทศไทย พ.ศ. 2553 พบผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 150,549 ราย (สำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) พ.ศ. 2554 จำนวน 253,295 ราย (กองสถิติสาธารณสุข, 2554)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีการอุดกั้นการไหลของอากาศในทางเดินหายใจชนิดที่ไม่สามารถกลับคืนได้เต็มที่ ลักษณะเป็นมากขึ้นอย่างต่อเนื่องมีอากาศค้างในปอดเพิ่มขึ้น (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2013) รวมทั้งพยาธิสภาพของโรคทำให้ร่างกายมีการอักเสบเรื้อรัง เพิ่มกระบวนการเผาผลาญของร่างกาย การทำหน้าที่ของระบบไหลเวียนเลือดและระบบฮอร์โมนทำงานผิดปกติ (Nussbaumer-Ochsner & Rabe, 2011) ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับอาการหลายอาการเกิดขึ้นร่วมกัน (พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์, 2553; สุภาภรณ์ ด้วงแพง และจุฬาลักษณ์ บารมี, 2555)

ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับการเกิดขึ้นร่วมกันของอาการต่างๆ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า อาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์กัน (พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์, 2553; สุภาภรณ์ ด้วงแพง และจุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) กล่าวคือ เมื่ออาการหนึ่งถูกกระตุ้นจะสามารถกระตุ้นให้อาการอื่นๆ มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันตั้งแต่สองอาการขึ้นไป มีความสัมพันธ์กัน เรียกว่า กลุ่มอาการ (Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997) โดยกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ กลุ่มอาการด้านร่างกาย และกลุ่มอาการด้านจิตใจ โดยกลุ่มอาการด้านร่างกาย ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับ และกลุ่มอาการด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า กลุ่มอาการทั้งสองส่งผลกระทบลดความสามารถในทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยทุกด้าน (สุภาภรณ์ ด้วงแพง และจุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) ร่างกายขาดความแข็งแรง (Ek & Ternestedt, 2008) จึงลดความแข็งแรงและความทนของกล้ามเนื้อกะบังลมและกล้ามเนื้อช่วยหายใจลดลง (Ezzell & Jensen, 2000) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบของโรค จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Gardiner et al., 2010)

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับกลุ่มอาการในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997) พบว่าปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความรุนแรงของโรค (สุภาภรณ์ ด้วงแพง และจุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) และภาวะโภชนาการ (Katsura, Yamada, & Kida, 2005) ปัจจัยด้านสถานการณ์ คือ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการ โดยพบว่า ความรุนแรงของโรคมีความพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ถึงกลุ่มอาการทางกาย และ

กลุ่มอาการทางจิตใจ (r = .51, p < .01 และ r = .50, p < .01 ตามลำดับ) (สุภาภรณ์ ด้วงแพง และจุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับกลุ่มอาการในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีจำกัด การศึกษาของ Katsura et al. (2005) พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการหายใจลำบาก (r = -.35, p < .01) และการศึกษาของ Breukink, Srtijbos, Koorn, Koeter, Breslin and Schans (1998) พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกำลังของกล้ามเนื้อส่วนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) กำลังของกล้ามเนื้อส่วนปลายขณะออกแรงสูงสุดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ถึงอาการเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) และการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ถึงอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า (r = .40, p < .001 และ r = .35, p < .001 ตามลำดับ) (McCathie, Spence, & Tate, 2002) จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับอาการเพียงหนึ่งหรือสองอาการ แต่การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการยังมีน้อย ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักต้องเผชิญกับอาการหลายอาการ โดยพบว่า โรงพยาบาลปักธงชัยมีผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการหายใจลำบากบ่อยครั้ง มีอาการวิตกกังวลกับกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น ร่วมกับมีอาการเหนื่อยล้า จนไม่สามารถออกแรงทำงานได้ตามปกติ บางรายมีอาการหายใจลำบากส่งผลให้นอนหลับไม่ต่อเนื่องตลอดทั้งคืน เกิดอาการเหนื่อยล้า ทำให้มีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความรุนแรงของโรค และภาวะโภชนาการ และปัจจัยด้านสถานการณ์ คือ การสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพในการนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแล เพื่อลดความรุนแรงของกลุ่มอาการ ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ภาวะโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ ของ Lenz et al. (1997) เป็นกรอบแนวคิด ซึ่ง Lenz et al. (1997) ได้กล่าวว่า บุคคลที่เจ็บป่วยอาจต้องเผชิญกับอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันตั้งแต่สองอาการขึ้นไป มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันซึ่งจะเรียกว่า กลุ่มอาการ แต่ละอาการประกอบด้วย 4 มิติ คือ ความรุนแรง เวลาหรือความถี่ ความทุกข์ทรมาน และคุณภาพ อาการเหล่านี้ยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสถานการณ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการทั้ง 3 ปัจจัย ส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงกลุ่มอาการเพิ่มขึ้น ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะประสบกับอาการหลายอาการร่วมกันผู้วิจัยจึงได้คัดสรรปัจจัยตามทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ ของ Lenz et al. (1997) คือ ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความรุนแรงของโรค และภาวะโภชนาการ และปัจจัยด้านสถานการณ์ คือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้ถึงกลุ่มอาการเพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปักธงชัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปักธงชัย โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีการรับรู้ และสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่าน

เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .05 ค่าอำนาจทดสอบเท่ากับ .80 และขนาดของความสัมพันธ์ (effect size) ซึ่งการศึกษาทางการพยาบาลค่าขนาดของความสัมพันธ์ที่ยอมรับได้อยู่ในช่วง .20 ถึง .40 (Polit & Hungler, 1995) ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของความสัมพันธ์เท่ากับ .25 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 126 ราย โดยทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากหมายเลขตัวสุดท้ายของรหัสประจำตัวผู้ป่วยแบ่งเป็นเลขคี่และเลขคู่ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลของทุกวัน ถ้าวันใดจับฉลากได้หมายเลขคู่ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มีหมายเลขตัวสุดท้ายของรหัสประจำตัวเป็นเลขคู่ และถ้าวันใดจับฉลากได้หมายเลขคี่ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มีหมายเลขตัวสุดท้ายของรหัสประจำตัวเป็นเลขคี่ จนครบ 126 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชนิด ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ และอุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์ ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 14 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่ดูแลท่านขณะอยู่ที่บ้าน ประวัติการสูบบุหรี่ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้เกณฑ์ความสามารถในการทำกิจกรรม แบ่งเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ของสมาคมโรคปอดแห่งอเมริกา (American Lung Association, 1975 cited in Dudley, Glaser, Jorgenson, & Logan, 1980) ดังนี้ ระดับ 1 ไม่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ระดับ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อย ถึงปานกลางในการปฏิบัติกิจกรรมสามารถทำงานเบาๆ ที่ไม่ต้องออกแรงมากได้ตามปกติ แต่ไม่สามารถทำงานหนักได้ และไม่กระฉับกระเฉงเท่ากับคนปกติในวัยเดียวกัน ระดับ 3 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่ชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานหนักหรือทำงานที่ยุ่งยากได้ แต่สามารถดูแลตนเองได้ ระดับ 4 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น โดยไม่สามารถทำงานได้ และเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัด แต่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องหยุดพักเมื่อเดินทางราบมากกว่า 100 หลา ระดับ 5 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมาก ไม่สามารถออกไปนอกบริเวณบ้านได้ ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ เดินเพียง 2 – 3 ก้าว หรือแค่นั่งก็เหนื่อย กิจวัตรประจำวันต้องมีคนช่วยเหลือ

ชุดที่ 3 แบบประเมินภาวะโภชนาการ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ น้ำหนักและส่วนสูงนำมาคำนวณค่าดัชนีมวลกายใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก แบ่งเป็น 8 ระดับ ดังนี้ ระดับดัชนีมวลกายน้อยกว่า16.00 ก.ก./ม^2 คือ ภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง 16.00 – 16.99 ก.ก./ม^2 คือ ภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง 17.00 – 18.49 ก.ก./ม^2 คือ ภาวะทุพโภชนาการระดับเล็กน้อย 18.50 – 24.99 ก.ก./ม^2 คือ ภาวะโภชนาการปกติ 25.00 – 29.99 ก.ก./ม^2 คือ ภาวะโภชนาการเกิน 30.00 – 34.99 ก.ก./ม^2 คือ อ้วนระดับ 1 35.00 – 39.99 ก.ก./ม^2 คือ อ้วนระดับ 2 และมากกว่า/เท่ากับ 40.00ก.ก./ม^2 คือ อ้วนระดับ 3 (WHO, 2013 b)

