

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

..... นพรัตน์ แสงสว่าง

นางสาว นุชรี แสงสว่าง

ผู้วิจัย

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ,

พ.ศ.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
รองศาสตราจารย์ คณินิจ พงศ์ถาวรกุล,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
นายแพทย์ เจริญ ชูโชติदार,

พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์ทั่วไป),

อ.ว. (โรกระบบทางเดินหายใจ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,
Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริขันธ์กุล,
Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2552

นางสาว นุชรี แสงสว่าง

ผู้วิจัย

อภิชัย อิศวรวิเศษ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อุนาวดี อิศวรวิเศษ,
Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

นายแพทย์ เจริญ ชูโชติถาวร,

พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์ทั่วไป),
อ.ว. (โรกระบบทางเดินหายใจ)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชนกพร จิตปัญญา,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอ็มพร มัชฌิมวงศ์,

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ คณิงนิจ พงศ์ถาวรกุล,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผศ. ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาสละเวลาดูแลให้คำปรึกษาชี้แนะต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ตลอดจนการสนับสนุนต่างๆ และกำลังใจที่ดีเสมอมา รศ. ดร. คณิงนิจ พงศ์ถาวรกุล และนพ.เจริญ ชูโชติถาวร กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา คำแนะนำข้อชี้แจงต่างๆ รวมทั้งตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อย่างดีเสมอมา ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผศ. ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ และ ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ซึ่งเป็นประโยชน์เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวอก หัวหน้างานพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก หัวหน้างานพยาบาลหน่วยตรวจโรคปอด หัวหน้าแผนกเวชระเบียน พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยตรวจโรคปอดทุกท่าน ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือ ร่วมมือในการเก็บข้อมูลอย่างดี และขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยโรคหืดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ รศ. ดร.บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร และ รศ. ดร.ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและคำแนะนำ ด้านการใช้สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคุณแม่ทั้ง 3 ท่าน อาจารย์บุศรา แสงสว่าง พี่สาวฝาแฝด สมาชิกในครอบครัวทุกคน คุณทวด และพี่ๆ เพื่อนๆ การบริหารทรัพยากรป่าไม้ ภาคพิเศษ รุ่นที่ 8 คณะวนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่เป็นกำลังที่สำคัญในการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ ร่วมรุ่น รหัส 50 ที่เป็นกำลังใจให้กันตลอด

ประโยชน์อันเนื่องจากการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ จะพึงมีเพียงใดขอบแต่คุณแม่ทั้ง 3 ท่าน คุณพ่อที่ถึงแก่กรรมแล้ว คณาจารย์ทั้งคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะวนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่ได้กรุณาอบรม สั่งสอนจนผู้วิจัยมีความรู้และความสำเร็จได้ในวันนี้

นุชรีย์ แสงสว่าง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

FACTORS INFLUENCING DEPRESSION IN ADULTS WITH ASTHMA

นุชรีย์ แสงสว่าง 5036819 NSAM/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ด., คณิงนิจ พงศ์ถาวรกุล, Ph.D.,
เจริญ ชูโชติถาวร, พ.บ.

บทคัดย่อ

อาการหืดกำเริบในผู้ป่วยโรคหืดสามารถทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด โดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1980) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหืด เข้ารับการรักษาที่หน่วยตรวจโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 85 ราย ระหว่างเดือนเมษายน – เดือนพฤษภาคม 2552 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคม แบบพหุมิติ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.6 ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Mean = 5.04, S.D. = 5.36) การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = .177$, $r = -.175$ ตามลำดับ, $p > 0.05$) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .404$, $p < 0.05$) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดได้ ร้อยละ 16.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.163$, $p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เพื่อให้การพยาบาลและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และลดภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ : โรคหืด / ภาวะซึมเศร้า / ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย / การสนับสนุนทางสังคม /
การรับรู้ความรุนแรงของโรค

140 หน้า

FACTORS INFLUENCING DEPRESSION IN ADULTS WITH ASTHMA

NUCHAREE SANGSAWANG 5036819 NSAM/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: DOUNGRUT WATTANAKITKRILEART, D.N.S., KANAUNGKIT PONGTHAVORNKAMOL, Ph.D. (NURSING), CHAROEN CHUCHOTTAWORN, M.D.

ABSTRACT

Acute exacerbation in asthmatic patients can cause uncertainty in illness and depression. This research was a descriptive study aimed at examining the predictive power of predictor variables (perceived severity, social support and uncertainty in illness) on the depression of adults with asthma by using the Uncertainty Theory (Mishel, 1980) as the conceptual framework of the study. The samples comprised 85 asthmatic patients with no respiratory complications who attended the Out-Patient Department of the Chest Disease Institute in the province of Nonthaburi from April to May of 2009. Data collection was conducted by inquiry about patients' personal information and history of illness, the asthma severity assessment questionnaire, the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support, the Mishel Uncertainty Inventory Scale, and the Center of Epidemiology Depression Scale. The data obtained were then analyzed using descriptive statistics determine percentage, mean, standard deviation, Pearson's Correlation, and Multiple Linear Regression.

The findings of this study indicate that the majority of the subjects had no depression (89.6%) (Mean =5.04, S.D. = 5.36). Furthermore, a non significant relationship was found between perceived severity and uncertainty in illness ($r = .177$, $p > 0.05$), while a non significant relationship was found between social support and uncertainty in illness ($r = -.175$, $p > 0.05$) and a significant positive relationship was found between uncertainty in illness and depression among adults with asthma ($r = .404$, $p < .05$). Lastly, Stepwise Multiple Linear Regression found that uncertainty in illness was able to predict the depression of adults with asthma in approximately 16.3 percent of the samples at $p < .05$ ($R^2 = .163$).

The research findings suggest that uncertainty in illness should be assessed in order to provide proper nursing care with the provision of suitable information about self-care to decrease uncertainty in illness and reduce depression in asthmatic patients.

KEY WORDS: ASTHMA / DEPRESSION / UNCERTAINTY IN ILLNESS / SOCIAL SUPPORT / PERCEIVED SEVERITY

140 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ณ
บทที่ 1	1
บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย	10
บทที่ 2	11
การทบทวนวรรณกรรม	11
พยาธิสรีรวิทยาของโรคหืด	12
การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหืด	13
แนวทางการจัดการและรักษาผู้ป่วยโรคหืด	18
ผลกระทบของโรคหืดต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย	
และจิตใจ	23
ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	24
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด	28
การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด	29
ความหมายของภาวะซึมเศร้า	29

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
อาการและการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด	31
ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคและภาวะซึมเศร้า	36
ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า	37
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้า	38
สรุป	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	41
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	54
การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโรคหืดในการเข้าร่วมการวิจัย	55
การวิเคราะห์ข้อมูล	56
บทที่ 4 ผลการวิจัย	57
บทที่ 5 การอภิปรายผล	70
บทที่ 6 สรุปและข้อเสนอแนะ	82
สรุปผลการวิจัย	83
การนำไปใช้และข้อเสนอแนะ	84
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	86
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	97
บรรณานุกรม	109
ภาคผนวก	123
ประวัติผู้วิจัย	140

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ข้อมูลส่วนบุคคล	55
2 ข้อมูลความเจ็บป่วย	57
3 ระดับความรุนแรงของโรค	59
4 ยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ	60
5 ค่าการตรวจสมรรถภาพปอด	61
6 จำนวนและร้อยละของการรับรู้ความรุนแรงของโรค	61
7 จำนวนและร้อยละ ของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม	62
8 ระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในภาพรวม	62
9 คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจำแนกตามรายด้าน	63
10 จำนวนและร้อยละของคะแนนแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า	63
11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	64
12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปร โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise regression)	67
13 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม	128

สารบัญรูปภาพ

ภาพ	หน้า
1 รูปแบบของการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนที่มีต่อความเจ็บป่วย	6
2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
3 ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม	124
4 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ ของตัวแปรพยากรณ์	125

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืดเป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่พบได้มากที่สุดโรคหนึ่งในผู้ใหญ่ การสำรวจและศึกษาในต่างประเทศพบจำนวนความชุกของโรคหืดในผู้ป่วยทั่วโลกได้ร้อยละ 5 หรือประมาณ 300 ล้านคนทั่วโลก (Sullivan, & Turk, 2008) และโรคหืดยังเป็นโรคเรื้อรัง 1 ใน 4 ของโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้ป่วยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะพบความชุกของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในประเทศอุตสาหกรรม โดยร้อยละ 15 ของผู้ป่วยจะเกิดโรคหืดได้จากการทำงาน (Occupational asthma) (Katon, Richardson, Lozano, & McCauley, 2004; Bousquet, Bousquet, Godard, & Daures, 2005; Eisner, Yelin, Katz, Lactao, Iribarren, & Blanc, 2006)

สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจพบความชุกของผู้ป่วยโรคหืด พบร้อยละ 4.8 ในปี พ.ศ. 2538 และจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.8 ในปี พ.ศ. 2541 การศึกษาปี พ.ศ. 2547 ในผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ 4 เมือง คือ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ขอนแก่น และสงขลา พบความชุกของผู้ที่เคยมีอาการร้อยละ 10.8 ยังมีอาการหอบหืดอยู่ร้อยละ 6.8 โดยพบว่าผู้ที่อยู่ในกรุงเทพมหานครมีความชุกของโรคหืดสูงสุด คือ ผู้ที่เคยมีอาการหอบหืดร้อยละ 13.6 (มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2551) สำหรับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยโรคหืด ร้อยละ 21.7

ยังต้องเข้ารับการรักษาด้วยอาการหอบรุนแรงที่ห้องฉุกเฉินอย่างน้อยหนึ่งครั้งในระยะเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมา และร้อยละ 14.8 ต้องเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี พบผู้ป่วยโรคหืด 5,020 ราย ในปี พ.ศ. 2547 เพิ่มขึ้นเป็น 5,453 ราย ในปี พ.ศ. 2550 (งานเวชสถิติ สถาบันโรคทรวงอก, 2551) และข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขพบว่า จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหืด 806 คน ในปี พ.ศ. 2540 เพิ่มขึ้นเป็น 1,697 คน ในปี พ.ศ. 2546 (วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2550)

การดำเนินของโรคหืดเกิดขึ้นเมื่อได้รับการกระตุ้นจากปัจจัยต่างๆ เช่น สารก่อภูมิแพ้ สารเคมี คิววันบูห์ สิ่งแวดล้อม สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีระวิทยาของหลอดลมโดยส่งผลให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม เกิดการอุดกั้นของการระบายอากาศ และการสูญเสียการทำงานของปอด ทำให้ผู้ป่วยหายใจมีเสียงวี๊ด หายใจลำบาก ไอเรื้อรัง และหลอดลม

จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่างๆที่มากระตุ้นให้เกิดอาการ (วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2550; Karol, 2002; Tang, Wilson, Stewart, & Royce, 2006)

จากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีระวิทยาของหลอดลมในโรคหืดสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจได้ทั้งในระหว่างที่มีอาการไม่รุนแรงและมีอาการรุนแรง โดยพบว่าเมื่อระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการในการใช้ยารักษาอาการหอบหืดเพิ่มขึ้น การตรวจที่แผนกฉุกเฉินเพิ่มขึ้น และมีการทำงานของปอด (lung function) ลดลง ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ต่างๆ (functioning) ของผู้ป่วย เช่น สูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกาย (functional impairment) (Moore, & Peters, 2006; Richardson, Lozano, Russo, McCauley, Bush, & Katon, 2006)

ในด้านเศรษฐกิจ พบว่าผู้ป่วยโรคหืดด้วยแรงงาน จำนวน 465 ราย ที่เคยมีประวัติได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบหืดพบว่า ร้อยละ 14 ของผู้ป่วย ไม่สามารถทำงานได้เมื่อมีอาการของโรครุนแรงขึ้น และความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญของการสูญเสียความสามารถในการทำงาน (Eisner, Yelin, Katz, Lactao, Iribarren, & Blanc, 2006) ผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดจำนวน 577 ราย ในประเทศอิตาลี พบว่า การที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล มารับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้รับการรักษาในห้องฉุกเฉิน และการเข้ารักษาในโรงพยาบาลจากโรคหืด ทำให้เกิดการสูญเสียจำนวนวันทำงานถึง 1,198 วัน ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (Negro, Micheletto, Tosatto, Dionisi, Turco, & Donner, 2007) และอาการที่รุนแรงขึ้นของผู้ป่วยยังทำให้เพิ่มจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (Heaney, Conway, Kelly, & Gamble, 2005)

ผลกระทบด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคหืดพบว่ามีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลกระทบด้านจิตใจนี้ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการเผชิญกับปัญหาอย่างไม่เหมาะสม (Cluley & Cochrane, 2001; Nejtek, Broen, Khan, Moore, Van Wagner, & Perantie, 2001; Goldney, Ruffin, Fisher, & Wilson, 2003) ผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดจำนวน 406 ราย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 34 มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ร้อยละ 25 มีความวิตกกังวล ร้อยละ 20 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12 ตกใจกลัว หวาดระแวง และผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ (Lavoie et al., 2005)

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหืดเป็นภาวะที่สามารถพบได้ทั่วไป ซึ่งจากการสำรวจขององค์การอนามัยโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 245,404 ราย พบผู้ป่วยโรคหืดมีภาวะซึมเศร้า ได้ถึงร้อยละ 18.1 (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel, & Ustun, 2007)

โดยภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยโรคหืดนี้ เนื่องจากโรคหืดมีลักษณะเฉพาะของโรค คือไม่สามารถคาดเดาและทราบได้ว่าตนเองจะเกิดอาการของโรครุนแรง (attack) ขึ้นเมื่อใด เกิดขึ้นที่ใด เกิดขึ้นรุนแรงเพียงใด เกิดขึ้นอย่างฉับพลันหรือไม่ และจะเกิดขึ้นยาวนานเพียงใด (Sexton, Calcasola, Bottomley, Funk, 1999) แม้ว่าผู้ป่วยจะระมัดระวังสิ่งกระตุ้นเพียงใดบางครั้งก็อาจเกิดอาการกำเริบขึ้นได้ จากลักษณะเฉพาะของโรคหืด และจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาหรือทำนายผลกระทบของโรคที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายได้ว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลกระทบต่างๆต่อตนมากน้อยเพียงใด จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (uncertainty in illness) ของตนเองเกิดขึ้น และผู้ป่วยจะมีการประเมินตัดสิน (appraisal) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเหล่านั้นว่าเป็นอันตราย (danger) คุกคามต่อสวัสดิภาพ และความผาสุกของตนเอง และก่อให้เกิดผลกระทบด้านต่างๆตามมา เช่น เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เกิดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Houldin, 2003)

เมื่อผู้ป่วยมีการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตรายต่อตนจะใช้วิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนหรือปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น (coping) เพื่อจัดการกับความรู้สึกนี้ถ้าผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพก็จะมีการปรับตัวอย่างเหมาะสมเกิดขึ้น (adaptive) เช่น มีผลกระทบด้านจิตใจลดลง (psychological distress) แต่ถ้าผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาอย่างไม่เหมาะสมหรือไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ใช้วิธีการหลีกเลี่ยง (avoidance) จะทำให้มีการปรับตัวอย่างไม่เหมาะสม (maladaptive) และเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดี (poorer outcome) เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ผลกระทบด้านจิตใจเพิ่มขึ้น (psychological distress) การตัดสินใจที่ไม่ดี (poor adjustment) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าที่พบในโรคหืดจึงเป็นภาวะที่เกิดจากผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนเอง มีวิธีการเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ และปรับตัวไม่เหมาะสม (Coyne, Aldwin, & Lazarus, 1981; Felton, Revenson, & Hinrichsen, 1984; Bombadier, D'Amico, & Jordan, 1990; White, Richter, & Fry, 1992; Fleishman & Fogel, 1994)

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหืดถือเป็นผลกระทบที่รุนแรงต่อจิตใจของผู้ป่วย และยังสามารถก่อให้เกิดผลกระทบด้านต่างๆแก่ผู้ป่วยโรคหืดที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้มากกว่าผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น โดยผลต่อการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยมีการควบคุมโรคอย่างไม่มีประสิทธิภาพ (worse asthma control) ด้านร่างกาย ทำให้การทำงานของปอด (pulmonary function) ลดลง การอักเสบของหลอดลมเรื้อรังเพิ่มขึ้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง และสูญเสียภาวะสุขภาพ (impaired health status) (Krommydas, Gourgoulis, Angelopoulos, Kotrotsiou, Raftopoulos, & Molyvdas, 2004; Brown, Vigil, Khan, Liggin, Carmody, & Rush, 2005; Lovoie et al. , 2005; Bender, 2006) ด้านสังคม จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย พบว่า

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันจากการที่มีอาการรุนแรงจากโรคหืด โดยร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางการดำเนินกิจกรรมต่างๆ (physical activity) ร้อยละ 50 มีข้อจำกัดในการมีสัตว์เลี้ยง ร้อยละ 30 มีข้อจำกัดในการพักผ่อนและการทำกิจกรรมต่างๆในช่วงวันหยุด จนเกิดปัญหาต่างๆตามมา คือ หยุดโรงเรียนในผู้ป่วยวัยเรียน มีอุปสรรคต่อการทำงานของผู้ป่วย จนถึงต้องหยุดงานในผู้ป่วยวัยทำงาน ส่งผลต่อประสิทธิภาพการแก้ปัญหาของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทำให้ไม่สามารถจัดการกับโรคของตนเองได้ เช่น ใช้จ่ายในการรักษาไม่ต่อเนื่อง ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล นำไปสู่การสูญเสียหน้าที่การทำงาน (functional impairment) ของผู้ป่วย (Smith, Krishnan, Bilderback, Riekert, Rand, & Bartett, 2006; Kullowatz, Kannies, Dahme, Magnussen, & Ritz, 2007; McCauley, Katon, Russo, Richardson, & Lozano, 2007)

ผู้ป่วยโรคหืดที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการทางสุขภาพ มีการมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินและพักรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น มีการเพิ่มขึ้นของการใช้ยา steroid ในการรักษา และทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะใช้จ่ายในการป้องกันโรคน้อยลง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการของตนเองได้ และเกิดอาการกำเริบเพิ่มขึ้น (ten Brinke, Ouwerkerk, Zwinderman, Spinhove, Bel, 2001; Eisner, Katz, Lactao, & Iribarren, 2005; Richardson, Lozano, Russo, McCauley, Bush, & Katon, 2006) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหืดทั้งค่าใช้จ่ายทางตรง (direct cost) ได้แก่ การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล การมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล การตรวจวินิจฉัยโรค ค่ายาและเวชภัณฑ์ต่างๆ และค่าใช้จ่ายทางอ้อม (indirect cost) ได้แก่ การสูญเสียผลผลิตจากการทำงาน การเกษียณอายุการทำงานก่อนกำหนด และการเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร (Negro, Micheletto, Tosatto, Dionisi, Turco, & Donner, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่จะทำการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีความแตกต่างทางบริบทสังคม และวัฒนธรรมจากประเทศไทย ผลการศึกษาที่ได้อาจไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับบริบทและวัฒนธรรมของสังคมไทย ในประเทศไทยการศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการรักษา การใช้ยา และการดูแลตนเอง ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหืดเป็นอย่างไร
2. ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหืดเป็นอย่างไร
3. ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหรือไม่ เป็นอย่างไร
4. ปัจจัยด้านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดหรือไม่ เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

สมมติฐานการวิจัย

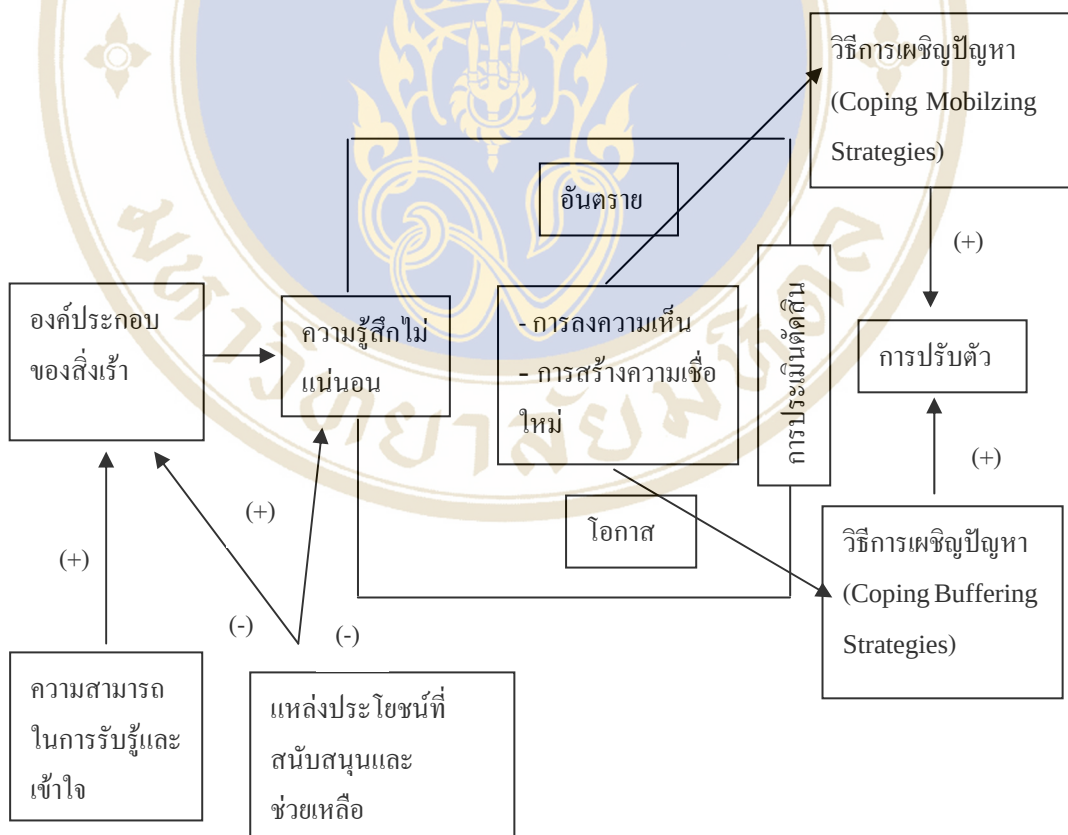
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
2. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล ประกอบด้วยความรู้สึกไม่แน่นอนใน 4 องค์ประกอบ คือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (Ambiguity) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการ (Complexity) ความไม่สอดคล้องในข้อมูลที่ได้รับ (Inconsistency of the information) และความไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาในการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค (Unpredictability) ซึ่งทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลมี

องค์ประกอบหลักของทฤษฎี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน (antecedents of uncertainty) ได้แก่ปัจจัยทั้ง 3 ด้าน คือ 1. องค์ประกอบของสิ่งเร้า (Stimuli Frame) โดยมีรูปแบบของอาการแสดง (symptom pattern) ซึ่งหมายถึงความรุนแรงของโรค (Severity of illness) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ ความสอดคล้องของเหตุการณ์ 2. ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ (Cognitive capacity) และ 3. แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนและช่วยเหลือ (Structure provider) ประกอบด้วยการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และบุคลากรทางสุขภาพที่เชื่อถือได้ ส่วนที่ 2 การประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอน (appraisal of uncertainty) ส่วนที่ 3. การเผชิญกับความไม่แน่นอน (coping with uncertainty) (Mishel, 1988; Mishel, 1990 Mishel & Clayton, 2003) โดยทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนของมิเชลสามารถแสดงให้เห็นแนวคิด และรูปแบบของการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนที่มีต่อความเจ็บป่วย ได้ดังนี้



รูปที่ 1 รูปแบบของการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนที่มีต่อความเจ็บป่วย (Mishel, 1980)

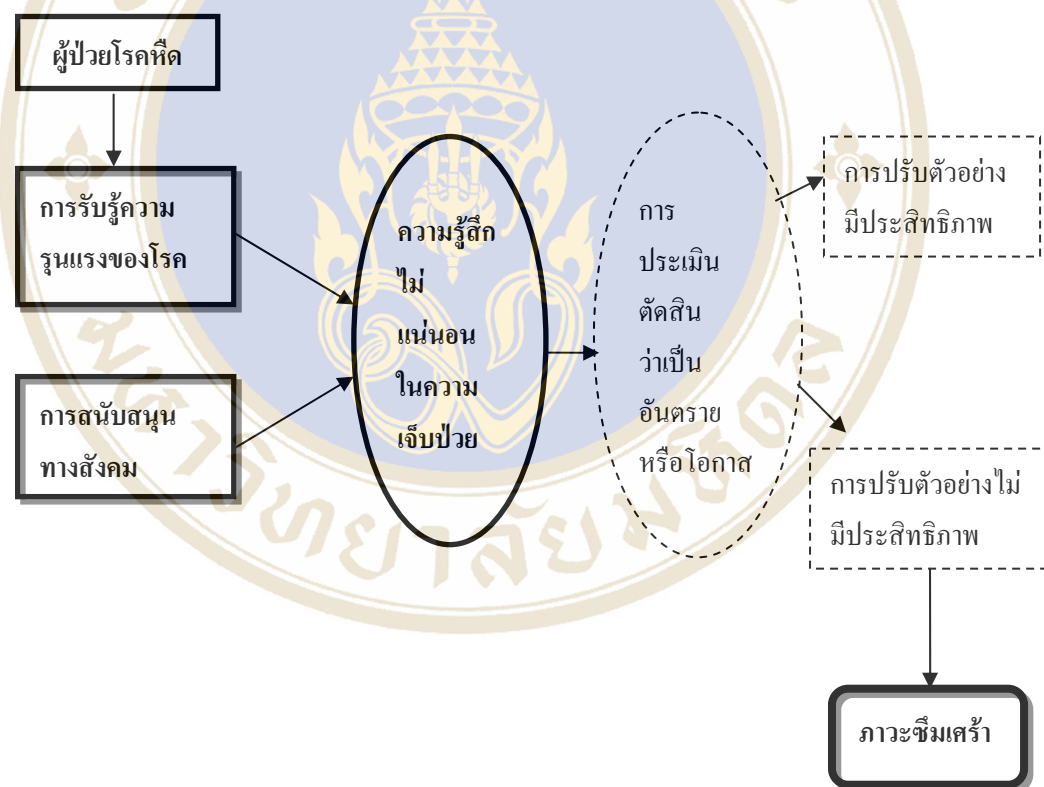
โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) ซึ่งเป็นความรุนแรงและความต่อเนื่องของอาการที่ผู้ป่วยรับรู้และให้ความหมายได้ ในผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการรุนแรงมากและมีความถี่ของการเกิดอาการหอบเหนื่อยและการรักษาในแผนกฉุกเฉินบ่อยครั้ง จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรง ไม่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอาการขึ้นเมื่อใดเกิดขึ้นที่ไหน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนเอง เกิดความคลุมเครือในอาการของตนที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จนไม่สามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของตนเองได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ความสนใจในอาการต่างๆลดลง ปฏิเสธอาการของตนเอง เกิดความล่าช้าในการรักษา และมีความสัมพันธ์กับการเกิดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และอารมณ์ด้านลบ (พูนเกษม เจริญพันธุ์, 2545; Mishel, 1988; Mishel, 1990; Sexton, Calcasola, Bottomley, Funk, 1999; Mishel & Clayton, 2003; Kang, 2005; Reich, Johnson, Zautra, & Davis, 2006) โดยมีการศึกษาพบว่า ความรุนแรงจากโรคที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและมีอาการของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดสูงขึ้น (Goodwin et al., 2003; McCauley, Katon, Russo, Richardson, & Lozano, 2007; Schneider, Lowe, Meyer, Biessecker, Joos, & Szecsenyi, 2008)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ถือเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนและช่วยเหลือ (structure provider) บุคคลในการแปล และให้ความหมายต่อเหตุการณ์ ทำให้นักบุคคลสามารถกำหนดองค์ประกอบของสิ่งเร้าให้มีความชัดเจนมากขึ้น เมื่อบุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง เช่น การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนจากบุคลากรทางแพทย์ จะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง เนื่องจากสามารถทำความเข้าใจ และให้ความหมายของเหตุการณ์ และองค์ประกอบของสิ่งเร้าให้มีความชัดเจนมากขึ้น (Mishel, 1988; Mishel & Clayton, 2003; Rujee, 2004; Shaha, Cox, Talman, & Kelly, 2008) การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำจะทำให้บุคคลมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา, 2548; Koizumi et al., 2005)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาในผู้ป่วยที่มีการเต้นของหัวใจผิดปกติ (atrial fibrillation) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอาการของโรครุนแรงจะยังมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมีแต่ความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองจนทำให้ไม่สามารถเข้าใจอาการเจ็บป่วยของตน และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยนั้นๆ ได้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการประเมินตัดสิน

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้นว่าเป็นอันตรายต่อตนเองมากกว่าเป็นโอกาส ซึ่งสิ่งที่ประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเองนั้นจะก่อให้เกิดผลเสียต่างๆตามมา เช่น เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เกิดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ถูกประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเองนั้นจะมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะซึมเศร้า ยิ่งมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากขึ้นเท่าใด ก็จะมีผลการประเมินตัดสินว่าเป็นอันตรายต่อตนเองมากขึ้นเท่านั้น และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้มากขึ้นเช่นกัน (Houldin, 2003; Kang, 2005)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้า สามารถสรุปความเชื่อมโยงตามกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ได้ดังนี้



หมายเหตุ ---- หมายถึง มีความสัมพันธ์แต่ไม่ได้ทำการศึกษา

รูปที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และเข้ารับการรักษาที่หน่วยตรวจโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552

นิยามตัวแปร

การศึกษาในครั้งนี้ ได้กำหนดนิยามตัวแปรไว้ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหืดรับรู้ถึงอาการกำเริบของโรคหืดที่มีผลต่อการทำกิจกรรมต่างๆของตนเอง ในรูปแบบของลักษณะอาการหอบเหนื่อย ความถี่ของการเกิดอาการ ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมต่างๆ

วัดโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคหืด ส่วนที่2 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยยึดตามเกณฑ์แบบประเมินความรุนแรงของโรคของBangorn Peepratoom (2005) ตามเกณฑ์การจำแนกของสมาคมอหิวาเวชไทย (2547) และ GINA (Global initiative for asthma guideline) (2004) จำแนกการรับรู้ความรุนแรงของโรคได้ 4 ระดับ คือ ไม่มีความรุนแรง รุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก

2. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหืดรับรู้ถึงความรู้สึกรักใคร่ผูกพัน ความไว้วางใจผู้อื่น และความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นในสังคม ที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีคุณค่าในตนเอง ประเมินโดยใช้แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ของ Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988 ซึ่งทำการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดยพิทักษ์พล บุญชะมาลิก (2005) จำนวน 12 ข้อ วัดการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับอย่างเพียงพอ จากครอบครัว (family) เพื่อน (friends) และบุคคลใกล้ชิด (significant other) ซึ่งมีการให้คะแนนโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 7 อันดับ