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์กลุ่มอาการ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์กลุ่มอาการด้านร่างกาย ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับ ใช้แบบประเมิน The Memorial Symptom Assessment Scale [MSAS] ของพัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์ (2553) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมิน MSAS ของ Portenoy et al. (1994) เป็นแบบประเมินอาการ 3 ด้าน ได้แก่ ความถี่ (frequency) ความรุนแรง (intensity) และความทุกข์ทรมาน (distress) แบ่งระดับการวัดเป็นคะแนน 0 ถึง 10 คะแนน คะแนนรวมแต่ละอาการอยู่ระหว่าง 0 – 30 คะแนน โดยคะแนนของแบบสัมภาษณ์กลุ่มอาการด้านร่างกายพิจารณาจากผลรวมของคะแนนของอาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 90 คะแนน คะแนนน้อยหรือใกล้ 0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงกลุ่มอาการ

ด้านร่างกายที่เกิดขึ้นน้อย คะแนนมากขึ้น หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงกลุ่มอาการด้านร่างกายที่เกิดขึ้นมากขึ้น ถึง คะแนน 90 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงกลุ่มอาการด้านร่างกายที่เกิดขึ้นมาก

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์กลุ่มอาการด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ใช้แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS] ฉบับภาษาไทยของ ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมิน HADS ของ Zigmond and Snaith (1983 อ้างถึงใน ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539) จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็นอาการวิตกกังวล จำนวน 7 ข้อ และอาการซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อ แบ่งระดับการวัดเป็นมาตรวัดลิเคิร์ท 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน คะแนนรวมของแต่ละอาการอยู่ระหว่าง 0 – 21 คะแนน โดยคะแนนของแบบสัมภาษณ์กลุ่มอาการด้านจิตใจพิจารณาผลรวมคะแนนของอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 42 คะแนน คะแนนน้อยหรือใกล้ 0 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงกลุ่มอาการด้านจิตใจที่เกิดขึ้นน้อย คะแนนมากขึ้นถึง 42 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงกลุ่มอาการด้านจิตใจที่เกิดขึ้นมาก

การแปลผลของกลุ่มอาการในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพิจารณาจากผลรวมคะแนนของแบบสัมภาษณ์กลุ่มอาการด้านร่างกาย และกลุ่มอาการด้านจิตใจ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 132 คะแนน คะแนนน้อยหรือเข้าใกล้ 0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นน้อย คะแนนมากขึ้น ถึง 132 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุด

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ รัตนา ใจสมคม (2551) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ ขจร เพียสุวรรณ์ (2545 อ้างถึงใน รัตนา ใจสมคม, 2551) ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของการเงินและแรงงาน จำนวน 34 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ โดยคะแนน 1 หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเลย คะแนน 2 หมายถึง ข้อความตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย คะแนน 3 หมายถึง ข้อความตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง และคะแนน 4 หมายถึง ข้อความตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมาก

เกณฑ์การแปลความหมายของแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม คิดเป็นคะแนนจริง (raw score) มีช่วงคะแนน 34 - 136 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนสูง หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมมาก

2. อุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์ คือ เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ผ่านการทดสอบมาตรฐานจากบริษัทตัวแทนผู้ผลิตทุกหนึ่งปี วิธีการชั่งน้ำหนักโดยผู้ป่วยสวมเพียงเสื้อผ้าที่บาง ไม่สวมรองเท้า ยืนตรงไม่เงยหน้าหรือก้มหน้า มองตรงไปข้างหน้า อ่านค่าน้ำหนักที่ใกล้ค่า 0.1 กิโลกรัม มากที่สุด วิธีการวัดส่วนสูงโดยผู้ป่วยไม่สวมรองเท้า ยืนตรงไม่เงยหน้าหรือก้มหน้า มองตรงไปข้างหน้า เท้าติดกัน ส้นเท้าและหลังชิดกับไม้ที่ใช้วัด ใช้ไม้วัดเลื่อนขึ้นตามระดับความสูงให้จดกับส่วนสูงที่สุดของศีรษะ อ่านค่าที่ใกล้ค่า 0.1 เซนติเมตรมากที่สุด (Berdanier, Dwyer, & Heber, 2014)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบสัมภาษณ์กลุ่มอาการ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กลุ่มอาการด้านร่างกาย แบบสัมภาษณ์กลุ่มอาการด้านจิตใจ และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์แต่ละชุด เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้โดยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาหรือข้อความใดๆ จึงไม่ได้นำมาหาความตรงตามเนื้อหาอีก เมื่อนำไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91, .75 และ .85 เมื่อนำไปใช้จริงในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 126 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82, .80 และ .92 ตามลำดับ และเครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ผ่านการทดสอบมาตรฐานความแม่นยำของเครื่องจากบริษัทตัวแทนผู้ผลิตทุกหนึ่งปี