3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหืดไม่สามารถกำหนดความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยได้ถูกต้อง มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วย ความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ ความไม่สม่ำเสมอในเรื่องของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการ

วินิจฉัยและความเจ็บป่วย และการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค วัดโดยใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel Uncertainty Inventory Scale: MUIS) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยปิติรัตน์ พิชยมงคล (2002) จำนวน 32 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษา และระบบการดูแล ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ และด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษาได้ ซึ่งมีการให้คะแนนโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 อันดับ

4. ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหัดรู้สึกไม่สบายใจ ท้อแท้หมดหวัง เศร้า ไม่มีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ซ้ำลงหรือไม่ทำกิจกรรม นอนไม่หลับ ขาดความสนใจ ไม่รู้สึกอยากอาหาร น้ำหนักตัวลด และมีความรู้สึกอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัด เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปรับตัวอย่างไม่มีประสิทธิภาพของผู้ป่วยเมื่อเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiology Depression Scale: CES-D) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยวิไล คุปต์นิริติชัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์ด้านบวก อาการทางกาย และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งมีการให้คะแนนโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 อันดับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหัดอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคม
2. เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผลกระทบทางด้านจิตสังคมในโรคหัด และโรคเรื้อรังอื่นๆที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน
3. ผลงานวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคหัด เพื่อลดและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด” ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. โรคหืดในผู้ใหญ่

- 1.1 พยาธิสรีรวิทยาของโรคหืด
- 1.2 การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหืด
- 1.3 แนวทางการจัดการและรักษาผู้ป่วยโรคหืด
- 1.4 ผลกระทบของโรคหืดต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด

- 4.1 ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
- 4.2 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด
- 4.3 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด

3. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

- 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
- 2.2 อาการและการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

4. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

- 3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคและภาวะซึมเศร้า
- 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า
- 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและภาวะซึมเศร้า

5. สรุป

1. โรคหืดในผู้ใหญ่

1.1 พยาธิสรีรวิทยาของโรคหืด

โรคหืด (Asthma) หมายถึง โรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมที่เกิดจากเซลล์และส่วนประกอบของเซลล์ ซึ่งการอักเสบของหลอดลมทำให้หลอดลมไวเกิน (bronchial hyperreactivity: BPR) ไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ (airway hyperresponsiveness: AHR) ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นเองหรือเมื่อเจอสิ่งกระตุ้นจากภายนอก หลอดลมจะหดตัวตีบลง ทำให้มีอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย ไอ หอบ หายใจไม่อึด และหายใจมีเสียงวี๊ด ซึ่งอาการเหล่านี้จะดีขึ้นเอง หรือโดยการรักษา (วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2550; พูนเกษม เจริญพันธุ์, 2545; GINA, 2006; Kuebler, Buchsel, & Balkstra, 2008)

พยาธิสรีรวิทยาของโรคหืดจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสารก่อภูมิแพ้ เช่น ไรฝุ่น หมัด ละอองเกสร การอักเสบของหลอดลมในโรคหืดมีความสัมพันธ์กับการทำงานและกระตุ้นของ eosinophil mast cell, CD 34+ lymphocytes และเซลล์ต่างๆเหล่านี้สามารถหลั่ง mediators ที่สำคัญ เช่น inflammatory cytokines, histamine, leukotriene D4, inflammatory cytokines IL-4 และ IL-5 จากการที่เซลล์ต่างๆหลั่งสารเหล่านี้ จะมีผลต่อการทำงานของเซลล์ในหลอดลม ทำให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบ บวม และเกิดการคั่งของมูก ทำให้เกิดการอุดกั้นของหลอดลม ซึ่งการอุดกั้นของหลอดลมในผู้ป่วยโรคหืดสามารถกลับคืนได้ (reversible) ด้วยการรักษาที่เหมาะสม (พูนเกษม เจริญพันธุ์, 2545; Jeffery, Laitinen, & Venge, 2000; Sonia Buist, 2002; Wanger, 2003; GINA, 2006; Sequeira & Stewart, 2007; Kuebler, Buchsel, & Balkstra, 2008)

การอักเสบเรื้อรังของหลอดลม จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดลม (airway remodelling) ซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายในและรอบหลอดลมใหญ่และเล็ก โดยผนังหลอดลมจะถูกทดแทนด้วยเนื้อเยื่อชนิดใหม่กลายเป็นพังผืด (fibrosis) กล้ามเนื้อหลอดลมหนาตัวขึ้น การเปลี่ยนแปลงของหลอดลมในผู้ป่วยโรคหืดที่เกิดขึ้นนี้มีความสัมพันธ์กับการที่หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ และเกิดขึ้นในทุกส่วนประกอบของหลอดลม ทั้ง epithelial, submucosal, smooth muscle layers องค์ประกอบหลักที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดลม คือ เซลล์บุหลอดลม (epithelial) มีขนาดใหญ่และหนาตัวขึ้น ต่อมมูก (mucous gland) เพิ่มจำนวน และหลั่งมูกเพิ่มมากขึ้น เกิดพังผืด (fibrosis) ในชั้น epithelial และ submucosa เกิดการหนาตัวของกล้ามเนื้อเรียบเพิ่มขึ้น และมีการสร้างเส้นเลือดใหม่เพิ่มขึ้น (angiogenesis) การเปลี่ยนแปลงของหลอดลมที่เกิดขึ้น (airway remodelling) ทั้งในหลอดลมขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ทำให้เกิดหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นเพิ่มขึ้น และถาวร เกิดการหนาตัวของผนังหลอดลม ทำให้หลอดลมตีบแข็งและสูญเสียความยืดหยุ่น (stiffer and less distensible) ส่งผลให้ท่อหลอดลม (airway lumen) ตีบแคบ เกิดการอุดกั้นของหลอดลม

และสูญเสียสมรรถภาพของปอดอย่างกลับคืนไม่ได้ (irreversible) (พูนเกษม เจริญพันธุ์, 2545; วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2550; Tang, Wilson, Stewart, & Royce, 2006; Sequeira & Stewart, 2007)

การเปลี่ยนแปลงของหลอดลมในผู้ป่วยโรคหืดทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการจะพบพยาธิสภาพ ที่สำคัญ คือ

1. กล้ามเนื้อของหลอดลมหนาขึ้น โดยจะพบทั้งในหลอดลมขนาดใหญ่ และหลอดลมขนาดเล็ก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้หลอดลมแคบลงกว่าปกติ
2. ต่อมมูก (mucous glands) เพิ่มขึ้น ต่อมสร้างมูกในชั้นเยื่อบุหลอดลม (epithelial goblet cells) มีปริมาณเพิ่มขึ้น หลังมูกออกมามีอยู่ในหลอดลมจำนวนมากขึ้น และอาจอุดกั้นหลอดลมได้เป็นจำนวนมาก
3. เนื้อเยื่อเกี่ยวพันของผนังหลอดลม (Reticular basement membrane) หนาขึ้น และเส้นเลือดใต้ต่อผนังหลอดลมระดับนี้ จะมีปริมาณเพิ่มขึ้นและขยายใหญ่ขึ้น และอาจมีการสร้างเส้นเลือดใหม่ ๆ เกิดขึ้น ซึ่งมีผลทำให้ผนังหลอดลมหนาขึ้น (พูนเกษม เจริญพันธุ์, 2545)

โรคหืดสามารถทำให้เกิดการอักเสบของหลอดลมอย่างเรื้อรัง เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย ส่วนมากมักเริ่มมีอาการตั้งแต่เด็ก มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคหืด ส่วนใหญ่จะพบว่าผู้ป่วยไม่สูบบุหรี่ และการอุดกั้นของหลอดลมสามารถกลับคืนสภาพเป็นปกติได้ อาการของโรคหืดคือ อาการไอ หายใจลำบาก หอบ หายใจไม่อิ่ม หายใจมีเสียงวี๊ด เป็นๆหายๆ และมีลักษณะที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ มักมีอาการมากในเวลากลางคืน (วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2550; Kuebler, Buchsel, & Balkstra, 2008)

1.2 การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหืด (Classification of asthma by severity)

ผู้ป่วยโรคหืดแต่ละรายจะมีความรุนแรงของอาการที่แตกต่างกัน ความรุนแรงของโรคหืดจะส่งผลให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีอาการ การรักษาและดูแลต่างกัน ดังนั้นการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหืดจะช่วยให้สามารถจัดการดูแลและรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยแนวทางการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหืดที่นิยมใช้ มีหลายแนวทาง ได้แก่

1. แบ่งระดับความรุนแรงของโรคหืดตามเกณฑ์ของ GINA (Global initiative for asthma) guideline (2004) โดยใช้ความรุนแรงของโรคหืดเป็นเกณฑ์ในการแบ่งความรุนแรงได้ 4 ระดับ คือ มีอาการเป็นครั้งคราว (Intermittent) อาการรุนแรงน้อย (Mild persistent) อาการรุนแรงปานกลาง (Moderate persistent) และอาการรุนแรงมาก (Severe persistent) ประเมินได้จากความถี่ของอาการหอบในช่วงกลางวันและกลางคืน การใช้ยาขยายหลอดลมบรรเทาอาการ การกำเริบของโรคหืด การวัดสมรรถภาพปอด และการทำกิจกรรมต่างๆได้เหมือนคนปกติของผู้ป่วย ดังนี้

มีอาการเป็นครั้งคราว (Intermittent)

อาการ

- มีอาการหอบในช่วงกลางวันน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- มีอาการหอบในช่วงกลางคืนน้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน
- อาการกำเริบ (exacerbation) ช่วงสั้นๆ อาจมีผลเล็กน้อยต่อการทำ

กิจกรรมและการหลับของผู้ป่วย

- มีการใช้ยา β -agonists ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ -
- ไม่มีอาการและสมรรถภาพปกติ ช่วงที่ไม่มี exacerbation การ
- ตรวจ สมรรถภาพปอดพบ ค่า FEV₁ หรือ ค่า PEF มากกว่าหรือเท่ากับ 80% ของค่ามาตรฐาน ความ
- ผันผวนน้อยกว่า 20%

การให้ยารักษา

- ใช้ β_2 -agonist ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นเมื่อมีอาการ แต่น้อยกว่า 1 ครั้งต่อ
- สัปดาห์ หรือใช้ β_2 -agonist ชนิดรับประทานเมื่อมีอาการ

อาการรุนแรงน้อย (Mild persistent)

อาการ

- มีอาการหอบในช่วงกลางวันมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่น้อยกว่า 1
- ครั้งต่อวัน
- มีอาการหอบในช่วงกลางคืนมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน แต่น้อยกว่า 1 ครั้ง
- ต่อสัปดาห์
- อาการกำเริบ (exacerbation) อาจมีผลต่อการทำกิจกรรมและการหลับ

ของผู้ป่วย

- มีการใช้ยา β -agonists ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้น 2 เวลา จำนวน 2 ครั้ง หรือ
- มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์
- การตรวจสมรรถภาพปอดพบ ค่า FEV₁ หรือ ค่า PEF มากกว่าหรือ
- เท่ากับ 80% ของค่ามาตรฐาน ความผันผวน 20-30%

การให้ยารักษา

- ใช้ Corticosteroid ชนิดสูดขนาดต่ำ (น้อยกว่า 500 μ g BPD หรือ
- equivalent) หรือข้อใด ข้อหนึ่ง ได้แก่

- Sustained-release theophylline
- Leukotriene modifier
- ใช้ β_2 -agonist ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นเมื่อมีอาการ แต่ใช้ไม่มากกว่า 3-4 ครั้งต่อวัน

อาการรุนแรงปานกลาง (Moderate persistent)

อาการ

- มีอาการหอบทุกวัน
- มีอาการหอบในช่วงกลางคืนมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- อาการกำเริบ (exacerbation) มีผลต่อการทำกิจกรรมและการหลับของผู้ป่วย
- จำเป็นต้องใช้ยา β -agonists ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นทุกวัน
- การตรวจสมรรถภาพปอดพบ ค่า FEV 1 หรือ ค่า PEF อยู่ระหว่าง 60-80% ของค่ามาตรฐาน ความผันผวนมากกว่า 30 %

การให้ยารักษา

- ใช้ Corticosteroid ชนิดสูดขนาดต่ำ (200-1,000 μ g BPD หรือ equivalent) ร่วมกับ LABA ชนิดสูด หรือข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่
 - Corticosteroid ชนิดสูดขนาดสูง
 - Corticosteroid ชนิดสูดขนาดปานกลาง ร่วมกับ Sustained-release theophylline
- Corticosteroid ชนิดสูดขนาดปานกลาง ร่วมกับ Leukotriene modifier
- ใช้ β_2 -agonist ชนิดออกฤทธิ์ออกฤทธิ์สั้นเมื่อมีอาการ แต่ใช้ไม่มากกว่า 3-4 ครั้งต่อวัน

อาการรุนแรงมาก (Severe persistent)

อาการ

- มีอาการหอบตลอดเวลา
- มีอาการหอบในช่วงกลางคืนบ่อยๆ
- มี อาการกำเริบ (exacerbation) บ่อยๆ
- กิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยถูกจำกัดด้วยอาการหอบ
- มีการใช้ยา β -agonists ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นทุกวัน
- การตรวจสมรรถภาพปอดพบ ค่า FEV 1 หรือ ค่า PEF น้อยกว่า 60%

ของค่ามาตรฐาน ความผันผวนมากกว่า 30 %

การใช้ยารักษา

- ใช้ Corticosteroid ชนิดสูดขนาดสูง ร่วมกับ LABA ชนิดสูด และ ร่วมกับยาตัวใดตัวหนึ่ง หรือมากกว่า ได้แก่

- Sustained-release theophylline

- Long-acting oral β_2 -agonist

- Leukotriene modifier

- Oral corticosteroid

- ใช้ β_2 -agonist ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นเมื่อมีอาการ

ความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหืดดังที่กล่าวมาแล้ว เป็นการจำแนกตามความถี่ของอาการ หอบในช่วงกลางวัน ความถี่ของอาการหอบในช่วงกลางคืน สมรรถภาพปอดโดยการวัดค่าความเร็ว สูงสุด (Peak expiratory flow rate) ความผันผวนของการวัดอัตราความเร็วลมสูงสุดที่เป่าออก (peak flow variability) และการใช้ยาขยายหลอดลมบรรเทาอาการของผู้ป่วย เพื่อให้จัดการรักษาที่ เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

2. แบ่งระดับความรุนแรงของโรคหืดตามแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดใน ประเทศไทย สำหรับผู้ป่วย พ.ศ. 2547 ของสมาคมอหิวาเวชไทย (2547) โดยการแบ่งความรุนแรงของ โรคหืดของสมาคมอหิวาเวชไทยมีความคล้ายคลึงกับแนวทางของ GINA (2004) แต่มีความแตกต่าง ต่างกันคือ การแบ่งความรุนแรงของโรคหืดของสมาคมอหิวาเวชไทยใช้การจำแนกผู้ป่วยโรคหืดโดย อาศัยอาการทางคลินิกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ร่วมกับสมรรถภาพการทำงานของปอดที่ตรวจพบ

3. แบ่งระดับความรุนแรงของโรคหืดตามเกณฑ์ของ GINA (Global initiative for asthma) guideline (2006) เป็นการจำแนกโรคหืดโดยประเมินจากการควบคุมโรคหืดแทนแนวทาง ในปี 2004 โดยแบ่งโรคหืดเป็น ควบคุมโรคหืดได้ (controlled) ควบคุมโรคหืดได้บางส่วน (partly controlled) และควบคุมโรคหืดไม่ได้ (uncontrolled) โดยทั้ง 2 แนวทางมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ

1. มีการตั้งเป้าหมายของการรักษาไว้เหมือนกัน คือ การควบคุมรักษาโรคหืดให้ได้ (asthma controlled)

2. ใช้เกณฑ์ในการประเมินเหมือนกัน คือ ความถี่ของอาการหอบในช่วงกลางวันและกลางคืน การใช้ยาขยายหลอดลมบรรเทาอาการ การกำเริบของโรคหืด การวัดสมรรถภาพปอด และ การทำกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนคนปกติ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การประเมินความรุนแรงของโรคหืด 2 ลักษณะ คือ ประเมินความรุนแรงของโรคหืดตามลักษณะของโรค และประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยการประเมินความรุนแรงของโรคหืดตามลักษณะของโรค ใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดของ Bangorn Peepratoom (2005) ที่พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและยึดตามหลักเกณฑ์ของสมาคมอหิวาเวชช์ไทย (2547) และเกณฑ์ของ GINA (Global Initiative for Asthma) (2004) ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน ดังนี้ 1) คำถามเกี่ยวกับอาการของโรคหืด และจำนวนครั้งการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา 2) คำถามเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการควบคุมโรคหืด

สำหรับการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและยึดตามหลักเกณฑ์ของสมาคมอหิวาเวชช์ไทย (2547) และเกณฑ์ของ GINA (Global Initiative for Asthma) (2004) แบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคได้ 4 ระดับคือ ไม่มีความรุนแรง รุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก ดังนี้

ไม่มีความรุนแรง

- มีอาการกำเริบเป็นช่วงสั้นๆ
- ไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย

รุนแรงน้อย

- อาการที่กำเริบมีผลต่อการทำกิจกรรมต่างๆ และการนอนหลับของผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย
- สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

รุนแรงปานกลาง

- อาการที่กำเริบมีผลต่อการทำกิจกรรมต่างๆ และการหลับของผู้ป่วยปานกลาง
- มีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่เคยทำได้ตามปกติเพียงเล็กน้อย

รุนแรงมาก

- มีอาการตลอดเวลา
- กิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยถูกจำกัดจนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมและนอนหลับได้ตามเดิม

1.3 แนวทางการจัดการและรักษาผู้ป่วยโรคหืด

โรคหืดเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดสามารถเกิดได้กับผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย เมื่อเกิดขึ้นแล้วผู้ป่วยจะมีการและการรักษาต่างกันในแต่ละราย ในรายที่มีอาการรุนแรงมากผู้ป่วยจะมีอาการหอบรุนแรงบ่อยครั้ง ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยตามมามากมาย ดังนั้นแนวทางการจัดการและรักษาผู้ป่วยโรคหืดจึงมีเป้าหมายเพื่อ สามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้ ป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เช่นเดียวกับคนปกติ ป้องกันและลดภาวะการอุดกั้นของหลอดลมอย่างเรื้อรังในระยะยาว และป้องกันหรือลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหืด (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2547; GINA, 2006)

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการจัดการและดูแลผู้ป่วยโรคหืดเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายนั้นต้องมีการจัดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด ดังต่อไปนี้ (Urek, Tudoric, Plavec, Urek, Koprivic-Milenovic, & Stojic, 2005)

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคหืด เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา
 - การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมอย่างถูกวิธี
 - การป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรคหืด
 - สิ่งกระตุ้นต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบ
2. แนะนำวิธีหลีกเลี่ยง หรือจัดสิ่งต่างๆที่ก่อให้เกิดอาการกำเริบ

ยาที่ใช้ในการรักษา

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืดในปัจจุบันแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ยาบรรเทาอาการหรือยาขยายหลอดลม และยาที่ใช้ในการควบคุมอาการ (สิรินันท์ บุญยะลีพรรณ และเฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ, 2545; สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2547; วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2550; วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2551; GINA, 2006)

1. ยาบรรเทาอาการหรือยาขยายหลอดลม (Reliever medicine)

ยาขยายหลอดลม คือ ยาที่ทำให้กล้ามเนื้อหลอดลมคลายตัวและทำให้หลอดลมขยายตัว ไม่มีผลในการลดการอักเสบของหลอดลม ยาในกลุ่มนี้ประกอบด้วย

- ยาขยายหลอดลมชนิด β_2 -agonist เช่น salbutamol, terbutaline, procaterol, fenoterol, formoterol และ salmeterol ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการจับกับ β_2 receptor ทำให้เกิดการขยายหลอดลม การกำจัดเมือกดีขึ้น (mucociliary clearance) และยับยั้งการหลั่งสารของ mast cell ส่วนใหญ่ฤทธิ์ที่ยาขยายหลอดลมอยู่ได้นานประมาณ 4-6 ชั่วโมง

- ยาในกลุ่ม Anticholinergic เช่น ipratropium bromide ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการทำงานของระบบประสาท cholinergic (cholinergic nervous system) มักใช้ร่วมกับยา β_2 -agonist ที่ออกฤทธิ์สั้นในรายที่มีอาการรุนแรง

- ยาในกลุ่ม Methylxanthine เช่น theophylline และ aminophylline ในปัจจุบันยากลุ่มนี้นิยมใช้น้อยลง เนื่องจากฤทธิ์ในการขยายหลอดลมมีประสิทธิภาพไม่เท่ายาในกลุ่ม β_2 -agonist และมีความยุ่งยากในการติดตามวัดระดับยาในเลือด

2. ยาควบคุมอาการ (Controller medicine)

ยาควบคุมอาการหรือยาระงับการอักเสบ มีฤทธิ์ในการระงับการอักเสบของหลอดลมใช้เพื่อควบคุมโรคให้สงบ ป้องกัน ลดอัตราและความรุนแรงของการกำเริบของโรค ยาในกลุ่มนี้เช่น

- คอติคอร์สเตียรอยด์ (Corticosteroid) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาการอักเสบของหลอดลม ออกฤทธิ์ยับยั้งการอักเสบโดยขัดขวางการหลั่ง mediator ขัดขวาง arachidonic acid metabolism ลดการสร้าง cytokine ยาในกลุ่มนี้มีทั้งรูปแบบสูด กิน ฉีด ซึ่งการใช้ยาในรูปแบบของยาพ่นจะให้ความปลอดภัยสูงกว่าชนิดกินและชนิดฉีด เนื่องจากปริมาณยาที่ใช้พ่นมีน้อยมาก และออกฤทธิ์ต่อเซลล์ที่ได้รับการกระตุ้น (receptor) โดยตรง

- β_2 -agonist ชนิดออกฤทธิ์ยาว (Long acting β_2 -agonist : LABA) มีทั้งชนิดสูดและชนิดรับประทาน ออกฤทธิ์ได้นานอย่างน้อย 12 ชั่วโมง นอกจากมีฤทธิ์ขยายหลอดลมแล้วยังมีฤทธิ์ทำให้ mucociliary clearance ดีขึ้น รวมทั้งทำให้ vascular permeability ลดลง และยับยั้งการหลั่ง mediator ของ mast cell และ basophil

- Sustained-release theophylline มีประสิทธิภาพน้อยกว่า LABA และเกิดผลข้างเคียงได้ง่าย

- Leukotriene modifier ได้แก่ zafirlukast และ montelukast โดยออกฤทธิ์ต้านการสังเคราะห์ leukotriene ซึ่งเป็น mediator ที่หลั่งออกมาจาก mast cell, eosinophil และ basophil ที่มีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อหลอดหัว และชักนำเซลล์การอักเสบมารวมตัวกัน

- Cromolyn sodium ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการหลั่ง mediator ของ mast cell

- Oral antiallergic compound เช่น ketotifen เป็นยาแก้แพ้ และมีผลในการยับยั้งการหลั่ง mediator จาก mast cell อาการข้างเคียงที่พบบ่อยของ ketotifen คือ ง่วงมาก และน้ำหนักขึ้น

- Anti-IgE เป็นยาที่ออกมาใหม่และมีราคาแพง เนื่องจากปฏิกิริยาระหว่าง IgE ที่อยู่บน mast cell กับ antigen ทำให้เกิดการหลั่งของ mediator ต่างๆ ที่จะทำให้เกิดการหดตัวของหลอดลม

ดังนั้นการให้ Anti-IgE เพื่อจับกับ IgE ในกระแสเลือด ทำให้ IgE ที่อิสระลดลง จะส่งผลให้ปฏิกิริยาระหว่าง antigen และ IgE ลดลง อาการของผู้ป่วยจึงดีขึ้น

การรักษาผู้ป่วยโรคหืดชนิดเรื้อรัง

การรักษาผู้ป่วยโรคหืดจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนขนาดและจำนวนของยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหืดตามความรุนแรงของโรค (สมาคมอหิวาต์แห่งประเทศไทย, 2547; วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2550; GINA, 2006) ดังนี้

ขั้นที่ 1. มีอาการเป็นครั้งคราว (Intermittent) ใช้ β_2 -agonist ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นเมื่อมีอาการ แต่น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือใช้ β_2 -agonist ชนิดรับประทานเมื่อมีอาการ

ขั้นที่ 2. อาการรุนแรงน้อย (Mild persistent) ใช้ Corticosteroid ชนิดสูดขนาดต่ำ (น้อยกว่า 500 μg ของ beclomethasone dipropionate (BDP) หรือ equivalent) หรือข้อใด ข้อหนึ่งได้แก่

- Sustained-release theophylline
- Leukotriene modifier
- ใช้ β_2 -agonist ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นเมื่อมีอาการ แต่ใช้ไม่มากกว่า 3-4 ครั้งต่อวัน

ขั้นที่ 3. อาการรุนแรงปานกลาง (Moderate persistent) ใช้ Corticosteroid ชนิดสูดขนาดต่ำ (200-1,000 μg BDP หรือ equivalent) ร่วมกับ LABA ชนิดสูด หรือข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่

- Corticosteroid ชนิดสูดขนาดสูง
- Corticosteroid ชนิดสูดขนาดปานกลาง ร่วมกับ Sustained-release theophylline
- Corticosteroid ชนิดสูดขนาดปานกลาง ร่วมกับ Leukotriene modifier
- ใช้ β_2 -agonist ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นเมื่อมีอาการ แต่ใช้ไม่มากกว่า 3-4 ครั้งต่อวัน

ขั้นที่ 4. อาการรุนแรงมาก (Severe persistent) ใช้ Corticosteroid ชนิดสูดขนาดสูง ร่วมกับ LABA ชนิดสูด และร่วมกับยาตัวใดตัวหนึ่ง หรือมากกว่า ได้แก่

- Sustained-release theophylline
- Long-acting oral β_2 -agonist
- Leukotriene modifier
- Oral corticosteroid
- ใช้ β_2 -agonist ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นเมื่อมีอาการ

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับโรคหืดที่เป็นประโยชน์และควรได้รับทราบ ได้แก่

1. ธรรมชาติของโรค
2. ปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้น ที่อาจทำให้เกิดอาการกำเริบของโรค
3. ชนิดของยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืด และวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง โดยเฉพาะยาประเภทสูด
4. การใช้ peak flow meter ที่ถูกวิธี เพื่อนำไปใช้ในกรณีที่ต้องการติดตามการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพการทำงานของปอดขึ้นต้น
5. การประเมินความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว รวมทั้งการปรับขนาดของยาที่ใช้ในกรณีที่มีอาการหอบหืดเพิ่มมากขึ้น และต้องกลับมารับการตรวจรักษาทันทีเมื่อมีอาการหอบหืดรุนแรง

การแนะนำวิธีหลีกเลี่ยงหรือจัดสิ่งต่างๆที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้

ผู้ป่วยโรคหืดเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นจากปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก จะทำให้ผู้ป่วยเกิดหลอดลมไวเกิน และกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืดขึ้น ก่อให้เกิดอาการต่างๆตามมา ดังนั้นเพื่อเพิ่มการควบคุมอาการของโรคและการลดจำนวนยาที่ใช้รักษา ผู้ป่วยจึงจำเป็นที่จะต้องหลีกเลี่ยงหรือจัดสิ่งกระตุ้นต่างๆที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด (พูนเกษม เจริญพันธุ์, 2545; สิรินันท์ บุญยะสิทธิ์พรณ และเฉลิมชัย บุญยะสิทธิ์พรณ, 2545; สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2547; วัชรนา บุญสวัสดิ์, 2550; O'Connor, 2005; GINA, 2006; Sequeira & Stewart, 2007) ได้แก่

1. การสูบบุหรี่ (Tobacco smoke) สารพิษจากควันบุหรี่จะมีผลต่อผู้ป่วยโรคหืด หลีกเลี่ยงโดยหยุดการสูบบุหรี่ทั้งตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกในบ้าน ถ้าหลีกเลี่ยงการรับควันบุหรี่จากบุคคลอื่นไม่ได้ควรใช้เครื่องฟอกอากาศที่มีแผ่นไส้กรอง HEPA

2. สารก่อภูมิแพ้ ได้แก่

2.1 สารก่อภูมิแพ้ทั่วไป (Allergen general) ซึ่งสิ่งแวดล้อมทั่วไปมีสารก่อภูมิแพ้อยู่มากมาย การทดสอบภูมิแพ้ โดยการทดสอบทางผิวหนัง (skin testing) จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยแพ้สารชนิดใด และสามารถหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้นั้นได้อย่างเหมาะสม

2.2 สารก่อภูมิแพ้เฉพาะ (specific allergens) ได้แก่ ไรฝุ่น ขนสัตว์ แมลงสาบ เชื้อรา เป็นต้น

- สัตว์เลี้ยง (pets) สัตว์ที่ทำให้เราแพ้ได้บ่อยๆ เช่น แมว สุนัข หลีกเลี่ยงโดยไม่เลี้ยงสัตว์ชนิดที่แพ้ แยกสัตว์เลี้ยงให้อยู่ที่อื่น หรือถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ อย่างน้อยไม่

ควรให้สัตว์เลี้ยงเข้ามาในบ้าน โดยเฉพาะห้องนอน ทำความสะอาดบ้านและห้องนอนเป็นประจำ ใช้เครื่องนอนที่มีเครื่องป้องกัน ใช้เครื่องฟอกอากาศที่มีแผ่นไส้กรอง HEPA หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสัตว์เลี้ยงโดยตรง และควรอาบน้ำสัตว์เลี้ยงสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

- แมลงสาบ (cockroach) สารก่อภูมิแพ้จากแมลงสาบ ได้แก่ เศษโปรตีนจากเปลือกแข็งที่หุ้มรอบตัว ขา น้ำลาย และอุจจาระ หลีกเลี่ยงโดยทำความสะอาดบ้าน กำจัดแหล่งอาหารและที่อยู่ของแมลงสาบ กำจัดแมลงสาบ ใช้เครื่องนอนที่มีเครื่องป้องกัน

- เชื้อรา (mold) สามารถพบเชื้อราได้ทั้งนอกบ้าน และในบ้าน โดยเฉพาะบริเวณที่มีความอับชื้น เช่น ห้องน้ำ เศษใบไม้ หลีกเลี่ยงโดยลดความอับชื้นภายในบ้าน จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้อากาศถ่ายเทได้ดี ให้มีแสงแดดส่องอย่างทั่วถึง ทำความสะอาดบ้านอย่างสม่ำเสมอ และใช้เครื่องฟอกอากาศที่มีแผ่นไส้กรอง HEPA

- ไรฝุ่น (dust mite) โดยแหล่งที่พบตัวไรฝุ่นได้มากที่สุดในบ้าน คือ ที่นอน หมอน ผ้าห่ม ผ้าผืน เฟอร์นิเจอร์ และตุ๊กตาขนฟู หลีกเลี่ยงโดยคลุมที่นอนและเครื่องนอนด้วยวัสดุกันไรฝุ่น ทำความสะอาดเครื่องนอนด้วยผงซักฟอกในน้ำร้อน 55-60 องศาเซลเซียส ไม่ปูพรม เฟอร์นิเจอร์ที่ใช้ควรหลีกเลี่ยงวัสดุที่ทำจากผ้า

2.3 ละอองเกสร (Seasonal pollen) การแพ้เกิดขึ้นจากโปรตีนในเกสรดอกหญ้า ดอกของวัชพืช หรือดอกไม้ต่างๆ หลีกเลี่ยงโดยเลี่ยงกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น ทွ่งหญ้า ในฤดูที่มีละอองเกสรชนิดที่อยู่มากในอากาศ ใช้เครื่องฟอกอากาศที่มีแผ่นไส้กรอง HEPA ควรใช้เครื่องปรับอากาศในห้องนอน ไม่ควรเปิดหน้าต่างห้องนอนในฤดูที่มีละอองเกสรที่เพียอยู่ในอากาศมาก

2.4. มลภาวะในอากาศ ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงจากควันบุหรี่ ควันท่อไอเสียรถยนต์ คาร์บอนมอนอกไซด์ คาร์บอนไดออกไซด์ ไนโตรเจนไดออกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ โอโซน

2.5 มลภาวะในที่ทำงาน มีสารก่อภูมิแพ้จำนวนมากที่อาจก่อให้เกิดอาการภูมิแพ้และอาการหอบหืดมากขึ้น ผู้ป่วยมักเกิดอาการขึ้นเมื่อสูดดมสารเหล่านี้ ควรหลีกเลี่ยงและป้องกันมลภาวะเหล่านี้ ได้แก่ เกลือของโลหะบางชนิด เช่น platinum สารผสมสี ผงแป้งต่างๆ

3. ยา โดยเฉพาะกลุ่ม NSAID และ β -blocker หลีกเลี่ยงยาที่แพ้และเป็นสาเหตุให้เกิดอาการหอบหืด

4. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทั้งจากเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบหืดมากขึ้น

5. ปัจจัยด้านอารมณ์ (psychological factor) เช่น อารมณ์เครียด ความผิดปกติทางจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่สามารถควบคุมอาการของตนเองได้ (Adams et al., 2004)

6. การออกกำลังกาย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด โดยจะทำให้การทำงานของปอด (pulmonary function) เพิ่มขึ้นในนาที่แรกและลดลงในนาที่ที่ 6-8 แต่ในช่วงที่อาการสงบ ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้เช่นเดียวกับคนปกติ ผู้ป่วยสามารถป้องกันได้โดยสูดพ่นยา β_2 -agonist ชนิดออกฤทธิ์เร็วก่อนออกกำลังกาย ควรเตรียมความอบอุ่นของร่างกาย (warm up) ก่อนออกกำลังกายเสมอ และทำให้กล้ามเนื้อของร่างกายผ่อนคลายลง (cool down) หลังออกกำลังกาย ในขณะที่ออกกำลังกายหากมีอาการเหนื่อย หอบ สามารถพ่นยาขยายหลอดลมเพิ่มได้

ดังที่กล่าวมาแล้วนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับสิ่งกระตุ้นทั้งจากสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบขึ้น และก่อให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยตามมา ซึ่งสิ่งกระตุ้นต่างๆเหล่านี้เป็นสิ่งที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน จนทำให้บางครั้งผู้ป่วยหลีกเลี่ยงได้ยาก หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ผู้ป่วยจึงมีอาการของโรคที่ไม่สามารถควบคุมได้ และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจตามมาได้

1.4 ผลกระทบของโรคหืดต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจที่พบได้มากที่สุดโรคหนึ่งในผู้ใหญ่ และสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจได้ ทั้งในระหว่างที่มีอาการไม่รุนแรงและมีอาการรุนแรง ซึ่งผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหืดนั้น จัดว่าเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอันตราย คุณภาพต่อสวัสดิกภาพ ความผาสุกของตนเอง และผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์ต่างๆนี้ ดังผลกระทบด้านร่างกาย พบว่าระดับความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการในการใช้รักษาอาการหอบหืดเพิ่มขึ้น มารับการตรวจที่แผนกฉุกเฉินเพิ่มขึ้น รับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และมีการทำงานของปอด (lung function) ลดลง (Moore, & Peters, 2006; Richardson, Lozano, Russo, McCauley, Bush, & Katon, 2006) ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ต่างๆ (functioning) ของผู้ป่วย เช่น สูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกาย (functional impairment) และความรุนแรงของโรคยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการสูญเสียความสามารถในการทำงาน (Eisner, Yelin, Katz, Lactao, Iribarren, & Blanc, 2006) นอกจากนี้อาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วยในช่วงกลางคืน ยังส่งผลกระทบต่อการนอนของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถพักผ่อนได้เต็มที่ (Lanier & Nayak, 2008)

ผลกระทบด้านจิตใจที่พบในผู้ป่วยโรคหืดประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการเผชิญกับปัญหาอย่างไม่เหมาะสม เนื่องจากโรคหืดเป็น โรคเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเรื้อรังจะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์

(Cluley & Cochrane, 2001; Nejtek, Broen, Khan, Moore, Van Wagner, & Perantie, 2001; Goldney, Ruffin, Fisher, & Wilson, 2003; Oga, Nishimura, Tsukino, Sato, Hajiro, & Mishima, 2007) ผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ และความรู้สึกลัวผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการของตนเองได้ (Adams et al., 2004) การศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดจำนวน 406 ราย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 34 มีความผิดปกติทางอารมณ์ ร้อยละ 25 มีความวิตกกังวล ร้อยละ 20 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12 ตกใจกลัว หวาดระแวง และผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Lavoie et al., 2005) ผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดขึ้น เช่น ภาวะซึมเศร้า สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเพิ่มมากขึ้น มีการควบคุมอาการของโรคลดลง มีการสูญเสียภาวะสุขภาพ เพิ่มจำนวนครั้งของการมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินและการรักษาในโรงพยาบาล (Mancuso, Peterson, & Charlson, 2000; Oga, Nishimura, Tsukino, Sato, Hajiro, & Mishima, 2007)

2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด

2.1 ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลได้อธิบายไว้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in Illness) คือ การที่บุคคลไม่สามารถกำหนดหรือให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของตนได้ ซึ่งเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะมีเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจหรือให้ความหมายความเจ็บป่วยของตน ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้นๆได้ ร่วมกับลักษณะโดยธรรมชาติของโรคที่ผู้ป่วยเป็น การขาดข้อมูลหรือประสบการณ์ในการรักษา และระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่รุนแรงเกินไป จะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกขัดแย้งเกิดขึ้นจนเป็นความรู้สึกที่ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1988; Mishel, 1990 Mishel & Clayton, 2003)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ประกอบด้วยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 รูปแบบ คือ 1. ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (Ambiguity) 2. ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการ (Complexity) 3. ความไม่สอดคล้องในเรื่องข้อมูลที่ได้รับ (Inconsistency of the information) และ 4. ความไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาในการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค (Unpredictability)

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีองค์ประกอบหลักของทฤษฎี 3 ส่วน คือ 1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน (antecedents of uncertainty) 2. การประเมิน

ความรู้สึกไม่แน่นอน (appraisal of uncertainty) และ3. การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน (coping with uncertainty)

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน (antecedents of uncertainty) ได้แก่ 1. องค์ประกอบของสิ่งเร้า (Stimuli Frame) 2. ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ (Cognitive capacity) และ3. แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนและช่วยเหลือ (Structure provider) (Mishel, 1988; Mishel, 1990 Mishel & Clayton, 2003)

1. องค์ประกอบของสิ่งเร้า

องค์ประกอบของสิ่งเร้า หมายถึง รูปแบบ และโครงสร้างของสิ่งเร้าที่บุคคลรับรู้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1.1 รูปแบบของอาการแสดง (symptom pattern) หมายถึง ระดับความรุนแรงและความต่อเนื่องของอาการแสดงที่บุคคลรับรู้และให้ความหมาย ถ้ารูปแบบของอาการที่แสดงออกมีความรุนแรง ไม่ชัดเจน หรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคลุมเครือ ไม่สามารถทำความเข้าใจและให้ความหมายของอาการแสดงได้ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

1.2 ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (event familiarity) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ จนเกิดความเคยชิน เกิดขึ้นจนเป็นประจำ เมื่อบุคคลคุ้นเคยกับเหตุการณ์ จะเกิดการรับรู้ให้ความหมาย และคาดเดาเหตุการณ์ได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง แต่ถ้าเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย เช่น การเจ็บป่วยครั้งแรก จะทำให้ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ จึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง

1.3 ความสอดคล้องของเหตุการณ์ (event congruence) หมายถึง ความสอดคล้องระหว่างเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

2. ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ

ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ หมายถึง ความสามารถของบุคคลต่อกระบวนการจัดการและรับรู้ของข้อมูลต่างๆ

3. แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนและช่วยเหลือ

แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนและช่วยเหลือ หมายถึง แหล่งทรัพยากร แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน ช่วยเหลือบุคคลในการแปล และให้ความหมายต่อเหตุการณ์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

3.1 การศึกษา (education) ซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยที่ผลทางตรง จะช่วยให้บุคคลสามารถทำความเข้าใจ และให้

ความหมายต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยได้ง่ายและรวดเร็ว ส่วนผลทางอ้อมจะช่วยให้บุคคลสามารถใช้ข้อมูลและความรู้ที่มีอยู่ในการวิเคราะห์องค์ประกอบของสิ่งเร้าได้

3.2 การสนับสนุนทางสังคม (social support) สามารถป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ โดยช่วยสนับสนุนในแง่ของการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความกระจ่างต่อเหตุการณ์ด้วยการพูดคุย ปรึกษา และการได้รับปฏิสัมพันธ์ในเชิงสนับสนุนจากญาติจะช่วยให้บุคคลเกิดกระบวนการรับรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว บุคคลใกล้ชิด สามารถช่วยสนับสนุนและประคับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วย ขณะที่การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ จะช่วยสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ได้อยู่ตามลำพัง และยังช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความเจ็บป่วยและการรักษาของตนได้ชัดเจนมากขึ้น เกิดการปรับเปลี่ยนความคลุมเครือสงสัยในความเจ็บป่วยให้ลดลง ช่วยปรับความซับซ้อนของการรักษาที่ได้รับ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำนายผลลัพธ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงลดลง (Wortman, 1984; Mishel & Braden, 1987; Mishel, 1988; Mishel & Braden, 1988; White & Frasure-Smith, 1995; Sammaco, 2001; Kang, Daly, & Kim, 2004; Wonghongkul, Dechaprom, Phumivichuvate, & Losawatkul, 2006)

3.3 บุคลากรทางสุขภาพที่เชื่อถือได้ (credible authority) หมายถึงระดับความเชื่อมั่นและไว้วางใจที่บุคคลมีต่อบุคลากรทางการแพทย์

2. การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอน (appraisal of uncertainty)

การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอน หมายถึง กระบวนการที่บุคคลให้คุณค่าของเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนของตนเอง โดยอาศัยกระบวนการประเมินตัดสินใน 2 รูปแบบ คือ การลงความเห็น (inference) และการสร้างความเชื่อใหม่ (illusion)

2.1 การลงความเห็น (inference) หมายถึง การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอน โดยใช้เหตุการณ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเชื่อที่ถูกสร้างขึ้นด้วยตนเอง หรือจากประสบการณ์ทั่วไป ความสามารถในการเรียนรู้ และความสามารถในการควบคุมตนเอง

2.2 การสร้างความเชื่อใหม่ (illusion) หมายถึง รูปแบบของความเชื่อจากความรู้สึกไม่แน่นอนที่บุคคลพิจารณาความเชื่อตามแนวคิดที่ตนปรารถนา ซึ่งส่วนใหญ่บุคคลมักประเมินว่าเป็นแง่บวก (positive) ผลของการประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอน จะมีทั้งการประเมินตัดสินว่าเป็นโอกาส (opportunity) และประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย (danger) (Mishel, 1990)

3. การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน (coping with uncertainty)

การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนหรือการเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการเกิดขึ้นเพื่อจัดการกับสถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นต่างๆที่บุคคลประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย คุกคาม หรือเป็นโอกาสแก่ตนเอง มี 2 ลักษณะ คือ การเผชิญปัญหาโดยการมุ่งแก้ปัญหา (active or problem-focus coping) การเผชิญปัญหาวิธีนี้จะมุ่งเน้นที่การจัดการกับปัญหาโดยตรง หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาโดยตรง และการเผชิญปัญหาโดยการจัดการกับอารมณ์ (passive or emotion-focused coping) เป็นการเผชิญปัญหาโดยการปรับอารมณ์ความรู้สึกหรือเปลี่ยนแปลงการรับรู้โดยไม่ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ เมื่อความรู้สึกไม่แน่นอนถูกบุคคลประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย จะทำให้เกิดความเสียหาย เกิดอันตราย คุกคามความผาสุก และเป็นภัยต่อตนเอง แต่ถ้าบุคคลประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นว่าเป็นโอกาสแก่ตน จะทำให้เกิดโอกาสที่ดีแก่ตนเอง ก่อให้เกิดความหวังและความมีคุณค่าแก่ตน ดังนั้นการเผชิญปัญหากับสถานการณ์ที่ถูกประเมินว่าเป็นอันตราย จึงหมายถึง วิธีการที่บุคคลใช้จัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดจากการประเมินว่าเป็นอันตราย เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นกับตนเองและจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการประเมินว่าสถานการณ์นั้นเป็นอันตราย ส่วนการเผชิญปัญหากับสถานการณ์ที่ถูกประเมินว่าเป็นโอกาส หมายถึง วิธีการที่บุคคลใช้เพื่อคงความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นไว้กับตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1993; Mishel & Clayton, 2003)

การเผชิญกับปัญหาวิธีต่างๆที่บุคคลจะเลือกใช้วิธีการใดขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่บุคคลนั้นเผชิญอยู่ วิธีการเผชิญปัญหาที่บุคคลเลือกใช้จะมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของบุคคล เมื่อบุคคลใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสมเกิดขึ้น แต่ถ้าบุคคลมีการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพเกิดขึ้นแสดงว่าบุคคลนั้นไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนเองได้และใช้วิธีการเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ถ้าบุคคลเลือกใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสมจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ การปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ (adaptive) เช่น มีผลกระทบด้านอารมณ์ (emotional distress) ลดลง มีการปรับตัวของตนเองดีขึ้น แต่ถ้าบุคคลเลือกใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาหรือความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดผลลัพธ์ คือ การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (maladaptive) เช่น มีภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลเกิดขึ้น ดังผลการศึกษาถึงวิธีการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม เช่น ใช้วิธีการหลีกเลี่ยง (avoidance) จะมีความสัมพันธ์ทางบวกต่ออารมณ์ด้านลบ เช่น ภาวะซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้นของความผิดปกติด้านจิตใจ (psychological distress) ความวิตกกังวล การตัดสินใจที่ไม่ดี (poor adjustment) (Coyne, Aldwin, & Lazarus, 1981; Felton, Revenson, & Hinrichsen,

1984; Bombadier, D'Amico, & Jordan, 1990; White, Richter, & Fry, 1992; Kelly et al., 1993; Fleishman & Fogel, 1994; Moneyham, Hennessy, Sowell, Demi, Seals, & Mizuno, 1998; Mishel & Clayton, 2003)

การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปรับอย่างไม่มีประสิทธิภาพเมื่อบุคคลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้วประเมินตัดสินความรู้สึกนั้นว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง มีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้นอย่างไม่เหมาะสมจนเกิดการปรับตัวอย่างไม่มีประสิทธิภาพและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988)

2.2 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in Illness) ที่พบในผู้ป่วยโรคหืดเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถกำหนดหรือให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของตน และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากอาการความเจ็บป่วยของตนเองได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้สามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ผู้ป่วยโรคหืด ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยที่มีการเต้นของหัวใจผิดปกติ (atrial fibrillation) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังต่างๆจะมีความรู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง และไม่แน่ใจในการรักษาหรือทางเลือกอื่นที่ตนได้รับ จึงก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น (Mishel, 1990; Mishel & Clayton, 2003; Kang, 2005; Van Pelt, Mullins, Carpentier, & Wolfe-Christensen, 2005; Shaha, Cox, Talman, & Kelly, 2008)

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจ ที่แต่ละผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าตนเองจะเกิดอาการรุนแรง (attack) ขึ้นเมื่อใด เกิดขึ้นที่ใด เกิดขึ้นรุนแรงเพียงใด เกิดขึ้นอย่างฉับพลันหรือไม่ และเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะเกิดขึ้นยาวนานเพียงใด ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่สามารถให้ความหมายในความเจ็บป่วยของตนเองได้ ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าตนเองจะมีอาการกำเริบขึ้นเมื่อใดและจะมีผลลัพธ์เป็นอย่างไร ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ดังผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดจำนวน 99 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคหืดมีความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโรค การไม่สามารถทำนายอาการของโรค และไม่สามารถวางแผนในอนาคตของตนเองได้ (Sexton, Calcasola, Bottomley, & Funk, 1999)

2.3 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด

การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด ประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel Uncertainty Inventory Scale: MUIS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้ สร้างโดยมิเชล (Merle H. Mishel, 1980)

แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตรฐานประมาณค่า (likert scale) 5 อันดับ มีการให้คะแนนตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และคำถามทั้งหมดแบ่งเป็น องค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย
2. ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการ
3. ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ
4. ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษาได้

3. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง กลุ่มอาการที่มีอารมณ์ผิดปกติเพียงด้านเดียว คือ มีแต่อารมณ์เศร้าเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย หมดอารมณ์สนุกสนาน รู้สึกหมดอาลัยในชีวิต เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง รู้สึกไร้ค่า ไม่มีกำลังใจ และมีความคิดอยากตาย อาการเหล่านี้เป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; มานิต ศิริสุรกานนท์, 2542; ศิริพร จีรวัฒน์กุล, 2546; มาโนช หล่อตระกูล, 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

นอกจากภาวะซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มอาการที่มีอารมณ์ผิดปกติเพียงด้านเดียวแล้ว ภาวะซึมเศร่ายังมีความหมายในด้านของผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหา (Coping Outcome) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังต่าง ๆ นั้น จะได้รับการรักษา การดูแลตนเองที่ต่อเนื่อง และมีความสุขสบายทางร่างกายต่างๆเกิดขึ้น ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้สามารถทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจแก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงรับรู้ว่สิ่งต่างๆเหล่านี้เป็นสิ่งที่ท้าทาย (challenges) หรือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ตนเอง (stressors) และผู้ป่วยจะใช้วิธีการเผชิญกับปัญหา (coping) เพื่อจัดการกับผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง (Katz, 1998) ผู้ป่วยจะประเมินตัดสิน (appraisal)

สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและรับรู้ถึงผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นแก่ตนเองนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะของ
 สิ่งกระตุ้น ทรัพยากรที่ตนมีเพื่อที่จะใช้จัดการกับสิ่งกระตุ้นเหล่านั้น วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มี
 ประสิทธิภาพ และความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย (adaptive) ต่อสิ่งกระตุ้นนั้น ถ้าผู้ป่วย
 ประเมินตัดสินสิ่งกระตุ้นเหล่านั้นว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นแก่ตนและใช้วิธีการเผชิญ
 ปัญหาอย่างไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดี (poorer outcome) ตามมาได้ เช่น เกิดภาวะ
 ซึมเศร้า อารมณ์ด้านลบ (negative mood) มี self-efficacy ต่ำ ขณะเดียวกันถ้าผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญ
 ปัญหาที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เช่น เกิดอารมณ์ด้านลบน้อยลง (Lazarus & Folkman,
 1984; Brown & Nicassio, 1987)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

ภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยโรคหืดจัดเป็นกลุ่มอาการหนึ่งของความผิดปกติทาง
 อารมณ์ ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการเศร้ามากผิดปกติ ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่
 เบิกบาน ใจคอเศร้าหมอง รู้สึกเบื่อหน่ายและหมดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ภาวะนี้สามารถพบได้ใน
 กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง
 เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆและมีความเสี่ยงต่อการมีความ
 ผิดปกติทางจิตใจเกิดขึ้นได้ (จุฑารัตน์ สติปัญญา และพรชัย สติปัญญา, 2548; Moussavi,
 Chatterji, Verdes, Tandon, Patel, & Ustun, 2007; Moussas et al., 2008) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น
 สามารถพบได้ทั่วไปทั้งผู้ป่วยเพศชาย และเพศหญิง โดยพบจำนวนผู้ป่วยเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้า
 สูงกว่าผู้ป่วยเพศชาย และจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน
 245,404 ราย พบผู้ป่วยโรคหืดมีภาวะซึมเศร้า ได้ถึงร้อยละ 18.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา
 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และวัณโรคปอด ที่สามารถพบ
 ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางระบบทางเดินหายใจเช่นกัน (Moussavi, Chatterji, Verdes,
 Tandon, Patel, & Ustun, 2007; Moussas et al., 2008)

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่พบมากที่สุดโรคหนึ่งในผู้ป่วยผู้ใหญ่
 ซึ่งลักษณะของโรคหืดสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมากมาย เช่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตก
 กังวล เกิดการหยุดเรียนหรือขาดการทำงานบ่อยครั้ง เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
 ตามมาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในอาการของตนว่าจะมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นเมื่อใดแม้ผู้ป่วยจะดูแล
 ตนเองอย่างดี ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้ร่วมกับปัจจัยด้านเพศ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และการขาด
 แหล่งสนับสนุนทางสังคม ยิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหืดมีภาวะซึมเศร้ามกขึ้น (จุฑารัตน์ สติปัญญา
 และพรชัย สติปัญญา, 2548; Sexton, Calcasola, Bottomley, Funk, 1999; Moussas et al, 2008)

ผู้ป่วยโรคหืดที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น สามารถก่อให้เกิดผลกระทบด้านต่างๆตามมา เช่น การควบคุมโรคของผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ การทำงานของปอด (pulmonary function) และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆลดลง (Krommydas, Gourgoulisanis, Angelopoulos, Kotrotsiou, Raftopoulos, & Molyvdas, 2004; Brown, Vigil, Khan, Liggin, Carmody, & Rush, 2005; Lovoie et al. , 2005) มีค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น มีการพักรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันเมื่อมีอาการรุนแรงขึ้น มีการใช้ยาเพื่อป้องกันโรคน้อยลง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงขึ้น ไม่สามารถควบคุมอาการของตนเองได้ และเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยตามมา (Krommydas, Gourgoulisanis, Angelopoulos, Kotrotsiou, Raftopoulos, & Molyvdas, 2004; Eisner, Katz, Lactao, & Iribarren, 2005; Richardson, Lozano, Russo, McCauley, Bush, & Katon, 2006; Negro, Micheletto, Tosatto, Dionisi, Turco, & Donner, 2007)

3.2 อาการและการประเมินภาวะซึมเศร้า

ลักษณะของภาวะซึมเศร้า

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการเศร้าเป็นอาการสำคัญ เช่น ผู้ป่วยจะซึมเศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย หหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ นอนไม่หลับ เป็นต้น อาการต่างๆเหล่านี้จะเกิดขึ้นติดต่อกันอย่างน้อยเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการที่สำคัญ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; มาโนช หล่อตระกูล, 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

1. อาการทางร่างกาย

อาการทางร่างกายที่พบ ได้แก่ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนไป อาจนอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากเกินไป อ่อนเพลีย ไร้สมรรถภาพทางเพศ แบบแผนการรับประทานอาหารและความอยากอาหารลดลง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ท้องอืด ท้องเสีย วิงเวียน หรือปวดศีรษะ แบบแผนการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกายเปลี่ยนแปลง การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง

2. อาการทางจิตใจ

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอารมณ์ ความคิด สติปัญญา และการรับรู้ ได้แก่ ขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิ ไม่กล้าตัดสินใจ ขาดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ สูญเสียความจำโดยเฉพาะความจำระยะสั้น คิดว่าตนเองเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา รู้สึกกลัว วิดกกังวล เครียด ตื่นเต้น รู้สึกถูกทอดทิ้ง มีอารมณ์เศร้าหมอง โกรธ และขุ่นเคืองง่าย ไม่สนใจคนที่เคยสนิทคุ้นเคย รู้สึกไม่พอใจต่อสภาพที่เป็นอยู่ รู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า โดดเดี่ยว รู้สึก

หมดหนทางช่วยเหลือ (helplessness) ท้อแท้และหมดหวัง มีความเชื่อว่าตนเองล้มเหลว มีความเชื่อว่าภาวะที่เป็นอยู่ของตนเองเกิดจากมีสิ่งอื่นมากระทำ เชื่อว่าตนเองถูกลดโทษ และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้

3. อาการทางพฤติกรรมและสังคม

ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องอุปนิสัย และสัมพันธภาพ นิสัยที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย เช่น ไม้ร่าเริงสนุกสนานเหมือนเดิม มีความสนใจต่อการปฏิบัติกิจกรรมลดลงโดยสังเกตได้จากท่าทางที่เฉยเมย ไม่รับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม ไม่ยอมสบตา ความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ลดลง หรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆอย่างขาดระเบียบแบบแผน มีพฤติกรรมที่ไร้เหตุผล มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ไม่ติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น จนถึงแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด เป็นต้น

การประเมินภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามีเกณฑ์การวินิจฉัยและการแบ่งระดับความรุนแรง ดังนี้

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า สามารถวินิจฉัยได้ตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (1994) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-IV) ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ 5 อย่าง หรือมากกว่าติดต่อกันเป็นเวลายาวนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และต้องมีอาการดังนี้ 1 อย่าง คือ (1) อารมณ์เศร้า หรือ (2) หมดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ

1.1 อารมณ์เศร้า เสียใจ อารมณ์แปรปรวน เช่น ร้องไห้บ่อยครั้ง

1.2 หมดความสนใจหรือหมดความสุขในกิจกรรมต่างๆ

1.3 เบื่ออาหารและน้ำหนักลด หรือรับประทานและน้ำหนักเพิ่ม

1.4 นอนไม่หลับหรือนอนหลับมาก

1.5 ความคิดและการเคลื่อนไหวเชื่องช้า หรือพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย

1.6 อ่อนเพลียง่าย หรือไม่มีแรง

1.7 รู้สึกไร้ค่า หรือรู้สึกผิดมากจนผิดปกติ

1.8 สมาธิเสีย หรือมีความลังเลใจ

1.9 มีความคิดอยากตาย คิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

2. อาการดังกล่าวไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยอาการผิดปกติทางจิต (psychotic disorder)

ชนิดอื่น เช่น โรคจิตเภท (schizophrenia) โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive disorder)

3. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจ หรือมีปัญหาทางด้านกิจกรรมเกี่ยวกับสังคม การทำงาน หรืองานในหน้าที่สำคัญอย่างอื่น

4. อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากการใช้ยารักษาโรค สารเสพติด หรือภาวะความเจ็บป่วยทางกายทั่วไป เช่น hypothyroidism

5. อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น ภายหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก อาการดังกล่าวยังคงอยู่นานกว่า 2 เดือน หรือมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ มีการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย สูญเสียความมั่นใจในตนเอง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย มีอาการผิดปกติทางจิต และมีการเคลื่อนไหวช้า

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามีอาการแตกต่างกันและสามารถแบ่งระดับความรุนแรง ได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2543)

1. **ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยน้อย (Mild depressive):** เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นไม่แจ่มใส อารมณ์เศร้าเหงาหงอยชั่วคราว มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังของสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ เริ่มมีความรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตน ความตั้งใจในการทำงานต่างๆเริ่มลดลง มีความต้องการความช่วยเหลือ คำแนะนำ การเอาใจใส่ปลอบโยน การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ผู้ป่วยมีอาการเพียงเล็กน้อยมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยบ้าง เช่น ผู้ป่วยอาจต้องหยุดเรียน หรือหยุดงานเป็นบางครั้ง หรือมีประสิทธิภาพในการเรียนลดลงบ้าง

2. **ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depressive):** ภาวะซึมเศร้าระดับนี้จะรุนแรงเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น จนส่งผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว และการงานเพิ่มขึ้น เช่น อาจต้องหยุดเรียน หรือลาพักงานเพื่อรักษาตัว ประสิทธิภาพทางด้านต่างๆลดลงอย่างชัดเจน แต่ผู้ป่วยยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แม้จะไม่สมบูรณ์นัก มักมีอาการเศร้ามากขึ้น เป็นในช่วงเช้า และจะดีขึ้นในตอนกลางวัน รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งแวดล้อมอ่อนเพลีย รู้สึกว่ามีกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ มักตำหนิตัวเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายและสุขภาพตนเองปรากฏมากขึ้น รู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงไป มีความต้องการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์แวดล้อมและสังคม ละทิ้งสังคมที่ละน้อย อาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย การนอนหลับผิดปกติ ความอยากรับประทานอาหารลดลงจนกระทั่งไม่อยากรับประทานอาหารและน้ำ น้ำหนักลด ความต้องการทางเพศลดลง

3. **ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depressive):** ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง จะมีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความต้องการหลีกหนี หลบซ่อน ไม่มีการเข้าร่วมสังคม

ใดๆ ลักษณะอารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง และสิ้นหวัง หมดความสนใจสิ่งต่างๆ การตัดสินใจในเรื่องต่างๆเสียไปแม้แต่เรื่องเล็กน้อยในชีวิตประจำวัน มีการเคลื่อนไหวน้อยมาก มักนั่งอยู่เฉยๆกับที่ตลอดเวลา อยู่ในท่าเดิมนานๆ หรืออาจอยู่ไม่นั่ง ผุดลุกผุดนั่ง ไม่สนใจต่อตนเอง ดูตนเองไม่ได้ นอนหลับไม่สนิทหรือนอนไม่หลับมักรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา หมดความสนใจในเรื่องเพศ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้มักถอนตัวหนีออกจากโลกของความเป็นจริง มีความหลงผิด และมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้ ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีอาการไม่สบายซึ่งเป็นอันตราย เช่น มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสามารถประเมินได้โดยใช้เครื่องมือที่ถูกสร้างขึ้นตามคำนิยามและสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยสามารถแบ่งเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าได้เป็น 2 ประเภท คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสังเกต และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการประเมินตนเอง ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้าจากวิธีการสังเกต ได้แก่ Cronholm-Ottosson Scale, Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D), Raskin Depression Scale, Beath-Rafaelsen Melancholia Scale และ Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MNDRS) ส่วนแบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการประเมินตนเอง ได้แก่ Beck Depression Inventory (BDI), Zung Self-Rating Depression Scale, Zenssen Adjective Check List, Walkfield Self-Assessment Inventory, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) และ Geriatric Depression Scale (GDS) โดยมีเครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดภาวะซึมเศร้าที่เป็นที่นิยม เช่น