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 02-05-2557 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลปักธงชัย โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วม ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ คำตอบหรือข้อมูลทั้งหมดที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม และหากขณะตอบแบบสัมภาษณ์หากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะหายใจลำบากรุนแรงและเหนื่อยล้ามาก ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ทันทีและให้การดูแลจนกว่ามีอาการทุเลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลปักธงชัย เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยมีขั้นตอนดังนี้ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแบบสัมภาษณ์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสาธิตวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองปฏิบัติจนกระทั่งสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตรงกับผู้วิจัย

ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปักธงชัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และระเบียบการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันพฤหัสบดีที่ 2 และ 4 ของเดือน เวลา 06.00 – 16.00 น. สถานที่มุ่งเน้นความเป็นสัดส่วน ป้องกันการถูกรบกวนและสำรวจรายชื่อจากเวชระเบียนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ และทำการสุ่มอย่างง่าย

2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับการตรวจ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ และทำการสุ่มอย่างง่ายจากหมายเลขตัวสุดท้ายของรหัสประจำตัวผู้ป่วย ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวัน

3. เมื่อได้รายชื่อแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแยกกันเข้าไปทักทายกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่สุ่มได้เป็นรายบุคคล เพื่อสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแยกกันเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งจัดให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ในบริเวณที่ได้จัดเตรียมไว้ตามเวลาที่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย โดยอ่านคำถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบทีละข้อ หลังจากนั้นจัดให้ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง โดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที ในช่วงการรอพบแพทย์

5. เมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคกับกลุ่มอาการด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มอาการด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation)

ผลการวิจัย

1. ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.9 มีอายุเฉลี่ย 64.94 ปี (SD = 10.66) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 38.1 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.1 และ 23 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย 8,053.17 บาท (SD = 10,632.71) มีความเพียงพอและไม่เพียงพอของรายได้ต่อเดือนร้อยละ 50 เท่ากัน มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 81.7 มีผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน เป็นคู่สมรสร้อยละ 95.2 และ 64.29 ตามลำดับ เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 88.9 ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว ร้อยละ 85.7 มีความรุนแรงของโรคอยู่ระดับ 2 ร้อยละ 38.9 รองลงมาคือระดับที่ 3 และ 1 คิดเป็นร้อยละ 27.0 และ 26.2 ตามลำดับ ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 71.4 และกลุ่มที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 28.6 ด้วยอาการหายใจลำบากทุกราย

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มอาการในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 126)

กลุ่มอาการ	จำนวน	ร้อยละ	ช่วงคะแนน		M	SD
			ที่เป็นไปได้	ที่เป็นจริง		
กลุ่มอาการโดยรวม	126	100.0	0-132	1-106	46.06	28.20
ด้านร่างกาย	109	86.5	0-90	0-90	37.54	24.85
หายใจลำบาก	100	79.4	0-30	0-30	14.25	9.23
เหนื่อยล้า	96	76.2	0-30	0-30	13.22	9.49
นอนไม่หลับ	74	58.7	0-30	0-30	10.07	10.13
ด้านจิตใจ	122	96.8	0-42	0-24	8.52	5.57
วิตกกังวล	115	91.3	0-21	0-12	3.91	2.96
ซึมเศร้า	112	88.9	0-21	0-14	4.6	3.44

2. ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้ถึงกลุ่มอาการโดยรวม ร้อยละ 100 มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1 – 106 คะแนน เฉลี่ย 46.06 คะแนน (SD = 28.20) โดยรับรู้ถึงกลุ่มอาการด้านร่างกาย ร้อยละ 86.5 เฉลี่ย 37.54 คะแนน (SD = 24.85) และกลุ่มอาการด้านจิตใจ ร้อยละ 96.8 เฉลี่ย 8.52 คะแนน (SD = 5.57) (ตารางที่ 1)

3. ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 58.7 ภาวะทุพโภชนาการ ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 13.5 และภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ11.9 และรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม คะแนนอยู่ระหว่าง 58 – 136 คะแนนเฉลี่ย 103.31 คะแนน (SD = 17.75)

4. ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับกลุ่มอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s =.44, p < .01) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับกลุ่มอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.20, p < .05) ส่วนภาวะโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับกลุ่มอาการ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค ภาวะโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 122)

ตัวแปร	กลุ่มอาการ	p-value
ความรุนแรงของโรค	r_s = .44	< .01
ภาวะโภชนาการ	r = -.11	.24
การสนับสนุนทางสังคม	r = -.20	< .05

หมายเหตุ: r_s = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน, r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การอภิปรายผล

1. กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้ถึงกลุ่มอาการโดยรวม ร้อยละ 100 เฉลี่ย 46.06 คะแนน (SD = 28.20) สอดคล้องกับทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ ที่กล่าวว่า บุคคลมักต้องเผชิญกับอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันตั้งแต่สองอาการขึ้นไป มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ที่เรียกว่า กลุ่มอาการ เมื่อเกิดอาการหนึ่งจะกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นๆ ตามมา (Lenz et al., 1997) อาจเนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการอุดกั้นการไหลของอากาศในทางเดินหายใจ อากาศค้างในปอด ปอดมีปริมาตรเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยต้องออกแรงในการหายใจ (GOLD, 2013) โดยใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ จึงเกิดอาการหายใจลำบาก และบ่อยครั้งขณะนอนหลับผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน จนต้องตื่นลุกขึ้นมานั่งหายใจหรือไอบ่อยครั้ง (ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2542) ระยะเวลาในการเริ่มต้นการหลับนานขึ้น ทำให้รูปแบบการนอนผิดปกติหรือนอนไม่หลับเรื้อรัง จึงมีอาการเหนื่อยล้า (Roth, 2009) ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และไม่สามารถออกแรงในการทำกิจกรรมได้ตามเดิม (Carrieri-Kohlman, Donesky-Cuenco, Park, Mackin, Nguyen, & Paul, 2010) จึงลดการเคลื่อนไหวร่างกาย จนไม่สามารถออกจากบ้านหรือช่วยเหลือตนเองด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวหรือผู้ดูแล ผู้ป่วยรู้สึกขาดอิสรภาพ โดดเดี่ยว จึงแยกตัวออกจากสังคม และเกิดอาการซึมเศร้า (Gardiner et al., 2010)

ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้ถึงกลุ่มอาการด้านจิตใจมากที่สุด ร้อยละ 96.8 เฉลี่ย 8.52 คะแนน (SD = 5.57) รองลงมาคือ กลุ่มอาการด้านร่างกาย ร้อยละ 86.5 เฉลี่ย 37.54 คะแนน (SD = 24.85) อาจเนื่องจากผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีรายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 50 ทำให้ผู้ป่วยต้องประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ จึงต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก เป็นสาเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 28.6 ด้วยอาการหายใจลำบาก ร้อยละ 100 จากการที่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญภาวะสุขภาพที่อาจจะเกิดอาการหายใจลำบากขึ้นได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม จึงเกิดอาการวิตกกังวล (ร้อยละ 91.3) ว่าตนเองจะเกิดอาการหายใจลำบากขณะที่ออกไปทำงาน จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และไม่สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้แต่ต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว ทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดอาการซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 88.9)

2. ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับกลุ่มอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s =.44, p < .01) อาจเนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีลักษณะการอุดกั้นการไหลของอากาศในทางเดินหายใจ อากาศค้างในปอด ปอดมีปริมาตรเพิ่มขึ้น (GOLD, 2013) ทำให้ต้องออกแรงในการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ จึงเกิดอาการหายใจลำบาก (ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2542) และผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการหายใจลำบากเฉียบพลันบ่อยครั้งขณะนอนหลับ จนต้องตื่นลุกขึ้นมานั่งหายใจหรือไอ (ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2542) ทำให้รูปแบบการนอนผิดปกติหรือนอนไม่หลับเรื้อรัง จึงรู้สึกเหนื่อยล้า (Roth, 2009)

กลุ่มอาการด้านร่างกายที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้น

ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล กลัว และทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ไม่สามารถออกแรงในการทำกิจกรรมได้ตามเดิม (Carrieri-Kohlman et al., 2010) จึงลดการเคลื่อนไหวร่างกายและกิจกรรมที่เคยทำ จนไม่สามารถออกจากบ้านหรือช่วยเหลือตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน ต้องได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวหรือผู้ดูแล รู้สึกขาดอิสรภาพ โดดเดี่ยว จึงแยกตัวออกจากสังคม และเกิดอาการซึมเศร้า (Gardiner et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ ด้วงแพง และจุฬาลักษณ์ บารมี (2555) พบว่า ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะรับรู้ถึงกลุ่มอาการทางจิตใจ และกลุ่มอาการทางกายเพิ่มขึ้น

3. ภาวะโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาจเนื่องจากผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ยังคงมีภาวะโภชนาการปกติ (ร้อยละ 58.7) แสดงให้เห็นถึงความสมดุลของพลังงานที่ใช้กับได้รับ อีกทั้งรูปแบบการดูแลของคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการประเมินภาวะโภชนาการทุกครั้งที่มาเข้ารับการตรวจรักษา ผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการจะได้รับการดูแล โดยการให้ยากระตุ้นความอยากอาหาร และวิตามินเสริมอาหาร จนกระทั่งผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการปกติ รวมทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงโรคระดับ 2 (ร้อยละ 38.9) ซึ่งยังสามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ทำกิจกรรมที่ไม่ต้องออกแรงมากได้ตามปกติ จึงช่วยส่งเสริมกระบวนการสร้างเนื้อเยื่อ ลดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อของร่างกาย (Aniwidyaningsih, Varraso, Cano, & Pison, 2008) ช่วยให้กล้ามเนื้อกะบังลม กล้ามเนื้อช่วยหายใจยังคงความแข็งแรงและความทน และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตามสภาวะของโรคที่เกิดขึ้น

4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับกลุ่มอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20$, $p < .05$) อาจเนื่องจากผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเป็นระยะเวลานาน ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยลดการเคลื่อนไหวร่างกาย ลดกิจกรรมที่เคยทำ ไม่ออกนอกบ้าน หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ส่งผลให้ร่างกายขาดความแข็งแรงลดลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวทุกด้าน รู้สึกขาดอิสรภาพ รู้สึกไม่มีส่วนร่วมในสังคม (Gardiner et al., 2010) การสนับสนุนทางสังคมในทุก ๆ ด้านจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก ช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตร่วมกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกระตุ้นกลุ่มอาการ ผู้ป่วยจึงรับรู้ถึงกลุ่มอาการลดลง ($M = 46.06$, $SD = 28.20$) อีกทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ($M = 103.31$, $SD = 17.75$) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน ลดความรุนแรงของกลุ่มอาการด้านร่างกาย ($M = 37.54$, $SD = 24.85$) ที่จะส่งผลต่อกลุ่มอาการด้านจิตใจ ($M = 8.52$, $SD = 5.57$) จากการรู้สึกมีส่วนร่วมและมีตัวตนในสังคม ช่วยให้สามารถปรับตัวด้านอารมณ์ดำเนินชีวิตร่วมกับโรคได้ รู้สึกปลอดภัย และมีความสุข (Gardiner et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tselebis et al. (2013) ที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวระดับสูง จะมีอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรทำความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการประเมิน วางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมกลุ่มอาการทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ โดยเฉพาะกลุ่มอาการด้านจิตใจซึ่งพบมาก โดยจัดหน่วยงานให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญกับปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก เพื่อลดการกระตุ้น ซึ่งกันและกันของอาการในกลุ่มอาการ พัฒนารูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมการออกกำลังกายและฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เพื่อช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรค เพื่อลดการกระตุ้นให้กลุ่มอาการมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

2. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มอาการในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลให้การสนับสนุนทางสังคม และลดความก้าวหน้าของโรคต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กองสถิติสาธารณสุข. (2554). *สถิติสาธารณสุข*. วันที่ค้นข้อมูล 11 เมษายน 2556, เข้าถึงได้จาก http://bps.ops.moph.go.th

ทรงขวัญ ศิลารักษ์. (2542). อาการหอบเหนื่อย. ใน กาญจนา จันทร์สูง สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ และ วัชรา บุญสวัสดิ์ (บรรณาธิการ), *อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 203-214). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41*(1), 18-30.

พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

รัตนา ใจสมคม. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในจังหวัดนราธิวาส*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2553. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 43*(17), 257-271.

สุภาภรณ์ ด้วงแพง และจุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษากลุ่มอาการสภาวะการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

Aniwidyaningsih, W., Varraso, R., Cano, N., & Pison, C. (2008). Impact of nutritional status on body functioning in chronic obstructive pulmonary disease and how to intervene. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care, 11*(4). 435-442.

Berdanier, C., Dwyer, J., & Heber, D. (2014). *Handbook of nutrition and food* (3rd ed.). New York: CRE press.

Breukink, S. O., Strijbos, J. H., Koorn, M., Koeter, G. H., Breslin, E. H., & Schans, C. V. (1998). Relationship between subjective fatigue and physiological variables in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine, 92,* 676-682.

Carrieri-Kohlman, V., Donesky-Cuenco, D., Park, S. K., Mackin, L., Nguyen, H. Q., & Paul, S. M. (2010). Additional evidence for the affective dimension of dyspnea in patients with COPD. *Respiratory Nursing Health, 33,* 4-19.

Dudley, D. L., Glaser, E. M., Jorgenson, B. N., & Logan, D. L. (1980). Psychosocial concomitants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease part I. Psychosocial and psychological considerations. *Psychosocial Concomitants to Rehabilitation in COPD, 77*(3), 413-420.

Ek, K., & Ternestedt, B. (2008). Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: A phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing, 62*(4), 470-478.

Ezzell, L., & Jensen, G. L. (2000). Malnutrition in chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Clinical Nutrition, 72,* 1415-1416.

Gardiner, C., Gott, M., Payne, S., Small, N., Barnes, S., Halpin, D., Ruse, C., & Seamark, D. (2010). Exploring the care needs of patients with advanced COPD: An overview of the literature. *Respiratory Medicine, 104,* 159-165.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]. (2013). *Global strategy for the diagnosis management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.* Retrieved from http://www.goldcopd.org

House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* California: Addison-Wesley.

Katsura, H., Yamada, K., & Kida, K. (2005). Both generic and disease specific health-related quality of life are deteriorated in patients with underweight COPD. *Respiratory Medicine, 99,* 624-630.

Lenze, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The Middle-Range Theory of Unpleasant Symptoms: An Update. *Advances in Nursing Science,19*(3). 14-27.

McCathie, H. C., Spence, S. H., & Tate, R. L. (2002). Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease the importance of psychological factors. *European Respiratory Journal, 19,* 47-53.

Nussbaumer-Ochsner, Y., & Rabe, K. F. (2011). Systemic manifestations of COPD. *Chest, 139*(1), 165-173.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Nursing research principles and methods* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E., Sobel, K., Coyle, N., Kemeny, N., Norton, L., & Scher, H. (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence characteristics and distress. *European Journal of Cancer, 30A*(9), 1326-1336.

Roth, T. (2009). Hypnotic use for insomnia management in chronic obstructive pulmonary disease. *Sleep Medicine, 10,* 19-25.

Tselebis, A., Bratis, D., Pachi, A., Moussas, G., Karkanias, A., Harikiopoulou, M., Theodorakopoulou, E., Kosmas, E., Ilias, I., Siafakas, N., Vgontzas, A., & Tzanakis, N. (2013). Chronic obstructive pulmonary disease: Sense of coherence and family support versus anxiety and depression. *Psychiatriki Journal, 24*(2), 109-116. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov

World health organization [WHO]. (2013 a). *Burden of COPD.* Retrieved from http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/index.html

_____. (2013b). *Global database on body mass index.* Retrieved from http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html