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Weissman, Sholomskas, Pottenger, Prusoff, & Locke, 1977) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์ด้านบวกอาการทางกาย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา

Beck Depression Inventory (BDI) ของเบ็ค (Beck, 1967) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 บนพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ครอบคลุมทั้งในด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของผู้ป่วย และการทำกิจกรรม คะแนนรวมทั้งหมดมี 63 คะแนน แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน มีการแปลผลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ คะแนนระหว่าง 0-9 คะแนน แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 10-15 คะแนน

มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 16-19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 20-29 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก และคะแนนระหว่าง 30-63 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) (Edward, Lambert, & Morgan, 1984 อ้างในมานิชน์ หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2539) สร้างโดยฮามิลตัน จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ในปี ค.ศ. 1950 และมีการปรับปรุงมาเรื่อยๆ จนในปี ค.ศ. 1967 จัดเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำถามเน้นการประเมินในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความหงุดหงิดกระวนกระวายและการหยิ่งรู้ การให้คะแนนและการจัดกลุ่มระดับคะแนนแบ่งตามความรุนแรง ตั้งแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจนถึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ข้อจำกัดของเครื่องมือนี้คือ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอารมณ์ซึมเศร้าได้ ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ และไม่สามารถวัดการรับรู้ที่เกิดจากภาวะอารมณ์ กระบวนการคิด และภาวะจิตวิญาณในผู้สูงอายุได้

Geriatric Depression Scale (GDS) (นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ, 2537) สร้างโดยเยซาเวท (Yesavage) ในปีค.ศ. 1983 มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อเน้นการประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ ความคาดหวังด้านลบ การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย การรู้จัก และการแยกตัวเอง ต่อมาในปี ค.ศ. 1986 ได้มีการปรับปรุงข้อคำถามให้เหลือเพียง 15 ข้อ เครื่องมือนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาต่างๆและนำไปใช้ในหลายประเทศ สำหรับในประเทศไทยอรรถพล ลีทองอินทร์ (2535) ได้นำเครื่องมือนี้มาแปล และนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .94 ต่อมากลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองโดยนิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ (2537) ได้นำมาพัฒนาเป็นแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยและใช้ชื่อว่า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ คำถามเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ และข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางลบ 20 ข้อ

สำหรับการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัดในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center of Epidemiologic Scale Depression: CES-D) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรทั่วไป และในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบบสอบถามนี้แปลเป็นภาษาไทยและผ่านการขัดเกลาทางภาษาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ และผ่านการนำมาศึกษาในคนไทยจนได้ค่าคะแนนที่เหมาะสมกับคนไทย โดยวิไล คุปต์นิริติชัยกุล และพนม เกตุมาน (2540)

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยมีข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 16 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 อันดับ มีการให้คะแนนตั้งแต่รู้สึกบ่อยครั้ง จนถึงไม่มีความรู้สึก และคำถามทั้งหมดแบ่งเป็นองค์ประกอบ 4 ส่วน คือ

1. อารมณ์ซึมเศร้า
2. อารมณ์ด้านบวก
3. อาการทางกาย
4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

4. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด โดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคและภาวะซึมเศร้า

ความรุนแรงของโรค (Severity of illness) เป็นรูปแบบของอาการแสดง (Symptom pattern) ถ้าอาการที่แสดงออกมามีความรุนแรงมาก ไม่ชัดเจน หรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคลุมเครือ ไม่สามารถทำความเข้าใจและให้ความหมายของอาการแสดงได้ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยโรคหืดมีลักษณะอาการของโรคหืดที่ความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถจำแนกสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่ก่อให้เกิดอาการ รวมทั้งไม่ทราบถึงอาการเตือนก่อนเกิดอาการรุนแรงได้ ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายสามารถจำแนกสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่ก่อให้เกิดอาการรุนแรงขึ้นได้ (Haggerty, 1990) แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ก็ยังมีอาการของโรคหืดเกิดขึ้นได้

ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนเองเกิดขึ้น และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเมื่อเกิดขึ้นแล้วนั้นจะอยู่ในชีวิตของผู้ป่วย ในแต่ละวันผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าตนเองจะเกิดอาการรุนแรง (attack) ขึ้นเมื่อใด เกิดขึ้นที่ใด เกิดขึ้นรุนแรงเพียงใด เกิดขึ้นอย่างฉับพลันหรือไม่ และจะเกิดขึ้นยาวนานเพียงใด ความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นจะทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความสนใจอาการต่างๆ ของตน ปฏิเสธอาการของตนเอง และเกิดความล่าช้าในการรักษาตามมา (Sexton, Calcasola, Bottomley, Funk, 1999) การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหืดที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้นได้มากกว่าผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่

เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Sexton, Calcasola, Bottomley, Funk, 1999) และผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากยิ่งขึ้นก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนสูงเช่นกัน (Kang, 2005)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และอารมณ์ด้านลบ (negative affect) ดังผลการศึกษาในผู้ป่วยโรค Fibromyalgia จำนวน 51 ราย ด้วยเครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนของมิเชล (Mishel Uncertainty of Illness Scale: MUIS) พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงยิ่งมีอาการด้านบวก (positive affect) น้อยกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ (Reich, Johnson, Zautra, & Davis, 2006)

ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาในผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 256 ราย ด้วยแบบสอบถามสุขภาพของผู้ป่วย (Patient Health Questionnaire: PHQ) และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด (Asthma Quality of Life Questionnaire: AQLQ) ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าและมีอาการของภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นและนอกจากนี้ยังพบความวิตกกังวลในผู้ป่วยร่วมด้วย (Goodwin et al., 2003; McCauley, Katon, Russo, Richardson, & Lozano, 2007; Schneider, Lowe, Meyer, Biessecker, Joos, & Szecsenyi, 2008)

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นส่วนหนึ่งของประโยชน์ที่สนับสนุนและช่วยเหลือ (structure provider) ที่สนับสนุนช่วยเหลือบุคคลในการแปล และให้ความหมายต่อเหตุการณ์ ซึ่งมีผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในการสนับสนุนช่วยเหลือทางตรง ทำให้บุคคลสามารถทำตามความเข้าใจและให้ความหมายของเหตุการณ์โดยตรง ส่วนในทางอ้อมการสนับสนุนช่วยเหลือที่ได้รับทำให้บุคคลสามารถกำหนดองค์ประกอบของสิ่งเร้าให้มีความชัดเจนมากขึ้น ซึ่งจะทําให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ที่ตนเองได้รับความรักใคร่ ผูกพัน ความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า การรับรู้ที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะทำให้มีกำลังใจ อารมณ์มั่นคง ส่งเสริมให้เผชิญภาวะเครียดได้ดีมีการปรับตัวที่เหมาะสมและช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากความซับซ้อนของการรักษาและระบบการให้บริการได้ (Mishel, 1988; Mishel & Clayton, 2003)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลที่เคยมีประสบการณ์เช่นเดียวกับตน สามารถที่จะลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม (Mishel & Clayton, 2003) โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่าง ๆ นั้นจะมีอิทธิพลต่อองค์ประกอบของสิ่งเร้า (Stimuli Frame) ได้ด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกับเหตุการณ์หรืออาการของผู้ป่วย (van Riper & Selder, 1989; White & Frasure-Smith, 1995) การที่บุคคลมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (Shaha, Cox, Talman, & Kelly, 2008)

การได้รับปฏิสัมพันธ์เชิงสนับสนุนจากญาติจะช่วยให้บุคคลเกิดกระบวนการรับรู้ที่ถูกต้อง และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถลดลงได้เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง (Shaha, Cox, Talman, & Kelly, 2008) การสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 378 ราย ด้วยเครื่องมือแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) และแบบวัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำจะทำให้บุคคลมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา, 2548; Koizumi et al., 2005)

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและภาวะซึมเศร้า

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness) เมื่อเกิดขึ้นแล้วบุคคลจะมีการประเมินตัดสิน (appraisal) ถึงสถานการณ์เหล่านั้นว่าเป็นอันตรายหรือโอกาสแก่ตนเอง (Mishel, 1988) โดยอาศัยกระบวนการการประเมินตัดสินใน 2 รูปแบบ คือ การลงความเห็น และการสร้างความเชื่อใหม่ โดยที่การลงความเห็นจะถูกกำหนดตามลักษณะของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อในตัวเองและความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม ส่วนการสร้างความเชื่อใหม่จะถูกกำหนดตามความเชื่อ และบุคคลจะเลือกพิจารณาความเชื่อตามแนวคิดที่ตนเองปรารถนา บุคคลจะมีการประเมินตัดสินสถานการณ์นั้นได้ทั้งทางบวก และทางลบ ถ้าบุคคลตัดสินสถานการณ์หรือความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนเองนั้นว่าเป็นทางบวก จะถือว่าสถานการณ์นั้นเป็นโอกาส (opportunity) แก่ตนเอง แต่ถ้าบุคคลประเมินตัดสินสถานการณ์หรือความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนเองนั้นว่าเป็นทางลบ จะถือว่าสถานการณ์นั้นเป็นอันตราย (danger) ต่อตนเอง แสดงว่าเหตุการณ์นี้เป็นภาวะที่คุกคามต่อสวัสดิภาพ ความผาสุกของตนเอง และผลของการประเมินตัดสินว่าเป็นอันตรายต่อตนเองที่เกิดขึ้น จะเกิดผลกระทบต่อด้านอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะ

ซึมเศร้า และภาวะเครียด (distress) ตามมาได้ (Mishel, 1988; Mishel, 1990; Mishel & Clayton, 2003)

เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บจะมีการประเมินตัดสินว่าเป็นอันตรายต่อตนเองมากกว่าประเมินตัดสินว่าเป็นโอกาส และเมื่อมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากขึ้นเท่าใด บุคคลก็จะยังมีการประเมินตัดสินว่าเป็นอันตรายมากขึ้นเท่านั้น และบุคคลที่มีการประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตรายต่อตนเองนั้น จะเป็นผู้ที่มีความสุขกายและสุขภาพจิตเลวลง (poorer general health and mental health) (Kang, 2006) ผลของความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นนั้นสามารถก่อให้เกิดผลเสียต่างๆแก่บุคคลตามมาได้ เช่น เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เกิดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Houldin, 2003) นอกจากนี้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นยังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเต้นของหัวใจผิดปกติ (atrial fibrillation) จำนวน 81 ราย ด้วยแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (MUIS) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการประเมินตัดสินสถานการณ์ต่างๆว่าเป็นอันตรายต่อตนเองมากกว่าเป็นโอกาส และความรู้สึกไม่แน่นอนที่ตัดสินสถานการณ์ต่างๆว่าเป็นอันตรายต่อตนเองนั้นจะมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะซึมเศร้า ยังมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากขึ้นเท่าใด การประเมินตัดสินว่าเป็นอันตรายต่อตนก็ยิ่งมากขึ้นเท่านั้น และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมามากขึ้นเช่นกัน ดังนั้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการและการรักษาของตนอย่างดี และสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลงได้ เมื่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยก็จะลดลงด้วยเช่นกัน (Kang, 2006)

5. สรุป

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจที่พบได้มากที่สุดโรคหนึ่งในผู้ใหญ่ สามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจแก่ผู้ป่วยตามมา ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยโรคหืดจัดเป็นผลกระทบด้านจิตใจที่สำคัญและพบได้มากในผู้ป่วยโรคหืด ประกอบกับลักษณะเฉพาะของโรคหืดที่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอาการขึ้นเมื่อใด เกิดขึ้นเวลาไหน และเกิดขึ้นที่ใด แม้ว่าจะดูแลตนเองและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดอาการกำเริบแล้วก็ตาม ซึ่งลักษณะเฉพาะเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนเองขึ้นมา ร่วมกับความรุนแรงของโรค และการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดอาการซึมเศร้าขึ้น และเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในผู้ป่วยโรคหืดจึงส่งผลให้

ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการของตนเองและก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆต่อผู้ป่วยตามมา ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดจึงสามารถนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และนำมาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืดต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยาย (Descriptive) เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด และอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดจากอายุรแพทย์ระบบทางเดินหายใจ โดยใช้การทางคลินิก และอาการทางคลินิกร่วมกับการตรวจสมรรถภาพปอดเป็นเกณฑ์วินิจฉัย
3. ได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลม และยาเพื่อควบคุมอาการของโรค
4. ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆที่ทำให้มีอาการหายใจลำบาก เช่น Pulmonary tuberculosis, CA Lung, ภาวะหัวใจวาย (CHF)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การคำนวณและเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) สำหรับการวิเคราะห์ Multiple regression โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95 % , $\alpha = .05$, Power of test = 0.8 , ตัวแปรอิสระ 3 ตัว และกำหนดค่า Medium effect size = .13 เนื่องจากการศึกษาของบังอร ปีประทุม (2005) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ของผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 90 ราย ในสถาบันโรคทรวงอก

และได้กำหนดค่า Medium effect size = .13 และสามารถอธิบายปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหืดซึ่งได้แก่ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้เรื่องโรค และความรุนแรงของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการศึกษาในครั้งนี้ได้ใช้แหล่งเก็บข้อมูลในสถาบันโรคทรวงอก แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่าง และศึกษาปัจจัยทำนายเช่นเดียวกับการศึกษาของบังอร ปีประทุม (2005) ดังนั้นการศึกษานี้จึงใช้ค่า Medium effect size = .13 อ้างอิงตามการศึกษาของบังอร ปีประทุม (2005) จึงคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 77 ราย (Polit & Beck, 2008) และได้มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 10 % เพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบข้อมูลไม่ครบถ้วน ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 85 ราย

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 400 เตียง รักษาโรคเกี่ยวกับหัวใจและระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอกทำการตรวจรักษาผู้ป่วยในช่วงเช้า เวลา 8.00-12.00 น. ในวันจันทร์-วันศุกร์ และมีผู้ป่วยโรคหืดมารับบริการปี พ.ศ. 2550 จำนวน 5,453 รายต่อปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามและแบบประเมิน ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคลและประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหืด

เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบและให้ตอบเอง ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มาแผนกฉุกเฉินและมาโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมาจากการหายใจหอบเหนื่อย จำนวนวันที่ขาดงานในปีที่ผ่านมาจากการหอบเหนื่อยที่รุนแรง ประวัติการใช้เครื่องช่วยหายใจจากการหอบ บุคคลที่ดูแลเมื่อมีอาการกำเริบ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการรุนแรง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของโรค

แบบประเมินความรุนแรงของโรค ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. การประเมินความรุนแรงของโรคหืดตามลักษณะของโรค ของบังอร ปีระทุม (2005) ที่พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและยึดตามหลักเกณฑ์ของสมาคมอหิวาเวชช์ไทย (2547) และเกณฑ์ของ GINA (Global Initiative for Asthma) (2004) เนื่องจากการประเมินความรุนแรงของโรคหืดได้อย่างเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินครอบคลุมเนื้อหา 2 ส่วน คือ 1) คำถามเกี่ยวกับอาการของโรคหืด และจำนวนครั้งการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา 2) คำถามเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการควบคุมโรคหืด ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 1, 2, 3 และ 4 ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง แบ่งระดับความรุนแรงของโรคได้ 4 ระดับคือ มีอาการเป็นครั้งคราว อาการรุนแรงน้อย อาการรุนแรงปานกลาง และอาการรุนแรงมาก และข้อคำถามที่ 5 และ 6 ที่ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ และค่าการตรวจสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2. การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและยึดตามหลักเกณฑ์ของสมาคมอหิวาเวชช์ไทย (2547) และเกณฑ์ของ GINA (Global Initiative for Asthma) (2004) ประกอบด้วยคำถาม 1 ข้อ ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง แบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคได้ 4 ระดับคือ ไม่มีความรุนแรง รุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก ดังนี้

ไม่มีความรุนแรง

- มีอาการกำเริบเป็นช่วงสั้นๆ
- ไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย

รุนแรงน้อย

- อาการที่กำเริบมีผลต่อการทำกิจกรรมต่างๆ และการนอนหลับของผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย
- สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

รุนแรงปานกลาง

- อาการที่กำเริบมีผลต่อการทำกิจกรรมต่างๆ และการหลับของผู้ป่วยปานกลาง
- มีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่เคยทำได้ตามปกติเพียงเล็กน้อย

รุนแรงมาก

- มีอาการตลอดเวลา
- กิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยถูกจำกัดจนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมและนอนหลับได้ดังเดิม

แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค	(คะแนน)
ไม่มีความรุนแรง	1
รุนแรงน้อย	2
รุนแรงปานกลาง	3
รุนแรงมาก	4

ส่วนที่ 3 แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS)

แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) เป็นเครื่องมือสำหรับวัดความเข้าใจ และการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (social support) อย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นมาจาก Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley ในปี ค.ศ 1988

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้วัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ ฉบับที่ทำการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย โดยพิทักษ์พล บุญยะมาลิก (2005) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับอย่างเพียงพอจากครอบครัว (family) เพื่อน (friends) และบุคคลใกล้ชิด (significant other) ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอจากครอบครัว ในข้อคำถามที่ 3, 4, 8, 9 และ 11
2. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอจากเพื่อน ในข้อคำถามที่ 6, 7 และ 12
3. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอจากบุคคลใกล้ชิด ในข้อคำถามที่ 1, 2, 5, และ 10

ข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตรส่วนประมาณค่า (likert scale) 7 อันดับ ซึ่งมีการอธิบายความหมายของคำตอบแต่ละข้อดังนี้

เห็นด้วยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริงมากที่สุด
เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริงมาก

เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริงเล็กน้อย
มีความเห็นเป็นกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นผู้ตอบรู้สึกเฉยๆ
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงมาก
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงมากที่สุด

ข้อคำถามทั้ง 12 ข้อ โดยข้อคำถามทั้งหมดประกอบด้วยคำถามด้านบวก และลักษณะคำตอบมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอ	(คะแนน)
เห็นด้วยที่สุด	7
เห็นด้วยอย่างมาก	6
เห็นด้วยเล็กน้อย	5
มีความเห็นเป็นกลาง	4
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	2
ไม่เห็นด้วยที่สุด	1

คะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถามนี้ มีค่าระหว่าง 12- 84 คะแนน คะแนนรวมทั้งชุดสูง หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

การกำหนดเกณฑ์ให้คะแนนและแปลผลคะแนน เพื่อแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้ค่าคะแนนที่มากที่สุดที่ผู้ป่วยตอบได้ ลบด้วยคะแนนที่น้อยที่สุดที่ผู้ป่วยตอบได้ หาค่าด้วยจำนวนระดับ ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2543)

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{จำนวนสูงสุด} - \text{จำนวนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

จำนวนสูงสุด 76 คะแนน จำนวนต่ำสุด 56 คะแนน จึงได้ความกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ 7 คะแนน ดังนั้นจึงนำมาจัดกลุ่มระดับการสนับสนุนทางสังคม ได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ	หมายถึงได้ 56 – 62 คะแนน
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	หมายถึงได้ 63 – 69 คะแนน
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง	หมายถึงได้ 70 - 76 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel Uncertainty Inventory Scale: MUIS)

เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้ สร้างโดยมิเชล (.Mishel, 1980) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (Mishel Uncertainty Inventory Scale: MUIS) (Mishel, 1990) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยปิธิรัตน์ พิชยมงคล (2002) และผู้วิจัยดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ แบ่งเป็นองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย มีจำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 25
2. ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 10, 27, 30, 31, 32
3. ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 11, 18, 21, 28
4. ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษาได้ มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12, 20, 24, 26, 29

ข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตรส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 อันดับ ซึ่งมีการอธิบายความหมายของคำตอบแต่ละข้อดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง

ตัดสินใจไม่ได้	หมายถึง	ผู้ตอบไม่สามารถบอกได้ว่ามีความเห็น อย่างไรกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น เล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น เลย

ข้อคำถามทั้ง 32 ข้อ มีความหมายทั้งทางบวก และทางลบ โดยข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 28 และข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ข้อ 6, 7, 10, 12, 20, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32 ลักษณะคำตอบมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	คำถามด้านบวก (คะแนน)	คำถามด้านลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ตัดสินใจไม่ได้	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

คะแนนรวมทั้งหมดของแบบสอบถามนี้ มีค่าระหว่าง 32-160 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาก และคะแนนรวมด้านใดมาก แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านนั้นสูง

การกำหนดเกณฑ์ให้คะแนนและแปลผลคะแนน เพื่อแบ่งระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็น 3 กลุ่ม โดยใช้ค่าคะแนนที่มากที่สุดที่ผู้ป่วยตอบได้ ลบด้วยคะแนนที่น้อยที่สุดที่ผู้ป่วยตอบได้ หาค่าด้วยจำนวนระดับ ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2543)

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{จำนวนสูงสุด} - \text{จำนวนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

จำนวนสูงสุด 91 คะแนน จำนวนต่ำสุด 61 คะแนน จึงได้ความกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ 11 คะแนน ดังนั้นจึงนำมาจัดกลุ่มระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้ 3 กลุ่มดังนี้

มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อย หมายถึงได้ 61 – 71 คะแนน
มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยปานกลาง หมายถึงได้ 72 – 82 คะแนน
มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง หมายถึงได้ มากกว่า 83 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Center of Epidemiologic Scale Depression: CES-D)

เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดภาวะซึมเศร้า ซึ่งพัฒนาและปรับปรุงโดย Radloff (1977) สำหรับวัดภาวะซึมเศร้าของบุคคลทั่วไป (general people) ลักษณะแบบสอบถามถามเกี่ยวกับความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม ในช่วงเวลา 7 วันที่ผ่านมาของผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (CES-D) ฉบับที่มีการพัฒนาเพื่อให้ได้ค่าคะแนนที่เหมาะสมสำหรับวัดภาวะซึมเศร้าในคนไทยโดยวิไล คุปต์นิริติชัยกุล และพนม เกตุมาน (2540)

ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ และแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

1. อารมณ์ซึมเศร้า	มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่	ข้อ 3, 6, 9, 10, 14, 17, 18
2. อารมณ์ด้านบวก	มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่	ข้อ 4, 8, 12, 16
3. อาการทางกาย	มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่	ข้อ 1, 2, 5, 7, 11, 13, 20
4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่	ข้อ 15, 19

ข้อคำถามมีทั้งคำถามด้านบวก 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 4, 8, 12, 16 และคำถามด้านลบ 16 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20

ข้อคำถามแต่ละข้อ มีคะแนนเป็นแบบ Likert Scale แบ่งเป็น 4 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน โดยผู้ตอบประเมินว่าข้อความนั้นตรงสำหรับตนมากน้อยเพียงใด ดังนี้

การวัดภาวะซึมเศร้า	ข้อคำถามด้านบวก (คะแนน)	ข้อคำถามด้านลบ (คะแนน)
ไม่มีความรู้สึก	3	0
รู้สึกนานๆครั้ง	2	1
รู้สึกค่อนข้างบ่อยๆ	1	2
รู้สึกบ่อยครั้ง	0	3

คะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถามนี้มีค่าระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า และถ้ามีค่าคะแนนสูงขึ้นแสดงว่ายังมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น

ประสิทธิภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลนี้ถูกนำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยมีการปรับเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสม จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจและด้านจิตเวชศาสตร์ ประกอบด้วย

- | | |
|--|--------------|
| 1. อายุรแพทย์ ด้านระบบทางเดินหายใจ | จำนวน 1 ท่าน |
| 2. อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ | จำนวน 1 ท่าน |
| 3. อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ | จำนวน 1 ท่าน |
| 4. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในระบบทางเดินหายใจ | จำนวน 2 ท่าน |

2. ประเมินความรุนแรงของโรค

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

แบบประเมินความรุนแรงของโรคตามลักษณะของโรค ใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคของบ๊อง ปิประทุม (2005) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ยึดตามหลักเกณฑ์ของสมาคมอหิวาเวชไทย (2547) และเกณฑ์ของ GINA (Global initiative for asthma) (2004) ดังนั้นเป็นแบบวัดที่มีความเป็นมาตรฐาน สามารถนำมาใช้ประเมินความรุนแรงของโรคหืดได้

สำหรับแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้อาการและผลกระทบของผู้ป่วยโรคหืดนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง และนำแบบสอบถามส่วนนี้มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยมีการปรับเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหืด จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน

3. แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ของ Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley (1988) เป็นแบบสอบถามสำหรับวัดความเข้าใจ และการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จากครอบครัว (family) เพื่อน (friends) และบุคคลใกล้ชิด (significant other) นิยมนำมาใช้วัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง (Bayat, Erdem, & Kuzucu, 2008) ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไต (hemodialysis) (Kara, Caglar, & Kilic, 2007) เป็นต้น กลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่น (Canty-Mitchell & Zimet, 2000) แบบสอบถามนี้ได้ถูกนำไปหาค่าความตรงของเครื่องมือ (Validity) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย เช่น นักศึกษาในมหาวิทยาลัย (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) หญิงตั้งครรภ์ (Zimet, Powell, Farley, Werkman, & Berkoff, 1990) และผู้ป่วยจิตเวช (Cecil, Stanley, Carrion, & Swann, 1995)

สำหรับในประเทศไทย พิทักษ์พล บุญยะมาลิก (2005) ได้นำแบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติของ Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley (1988) จำนวน 12 ข้อ มาทำการแปลเป็นภาษาไทย โดยผ่านกระบวนการ Translation – back translation อย่างครบถ้วน ซึ่งเนื้อหาของแบบสอบถามชุดนี้มีความหมายใกล้เคียงกับต้นฉบับภาษาอังกฤษมากที่สุด เพื่อใช้สำหรับวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มเด็กวัยรุ่น ดังนั้นแบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (MSPSS) จึงสามารถนำมาวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอของผู้ป่วยได้

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ มีค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 เมื่อแยกเป็นค่าความเชื่อมั่นในการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด พบว่า ด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91, การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากเพื่อน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ

0.89, และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากบุคคลใกล้ชิด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91, (Canty-Mitchell & Zimet, 2000) 1989)

พิทักษ์พล บุญะมาลิก (2005) ได้นำแบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ มาศึกษาในกลุ่มเด็กวัยรุ่น และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.89

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 ราย เพื่อนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.71

4. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel Uncertainty Inventory Scale: MUIS) เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้ เครื่องมือนี้ได้พัฒนาครั้งแรกในปี ค.ศ. 1980 โดยมีเชล (Merle H. Mishel, 1980) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 100 ราย ซึ่งเครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 54 ข้อ และเครื่องมือนี้ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ค.ศ. 1983 มีเชลได้นำเครื่องมือชุดนี้ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย 2. ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแลสุขภาพ 3. ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ และ 4. ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษาได้ นำไปศึกษากับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแตกต่างกัน จำนวน 268 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นขององค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน อยู่ระหว่าง 0.70-0.91

ในปี ค.ศ. 1989 มีเชลได้นำเครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยชุดเดิมนำมาวิเคราะห์ใหม่และนำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,199 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลังการวิเคราะห์องค์ประกอบของเครื่องมือแล้วพบว่า มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ ซึ่งด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ และด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ มีความหมายคงเดิม ส่วนด้านการขาดข้อมูลเปลี่ยนเป็นความไม่สม่ำเสมอในเรื่องของข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

และด้านการไม่สามารถทำนายและพยากรณ์โรคเปลี่ยนเป็นการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ จากการศึกษาพบว่าค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือนี้ มีค่าเท่ากับ 0.91, 0.86 และ 0.83 ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคเรื้อรัง ตามลำดับ

ในประเทศไทยได้มีผู้นำเครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, 2533) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Pichayamongkol, 2002) ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536) ผู้ป่วยโรคเอสแอลอี (สุภาณี แก้วธำรงค์, 2543) และผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (สุมาพร บรรณสาร, 2545)

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel Uncertainty Inventory Scale: MUIS) (Mishel, 1990) ฉบับที่ปรับปรุงและแปลเป็นภาษาไทยโดยปิติรัตน์ พิชยมงคล (Pitirat Pichayamongkol, 2002) ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา และนำเครื่องมือนี้มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน เพื่อให้เกิดความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้กับผู้ป่วยโรคหืด

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.83-0.91 (Mishel, 1989) เมื่อแยกเป็นค่าความเชื่อมั่นในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน พบว่า ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87, ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81, ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73, และด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 (Mishel & Epstein, 1990)

ปิติรัตน์ พิชยมงคล (Pitirat Pichayamongkol, 2002) ได้นำเครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ มาแปลเป็นภาษาไทยและปรับเนื้อหาให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยชุดนี้ได้ผ่านการวิเคราะห์คุณลักษณะความตรง ค่าความเชื่อมั่น และผ่านการจัดเกลาภาษาให้มีเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจ มาศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ไปทดสอบ กับผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี

จำนวน 30 ราย เพื่อนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89

5. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Center of Epidemiologic Scale Depression: CES-D) เป็นแบบสอบถามที่นิยมนำมาใช้วัดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรทั่วไป และนิยมใช้สำหรับวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเรื้อรัง (van Manen, Bindels, Dekker, IJzermans, van der Zee, & Schadé, 2002) ผู้ป่วยโรคหืด (Yen, Yelin, Katz, Eisner, & Blanc, 2008) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย (Lesman-Leegte, Jaarsma, Sanderma, Hillege, & van Veldhuisen, 2008) ในประเทศไทยวิไล กุปต์นิริติศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) ได้นำแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยและผ่านการจัดเกลาทางภาษาจากนักภาษาศาสตร์ และจิตแพทย์ไทย โดยรัชชัย วรพงษ์ธร วงเดือน ปันดี และสมพร เจริญชัยศรี (2533) มาใช้ในการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทั่วไปที่มีสุขภาพจิตปกติและกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช พบว่าแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (CES-D) สามารถคัดกรองและบอกลถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (CES-D) มีค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) อยู่ระหว่าง 0.84-0.90 (Radloff, 1977) Yen, Yelin, Katz, Eisner, & Blanc (2008) ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดโดยการใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (CES-D) ที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.84-0.90 (Radloff, 1977) วิไล กุปต์นิริติศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) ได้นำแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยรัชชัย วรพงษ์ธร วงเดือน ปันดี และสมพร เจริญชัยศรี (2533) มาพัฒนาเพื่อให้ได้เครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับวัดภาวะซึมเศร้าในคนไทย ซึ่งแบบสอบถามฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยชุดนี้ได้ผ่านการวิเคราะห์คุณลักษณะความตรง และค่าความเชื่อมั่น

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (CES-D) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยเมื่อกำหนดด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = 0.91 (วิไล กุปต์นิริติศัยกุลและพนม เกตุมาน, 2540)

ค่าคะแนนมาตรฐานที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าของคนไทยแตกต่างจากคนต่างประเทศ ที่มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 16 คะแนน (Weissman, Sholomskas, Pottenger, Prusoff, & Locke, 1977) เนื่องจากรัชชัย วรพงษ์ธร วงเดือน ปันดี และสมพร เจริญชัยศรี (2533) ได้ใช้ค่าคะแนน

มาตรฐานที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าของคนต่างประเทศ ที่มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 16 คะแนน มาทำการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัยครูที่มีภาวะปกติ พบว่าค่าความชุกของนักศึกษากลุ่มที่มีสุขภาพจิตปกติมีค่าร้อยละ 60.5 ซึ่งถือว่าภาวะซึมเศร้าสูงมาก ดังนั้นค่าคะแนนมาตรฐานที่ใช้สำหรับบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าที่มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 16 คะแนน จึงไม่เหมาะกับคนไทย แม้ว่าการศึกษาภาวะซึมเศร้าในโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยต่างประเทศ เช่น ผู้ป่วยหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (van Manen, Bindels, Dekker, IJzermans, van der Zee, & Schadé, 2002) ผู้ป่วยโรคหืด (Yen, Yelin, Katz, Eisner, & Blanc, 2008) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย (Lesman-Leegte, Jaarsma, Sanderma, Hillege, & van Veldhuisen, 2008) จะใช้ค่าคะแนนมาตรฐานที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้า ที่มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 16 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนที่เหมาะสมสำหรับคนต่างประเทศก็ตาม แต่ไม่เหมาะสมเมื่อนำมาใช้กับคนไทยเนื่องจากค่าคะแนนมาตรฐานที่มีความแตกต่างกันนั้น อาจมาจากวัฒนธรรมและโครงสร้างทางสังคมที่มีความแตกต่างกันของสังคมตะวันตกและสังคมตะวันออก ดังนั้นค่าคะแนนมาตรฐานที่มีความเหมาะสมสำหรับแสดงถึงภาวะซึมเศร้าของคนไทย จึงมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 19 คะแนน ซึ่งเป็นค่าคะแนนที่มีความไว (sensitivity) และความจำเพาะสูง (specificity) คือเท่ากับร้อยละ 93.33 และร้อยละ 94.20 ตามลำดับ (วิไล คุปต์นิตติชัยกุล และพนม เกตุมาน, 2540)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ไปทดสอบ กับผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 ราย เพื่อนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.88

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้
ขั้นตอนดำเนินการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของมหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันโรคทรวงอก
2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของมหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันโรคทรวงอก เสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลการวิจัย

3. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยและขอความช่วยเหลือเพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมด้วยตนเองทั้งหมด เก็บข้อมูลวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 7.00 น.- 12.00 น. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยโรคหืดแล้วนำเข้าสู่กลุ่มตัวอย่าง ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วยโรคหืด พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษารั้งนี้

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

6. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหืด ก่อนที่ผู้ป่วยจะพบแพทย์หรือหลังจากผู้ป่วยพบแพทย์เสร็จแล้ว โดยมีแบบสอบถามและแบบประเมินเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามจนผู้ป่วยเข้าใจก่อนลงมือทำ โดยมีผู้วิจัยอยู่ข้างๆคอยให้ข้อมูลเมื่อผู้ป่วยโรคหืดต้องการ

7. เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละชุด ถ้าไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยเพิ่มเติมจนครบถ้วน จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยโรคหืดที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และผู้วิจัยจะศึกษาข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ และการตรวจสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย

8. ข้อมูลที่รวบรวมได้จะถูกนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโรคหืดในการเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการเคารพสิทธิมนุษยชนและวางขั้นตอนในการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนี้ ก่อนทำการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านขั้นตอนการรับรองจากจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคหืดเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง เมื่อผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วยโรคหืด เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หรือการถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการจากโรงพยาบาล หลังจากที่ผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองแล้ว ผู้ป่วยจะแสดงเจตนาให้ความยินยอมโดยลงนามในใบลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะไม่มีการเปิดเผยรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว แบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบจะถูกเก็บไว้ 5 ปี ก่อนนำไปทำลายทิ้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ ข้อมูลเพื่อหาความแตกต่างทางสถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของโรค วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด วิเคราะห์โดยใช้ Multiple regression



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงอิทธิพลของปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด และอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย เป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

ส่วนที่ 4 อำนาจการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 85 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.5 มีอายุมากกว่า 45 ปี ร้อยละ 82 (Max = 81 , Min = 26, Mean = 57.4) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.6 สถานภาพการสมรสคู่ ร้อยละ 76.5 การศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 51.8 ประกอบอาชีพงานบ้าน ร้อยละ 36.5 รองลงมาเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 16.5 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน อยู่ระหว่าง 10,000-30,000 บาท/เดือน ร้อยละ 74.1 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95.3 มีความเพียงพอของรายได้ ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลโดยการเบิกจากต้นสังกัดซึ่งเป็นหน่วยราชการ ร้อยละ 48.2 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.0 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร ในขณะที่เดียวกันพบว่า มีผู้ที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น ร้อยละ 16.5 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 85)

ลักษณะ		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	31	36.5
	หญิง	54	63.5
อายุ (ปี)			
	25 – 35	5	6.0
	36 – 45	10	12.0
	46 – 55	22	26.0
	56 – 65	23	27.0
	66 – 75	19	22.0
	มากกว่า 75	6	7.0
(Max = 81 , Min = 26, Mean = 57.4, SD. = 13.6)			
ศาสนา			
	พุทธ	83	97.6
	อิสลาม	2	2.4
สถานภาพสมรส			
	โสด	11	12.9
	สมรส	65	76.5
	หม้าย/ หย่า/ แยก	9	10.6
ระดับการศึกษา			
	ประถมศึกษา	44	51.8
	มัธยมศึกษา	9	10.6
	ประกาศนียบัตรวิชาชีพ หรืออนุปริญญา	9	10.6
	ระดับปริญญาตรี	21	24.7
	สูงกว่าปริญญาตรี	2	2.4
อาชีพ			
	เกษตรกร เช่น ทำไร่ ทำนา ทำประมง เลี้ยงสัตว์	13	15.3
	รับจ้างทั่วไป	9	10.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ (ต่อ)		
- พนักงานโรงงานทอผ้า	1	1.2
- ขับรถรับจ้าง	2	2.35
- ช่างเสริมสวย	2	2.35
ค้าขาย	13	15.3
บริษัทเอกชน	3	3.5
รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	10	11.8
งานบ้าน	31	36.5
อื่นๆ ได้แก่ ครูสอนศาสนาอิสลาม	1	1.2
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	1	1.2
5,001 - 10,000 บาท	8	9.4
10,001 - 30,000 บาท	63	74.1
30,001 - 50,000 บาท	11	12.9
50,001 - 100,000 บาท	1	1.2
มากกว่า 100,000 บาท	1	1.2
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	81	95.3
ไม่เพียงพอ	4	4.7
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
จ่ายค่าใช้จ่ายเอง	23	27.1
เบิกต้นสังกัด	41	48.2
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	17	20.0
ประกันสังคม	4	4.7
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย		
อยู่คนเดียว	2	2.4
บิดา – มารดา	2	2.4

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย (ต่อ)		
คู่สมรส	14	16.5
บุตร	9	10.6
คู่สมรสและบุตร	51	60.0
อื่นๆ เช่น พี่น้อง ญาติ น้ำสาว หลาน	7	8.2

1.2 ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคหืด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหืดระหว่าง 1 – 5 ปี ร้อยละ 49.4 (Max = 20 , Min = 0.25, Mean = 5.7) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 66 ไม่เคยได้รับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินหรือคลินิกด้วยอาการหอบเหนื่อยที่รุนแรงจากโรคหืด ไม่เคยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบเหนื่อยที่รุนแรงจากโรคหืด (ร้อยละ 90.6) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยขาดงานด้วยอาการหอบเหนื่อยที่รุนแรงจากโรคหืด (ร้อยละ 90.6) และไม่เคยมีประวัติการใช้เครื่องช่วยหายใจจากอาการหอบเหนื่อยที่รุนแรงจากโรคหืด (ร้อยละ 97.6)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่สมรสและบุตรคอยให้การดูแลเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ คิดเป็นร้อยละ 49.4 รองลงมา มีคู่สมรสคอยให้การดูแลเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ คิดเป็นร้อยละ 23.5

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 100 รับประทานถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการของโรคหืด และชนิดของสิ่งกระตุ้นที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการของโรคหืด คือ การเปลี่ยนแปลงของอากาศ (ร้อยละ 72.9) ควันบุหรี่ (ร้อยละ 50.6) ฝุ่นละอองจากการทำงาน (ร้อยละ 45.9) สิ่งกระตุ้นอื่นๆ เช่น ควันไฟ สปาร์กจิ๊ดผม สารเคมี ยาฆ่าแมลง (ร้อยละ 12.9) ขนและรังแคของสัตว์เลี้ยง (ร้อยละ 9.4) การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 5.9) ละอองเกสร (ร้อยละ 4.7) ไรฝุ่น (ร้อยละ 3.5) แมลงสาบ (ร้อยละ 2.4) และเชื้อรา (ร้อยละ 1.2) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลความเจ็บป่วย

ประวัติความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาความเจ็บป่วย (ปี)		
0.25 – 1.00	15	17.6
1.01 – 5.00	42	49.4
5.01 – 10.00	17	20
มากกว่า 10	11	13
(Max = 20, Min = 0.25, Mean = 5.7, S.D. = 5.4)		
จำนวนครั้งของการรักษาที่แผนกฉุกเฉินหรือคลินิกใน 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	56	66.0
เคย 1 ครั้ง	19	22.3
เคย 2 - 3 ครั้ง	9	10.5
เคยมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง	1	1.2
จำนวนครั้งของการพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบเหนื่อยรุนแรงใน 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	77	90.6
เคย 1 ครั้ง	7	8.2
เคยมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง	1	1.2
จำนวนวันที่ขาดงานด้วยอาการหอบเหนื่อยรุนแรง ใน 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	77	90.6
1-5 วัน	4	4.7
มากกว่า 5 วัน	4	4.7
จำนวนครั้งของการใช้เครื่องช่วยหายใจใน 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	83	97.6
เคย 1 ครั้ง	1	1.2
เคย 2 ครั้ง	1	1.2

ตารางที่ 2 ข้อมูลความเจ็บป่วย (ต่อ)

ประวัติความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่ดูแลท่านเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ		
ไม่มี	3	3.5
บิดา-มารดา	1	1.2
คู่สมรส	20	23.5
บุตร	11	12.9
คู่สมรส และบุตร	42	49.4
อื่นๆ เช่น ญาติ พี่น้อง น้ำสาว หลาน	8	9.4
การรับทราบถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการของโรคหืด		
ทราบ	84	98.8
ไม่ทราบ	1	1.2
ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้มีอาการของโรคหืด		
การเปลี่ยนแปลงของอากาศ	62	72.9
ควันบุหรี่	43	50.6
ฝุ่นละอองจากการทำงาน	39	45.9
สิ่งกระตุ้นอื่นๆ เช่น ควันไฟ สเปรย์ฉีดผม สารเคมี ยาฆ่าแมลง	11	12.9
ขนและรังแคของสัตว์เลี้ยง	8	9.4
การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ	5	5.9
ละอองเกสร	4	4.7
ไรฝุ่น	3	3.5
แมลงสาบ	2	2.4
เชื้อรา	1	1.2

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรุนแรงของโรคหืดโดยยึดตามเกณฑ์สมาคมอูรเวชช์ไทย (2547) และ GINA (Global initiative for asthma guideline) (2004) ในระดับรุนแรงน้อย ร้อยละ 53 รองลงมา มีความรุนแรงของโรคหืดในระดับมีอาการเป็นครั้งคราว ร้อยละ 26 มีความรุนแรงของโรคหืดในระดับรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 14 และมีความรุนแรงของโรคหืดในระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 7 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรุนแรงของโรค (n = 85)

ระดับความรุนแรงของโรค	จำนวน	ร้อยละ
มีอาการเป็นครั้งคราว	22	26.0
รุนแรงน้อย	45	53.0
รุนแรงปานกลาง	12	14.0
รุนแรงมาก	6	7.0

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมและยาควบคุมอาการ โดยร้อยละ 62.4 ได้รับยาขยายหลอดลมชนิดรับประทานในกลุ่ม sustained-release theophylline ร้อยละ 43.5 ได้รับยาพ่นขยายหลอดลมสูตรผสมระหว่างสเตียรอยด์และยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว ร้อยละ 36.5 ได้รับยาพ่นขยายหลอดลมออกฤทธิ์สั้นชนิดกระตุ้นเบต้า รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ (n = 85)

ชนิดยา	จำนวน	ร้อยละ
ยาขยายหลอดลม (reliever medicine)		
- ยาพ่นขยายหลอดลมออกฤทธิ์สั้นชนิดกระตุ้นเบต้า (inhaled Short Acting Beta ₂ Agonist)	31	36.5
- ยาในกลุ่ม Anticholinergics (inhaled anticholinergics + Short Acting Beta ₂ Agonist)	8	9.5
ยาควบคุมอาการ (controller medicine)		
- ยาพ่นสเตียรอยด์ (beclomethasone, budesonide)	31	36.4
- ยาพ่นสูตรผสมระหว่างสเตียรอยด์และยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว (combination inhaled corticosteroids: fluticasone, budesonide + Long Acting Beta ₂ Agonist)	37	43.5
- ยารับประทานสเตียรอยด์ (oral corticosteroids)	20	23.5
- ยาในกลุ่ม Leukotriene modifier	9	10.6
ยาขยายหลอดลมชนิดรับประทาน (oral bronchodilator)		
- ยาในกลุ่ม sustained-release theophylline	53	62.4
- ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว (Long Acting Beta ₂ Agonist)	38	44.8

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดจากแพทย์โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยเฉพาะอาการทางคลินิก ร้อยละ 45.9 ใช้การวินิจฉัยด้วยอาการทางคลินิกร่วมกับการตรวจสมรรถภาพปอด ร้อยละ 54.1 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.4 มีค่าการตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) มากกว่าหรือเท่ากับ 80 % ของค่าคาดคะเน รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าการตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) (n = 85)

ค่าการตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1)	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่าหรือเท่ากับ 80 %	25	29.4
อยู่ระหว่าง 60 – 80 %	14	16.5
น้อยกว่า 60 %	7	8.2
ไม่ได้ตรวจสมรรถภาพปอด	39	45.9

2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

เมื่อนำตัวแปรที่ศึกษามาวิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาที่พบมีดังนี้

1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.9 รองลงมา มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 27.1 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของการรับรู้ความรุนแรงของโรค (n = 85)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความรุนแรง	4	4.7
รุนแรงน้อย	23	27.1
รุนแรงปานกลาง	39	45.9
รุนแรงมาก	19	22.4

2 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 56 - 76 คะแนน ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70.6) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 22.3) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 7.1) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของคะแนนระดับการสนับสนุนทางสังคม (n = 85)

การแปลผล	เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ	56 - 62	56-60	6	7.1
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	63 - 69	63-69	19	22.3
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง	70 - 76	70-76	60	70.6
Max = 76, Min = 56, Mean = 69.8, S.D. = 4.2				

3 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 47 และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.5 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในภาพรวม (n = 85)

การแปลผลความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในภาพรวม	เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	61 - 71	61 - 70	40	47
ระดับปานกลาง	72 - 82	72 - 82	37	43.5
ระดับสูง	มากกว่า 83	83 - 91	8	9.5
Max = 91, Min = 61, Mean = 72.1, S.D. = 6.70				

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากที่สุดในด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษา (Mean = 2.40; S.D. = 0.46) และรองลงมาในด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (Mean = 2.34; S.D. = 0.27) และต่ำสุดด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับระบบการรักษา (Mean = 2.09; S.D. = 0.16) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจำแนกตามรายด้าน (n = 85)

คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	Mean	S.D.
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยรวมทั้ง 4 ด้าน	2.24	0.20
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแยกรายด้าน		
- ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย	2.34	0.27
- ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับระบบการรักษา	2.09	0.16
- ด้านการได้รับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากเดิม	2.11	0.18
- ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษา	2.40	0.46

4 ภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 89.6 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของคะแนนแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (n = 85)

การแปลผล	เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะซึมเศร้า	19-60	19	9	10.6
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0-18	0 - 12	76	89.6
Max = 19.00, Min = 0.00, Mean = 5.04 , S.D. = 5.36				

3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.175, r = .177$ ตามลำดับ, $p > 0.05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 11

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .404, p < 0.05$) และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงสุด

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

ตัวแปร	1	2	3
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	1.000		
2. การสนับสนุนทางสังคม	.029 ^{ns}	1.000	
3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	.177 ^{ns}	-.175 ^{ns}	1.000

หมายเหตุ ns

หมายถึง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (not significant)

4. อำนาจการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยวิธีการถดถอยแบบขั้นตอน ใน 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด และส่วนที่ 2 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด พบว่า

การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด ดังนั้นตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวนี้จึงไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืดได้

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด และสามารถอธิบายความผันแปรหรือทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดได้ในระดับสูงสุดและมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ร้อยละ 16.3 ($R^2 = 0.163$), $p < .05$

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยปรับมาตรฐานพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยปรับมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .404 สามารถนำเข้ามาในสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y = B_0 + B_1 X_1$$

เมื่อ

Y

คือ

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

B_0

คือ

ค่าคงที่

B_1

คือ

ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย

X_1

คือ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = B_1 X_1$$

$$= .404 X_1$$

เมื่อ

Z

คือ

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

ความหมายของ $.404 X_1$ คือ

หากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดจะเพิ่มขึ้น .404 หน่วย

รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรอิสระ (ตัวแปรทำนาย) : ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และตัวแปรตาม : ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise regression) (n = 85)

รูป แบบ	ตัวแปร ทำนาย	R	R ²	R ² Change	F	B	Std. Error	Beta	t	Sig
1.	ความรู้สึก ไม่แน่นอน ในความ เจ็บป่วย	.404	.163	.163	16.175	.318	.079	.404	4.022	.000
ค่าคงที่ = 1.295										

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหืด สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

1. ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 85 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.5 และมีจำนวนมากกว่าเพศชายที่มีจำนวน ร้อยละ 36.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบังอร ปิประทุม (Bangorn Peepratoom, 2005) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.7 และเพศชาย ร้อยละ 23.3 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Skobeloff, Spivey, Clair, & Schoffstall (1992), Valenca, et al. (2006), Arnold, Gebretsadik, Minton, Higgins, & Hartert (2008), และ Langdeau, Day, Turcotte, & Boulet (2009) ที่พบกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จากผลการศึกษาที่ได้แสดงให้เห็นว่าการเกิดโรคหืดในผู้ใหญ่พบในเพศหญิงได้สูงกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการเกิดภาวะหลอดลมไวเกิน (airway hyperresponsiveness: AHR) ที่พบในเพศหญิงได้มากกว่าเพศชาย และพบว่าผู้ป่วยโรคหืดเพศหญิงมีอัตราการมารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ให้ความสนใจและสมัครใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาล และใช้บริการทางสุขภาพเกี่ยวกับอาการของตนมากกว่าเพศชาย (Leynaert, Bousquet, & Henry, 1997; Manfreda, et al., 2004; Debley, Redding, & Critchlow, 2004; Baibergenova, Thabane, Akhtar-Danesh, Levine, Gafni, & Leeb, 2006; Day, Ernst, Glick, Zimmerman, & Chapmann, 2006; Schatz, Clark, & Camargo, 2006) นอกจากนี้ยังพบว่าในชาวแคนาเดียนผู้ป่วยโรคหืดเพศหญิงมีอาการของโรคหืดและมีการเกิดอาการกำเริบสูงกว่าในเพศชาย (Manfreda, et al., 2001) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีข้อจำกัดด้านกายภาพ (physical activities) และมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่างๆในร่างกาย เช่น ฮอร์โมน Follicle-stimulating ฮอร์โมน Luteinizing และฮอร์โมน Progesterone ในช่วงที่เริ่มเป็นวัยรุ่น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหืด ยังพบว่าความผิดปกติของการผลิตหรือกระบวนการเมตาบอลิซึมของ steroid hormone ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหืดด้วยเช่นกัน การทดลองในสัตว์ทดลองพบว่าการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน estradiol ที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้มีการเพิ่มขึ้นของเยื่อ

และการหลั่งมูก (mucus secretion) มีความเข้มข้นของ acetylcholine และมีการผลิต prostaglandin เพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้มีอาการของโรคหืดเพิ่มขึ้น (Kohler, 1986; Rubio, Rodriguez, & Collazo, 1988)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 45 ปี ประกอบอาชีพงานบ้าน มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน อยู่ระหว่าง 10,000-30,000 บาท/เดือน และมีความเพียงพอของรายได้ นอกจากนี้ยังพบกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งประกอบอาชีพรับจ้าง เช่น ทำงานในโรงงานทอผ้า ขับรถรับจ้าง และเป็นช่างเสริมสวย ซึ่งอาชีพเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการสัมผัสกับสารกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการของโรคหืดตลอดเวลา เช่น ควันจากท่อไอเสีย สปาร์กที่ใช้จุดแต่งทรงผม ฝุ่นละอองจากเศษผ้า เศษผ้าในโรงงานทอผ้า จนเกิดอาการของโรคหืดหรือเกิดโรคหืดจากการประกอบอาชีพได้ (occupational asthma: OA) ซึ่งโรคหืดจากการประกอบอาชีพ หมายถึง โรคที่มีลักษณะการอุดกั้นของหลอดลมที่กลับคืนสภาพได้ และหลอดลมมีลักษณะไวเกิน (BHR) โดยมีสาเหตุมาจากฝุ่นละออง ก๊าซ ควัน สารระเหยต่างๆ ที่ผลิตหรือเกิดขึ้นจากสถานที่ทำงาน อัตราความชุกของผู้ป่วยโรคหืดจากการประกอบอาชีพพบได้ประมาณ ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหืดจากการประกอบอาชีพขึ้นกับมลพิษที่พบในที่ทำงานซึ่งเป็นปัจจัยหลัก ลักษณะของการประกอบอาชีพ สภาพอากาศในพื้นที่ และ ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม และสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งมลพิษต่างๆและสารก่อภูมิแพ้ที่พบในที่ทำงานที่ผู้ป่วยต้องสัมผัสกับสารเหล่านี้ตลอดเวลา จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอ หอบเหนื่อย และมีการทำงานของปอดลดลง จนทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคเพิ่มขึ้นได้ (Balmes, et al, 2003; Bardana, 2003; Nicholson, Cullinan, Newman-Taylor, Burge, & Boyle, 2005; Sigsgaard, Heederik, 2005; Wark, & Gibson, 2006; Gilmour, Jaakkola, London, Nel, & Rogers, 2006; Selgrade, et al., 2006; Bardana, 2008)

2. ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคหืด

การขาดงานและประวัติการใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยอาการหอบเหนื่อยที่รุนแรงจากโรคหืด กลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เคยขาดงานและเคยมีประวัติการใช้เครื่องช่วยหายใจจากอาการหอบเหนื่อยที่รุนแรงจากโรคหืด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพงานบ้านและอยู่ในวัยผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบ้านและทำงานบ้านเพียงเล็กน้อย ไม่ได้อยู่ในวัยแรงงานจึงทำให้ไม่มีประวัติขาดงาน และส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคในระดับน้อยจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการที่รุนแรงจนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ มีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ขาดงานจำนวน 1-5 วัน เมื่อมีอาการกำเริบจากโรคหืด

การรับทราบถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการของโรคหืด พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการรับทราบถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการของโรคหืด ร้อยละ 100 และส่วนใหญ่ชนิดของสิ่งกระตุ้นที่

ทำให้มีอาการของโรคหืด คือ การเปลี่ยนแปลงของอากาศ ร่องลงมา คือ ควันบุหรี และฝุ่นละออง จากการทำงาน โดยสิ่งกระตุ้นที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการกำเริบที่พบมากที่สุดในการศึกษานี้ คือ การเปลี่ยนแปลงของอากาศอาจเนื่องมาจากช่วงเวลาเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงเริ่มฤดูฝน ประกอบกับมีลมมรสุมพัดเข้าหาประเทศไทย จึงทำให้มีพายุฝนฟ้าคะนองและเกิดการเปลี่ยนแปลงของอากาศจนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการกำเริบของโรคเพิ่มขึ้นได้ แต่ถ้าเวลาเริ่มเก็บข้อมูลไม่ได้เริ่มในช่วงเวลาดังกล่าวอาจทำให้ชนิดของสิ่งกระตุ้นมีความแตกต่างได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาพร ทิพย์สินวล (2544) และบังอร ปีประทุม (Bangorn Peepratoom, 2005). ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับทราบถึงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการทั้งทราบด้วยตนเองและได้รับการทดสอบจากแพทย์ โดยสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ ได้แก่ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ฝุ่นละออง ควันบุหรี ซึ่งการพบการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการมากที่สุด อาจเนื่องจากบังอร ปีประทุม ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝนและมีการระบาดของไข้หวัดจึงทำให้พบการติดเชื้อทางเดินหายใจได้มาก สิ่งกระตุ้นต่างๆเหล่านี้ (triggers) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีระวิทยาในหลอดลมของผู้ป่วยและหลอดลมจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่างๆที่มากระตุ้นให้เกิดอาการ โดยส่งผลให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม เกิดการอุดกั้นของการระบายอากาศ และการสูญเสียการทำงานของปอด จนทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคหืด หายใจมีเสียงวี๊ด หายใจลำบาก ไอเรื้อรัง (วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2550; Karol, 2002; GINA, 2006; Tang, Wilson, Stewart, & Royce, 2006)

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

3.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับที่มีความรุนแรงปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยน้อย คืออยู่ระหว่าง 1-5 ปี ระยะของโรคยังอยู่ในระยะเริ่มแรก ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของปอดและการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมทั้งความต้องการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการเพียงเล็กน้อย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมารับการรักษาตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองดี กิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้มีการเปลี่ยนแปลงไปเพียงเล็กน้อยเมื่อมีอาการกำเริบ จึงทำให้มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง

3.2 การสนับสนุนทางสังคม

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70.6 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ชานเมือง ซึ่งยังมีความเป็นชนบทและมีลักษณะของครอบครัวขยายอยู่ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดคือ จากครอบครัว การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงและได้รับจากครอบครัวมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในบริบทของสังคมไทยที่มีวัฒนธรรมให้ความช่วยเหลือต่อกันอย่างดี ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและอาศัยอยู่กับครอบครัว จึงทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากครอบครัว กลุ่มตัวอย่างจึงให้การประเมินว่าตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง นอกจากนี้แบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ใช้ในการศึกษานี้ได้วัดการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิดโดยวัดในด้านของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านจิตใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่พบในการศึกษานี้ส่วนใหญ่อาศัยในสังคมชนบท ซึ่งเป็นสังคมที่มีการเอื้อเพื่อแบ่งปันต่อกัน และสมาชิกในครอบครัวมักอาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกันจึงทำให้สามารถพบปะพูดคุยกันอย่างใกล้ชิด และการพูดคุยสอบถามทุกข์สุขของกันและกันเป็นสิ่งที่พบเห็นได้ทั่วไปในสังคมชนบท นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดแล้ว ยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมในรูปของการให้ข้อมูลการรักษาและการดูแลต่างๆที่เป็นประโยชน์แก่ตนเองและครอบครัวจากบุคลากรทางการแพทย์อีกเมื่อมารับการรักษาในโรงพยาบาล

3.3 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้าน คือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษา ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ และด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษาได้

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับต่ำ ร้อยละ 47 ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคในระดับน้อย ต่างจากผลการศึกษาของปีติรัตน์ พิษยมงคล (Pitirat Pichayamongkol, 2002) ซึ่งได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้สึกไม่แน่นอนในสภาวะความเจ็บป่วย และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 90 คน พบกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆจากการมีอาการหายใจลำบาก มี

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษามากที่สุด รองลงมาคือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบและมีอาการเปลี่ยนแปลงได้บ่อยครั้ง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่บ่อยครั้งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่ใจในสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนและไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดตามมาได้ จึงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยลักษณะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืดมีความคล้ายคลึงกัน ถือเป็นโรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจ อาการของโรคสามารถกำเริบ (exacerbation) ได้บ่อยครั้งและมีการเปลี่ยนแปลงตลอด เช่น มีอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอาการขึ้นเมื่อใด Sexton, Calcasola, Bottomley, & Funk. (1999) จึงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษามากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคหืดซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด มีอาการไม่สม่ำเสมอ ไม่สามารถทราบได้ว่า จะเกิดอาการกำเริบขึ้นเมื่อใด เกิดขึ้นที่ใด มีระยะเวลายาวนานเท่าใด และมีความรุนแรงของอาการมากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยจึงไม่สามารถคาดเดาได้ว่าตนเองจะมีอาการกำเริบขึ้นมาเมื่อใดและจะมีผลลัพธ์เป็นอย่างไร จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ส่วนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการ และด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและมีความรู้ในการดูแลตนเองสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีการติดตามการรักษาต่อเนื่อง มีการดูแลสุขภาพตนเองรวมทั้งรับรู้และหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการ และได้รับข้อมูลต่างๆที่เป็นประโยชน์ด้านการดูแลตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่พบในผู้ป่วยเกิดขึ้นในระดับต่ำ (Mishel, 1988; Sexton, Calcasola, Bottomley, & Funk, 1999; Buist, 2002; GINA, 2006; Kuebler, Buchsel, & Balkstra, 2008)

3.4 ภาวะซึมเศร้า

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยเท่านั้น (ร้อยละ 10.6) ที่มีภาวะซึมเศร้า แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศของ Solis, Khan, & Brown (2006) ที่ทำการศึกษาใน

ผู้ป่วยโรคหืดที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย จำนวน 85 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นหลังจากเป็นโรคหืดคิดเป็นร้อยละ 62 เกิดขึ้นในผู้ที่อายุน้อยและอยู่ในวัยแรงงาน โดยมีอายุเฉลี่ย 28.8 ปี และเกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการมีข้อจำกัดและสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหืด และผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังแตกต่างจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 245,404 ราย ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหืดมีภาวะซึมเศร้า ได้ถึงร้อยละ 18.1 (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel, & Ustun, 2007) โดยภาวะซึมเศร้าที่พบเพียงส่วนน้อยในการศึกษาค้นคว้านี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีจากครอบครัว สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือช่วยเหลือตัวเองได้ และสามารถเข้าสังคมได้ตามปกติ จึงทำให้พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้เพียงส่วนน้อย (Paz-Diaz, de Oca, Lopez, & Celli, 2007; Coventry, 2009)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์สมาคมอหิวาเวชไทย (2547) และ GINA (Gina initiative for asthma guideline) (2004) ในระดับน้อย มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับที่รุนแรงปานกลาง ไม่เคยเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ไม่เคยขาดงาน และไม่เคยมีประวัติใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยอาการหายใจลำบากจากโรคหืด จึงอาจทำให้พบภาวะซึมเศร้าเพียงส่วนน้อย แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางระบบทางเดินหายใจที่พบว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคในระดับสูง มีประวัติเคยเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน เคยขาดงาน เคยใช้เครื่องช่วยหายใจจากอาการที่รุนแรงจากโรคหืด และมีอัตราเข้ารับการรักษาล้ำในโรงพยาบาล (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel, & Ustun, 2007; Moussas et al., 2008) และแตกต่างจากผลการศึกษาของ van Manen, Bindels, Dekker, IJzermans, van der Zee, & Schade (2002) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคหืด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหืดมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ดังเดิมจึงเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ ต่างจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้ที่มีความรุนแรงของโรคเล็กน้อย สามารถดูแลตนเองและดำเนินกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเองได้ จึงพบภาวะซึมเศร้าเพียงส่วนน้อยเท่านั้น

4. อำนาจในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และอำนาจการทำนายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหอบหืด

จากผลการศึกษาระหว่างตัวแปรอิสระการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ที่มีอำนาจในการทำนายตัวแปรตาม คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

และตัวแปรอิสระความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ที่มีอำนาจในการทำนายตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด สามารถอภิปรายได้ตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง โดยมีการเปลี่ยนแปลงการทากิจวัตรประจำวันเพียงเล็กน้อย และไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ไม่ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่ตรงตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนของมิเชลที่กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ระดับความรุนแรงและความต่อเนื่องของอาการแสดงที่บุคคลรับรู้และให้ความหมาย ถ้ารูปแบบของอาการที่แสดงออกมีความรุนแรง ไม่ชัดเจน หรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคลุมเครือ ไม่สามารถทำความเข้าใจและให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและชัดเจน หรือมีการรับรู้ที่ไม่เพียงพอ จนส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ยิ่งผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมีอาการรุนแรงมากเท่าใดก็จะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงขึ้นเท่านั้น เพราะผู้ป่วยจะมุ่งความสนใจไปที่อาการของตนเองเพียงอย่างเดียวจนทำให้ไม่สามารถเข้าใจและให้ความหมายอาการเจ็บป่วยของตนเองได้ จึงมีการแปลความหมายความเจ็บป่วยของตนผิดไปทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากอาการของตน (Mishel, 1988; Mishel, 1990; Sexton, Calcasola, Bottomley, & Funk, 1999; Mishel & Clayton, 2003) แตกต่างจากการศึกษาของ Sexton, Calcasola, Bottomley, & Funk. (1999) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และวิธีการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 99 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคในระดับเป็นครั้งคราว แต่อาการต่างๆ ของโรคส่งผลกระทบต่อการนอนหลับและการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย จนทำให้ต้องขาดงาน และทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ได้ดังเดิม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการรุนแรงจะต้องพักรักษาในโรงพยาบาลจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการที่รุนแรงจากโรคหืด เนื่องจากอาการของโรคหืดสามารถกำเริบ (exacerbation) ได้บ่อยครั้งและมีการเปลี่ยนแปลงตลอด เช่น มีอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย ผู้ป่วยจึงไม่สามารถคาดเดาได้ว่าตนเองจะเกิดอาการกำเริบหรือมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเมื่อใดเกิดขึ้นที่ไหน จนทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้

ในการศึกษาครั้งนี้การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอโดยมีการติดตาม

การรักษาอย่างต่อเนื่องและมาตรวจตามการนัดหมายเสมอ และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือเคยใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยอาการที่รุนแรงจากโรคหืด จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของอาการตนเอง เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเสมอจนมีความคุ้นเคย มีการรักษาดูแลที่ไม่ซับซ้อน และมีรูปแบบของอาการเหมือนเดิม จึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

สมมติฐานการวิจัยที่ 2. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง และไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ไม่ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลที่อธิบายว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นสามารถทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นลดลงได้ เนื่องจากการได้รับกำลังใจ คำปรึกษาต่างๆจากสมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด ช่วยให้บุคคลสามารถให้ความหมายต่อเหตุการณ์ และเกิดการรับรู้ในความเจ็บป่วยของตนได้กระจ่างขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงลดลง (Mishel & Barden, 1988; Dakof & Taylor, 1990; Hinds & Moyer, 1997; Sammarco, 2001; Lee, Shaw, Sheu, & Change, 2002) แตกต่างจากการศึกษาของ Lien, Lin, Kuo, & Chen (2009). ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการปรับทางจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 43 คนพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ($r = 0.303$; $p < 0.01$) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด จะช่วยส่งเสริมด้านอารมณ์และการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การให้ข้อมูลการรักษา จะสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงมีความเข้าใจในอาการของตนเองเพิ่มขึ้นและมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

ในการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาการของโรคมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าตนเองจะมีอาการรุนแรงขึ้นเมื่อไร แม้ว่าบางครั้งผู้ป่วยจะดูแลตนเองอย่างดีที่สุดตาม ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่สามารถให้ความหมายในความเจ็บป่วยของตนเองได้ ไม่สามารถคาดเดาถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดตามมาได้ จึงทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น (Sexton, Calcasola, Bottomley, & Funk, 1999) และจากการศึกษา

ครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษามากที่สุด ดังนั้นแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านจิตใจอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ได้รับการตัดสินใจและรับทราบข้อมูลด้านการรักษาจากบุคลากรในครอบครัวตนเอง และ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับข้อมูลการรักษาและดูแลตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็ตาม ก็ไม่สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลงบ่อยและไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ที่เกิดตามมาได้ จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีผลกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

สมมติฐานการวิจัยที่ 3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดได้ค่อนข้างต่ำคือ ร้อยละ 16.3 ($R^2 = 0.163$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน แก้วเกตุณิ (2541). ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 100 คน พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านการหลีกเลี่ยง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง จะใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านการหลีกเลี่ยงมากขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมจนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ รวมทั้งการศึกษาของ Sheu (2001) Mu (2004) Kang (2005) Kang (2006). และ Lien, Lin, Kuo, & Chen (2009). ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคลมชัก (epilepsy) การเต้นของหัวใจผิดปกติ (atrial fibrillation) เป็นต้น ผลการศึกษพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ นี้มีอาการไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีการรักษาที่ซับซ้อน ผู้ป่วยจึงไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นและมีการประเมินตัดสินความรู้สึกนี้ว่าเป็นอันตรายแก่ตนและทำให้ผู้ป่วยมองความเจ็บป่วยของตนในแง่ร้ายและทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจตามมาได้ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถส่งผลกระทบให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดได้ โดยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกหงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่มีความสุข และรู้สึกท้อทอยในชีวิต ทั้งนี้สามารถอธิบายตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in Illness) ของมิเชลได้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถกำหนดหรือให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของตน ไม่สามารถตัดสินใจหรือให้ความหมายความเจ็บป่วยของตน ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้นๆ ได้ (Mishel, 1988; Mishel, 1990; Mishel & Clayton, 2003) และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังรักษาได้ไม่หายขาด ผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าตนเองจะเกิดอาการรุนแรง (attack) ขึ้นเมื่อใด เกิดขึ้นที่ใด เกิดขึ้นรุนแรงเพียงใด เกิดขึ้นอย่างฉับพลันหรือไม่ และเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะเกิดขึ้นยาวนานเพียงใด ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่สามารถให้ความหมายในความเจ็บป่วยของตนเองได้ ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าตนเองจะมีการกำเริบขึ้นมาเมื่อใดและจะมีผลลัพธ์เป็นอย่างไร ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น (Sexton, Calcasola, Bottomley, & Funk, 1999)

เมื่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินตัดสินใจ (appraisal) ความรู้สึกนั้นว่าเป็นทั้งโอกาสและอันตรายแก่ตน โดยตัดสินใจว่าเป็นโอกาสในสถานการณ์ที่ให้ความหวังและมีผลดีแก่ตน แต่ในการศึกษานี้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการของตนเองมีความรุนแรงปานกลาง และไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดอาการรุนแรงขึ้นเมื่อใด ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นและประเมินตัดสินใจความรู้สึกนั้นว่าเป็นอันตรายมากกว่าเป็นโอกาสแก่ตน เมื่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยถูกตัดสินใจว่าเป็นอันตรายแก่ตน ผู้ป่วยจะใช้วิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (coping) เพื่อจัดการกับความทุกข์เหล่านั้น โดยวิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีทั้งวิธีที่มุ่งจัดการกับปัญหา (active or problem-focused strategies) และมุ่งจัดการกับอารมณ์ (passive or emotion-focused strategies) ถ้าผู้ป่วยใช้วิธีการที่เหมาะสม ก็สามารถจัดการกับความทุกข์ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ตนเองประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนได้ จะส่งผลให้เกิดการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพตามมา (adaptive) แต่ถ้าผู้ป่วยใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสม จะไม่สามารถจัดการกับความทุกข์ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ตนเองประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนได้ และส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพตามมา (maladaptive) (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1993) ดังการศึกษาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) พบว่าผู้ป่วยที่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาอย่างไม่เหมาะสมจะทำให้มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการตัดสินใจที่ไม่ดี (poor adjustment) เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Lesserman, Perkins, & Evans, 1992; White, Richter, & Fry, 1992)

เช่นเดียวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนั้นการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตรายต่อตนเองจะทำให้เกิดความรู้สึกด้านลบในความเจ็บป่วยและสถานการณ์รอบข้างของตนเอง สุดท้ายแล้วจะทำให้มีผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นตามมาได้ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด เป็นต้น ยิ่งผู้ป่วยตัดสินใจว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนเองเป็นอันตรายมากเท่าใดก็จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดผลกระทบด้านจิตใจมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้นภาวะซึมเศร้าที่พบในการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปรับตัวอย่างไม่เหมาะสมต่อสภาพจากการใช้วิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างไม่เหมาะสมนั่นเอง (Mishel, et al., 1984; Mishel, 1988; Mishel & Sorenson, 1991; Christman, 1990; Neville, 2003; Kang, 2005; McCormick, Naimark, & Taate, 2006)

นอกจากการอธิบายภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยโรคหืดตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลแล้ว ยังสามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มเติมทางด้านสรีรวิทยาได้ โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจัดว่าเป็นภาวะเครียดหรือสิ่งกระตุ้นอย่างหนึ่ง (trigger) ที่กระตุ้นให้หลอดลมมีการหดกันและส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า จะมีความสามารถในการปรับตัวต่อการผิดปกติของตนเองได้ไม่ดี และความผิดปกติด้านจิตใจยังมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความสนใจแต่อาการโรคของตนเองเพียงอย่างเดียว ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของตนเองลดลงจนทำให้เกิดผลกระทบต่างๆตามมา ความผิดปกติด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ยังส่งผลให้เกิดระบบการหายใจผิดปกติ เช่น เกิดภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในร่างกาย (hypoxia and hypercapnia) นอกจากนี้ยังพบว่าเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย เช่น การถูกคุกคาม การสูญเสีย ความรู้สึกพ่ายแพ้ รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ตามลำพัง สูญเสียความสามารถทางร่างกาย สามารถเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน (Carr, 1999; Kendler, Karkowski, & Prescott, 1999; Pine, Choen, Johnson, & Brook, 2002; van Manen, Bindels, Dekker, IJzermans, van der Zee, & Schade, 2002)

ผลการวิจัยดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดได้ตรงตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถอธิบายการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืดได้ตรงตามทฤษฎี อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ได้สามารถสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และการที่ตัวแปรอิสระสามารถก่อให้เกิดความผันแปรให้กับตัวแปรตามได้ค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าในการวิจัยนี้มีตัวแปรที่เลือกมาศึกษาจากทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

เพียง 3 ตัวแปร ซึ่งในทฤษฎีอาจมีตัวแปรอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อผลการศึกษามากกว่าแต่การวิจัยครั้งนี้
ไม่ได้นำมาศึกษาไปด้วย จึงทำให้ผลการศึกษาที่ได้มีอำนาจในการทำนายค่อนข้างต่ำ



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด โดยตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด และอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคลและประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหืด แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ซึ่งเครื่องมือทั้ง 6 ส่วนนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการหาความเชื่อมั่นโดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สถิติ Cronbach's alpha coefficient ได้ดังนี้ แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ = 0.71 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย = 0.89 และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า = 0.88

ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความแตกต่างทางสถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของโรค วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด วิเคราะห์โดยใช้ Multiple regression

ทำการทดสอบสมมติฐานด้วยวิธีการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ประกอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple regression analysis) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 85 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 45 ปี นับถือศาสนาพุทธ เป็นผู้ที่สมรสแล้วและอาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตร ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพงานบ้าน มีรายได้ระหว่าง 10,001 – 30,000 บาทต่อเดือน โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน และใช้สิทธิรักษาพยาบาลด้วยการเบิกจากต้นสังกัดซึ่งเป็นหน่วยงานราชการ

2. ลักษณะการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นโรคหืดอยู่ระหว่าง 1-5 ปี เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินหรือคลินิกด้วยอาการหอบเหนื่อยที่รุนแรง ไม่เคยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบเหนื่อยที่รุนแรง ไม่เคยขาดงานด้วยอาการหอบเหนื่อยที่รุนแรง ไม่เคยมีประวัติการใช้เครื่องช่วยหายใจจากอาการหอบเหนื่อยที่รุนแรงจากโรคหืด และได้รับการดูแลจากคู่สมรสและบุตรเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ

3. การรับทราบถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการของโรคหืด กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรับทราบถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ตนมีอาการของโรคหืด และการเปลี่ยนแปลงของอากาศเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรคหืดมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ควันบุหรี่ และฝุ่นละอองจากการทำงาน

4. ความรุนแรงของโรคหืด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรุนแรงของโรคหืดระดับรุนแรงน้อย รองลงมาคือ มีอาการเป็นครั้งคราว โดยใช้อาการทางคลินิกร่วมกับการตรวจสมรรถภาพปอดเป็นเกณฑ์การวินิจฉัย

5. ยารักษาอาการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ยาขยายหลอดลมสูตรผสมระหว่างสเตียรอยด์และยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว เพื่อบรรเทาอาการกำเริบจากโรคหืด และส่วนใหญ่มีค่าการตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) มากกว่าหรือเท่ากับ 80 % ของค่าคาดคะเน

6. การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด จากผลการศึกษาพบว่า

6.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง

6.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

6.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อย

6.4 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหืด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

7. จากการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด ส่วนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทดสอบอำนาจในการทำนายภาวะซึมเศร้า พบว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าได้สูงที่สุด คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ ทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดได้ ร้อยละ 16.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองเกิดขึ้น ซึ่งปัจจัยทั้ง 2 ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ ดังนั้นจากผลการศึกษาจึงสามารถนำมาเสนอแนะเป็นแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหืดให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจได้ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยเท่านั้นที่พบว่ามีภาวะซึมเศร้า แม้ว่าจะมีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เกิดภาวะซึมเศร้า แต่สามารถทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงแก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยจึงควรส่งเสริมให้มีการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด ในกรณีที่ประเมินพบภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นจะได้ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

2. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับน้อย ส่วนใหญ่มาจากการที่ไม่สามารถทำนายได้ว่าอาการกำเริบจากโรคหืดจะเกิดขึ้นเมื่อใด ดังนั้น พยาบาลควรประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เพื่อนำมาให้การพยาบาลและให้ข้อมูลเพิ่มเติม เช่น ลักษณะการเกิดโรค การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆที่ทำให้มีอาการกำเริบได้ และการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมอย่างถูกวิธี เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลอาการต่างๆของตน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าลดลง

3. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรกระดับปานกลาง และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับน้อย ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจึงควรให้การประเมินปัญหาด้านจิตสังคม และด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยร่วมด้วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกด้านและช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย ที่มุ่งอธิบายถึงปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้ยังไม่สามารถตอบข้อสงสัยบางประการได้ เช่น กลุ่มตัวอย่างมีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง แต่ตัวแปรอิสระตัวนี้ไม่สามารถเป็นตัวแปรที่อธิบายภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า
2. การศึกษาในครั้งต่อไปโดยการนำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไปใช้ ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวแปรการประเมินตัดสิน (appraisal) ซึ่งเป็นตัวแปรและปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
3. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรุนแรงของโรคหืดในระดับที่รุนแรงน้อยจึงทำให้พบภาวะซึมเศร้าน้อย ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดที่มีความรุนแรงของโรคในระดับที่รุนแรงขึ้น เช่น ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ และผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน เป็นต้น เพื่อนำผลการศึกษามาเปรียบเทียบกัน
4. จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่ผู้ป่วยมีลักษณะอาการของโรคคงที่ ซึ่งทำให้การวิเคราะห์อำนาจการทำนาย อาจทำให้ได้ค่าอำนาจในการทำนายค่อนข้างต่ำ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรทำการศึกษาผู้ป่วยในบริบทที่มีความหลากหลายเช่น ผู้ป่วยใน (inpatient) ผู้ป่วยที่ไม่ได้มีตรวจตามนัด
5. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย ที่มุ่งอธิบายถึงปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด จึงควรนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ (Intervention) และทำการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดต่อไป

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

FACTORS INFLUENCING DEPRESSION IN ADULTS WITH ASTHMA

นุชรีย์ แสงสว่าง 5036819 NSAM/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ พย.ด., คณินิจ พงศ์ถาวรกุล,
Ph.D. (Nursing), เจริญ ชูโชติถาวร, พ.บ.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความสำคัญของปัญหา

โรคหืดเป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่พบได้มากที่สุดโรคหนึ่งในผู้ใหญ่ ในต่างประเทศพบจำนวนความชุกของโรคหืดในผู้ป่วยทั่วโลกได้ร้อยละ 5 หรือประมาณ 300 ล้านคนทั่วโลก (Sullivan, & Turk, 2008) และโรคหืดยังเป็นโรคเรื้อรัง 1 ใน 4 ของโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้ป่วยผู้ใหญ่ (Katon, Richardson, Lozano, & McCauley, 2004; Bousquet, Bousquet, Godard, & Daures, 2005; Eisner, Yelin, Katz, Lactao, Iribarren, & Blanc, 2006) สำหรับประเทศไทยพบความชุกของผู้ป่วยโรคหืด ร้อยละ 4.8 ในปี พ.ศ. 2538 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.8 ในปี พ.ศ. 2541 และจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี 5,020 ราย ในปี พ.ศ. 2547 เพิ่มขึ้นเป็น 5,453 ราย ในปี พ.ศ. 2550 (งานเวชสถิติ สถาบันโรคทรวงอก, 2551)

โรคหืดทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม เกิดการอุดกั้นของการระบายอากาศ และการสูญเสียการทำงานของปอด ทำให้ผู้ป่วยหายใจมีเสียงวี๊ด หายใจลำบาก ไอเรื้อรัง และหลอดลมจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ที่มากระตุ้นให้เกิดอาการ (วัชร บัญญัติ, 2550; Karol, 2002; Tang, Wilson, Stewart, & Royce, 2006) และอาการของโรคสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจได้ทั้งในระยะเวลาที่มีอาการไม่รุนแรงและมีอาการรุนแรง โดยผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงเมื่อมีอาการหรือมาตรวจรักษาอาจทำให้เกิดการขาดงานและมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วย

มีความต้องการในการใช้ยารักษาอาการหอบหืดเพิ่มขึ้น การตรวจที่แผนกฉุกเฉินบ่อยขึ้น และมีการทำงานของปอด (lung function) ลดลง ส่งผลกระทบด้านการทำหน้าที่ต่างๆ (functioning) ของผู้ป่วย เช่น สูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกาย ด้านจิตใจพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการเผชิญปัญหาอย่างไม่เหมาะสม (functional impairment) (Cluley & Cochrane, 2001; Goldney, Ruffin, Fisher, & Wilson, 2003; Moore, & Peters, 2006; Richardson, Lozano, Russo, McCauley, Bush, & Katon, 2006; Negro, Micheletto, Tosatto, Dionisi, Turco, & Donner, 2007)

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหืด พบได้ร้อยละ 18.1 ถือเป็นผลกระทบที่รุนแรงต่อจิตใจและก่อให้เกิดผลกระทบด้านต่างๆแก่ผู้ป่วยโรคหืดที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้มากกว่าผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น เช่น ทำให้ผู้ป่วยมีการควบคุมโรคอย่างไม่มีประสิทธิภาพ มารักษาที่ห้องฉุกเฉินและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง และสูญเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (ten Brinke, Ouwerkerk, Zwinderman, Spinhove, Bel, 2001; Krommydas, Gourgoulisanis, Angelopoulos, Kotrotsiou, Raftopoulos, & Molyvdas, 2004; Brown, Vigil, Khan, Liggin, Carmody, & Rush, 2005; Eisner, Katz, Lactao, & Iribarren, 2005; Lovoie et al. , 2005; Bender, 2006; Richardson, Lozano, Russo, McCauley, Bush, & Katon, 2006; Negro, Micheletto, Tosatto, Dionisi, Turco, & Donner, 2007)

ภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยโรคหืดเกิดขึ้นเนื่องจากโรคหืดไม่สามารถคาดเดาและทราบได้ว่าจะมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นเมื่อใด ที่ใด มีความรุนแรงเพียงใด และใช้เวลาเท่าใด (Sexton, Calcasola, Bottomley, Funk, 1999) ผู้ป่วยจึงไม่สามารถทำนายได้ว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลกระทบต่างๆต่อตนมากน้อยเพียงใด ทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (uncertainty in illness) ของตนเองเกิดขึ้น (Houldin, 2003; Mishel & Clayton, 2003) เช่นเดียวกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะมีการประเมิน (appraisal) ความรู้สึกนั้นเป็นอันตรายคุกคามต่อตนเองจะใช้วิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหรือปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น (coping) เพื่อจัดการกับความรู้สึกนี้ ถ้าผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพจะมีการปรับตัว (adaptive) อย่างเหมาะสมเกิดขึ้น เช่น มีผลกระทบด้านจิตใจลดลง (psychological distress) แต่ถ้าใช้วิธีการเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ใช้วิธีการหลีกเลี่ยง (avoidance) จะทำให้มีการปรับตัวอย่างไม่เหมาะสม (maladaptive) และเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดี (poorer outcome) เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ผลกระทบด้านจิตใจเพิ่มขึ้น (psychological distress) การตัดสินใจที่ไม่ดี

(poor adjustment) เป็นต้น ดังนั้นภาวะซึมเศร้าที่พบในโรคหืดจึงเป็นภาวะที่เกิดจากผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนเอง มีวิธีการเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ และปรับตัวไม่เหมาะสม (Coyne, Aldwin, & Lazarus, 1981; Felton, Revenson, & Hinrichsen, 1984; Bombadier, D'Amico, & Jordan, 1990; White, Richter, & Fry, 1992; Fleishman & Fogel, 1994) แต่การศึกษาภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มักศึกษาในต่างประเทศที่มีบริบทแตกต่างจากสังคมไทย จึงไม่สามารถนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ได้ ส่วนในประเทศไทยมักศึกษาเกี่ยวกับการรักษาและดูแลตนเอง ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหืดมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดจากอายุรแพทย์ระบบทางเดินหายใจ โดยใช้อาการทางคลินิก และอาการทางคลินิกร่วมกับการตรวจสมรรถภาพปอดเป็นเกณฑ์การวินิจฉัย ได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการของโรค และไม่มีโรคแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน – มิถุนายน พ.ศ. 2552 จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณจาก power analysis (Polit & Beck, 2008) โดยกำหนดให้มี effect size ขนาดปานกลาง (.13) power of test = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 77 ราย และได้มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 10 % เพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบข้อมูลไม่ครบถ้วน ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 85 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม ทั้งหมด 5 ส่วน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและนำมาทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือหลังจากปรับแก้ไขแล้ว ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0.71 - 0.89

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคลและประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหืด ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มาแผนกฉุกเฉินและมาโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมาจากอาการหายใจหอบเหนื่อย จำนวนวันที่ขาดงานในปีที่ผ่านมาจากอาการหอบเหนื่อยที่รุนแรง ประวัติการใช้เครื่องช่วยหายใจจากอาการหอบ บุคคลที่ดูแลเมื่อมีอาการกำเริบ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการรุนแรง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของโรค ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ประเมินความรุนแรงของโรคตามลักษณะโรค ของ Peepratoom, B (2005) และส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและยึดตามหลักเกณฑ์ของสมาคมอุรเวชช์ไทย (2547) และเกณฑ์ของ GINA (Global initiative for asthma) (2004) แบ่งได้ 4 ระดับ คือ ไม่มี ความรุนแรง รุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก

ส่วนที่ 3 แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ถูกพัฒนาขึ้นมาจาก Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley ในปี ค.ศ 1988 และการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ ฉบับที่ทำการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย โดยพิทักษ์พล บุญยะมาลิก (2005) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12- 84 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel Uncertainty Inventory Scale: MUIS) สร้างโดยมิเชล (Mishel, 1980) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (Mishel Uncertainty Inventory Scale: MUIS) (Mishel, 1990) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Pichayamongkol, P (2002) และผู้วิจัยดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 32-160 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาก และคะแนนรวมด้านใดมาก แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านนั้นสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Center of Epidemiologic Scale Depression: CES-D) ซึ่งพัฒนาและปรับปรุงโดย Radloff (1977) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าฉบับที่มีการพัฒนาเพื่อให้ได้ค่าคะแนนที่เหมาะสมสำหรับวัดภาวะซึมเศร้าในคนไทยโดย

วิลัย คุปต์นิติศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า และค่าคะแนนที่สูงแสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าสูง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันโรคทรวงอก และมหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยจากสถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยเก็บรวบรวมด้วยตนเองทั้งหมด โดยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยโรคหืดแล้วนำเข้ากลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจะต้องลงนามในใบลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ทำการวิจัยโดยถูกต้องตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคน ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 15 – 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple regression) เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

ผลการวิจัย

1. **ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 85 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.5 มีอายุมากกว่า 45 ปี ร้อยละ 82 (Max = 81, Min = 26, Mean = 57.4) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.6 สถานภาพการสมรสคู่ ร้อยละ 76.5 ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.8 ประกอบอาชีพงานบ้าน ร้อยละ 36.5 รายได้อยู่ระหว่าง 10,000-30,000 บาท/เดือน ร้อยละ 74.1 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95.3 มีความเพียงพอของรายได้ ใช้สิทธิ์การรักษาพยาบาลโดยการเบิกจากต้นสังกัดซึ่งเป็นหน่วยราชการ ร้อยละ 48.2 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร ร้อยละ 60.0

มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคหืดส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 – 5 ปี ร้อยละ 49.4 (Max = 20 , Min = 0.25, Mean = 5.7) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินหรือคลินิก (ร้อยละ 66) ไม่เคยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 90.6) ไม่เคยขาดงาน (ร้อยละ 90.6) และไม่เคยมีประวัติการใช้เครื่องช่วยหายใจจากอาการหอบเหนื่อยที่รุนแรงจากโรคหืด (ร้อยละ

97.6) ได้รับการดูแลจากกลุ่มสมรสและบุตรเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ ร้อยละ 49.4 รับทราบถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการของโรคหืด ร้อยละ 100 สิ่งกระตุ้นที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการของโรคหืด คือ การเปลี่ยนแปลงของอากาศ ควันบุหรี และฝุ่นละอองจากการทำงาน (ร้อยละ 72.9, 50.6 และ 45.9 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคในระดับรุนแรงน้อย คิดเป็นร้อยละ 53.0 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดจากแพทย์โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยเฉพาะอาการทางคลินิก ร้อยละ 45.9 ใช้การวินิจฉัยด้วยอาการทางคลินิกร่วมกับการตรวจสมรรถภาพปอด ร้อยละ 54.1 และ ร้อยละ 29.4 มีค่าการตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) มากกว่าหรือเท่ากับ 80 % ของค่าคาดคะเน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับที่มีความรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 45.9 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.6 และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 47.0

2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนของภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 0-19 คะแนน และส่วนใหญ่พบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 89.6

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม เพื่อหาขนาดความสัมพันธ์ และระดับนัยสำคัญทางสถิติของแต่ละคู่ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.175$, $r = .177$ ตามลำดับ, $p > 0.05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .404$, $p < 0.05$) และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงสุด

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

ตัวแปร	1	2	3
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	1.00		
2. การสนับสนุนทางสังคม	.029 ^{ns}	1.00	
3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	.177 ^{ns}	-.175 ^{ns}	1.00

หมายเหตุ ns หมายถึง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (not significant)

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหอบหืด จากการวิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยวิธีการถดถอยพหุ พบว่า

การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด ดังนั้นตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวนี้จึงไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืดได้

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด และสามารถอธิบายความผันแปรหรือทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดได้ในระดับสูงสุดและมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ร้อยละ 16.3 ($R^2 = 0.163$), $p < .05$

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยปรับมาตรฐานพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยปรับมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .404 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรอิสระ (ตัวแปรทำนาย) : ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และตัวแปรตาม : ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise regression) (n = 85)

รูป แบบ	ตัวแปร ทำนาย	R	R ²	R ² Change	F	B	Std. Error	Beta	t	Sig
1.	ความรู้สึก ไม่แน่นอน ในความ เจ็บป่วย	.404	.163	.163	16.175	.318	.079	.404	4.022	.000
ค่าคงที่ = 1.295										

การอภิปรายผล

การรับรู้ความรุนแรงของโรคในกลุ่มตัวอย่างพบในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยน้อย คืออยู่ระหว่าง 1-5 ปี ระยะของโรคยังอยู่ในระยะเริ่มแรก ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างติดตามการรักษาต่อเนื่อง และมีการเปลี่ยนแปลงการทำกิจวัตรประจำวันเพียงเล็กน้อยเมื่อมีอาการกำเริบ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง โดยได้รับจากครอบครัวมากที่สุด อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ชานเมือง ซึ่งยังมีความเป็นชนบทและให้ความช่วยเหลือต่อกันอย่างดี มีการการเอื้อเฟื้อแบ่งปันต่อกัน สมาชิกในครอบครัวมักอาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกันจึงทำให้สามารถพบปะพูดคุยกันอย่างใกล้ชิด และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว จึงทำให้ได้รับการดูแลและได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัว รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ด้านการได้รับข้อมูลการรักษาที่เป็นประโยชน์แก่ตน

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยพบในระดับต่ำ และพบด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษาได้มากที่สุด อาจเนื่องจากโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ไม่สามารถทราบได้ว่าจะเกิดอาการกำเริบขึ้นเมื่อใด ยาวนานแค่ไหน และมีความรุนแรงเพียงใด ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาได้ว่าตนเองจะมีอาการกำเริบขึ้นมาเมื่อใดและจะมีผลลัพธ์เป็นอย่างไร แม้ผู้ป่วยจะติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องได้รับข้อมูลการรักษาสม่ำเสมอ และดูแลสุขภาพตนเองอย่างดี จึงทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น (Sexton, Calcasola, Bottomley, &

Funk, 1999; Buist, 2002; GINA, 2006; Kuebler, Buchsel, & Balkstra, 2008) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pitirat Pichayamongkol (2002) ที่พบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษาได้สูงที่สุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งธรรมชาติของโรคไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะมีอาการกำเริบขึ้นมาเมื่อใด อาการของโรคเปลี่ยนแปลงตลอด จึงทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้

ภาวะซึมเศร้าที่พบในกลุ่มตัวอย่าง มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น (ร้อยละ 10.6) แตกต่างจากการศึกษาของ Solis, Khan, & Brown (2006) ที่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นหลังจากเป็นโรคหืด คิดเป็นร้อยละ 62 ส่วนใหญ่อายุน้อยและอยู่ในวัยแรงงาน โดยมีอายุเฉลี่ย 28.8 ปี และเกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการมีข้อจำกัดและสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหืด และการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 245,404 ราย ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหืดมีภาวะซึมเศร้า ได้ถึงร้อยละ 18.1 (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel, & Ustun, 2007) โดยภาวะซึมเศร้าที่พบเพียงส่วนน้อยในการศึกษานี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว มีความรุนแรงของโรคหืดระดับน้อย มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง ไม่เคยเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ไม่เคยขาดงาน และไม่เคยมีประวัติใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยอาการหายใจลำบากจากโรคหืด สามารถดูแลตนเองและดำเนินกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองได้ และสามารถเข้าสังคมได้ตามปกติ จึงทำให้พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้เพียงส่วนน้อย (Paz-Diaz, de Oca, Lopez, & Celli, 2007; Coventry, 2009)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = .177, p > 0.05$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือเคยใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยอาการที่รุนแรงจากโรคหืด จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของอาการตนเอง เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเสมอจนมีความคุ้นเคย มีการรักษาดูแลที่ไม่ซับซ้อน และมีรูปแบบของอาการเหมือนเดิม จึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แตกต่างจากการศึกษาของ Sexton, Calcasola, Bottomley, & Funk. (1999) ที่พบว่าอาการต่างๆของโรคที่ส่งผลกระทบต่อการเล่นและการดำเนินกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วย จนทำให้ต้องขาดงาน และทำกิจกรรมต่างๆไม่ได้ดังเดิม รวมทั้งการพักรักษาในโรงพยาบาลจะทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้

การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = -.175, p > 0.05$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาการของโรคเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าตนเองจะมีอาการรุนแรงขึ้น

เมื่อไร แม้ว่าบางครั้งผู้ป่วยจะดูแลตนเองอย่างดีก็ตาม ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่สามารถให้ความหมายในความเจ็บป่วยของตนเองได้ ไม่สามารถคาดเดาถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดตามมาได้ จึงทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น (Sexton, Calcasola, Bottomley, & Funk, 1999) และส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษามากที่สุด แม้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านจิตใจอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด และได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับข้อมูลการรักษาและดูแลตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็ตาม ก็ไม่สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลงบ่อยและไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ที่เกิดตามมาได้ แตกต่างจากการศึกษาของ Lien, Lin, Kuo, & Chen (2009). ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ($r = 0.303$; $p < 0.01$)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด ($r = .404$, $p < 0.05$) โดยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกหงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่มีความสุข และรู้สึกท้อทอยในชีวิต เนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถกำหนดหรือให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของตน ไม่สามารถตัดสินใจความเจ็บป่วยของตน ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้นๆได้ (Mishel, 1988; Mishel, 1990; Mishel & Clayton, 2003) ผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าตนเองจะเกิดอาการรุนแรง (attack) ขึ้นเมื่อใด รุนแรงเพียงใด จึงไม่สามารถคาดเดาความเจ็บป่วยของตนเองได้ จนทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น (Sexton, Calcasola, Bottomley, & Funk, 1999) และความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้จะถูกประเมินตัดสิน (appraisal) ว่าเป็นอันตรายต่อตนเองและมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะซึมเศร้า ยิ่งมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากขึ้นเท่าใด การประเมินตัดสินว่าเป็นอันตรายต่อตนก็ยิ่งมากขึ้นเท่านั้น และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมามากขึ้นเช่นกัน (Kang, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน แก้วเกตุมณี (2541). ที่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านการหลีกเลี่ยง ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม จนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ และการศึกษาของ Sheu (2001) Mu (2004) Kang (2006). และ Lien, Lin, Kuo, & Chen (2009). ที่ พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืดได้ ร้อยละ 16.3 ($R^2 = 0.163$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kang (2005) Kang (2006) และ Bellia, et al. (2007) ที่พบว่าการ

รับรู้ความรุนแรงของโรค และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่รับรู้อาการของโรคที่รุนแรงจะมุ่งให้ความสนใจแต่อาการของตน จนไม่สามารถเข้าใจอาการและการรักษาของตนเองได้ จึงทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา อาการของโรคที่รุนแรงมากจะยังมีความถี่ของอาการมาก และไม่สามารถควบคุมโรคได้ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาได้ว่าตนเองจะมีอาการเกิดขึ้นเมื่อไร และจะหายไปเมื่อใด ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น และตัดสินใจความรู้สึกเหล่านั้นว่าเป็นอันตรายคุกคามความผาสุกของตนเอง ก่อให้เกิดผลกระทบด้านต่างๆแก่ตนได้ ถ้าผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะทำให้มีการปรับตัวอย่างไม่เหมาะสม (maladaptive) และเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดี (poorer outcome) เช่น มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ ยังมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากขึ้นเท่าใด การประเมินตัดสินใจเป็นอันตรายต่อตนก็ยิ่งมากขึ้นเท่านั้น และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้มากขึ้นเช่นกัน ดังนั้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการและการรักษาของตนอย่างดี และสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลงได้ เมื่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยก็จะลดลงด้วยเช่นกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แต่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยต่อไป เช่น การประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (appraisal) เป็นต้น

FACTORS INFLUENCING DEPRESSION IN ADULTS WITH ASTHMA

NUCHAREE SANGSAWANG 5036819 NSAM/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: DOUNGRUT WATTANAKITKRILEART, D.N.S., KANAUNGNIT PONGTHAVORNKAMOL, Ph.D. (NURSING), CHAROEN CHUCHOTTAWORN, M.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Asthma is one of the most frequently encountered respiratory diseases in adults. The prevalence of asthma is approximately 5% or 300 million people worldwide (Sullivan & Turk, 2008). Asthma is also one of the four chronic diseases generally found in adults. As for Thailand, the prevalence of asthma in 1995 was 4.85, and this increased to 8.8% in 1998. The numbers of asthma out patients who sought medical treatment at the Chest Disease Institute, Nonthaburi Province, were 5,020 and 5,453 in 2004 and 2007, respectively (Registration Office, Chest Disease Institute, B.E. 2551).

Asthma can cause changes in the pathophysiology of the trachea and results in chronic inflammation, obstructed airflow, and impaired lung function. Asthma patients suffer from a variety of symptoms including wheezing, breathing difficulty, chronic coughing, and various reactions of the trachea to different triggers (Watchara Boonsawad, B.E. 2550; Karol, 2002; Tang, Wilson, Stewart, & Royce, 2006).

Different symptoms of asthma can affect the patients' physical, psychological, social, and economic well-being, both during the non-active and active phases. Follow-up on patients with non severity of disease has indicated that work absenteeism and economic effects are associated with adult asthma. As asthma severity increases, the patients become more reliant on medication and are compelled to seek medical attention at the emergency unit more often as they lose lung function and suffer functional impairment. With regard

to psychological effects, it has been found that asthma patients who are unable to effectively control their disease are likely to suffer from depression, anxiety, and inappropriate coping (Cluley & Cochrane, 2001; Nejtek, Broen, Khan, Moore, Van Wagner, & Perantie, 2001; Goldney, Ruffin, Fisher, & Wilson, 2003), i.e. when patients are unable to control their disease they begin to experience depression, anxiety, and ineffective coping. (Cluley & Cochrane, 2001; Goldney, Ruffin, Fisher, & Wilson, 2003; Moore, & Peters, 2006; Richardson, Lozano, Russo, McCauley, Bush, & Katon, 2006; Negro, Micheletto, Tosatto, Dionisi, Turco, & Donner, 2007).

Depression has been found in 18.1% of asthma patients (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel, & Ustun, 2007) and is considered a severe psychological effect of asthma that can bring about other effects such as ineffective control of the disease, more frequent hospital treatments, lack of treatment adherence, etc. Furthermore, as the symptoms of these patients become more severe, their ability to carry out activities decreases and their medical expenses increase (Brinke, Ouwerkerk, Zwinderman, Spinhove, & Bel, 2001; Krommydas, Gourgoulisanis, Angelopoulos, Kotrotsiou, Raftopoulos, & Molyvdas, 2004; Brown, Vigil, Khan, Liggin, Carmody, & Rush, 2005; Eisner, Katz, Lactao, & Iribarren, 2005; Lovoie et al., 2005; Bender, 2006; Richardson, Lozano, Russo, McCauley, Bush, & Katon, 2006; Negro, Micheletto, Tosatto, Dionisi, Turco, & Donner, 2007).

Depression in asthmatic patients is common as it is impossible to determine when patients will suffer from asthma attacks, how severe the symptoms will be, and how long the symptoms will last (Sexton, Calcasola, Bottomley, & Funk, 1999). Patients are unable to predict how and how much the illness will affect them, hence they are faced with feelings of uncertainty in illness (Houldin, 2003; Mishel & Clayton, 2003) as explained by Uncertainty Theory (Mishel, 1988). Consequently, asthma patients appraise such feelings as a threat to their well-being, which in turn leads to various effects such as emotional changes. Therefore, asthma patients have to deal with such feelings. Those who cope effectively will accomplish proper adaptation such as decreased psychological distress. However, those patients who are unable to cope effectively, such as avoidance will have maladaptation which yields poorer outcomes such as depression, anxiety, psychological distress and poor adjustment. Consequently, depression found in asthma patients stems from the patients' uncertainty in illness, ineffective coping, and improper

adaptation (Coyne, Aldwin, & Lazarus, 1981; Felton, Revenson, & Hinrichsen, 1984; Bombadier, D'Amico, & Jordan, 1990; White, Richter, & Fry, 1992; Fleishman & Fogel, 1994). The scopes of asthma studies in foreign countries differ from those of Thailand, so the findings of these studies cannot always be applied. In Thailand, there is no scope for studies on depression among asthma patients or asthma coping in treatment and self-care. For these reasons, the researcher became interested in investigating depression in asthma patients so the findings of the study could be used as a guideline in providing nursing care for asthma patients to prevent and reduce depression.

Purposes of the Study

1. To determine the predictive power of perceived severity and social support on uncertainty in the illness of adults with asthma.
2. To determine the predictive power of predictor variables and uncertainty in illness on the depression of adults with asthma.

Research Design

This research was a descriptive design. The population of this study comprised asthma patients attending the Out Patient Department of Chest Disease Institute, Nonthaburi province. The subjects of this study were asthma patients aged 18 years and over who had been diagnosed as having asthma by a pulmonologist through use of clinical symptoms and clinical symptoms with lung function testing as inclusion criteria wherein the subjects had no respiratory complications. The sample size was determined by power analysis (Polit & Beck, 2008) with medium effect size (.13), a power of 0.80 and an alpha of .05. The minimum sample was determined to be 77 subjects. In order to prevent loss of the data in this study, the researcher added 10 % to the 77 subjects of the sample for a total of 85 subjects who were recruited for this study.

Research Instrumentation

The instruments employed in this study consisted of 5-part questionnaires examined for content validity by 5 experts and assessed to test for reliability. In this study Conbach's alpha was between 0.71 to 0.89 for all of the instruments.

The instrumentation employed in this study was divided into the following five parts:

Part 1 - The personal information and history of illness included age (in years), gender, education, occupation, average monthly income, duration of illness, number of visits to emergency rooms and number of hospitalizations during the past year due to severe asthmatic attacks, number of work days absent due to asthmatic attacks in the past years, history of intubation due to severe asthmatic attacks, persons providing care during asthmatic attacks, history of triggers inducing asthma symptoms

Part 2-The asthma severity assessment questionnaire: The asthma severity assessment was followed by characterizers of the disease as developed by Peepratoon, B (2005) and assessed the perceived severity of asthma as developed by the researcher based on the Thai Thoracic Society's medical practice guidelines for adults with asthma (2004) and GINA (Global Initiative For Asthma)(2004). The questionnaire consisted of 4 levels: not severe, mildly severe, moderately severe and extremely severe.

Part 3 - The Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: (MSPSS). The MSPSS was developed by Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley (1988). This questionnaire assessed social support and the MSPSS employed by the researcher in this study had been translated into a Thai version by Boonyamalik, P. (2005). The total score ranged from 12 to 84 wherein high scores represented higher levels of social support.

Part 4 - The Mishel Uncertainty Inventory Scale: (MUIS). The MUIS was developed by Mishel (1980) and assessed uncertainty in illness. In this study, the researcher used the MUIS that had been adapted by Mishel (1990) and translated into a Thai version by Pichayamongkol, P. (2002) adapted as appropriate for this subject by the researcher. The total scores ranged from 32 to 160 points wherein high scores represented higher levels of uncertainty in illness.

Part 5 - Center of Epidemiologic Scale Depression: (CES-D). The CES-D was developed by Radloff (1977) and assessed depression in general people. In this study,

the researcher employed the version of the CES-D that was adapted and translated into a Thai version by Kuptniratsaikul & Kateman (1997). Total scores ranged from 0 to 60 wherein scores of 19 or higher on the CES-D were considered possible cases for depression and higher scores indicated a high level of depression.

Data Collection

This research proposal was submitted for the approval of the Mahidol University Institutional Review Board and the Chest Disease Institute. The researcher requested an introduction letter from the Faculty of Graduate Studies at Mahidol University to request the permission of the director of the Chest Disease Institute to collect data at the hospital. All data were collected by the researcher. The researcher selected the sample population by studying the patients' medical records and selecting adults with asthma whose characteristics met the inclusion criteria. Then the researcher introduced herself, formed a relationship with the subjects and explained the objectives, data collection and duration of the study, also informing the patients of their rights to agree or refuse to participate in the study. The informed consent form was signed by patients who agreed to participate and the subjects were then invited to answer the questionnaires after meeting with their physicians. The period of time spent in completing all of the questionnaires was from 15 to 20 minutes. All obtained data was then analyzed by statistical methods.

Data Analysis

Data analysis was conducted with a computer package program and basic descriptive statistics were used to analyze the demographic characteristics, perceived severity, social support, uncertainty in illness and depression. A multiple linear regression was used to examine the relationships between the perceived severity, social support on uncertainty in illness, and the relationships between the uncertainty in illness on depression in adults with asthma.

Results

1. The demographic characteristics of the subjects

Most of the subjects (63.5%) were females aged over 45 years of age (82 %) (mean = 57.4, SD = 13.6). The largest group of subjects (27%) was in the 56 to 65 age group and the majority of the subjects (97.6%) were Buddhists. In addition, most of the subjects (76.5%) were married. More than half of the subjects (51.8%) had finished primary school. About one-third of the subjects (36.5%) worked as employees and most of the subjects (74.1%) had family incomes between 10,000-30,000 baht/month and the majority of them (95.3%) had adequate income. Nearly half of the subjects (48.2%) were reimbursed for their medical expenses through state welfare. Most of the subjects (60%) lived with spouses, sons and/or daughters.

The largest group of subjects (49.4%) had lived with asthma for between one and five years. (Max = 20, Min = 0.25, Mean = 5.7). Most of the subjects (66.9%) had never visited the Emergency Department during the past year. The majority of the subjects had never been hospitalized or absent from work and had no history of intubation as a result of asthma attacks. (90.6%, 90.6%, and 97.6%, respectively). Nearly half of the subjects (49.4%) were cared for by spouses, sons and/or daughters when they had asthmatic attacks. All of the subjects (100%) knew what triggered their asthma. The asthma symptoms of the majority of subjects occurred when they were irritated by changes in weather (72.9%), cigarette smoke (50.6%) and dust (45.9%). More than half of the subjects (53%) had mild asthma severity and about one-fourth (26%) had intermittent asthma severity.

All of the subjects had been diagnosed as having asthma by a pulmonologist through use of clinical symptoms (45.9%) and use of clinical symptoms with lung function testing (54.1%). The majority of the subjects (62.4%) received sustained-release theophylline and about 29.4 percent had FEV1 for a total of more than 80 percent predict.

The perceived severity level among the subjects was found to be at the moderate level in nearly half of the subjects (45.9%). The social support level among the subjects was mostly found to be at the high level (70.6%). The uncertainty in illness level among the subjects was found to be at the mild level in nearly half of the subjects (47%).

2. Depression in adults with asthma

The subjects had scores of depression ranging from 0 to 19 which indicated that the majority of the subjects (89.6%) had no depression.

3. Relationships between depression in adults with asthma and perceived severity, social support and uncertainty in illness

As shown in Table 1, the relationship between social support and uncertainty in illness was not significant ($r = -.175, p > .05$). The relationship between perceived severity and uncertainty in illness was not significant ($r = .177, p > .05$) either.

A significant positive relationship was found between uncertainty in illness and the depression of adults with asthma ($r = .404, p < .05$) with the highest significant correlation.

4. Factors influencing depression in adults with asthma

Perceived severity and social support were not significantly correlated with uncertainty in illness, so perceived severity and social support were unable to predict uncertainty in illness.

Uncertainty in illness was significantly correlated and predictive of depression in adults with asthma for about 16.3 percent at p -value $< .05$ ($R^2 = .163$).

As shown in Table 2, upon consideration of the level of predictive power between independent variables and dependent variables, the highest degree of predictable depression in adults with asthma was uncertainty in illness (Beta = .404).

Table 1- Pearson's product Moment Correlation Coefficient of the Study Variables (n = 85)

Variables	1	2	3
1. Perceived severity	1.000		
2. Social support	.029 ^{ns}	1.000	
3. Uncertainty in illness	.177 ^{ns}	-.175 ^{ns}	1.000

ns = not significant

Table 2 Multiple Correlation Coefficient between Independent Variables (predictors): Uncertainty in Illness and Dependent Variable: Depression of Adults with Asthma by Using Stepwise regression (n = 85)

Model	predictor	R	R ²	R ²	F	B	Std. Error	Beta	t	Sig
				Change	Change					
1.	Uncertainty in illness	.404	.163	.163	16.175	.318	.079	.404	4.022	.000
Constant = 1.295										

Discussion

The research findings have indicated that the subjects had a moderate level of perceived severity of the disease. This may have been because the subjects had been suffering from asthma for only a short period of time ranging from one to five years, which was considered the initial phase of the disease. Furthermore, the subjects had been regularly following up and there had been few changes in their symptoms with acute exacerbation. In the present study, most of subjects received a high level of social support, especially from their families. This may be because the subjects were living in urban areas and the families were extended families that recognized the significance of the family. The family members are considerate regarding the needs and well-being of other family members, and they were likely to live close to one another, so they were able to maintain close relationships with one another. Also, most of the subjects in this study were elderly adults living with their families, so they received care and psychological support from their families in addition to the support they received from healthcare team members.

The subjects in this study had a low level of uncertainty in illness. As for different aspects of uncertainty in illness, the inability to predict illness, treatment and treatment outcome were most frequently encountered. This may be because the subjects had a mild level of severity of the disease. In other words, as asthma is a chronic illness, the asthma patients were unable to predict when they would experience the next attack, how long the next attack would last, how severe it would be and what outcome they would have, even though they may continuously follow-up on their treatment, constantly receive information regarding their treatment, and properly perform self-care practice.

Therefore, these patients were able to develop uncertainty in illness (Sexton, Calcasola, Bottomley, & Funk, 1999; Buist, 2002; GINA, 2006; Kuebler, Buchsel, & Balkstra, 2008). Different findings have been reported in studies carried out by Pichayamongkol, P (2002) who found 54.4 % of the subjects had limitations in terms of activity because, they had dyspnea symptoms and the subjects had moderate levels of uncertainty in illness. The inability to predict illness, treatment and treatment outcome aspects of uncertainty in illness were most frequently encountered. This may be because the subjects were sick with a chronic illness and it would be impossible to predict when they would suffer from an asthma attack. In general, the symptoms of asthma were constantly changing, so the patients may have been prone to developing uncertainty in illness.

Furthermore, most of the subjects in the present study did not suffer from depression and only a small number of actually suffered depression (10.6). This finding was not consistent with the finding of Solis, Khan and Brown (2006) who found that 62% of asthma patients suffered from depression. However, in Solis, Khan, and Brown's (2006) study, the mean age of the subjects was 28.8 years and they were still at their working age. As a result, they developed depression after they had lost their functioning and had to live with different restrictions due to asthma. Also, in a survey conducted by the WHO with 245,404 asthma patients, 18.1% of the patients suffered from depression (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel, & Ustun, 2007). The findings of the present study may be explained in that most of the subjects no longer worked to earn their living and received good care and support from their families. In addition, they had mild severity of illness and moderate levels of perceived severity. They never had visited the Emergency Department, been hospitalized or been absent from work and had no history of intubation from acute exacerbation. Thus, they were able to carry out daily living activities and participate in social functions as usual, so only a small number of them suffered from depression. (Paz-Diaz, de Oca, Lopez, & Celli, 2007; Coventry, 2009).

In this study, there was no relationship between perceived severity of the disease and uncertainty in illness ($r = .177$, $p > .05$). One plausible explanation is that the subjects had consistent self-care practices and they strictly adhered to the doctor's check-up appointments. In addition, most of them had never been treated at the emergency room or used a respirator due to severe asthma symptoms. Thus, these subjects perceived that

their symptoms were regular occurrences they were familiar with and that the treatment and care were not complicated, so their perceived severity of the disease was not related to uncertainty in illness. Such findings were inconsistent with the findings of Sexton, Calcasola, Bottomley, and Funk (1999) wherein most of the patients experienced occasional severity of the disease, but different symptoms of the disease affected their sleeping and activities, so they had to take time off from work and became unable to carry out activities they had previously done in the past. Also, the patients who suffered from severe symptoms and were hospitalized had a higher level of uncertainty in illness than those who did not have to be hospitalized.

Social support was not related to uncertainty in illness. ($r = -.175, p > 0.05$). This contradictory finding may have resulted from the fact that the subjects of the present study suffered from a chronic illness which could not be completely cured. Also, the symptoms of the disease changed constantly, so they were unable to predict when they would suffer from the next asthma attack, regardless of how well they had been taking care of themselves. Therefore, the subjects were unable to give meaning to their own illness or predict subsequent outcomes, hence the feeling of uncertainty in illness (Sexton, Calcasola, Bottomley, & Funk, 1999). Moreover, most of the subjects perceived uncertainty in illness in terms of lack of ability to predict the illness, treatment and treatment outcomes. As a consequence, their uncertainty in illness was not reduced due to constant changes of the symptoms and inability to predict the treatment outcomes, even though they received sufficient social support from their family, friends, and close persons, and even though they received decisions and information from their family members as well as medical staff when they were sick. Therefore, the patients' social support from family members and healthcare team members was not related to their feeling of uncertainty in illness. On the contrary, Lien, Lin, Kuo, and Chen (2009) have reported that the patients with more social support had less uncertainty in illness ($r = 0.303; p < 0.01$).

The findings have revealed that uncertainty in illness was related to depression in asthma patients. ($r = .404, p < 0.05$). In the present study, uncertainty in illness could lead to depression in asthma patients. It made patients suffer from irritability, insomnia, loss of appetite, unhappiness and desperation, because general uncertainty in illness takes place when individuals are unable to define or give meaning to their own

illness situation, to make decisions about the meaning of their illness or to predict the outcome of the illness (Mishel, 1988; Mishel, 1990; Mishel & Clayton, 2003). In the present study, the subjects were asthma patients who suffered from an incurable chronic illness. They were not able to predict when the next attack would occur to them, or how severe it would be, so they were unable to predict or give meaning to their illness. Hence, they developed feelings of uncertainty in illness (Sexton, Calcasola, Bottomley, & Funk, 1999). Such feelings would be appraised as a threat to their well-being and were associated with their depression. The more uncertainty in illness the subjects had, the more serious the threat they would appraise associated with their illness and the greater the likelihood they would eventually develop depression (Kang, 2006). Orapin Kaewkatemanee (B.E. 2541) conducted a similar study and found that uncertainty in illness was positively related to avoidance coping strategy which was an ineffective for of coping that lead to inappropriate adaptation and depression. Likewise, Sheu (2001), Mu (2004), Kang (2006), and Lien, Lin, Kuo, and Chen (2009) have reported that uncertainty in illness of chronic patients was associated with depression and anxiety.

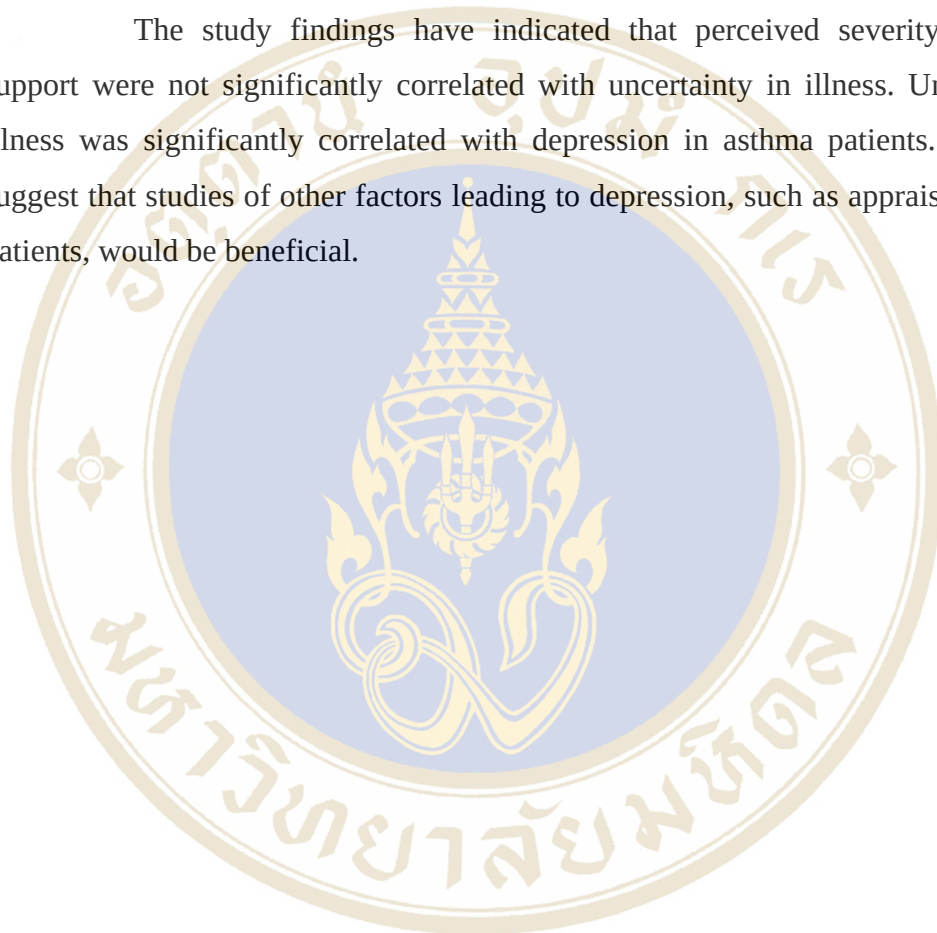
Multiple regression analysis showed that uncertainty in illness could predict depression in asthma patients by 16.3 ($R^2 = 0.163$) with statistical significance at the 0.05 level. Similarly, Kang (2005), Kang (2006) and Bellia et al. (2007) have also reported that perceived severity of the disease and uncertainty in illness could co-predict the variance of depression in chronic patients with statistical significance at the 0.001 level.

This finding can be explained in that patients who generally have perceived severity of the disease tend to pay attention to the nature of the symptoms they are experiencing. Furthermore, they may not be able to understand the symptoms or their treatment. Thus, they develop uncertainty in illness. If the patients have a chronic illness with constantly changing symptoms or severity that with frequent attacks, they will not be able to control the symptoms or predict when the next symptoms will occur to them or disappear, so they will develop uncertainty in illness. When the patients have uncertainty in illness, they will appraise such feelings as a threat to their well-being that can lead to different unfavorable effects. If the patients have ineffective coping, they are likely to have maladaptation, which consequently leads to poorer outcomes, including depression. In other words, the more the patients experience uncertainty in illness, the more serious threat they will perceive and the greater their chance of developing depression. For this

reason, provision of clear and correct information will enable patients to understand their symptoms and treatment and to reduce their uncertainty in illness, which can in turn decrease their likelihood for developing depression.

Research Recommendations

The study findings have indicated that perceived severity and social support were not significantly correlated with uncertainty in illness. Uncertainty in illness was significantly correlated with depression in asthma patients. The results suggest that studies of other factors leading to depression, such as appraisal in asthma patients, would be beneficial.



บรรณานุกรม

- งานเวชสถิติ. (2551). สถิติสถาบันโรคทรวงอก ปี 2551. นนทบุรี: สถาบันโรคทรวงอก.
- จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. (2536). แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และพรชัย สติธิปัญญา. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สงขลานครินทร์เวชสาร, 23(2), 229-237.
- ชัดเจน จันทพัฒน์ สุนตตรา ตะบูนพงค์ และคณะ. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 12(2), 80-89.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ทิพาพร วงศ์หวัณกุล. (2533). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยการประเมินภาวะเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธวัชชัย วรพงษ์ธรรม, วงเดือน ปันดี, และสมพร เจริญชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความตรงของแบบสอบถามวัดความซึมเศร้า CES-D. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 21, 26-45.
- นิพนธ์ พงษ์วรรณทร์ และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. สารศิริราช, 46(1), 1-9.
- พูนเกษม เจริญพันธุ์. (2545). การบำบัดทางระบบหายใจในโรคหลอดเลือด. ใน สุมาลี เกียรติบุญศรี (บรรณาธิการ.), การดูแลรักษาโรคระบบหายใจในผู้ใหญ่ (หน้า 428-449). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วน จำกัดภาพพิมพ์.
- มานิต ศิริสุรกานนท์ และไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. (2542). โรคอารมณ์แปรปรวน. ในมานิต ศิริสุรกานนท์ จำลอง ดิษยวิช (บรรณาธิการ), ตำราจิตเวชศาสตร์. (หน้า 165-187). เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale For Depression ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(4), 235-246.

- มาโนช หล่อตระกูล. (2548). โรคอารมณ์แปรปรวน. ในมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (หน้า 143-160). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มูลนิธิโรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2551). *สถิติผู้ป่วยโรคหัวใจ*. กรุงเทพมหานคร.
- วัชรนา บุญสวัสดิ์. (2550). โรคหัวใจ. ในนิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ), *ตำราโรคระบบการหายใจ* (หน้า 444-455). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- วัชรนา บุญสวัสดิ์. (2551). โรคหัวใจ. ในนิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ), *ตำราโรคระบบการหายใจ* (หน้า 444-455). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- วิไล คุปต์นิรัตติกุล และพนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบสอบถามวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) ในคนไทย. *สารศิริราช*, 49(5), 442-448.
- ศิริพร จิรวัดนกุล. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน: มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพฯ: คำนสุทธาการพิมพ์.
- สิรินันท์ บุญยะสิทธิ์ และเฉลิมชัย บุญยะสิทธิ์. (2545). *โรคภูมิแพ้*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สุชาพร ทิพย์สินวล (2544). *การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและอาการกำเริบรุนแรงของผู้ป่วยโรคหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุชาติ พหลภักย์. (2542). *ความคิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น: ศิริพันธ์ ออฟเซ็ท.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. (2547). *แนวทางการวินิจฉัย และรักษาโรคหัวใจในประเทศไทย (สำหรับผู้ใหญ่)*. กรุงเทพมหานคร.
- สุภาณี แก้วธำรงค์. (2543). *ความรู้สึกไม่แน่นอนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมาพร บรรณสาร. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ใหญ่ไ้ตายเร็ว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพิน แก้วเกตุมนี. (2541). การศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรรวรรณ ลิ้มทองอินทร์. (2535). ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าในบ้านพักคนชราในศูนย์โยเซฟ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขาภพจิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Adam, R. J., Wilson, D. H., Taylor, A. W., Daly, A., d' Espaignet, E. T., Grande, E. D., et al. (2004). Psychological factors and asthma quality of life: a population base study. *Thorax*, 59, 930-5.

Arnold, D. H., Gebretsadik, T., Minton, P. A., Higgins, S., & Hartert, T. V. (2008). Assessment of severity measures for acute asthma outcomes: a first step in developing an asthma clinical prediction rule. *Am J Emerg Med*, 26(4), 473-9.

Baibergenova, A., Thabane, L., Akhtar-Danesh, N., Levine, M., Gafni, A., & Leeb, K. (2006). Sex differences in hospital admissions from emergency departments in asthmatic adults: a population-based study. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 96, 666-72.

Balmes, J., Becklake, M., Blanc, P., Henneberger, P., Kreiss, K., Mapp, C., et al. (2003). American Thoracic Society statement: occupational contribution to the burden of airway disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 167, 787-797.

Bardana, E. J. (2003). Occupational asthma. *J Allergy Clin Immunol*, 121, S408-11.

Bardana, E. J. (2008). Occupational asthma. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 121(2), S408-11.

Bayat, M., Erdem, E., & Kuzucu, E. G. (2008). Depression, anxiety, hopelessness, and social support levels of the parent of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 25 (5), 247-253.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinic, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.

Bender, BG. (2006). Risk taking, depression, adherence, and symptom control in adolescents and young adults with asthma. *Am J Respir Crit Care Med*, 173, 953-7.

- Bombadier, C. H., D'Amico, C., & Jordan, J. S. (1990). The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment. *Behavioral Research and Therapy*, 28, 297-304.
- Boonyamalik, P. (2005). Epidemiology of Adolescent Suicidal Ideation: Roles of Perceived Life Stress, Depressive Symptoms and Substance Use. Dissertation, Johns Hopkins University.
- Bousquet, J., Bousquet, PJ., Godard, P., & Daures, JP. (2005). The public health implication of asthma. *Bull World Health Organ*, 83, 548-54.
- Brown, E. S., Vigil, L., Khan, D. A., Liggin, J. D. M., Carmody, T. J., & Rush, A. J. (2005). A randomized trial of citalopram versus placebo in outpatients with asthma and major depressive disorder: a proof-of-concept study. *Bio Psychiatry*, 58, 865-870.
- Buist, A. S. (2002). Guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, 96, S11-16.
- Canty-Mitchell, J., & Zimet, G., D. (2000). Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Urban Adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 28 (3), 391-400.
- Carr, R. E. (1999). Panic disorder and asthma. *J Asthma*, 36(2), 143-52.
- Carvalho, N. S., Ribeiro, P. R., Ribeiro, M., Patrocinio Tenorio Nunes, M., Cukier, A., & Stelmach, R. (2007). Comparing asthma and chronic obstructive pulmonary disease in terms of symptoms of anxiety and depression. *J Bras Pneumol*, 33(1), 1-6.
- Cecil, H., Stanley, M. A., Carrion, P. G., & Swann, A. (1995). Psychometric properties of the MSPSS and NOS in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 593-602.
- Christman, N. J. (1990). Uncertainty and adjustment during radiotherapy. *Nursing Research*, 39(1), 17-20.
- Cluley, S., & Cochrane, G. M. (2001). Psychological disorder in asthma is associated with poor control and poor adherence to inhaled steroids. *Respiratory Medicine*, 95, 37-9.
- Coventry, P. A. (2009). Does pulmonary rehabilitation reduce anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease?. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 15, 143-149.

- Coyne, J. C., Aldwin, C., & Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episode. *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 439-477.
- Dakof, G. A., & Taylor, S. E. (1990). Victims' perception of support attempts: what is helpful from whom?. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 80-89.
- Day, A., Ernst, P., Glick, L., Zimmerman, S., Chapman, K. R. (2006). Women and asthma: Lesson from a gender analysis of the asthma in Canada survey. *J Asthma, 431*, 1-5.
- Debley, J. S., Redding, G. J., & Critchlow, C. W. (2004). Impact of adolescence and gender on asthma hospitalization: a population-based birth cohort study. *Pediatr Pulmonol, 38*, 443-50.
- Deshmukh, V. M., Toelle, B. G., Usherwood, T., O'Grady, B., & Jenkins, C. R. (2007). Anxiety, panic and adult asthma: a cognitive-behavioral perspective. *Respiratory Medicine, 101*, 194-202.
- Deshmukh, V. M., Toelle, B. G., Usherwood, T., O'Grady, B., & Jenkins, C. R. (2008). The association of comorbid anxiety and depression with asthma-related quality of life and symptom perception in adults. *Respirlogy, 13*, 695-702.
- Eisner, M. D., Katz, P. P., Lactao, G., & Iribarren, C. (2005). Impact of depressive symptom on adult asthma outcomes. *Annals of Allergy, Asthma and Immunology, 94*, 566-574.
- Eisner, M. D., Yelin, E. H., Katz, P., Lactao, G., Iribarren, C., & Blanc, P. D. (2006). Risk factor for work disability in severe adult asthma. *The American Journal of Medicine, 119*, 884- 891.
- Felton, B. J., Revenson, T. A., & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically in adults. *Social science and Medicine, 18*, 889-898.
- Fleishman, J. A., & Fogel, B. (1994). Coping and depressive symptoms among people with AIDS. *Health Psychology, 13*, 156-169.

- Gilmour, M. I., Jaakkola, M. S., London, S. J., Nel, A. E. & Rogers, C. A. (2006). How exposure to environmental tobacco smoke, outdoor air pollutants, and increased pollen burdens influences the incidence of asthma. *Environ Health Perspect*, 114, 627-633.
- GINA. (2004). *Pocket Guide for Asthma Management*. Retrieved May 11, 2008, from [http://www. Ginaasthma.org](http://www.Ginaasthma.org).
- GINA. (2006). *Pocket Guide for Asthma Management*. Retrieved May 11, 2008, from <http://www. Ginaasthma.org>.
- Goldney, R. D., Ruffin, R., Fisher, L. J. & Wilson D. H. (2003). Asthma symptoms associated with depression and lower quality of life: a population survey. *Med J Aust*, 178, 437-41.
- Goodwin R. D., Olsson, M., Shea, S., Lantigua, R. A., Carrasquillo, O., Gameroff, M. J., et al. (2003). Asthma and mental disorder in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 25, 479-483.
- Haggerty MC. Asthma. In: Sexton D. L., editor. *Nursing care of the respiratory patient*. Norwalk, CT: Appleton and Lange; 1990. p. 137-168.
- Heaney, L. G., Conway, E., Kelly, C., & Gamble, J. (2005). Prevalence of psychiatric morbidity in a difficult asthma population: relationship to asthma outcome. *Respiratory Medicine*, 99, 1152-1159.
- Hinds, C., & Moyer, A. (1997). Support as experienced by patients with cancer during radiotherapy treatments. *Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 371-379.
- Jeffery, P. K., Laitinen, A., & Venge, P. (2000). Biopsy markers of airway inflammation and remodeling. *Respiratory Medicine*, 94, s9-s15.
- Kang, Y. H., Daly, B. J., & Kim, J. S. (2004). Uncertainty and its antecedents in patients with atrial fibrillation. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 770-783.
- Kang, Y. H. (2005). Effects of uncertainty on perceived health status in patients with Atrial Fibrillation. *British Association of Critical Care Nurse, Nursing in Critical Care*, 10(4), 184-191.

- Kang, Y. (2006). Effects of uncertainty on depression in patients with newly diagnosed atrial fibrillation. *Prog Cardiovas Nurs*, 21(2), 83-8.
- Kara, B., Caglar, K., & Kilic, S. (2007). Nonadherence with diet and fluid restrictions and perceived social support in patients receiving hemodialysis, *Journal of Nursing Scholarship*, 39(3), 243-248.
- Karol, M. H. (2002). Respiratory allergy: what are the uncertainty?. *Toxicology*, 181-182, 305-310.
- Katon, W. J., Richardson, L., Lozano, P., McCauley, E. (2004). The relationship of asthma and anxiety disorders. *Psychosomatic Medicine*, 66, 349-355.
- Kelly, J. A., Murphy, D. A., Bahr, R., Kalichman, S. C., Moran, M. G., Stevenson, Y., et al. (1993). Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV-infected persons. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1679-1686.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). The causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 837-841.
- Kohler, P. O. (1986). *Clinical Endocrinology*. New York, NY: John Wiley & Sons Inc.
- Koizumi, Y., Awata, S., Kuriyama, S., Ohmori, K., Hozawz, A., Seki, T., et al. (2005). Association between social support and depression status in the elderly: results of a 1-year community-based prospective cohort study in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 563-569.
- Krommydas, G. C., Gourgoulisanis, K. I., Angelopoulos, N. nV., Kotrotsiou, E., Raftopoulos, V., & Molyvdas, P-A. (2004). Depression and pulmonary function in outpatients with asthma. *Respiratory Medicine*, 98, 220-224.
- Kuebler, K. K., Buchsel, P. C., & Balkstra C. R. (2008). Differentiating chronic obstructive pulmonary disease from asthma. *American Academy of Nursing Practitioners*, 20, 445-454.
- Kullowatz, A., Kanniess, F., Dahme, B., Magnussen, H., & Ritz, T. (2007). Association of depression and anxiety with health care use and quality of life in asthma patients. *Respiratory Medicine*, 101, 638-644.

- Kurlowicz, L.H. (1998). Nursing standard of practice protocol: depression in elderly patients. *Geriatric Nursing*, 18(5), 45-52.
- Langdeau, J-B., Day, A., Turcotte, H., & Boulet, L-P. (2009). Gender differences in the prevalence of airway hyperresponsiveness and asthma in athletes. *Respiratory Medicine*, 103, 401-406.
- Lanier, BQ., & Nayak, A. (2008). Prevalence and impact of nighttime symptoms in adults and children with asthma: a survey. *Postgrad Med*, 120(4), 58-66.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lee, M. Y., Shaw, C. K., Sheu, S., & Change, H. T. (2002). A study of breast cancer patients' uncertainty and impact factors. *Tzu Chi Nursing Journal*, 1, 57-65.
- Lesman-Leegte, I., Jaarsma, T., Sanderma, R., Hillege, H. L., & van Veldhuisen, D. J. (2008). Determinants of depressive symptoms in hospitalized men and women with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(2), 121-126.
- Leynaert, B., Bousquet, J., Henry, C., Liard, R., & Neukirch, F. (1997). Is bronchial hyperresponsiveness more frequent in women than in men? *Am J Respir Crit Care Med*, 156, 1413-20.
- Lien, C. Y., Lin, H. R., Kuo, I. T., & Chen, M. L. (2009). Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2311-9.
- Lovoie, K. L., Cartier, A., Labrecque, M., Bacon, S. L., Lemiere, C., Malo, J-L., et al. (2005). Are psychiatric disorders associated with worse asthma control and quality of life in asthma patients ?. *Respiratory Medicine*, 99, 1249-1257.
- Mancuso, C. A., Peterson, M. G. E., Charlson, M. E. (2000). Effects of depressive symptom on health-related quality of life in asthma patients. *J Gen Intern Med*, 15, 301-310.
- Manfreda, J., Becklake, M. R., Sears, M. R., Chan-Yeung, M., Dimich-Ward, H., Siersted, H. C., et al. (2001). Prevalence of asthma symptoms among adults aged 20-44 years in Canada. *CMAJ*, 164, 995-1001.

- Manfreda, J., Sears, M. R., Becklake, M. R., Chan-Yeung, M., Dimich-Ward, H., Siersted, H. C., et al. (2004). Geographic and gender variability in the prevalence of bronchial responsiveness in Canada. *Chest*, 125, 1657-64.
- Mast, M. E. (1995). Adult uncertainty in illness: a critical review of research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 9(1), 3-29.
- McCauley, E., Katon, W., Russo, J., Richardson, L., & Lozano, P. (2007). Impact of anxiety and depression on function impairment in adolescents with asthma. *General Hospital Psychiatry*, 29, 214-222.
- McCormick, K. M., Naimark, B. J., & Taate, R. B. (2006). Uncertainty, symptom distress, anxiety, and functional status in patients awaiting coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung*, 35(1), 34-45.
- Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30(5), 258-263.
- Mishel, M. H. (1984). Perceived uncertainty and stress in illness. *Research in Nursing and Health*, 7, 163-171.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 20, 225-232.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256-262.
- Mishel, M. H., & Braden, C. J. (1987). Uncertainty: A mediator between support and adjustment. *Western Journal of Nursing Research*, 9(1), 43-57.
- Mishel, M. H., & Braden, C. J. (1988). Finding meaning: Antecedents of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 37(2), 98-103.
- Mishel, M. H., & Clayton, M. F. (2003). Theories of uncertainty in illness. In M. J. Smith, & P. R. Liehr (Ed.), *Middle range theory for nursing*. (pp. 25-48). New York: Springer.
- Mishel, M. H., & Epstein, D. (1990). *Uncertainty in Illness Scales Manual*. University of North Carolina School of Nursing, Chapel Hill, NC.

- Mishel, M. H., Germino, B. B., Belyea, M., Stewart, J. L., Bailey, D. E. Jr., Mohler, J., et al. (2003). Moderators of an uncertainty management intervention: For men with localized prostate cancer. *Nursing Research*, 52(2), 89-97.
- Mishel, M. H., & Sorenson, D. S. (1991). Uncertainty in gynecological cancer: A test of the mediating functions of mastery and coping. *Nursing Research*, 40(3), 167-171.
- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2004). Cognitive deficits and the course of major depression in a cohort of middle-age and older community-dwelling adults. *J Am Geriatr Soc*, 52, 1060-1069.
- Moneyham, L., Hennessy, M., Sowell, R., Demi, A., Seals, B., & Mizuno, Y. (1998). The effectiveness of coping strategies used by HIV-Seropositive women. *Research in Nursing & Health*, 21, 351-3
- Moore, W. C., & Peters, S. P. (2006). Severe asthma: an overview. *J Allergy Clin Immunol*, 117, 487-94.
- Moussas, G., Tselebis, A., Karkanias, A., Stamouli, D., Ilias, I., Bratis, D., et al. (2008). A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general of chest disease. *Annals of General Psychiatry*, 7(7).
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic disease, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851-58.
- Mu, P. F. (2004). Paternal reactions to a child with epilepsy: uncertainty, coping strategies, and depression. *Journal of advanced Nursing*, 49(4), 367-376.
- Negro, R. W., Micheletto, C., Tosatto, R., Dionisi, M., Turco, P., & Donner, C. F. (2007). Cost of asthma in Italy: results of the SIRIO (social impact of respiratory integrated outcomes) study. *Respiratory Medicine*, 101, 2511-2519.
- Nejtek, D. C., Brown, E. S., Khan, D. A., Moore, J. J., Van Wagner, J., & Perantie, D. C. (2001). Prevalence of mood disorders and relationship to asthma severity in patients an inner-city asthma clinic. *Ann Allerg Asthma Immunol*, 87, 129-33.
- Neville, K. L. (2003). Uncertainty in illness an integrative review. *Orthopaedic Nursing*, 22(3), 206-214.

- Nicholson, P. J, Cullinan, P., Newman-Taylor, A. J., Burge, P. S., & Boyle, C. (2005). Evidence based guidelines for the prevention, identification, and management of occupational asthma. *Occup Environ Med*, 62, 290-9.
- O'Connor, G. T. (2005). Allergen avoidance in asthma: What do we do now ?. *J Allergy Clin Immunol*, 116, 26-30.
- Oga, T., Nishimura, K., Tsukino M., Sato, S., Hajiro, T., & Mishima, M. (2007). Analysis of longitudinal changes in the psychological status of patients with asthma. *Respiratory Medicine*, 101, 2133-2138.
- Paz-Diaz, H., de Oca, M., Lopez, J. M., & Celli, B. R. (2007). Pulmonary rehabilitation improves depression, anxiety, dyspnea and health status in patients with COPD. *Am. J. Phys. Med. Rehabil*, 86(1), 30-36
- Peepratoom, B. (2005). *Factors influencing compliance of adults with asthma*. M. N. S. Thesis in Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Pichayamongkol, P. (2002). *The relationships among self-efficacy, uncertainty in illness, and self-care behaviors in hospitalized COPD patients*. M. N. S. Thesis in Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Pine, D. S., Choen, P., Johnson, J., & Brook, J. (2002). Adolescent life events as predictors of adults depression. *J Affect Disord*, 68, 49-57.
- Plangwan, R. (2004). *The effects of providing information and instilling reassurance on uncertainty in weaning from mechanical ventilation*. M. N. S. Thesis in Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Polit, D. F., & Beck C. T. (2008). *Nursing Research* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Radloff, L. S. (1997). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Reich, J. W., Johnson, L. M., Zautra, A. J., & Davis M. C. (2006). Uncertainty of illness relationships with mental health and coping process in fibromyalgia patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 307-316.
- Richardson, L. P., Lozano, P., Russo, J., McCauley, E., Bush, T., & Katon, W. (2006). Asthma symptom burden: relationship to asthma severity and anxiety and depression symptom. *Pediatrics*, 118(3), 1042-1050.

- Rubio, R. L., Rodriguez, G. B., & Collazo, J. J. (1988). Comparative study of progesterone, estradiol, and cortisol concentrations in asthmatic and asthmatic women. *Allergol Immunopathol (Madr)*, 16, 263-266.
- Sammarco, A. (2001). Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 24(3), 212-219.
- Schatz, M., Clark, S., & Camargo, C. A. (2006). Sex differences in the presentation and course of asthma hospitalizations. *Chest*, 129, 50-5.
- Schneider, A., Lowe, B., Meyer, F. J., Biessecker, K., Joos, S., & Szecsenyi, J. (2008). Depression and panic disorder as predictors of health outcomes for patients with asthma in primary care. *Respiratory Medicine*, 102, 359-366.
- Selgrade, M. J. K., Lemanske, R. F., Gilmour, M. L., Neas, L. M., Ward, M. D. W., Henneberger, P. K., et al (2006). Induction of asthma and the environment: what we know and need to know. *Environmental Health Perspectives*, 114(4), 615-619.
- Sequeira, K., & Stewart, D. (2007). Pathophysiology of asthma and COPD. *Canadian Pharmacists Journal*, 140, s6-s7.
- Sexton, D. L., Calcasola, S. L., Bottomley, S. R., & Funk, M. (1999). Adults' experience with asthma and their reported uncertainty and coping strategies. *Clinical Nursing Specialist*, 13(1), 8-14.
- Shaha, M., Cox, C. L., Talman, K., & Kelly, D. (2008). Uncertainty in breast, prostate, and colorectal cancer: implication for supportive care. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(1), 60-67.
- Sheu, S. (2001). Uncertainty and anxiety in patients with initial attack of myocardial infraction: the effect of coping methods. *Hu Li Yan Jiu*, 9, 159-171.
- Sigsgaard, T, Heeederik, D. (2005). On the hygiene hypothesis: regulation down, up, or sideways? *J Allergy Clin Immunol*, 115, 1325-6.
- Skobeloff, E. M, Spivey, W. H., Clair, S. S. St., & Schoffstall J. M. (1992). The influence of age and sex on asthma admission. *JAMA*, 268(24), 3437-3440.
- Smith, A., Krishnan, J. A., Bilderback, A., Riekert, K, A., Rand, C. S., & Bartlett, S. (2006). Depressive symptom and adherence to asthma therapy after hospital discharge. *CHEST*, 130, 1034-1038.

- Solis, O. L., Khan, D. A. & Brown, E. S. (2006). Age at onset of major depression in inner-city adults with asthma. *Psychosomatics*, 47, 330-332.
- Sonia Buist, A. (2002). Definitions. *Asthma & COPD*, 3-6.
- Sullivan, S. D., & Turk, F. (2008). An evaluation of the cost-effectiveness of omalizumab for the treatment of severe allergic asthma. *Allergy*, 63, 670-684.
- Tang, M. L. K., Wilson, J. W., Stewart, A. G., & Royce, S. G. (2006). Airway remodeling in asthma: current understanding and implications for future therapies. *Pharmacology & Therapeutics*, 112, 474-488.
- ten Brinke, A., Ouwerkerk, M. E., Zwinderman, A. H., Spinhoven, P., Bel, E. H. (2001). Psychopathology in patients with severe asthma is associated with increased health care utilization. *Am J Respir Crit Care Med*, 163, 1093-6.
- Urek, M. C., Tudoric, N., Plavec, D., Urek, R., Koprivc-Milenovic, T., & Stojic, M. (2005). Effect of education programs on asthma control and quality of life in adult asthma patients. *Patient Education and Counseling*, 58, 47-54.
- Valenca, A. M., Falcao, R., Freire, R. C., Nascimento, I., Nascentes, R., Zin, W. A. et al. (2006). The relationship between the severity of asthma and comorbidities with anxiety and depressive disorders. *Rev Bras Psiquiatr*, 28(3), 206-8.
- Van Manen, J. G., Bindels, P. J. E., Dekker, F. W., IJzermans, C. J., van der Zee, J. S., & Schadé, E. (2002). Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*, 57, 412-416.
- Van Pelt, J. C., Mullins, L. L., Carpentier, M. Y., & Wolfe-Christensen, C. (2005). Brief report: Illness uncertainty and dispositional self-focus in adolescent and young adults with childhood-onset asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(8), 840-845.
- Van Riper, M., & Selder, F. E. (1989). Parental responses to birth of a child with Down syndrome. Loss, Grief and care. *A Journal of Professional Practice*, 3(3-4), 59-76.
- Wanger, C. W. (2003). Pathophysiology and diagnosis of asthma. *Nursing Clinics of North America*, 38(4), 561-570.
- Wark, P. A. B., Gibson, P. G. (2006). Asthma exacerbations. 3: pathogenesis. *Thorax*, 61, 909-15.

- Weissman, M. M., Sholomskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B. A., & Locke, B. Z. (1977). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: A validation study, *American Journal of Epidemiology*, 106(3), 203-214.
- White, R. E. & Frasure-Smith, N. (1995). Uncertainty and psychologic stress after colanary angioplasty and coronary bypass surgery. *Heart & Lung*, 24(1), 19-27.
- White, N. E., Richter, J. M., & Fry, C. (1992). Coping, social support, and adaptation to chronic illness. *Western Journal of Nursing Research*, 14, 211-224.
- Wonghongkul, T., Dechaprom, N., Phumivichuvate, L., & Losawatkul, S. (2006). Uncertainty appraisal coping and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 29(3), 250-257.
- Wortman, C. B. (1984). Social support and the cancer patient: Conceptual and methodological issues. *Cancer*, 53, 2339-2360.
- Yen, I. H., Yelin, E., Katz, P., Eisner, M. D., & Blanc, P. D. (2008). Impact of perceived neighborhood problems on change in asthma-related health outcomes between baseline and folloe-up. *Health & Place*, 14, 468-477.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55, 610-17.



ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาวพวงทอง ศิริพานิช
งานการพยาบาลอายุรศาสตร์
โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวโณมนภา กิตติศัพท์
สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข
5. แพทย์หญิงเปี่ยมลาภ แสงสายัณห์
สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ข

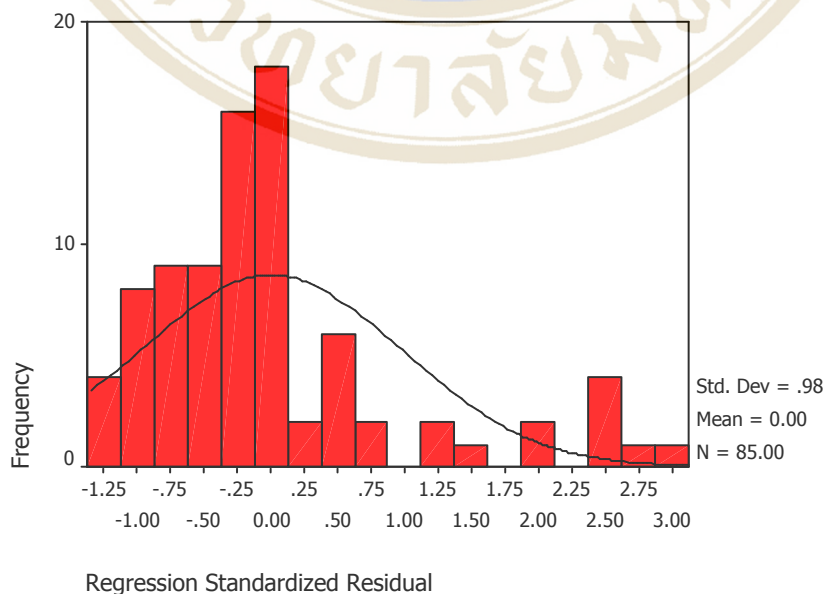
การทดสอบเงื่อนไขการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ

เงื่อนไขการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ ประกอบด้วย การมีความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม (linear relationship) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity) ไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicollinearity) และมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) ผลการทดสอบเงื่อนไขการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุในการศึกษาครั้งนี้ มีผลดังนี้

1. ความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยความสัมพันธ์ระหว่าง x และ y จะต้องเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้น ค่า residual จะถูกทดสอบสำหรับการกระจายที่เหมาะสม ถ้าการกระจายของ residual ปกติค่า SD จะสูงกว่าค่า Mean ซึ่งหมายความว่ามีความสัมพันธ์เป็นเชิงเส้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าตัวแปรตามและตัวแปรอิสระทุกตัวมีการกระจายตัวที่ปกติ และสามารถแสดงผลได้ดังภาพที่ 3

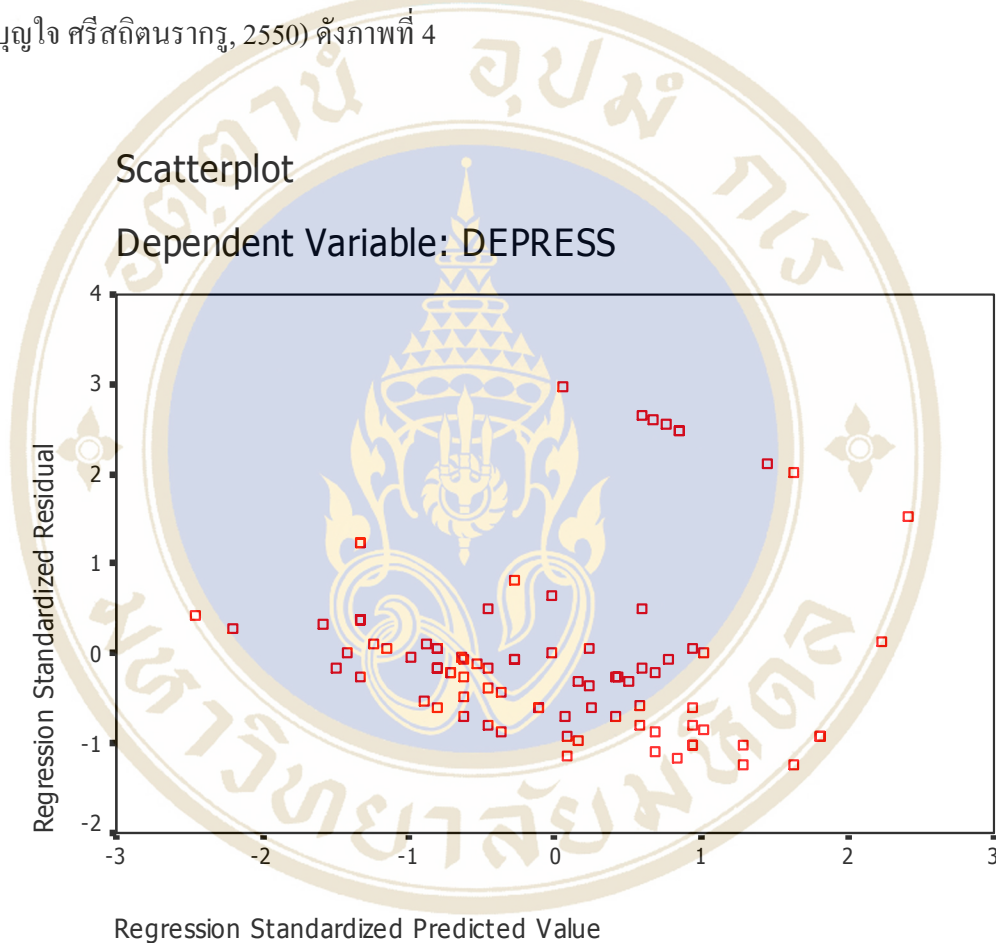
Histogram

Dependent Variable: DEPRESS



ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

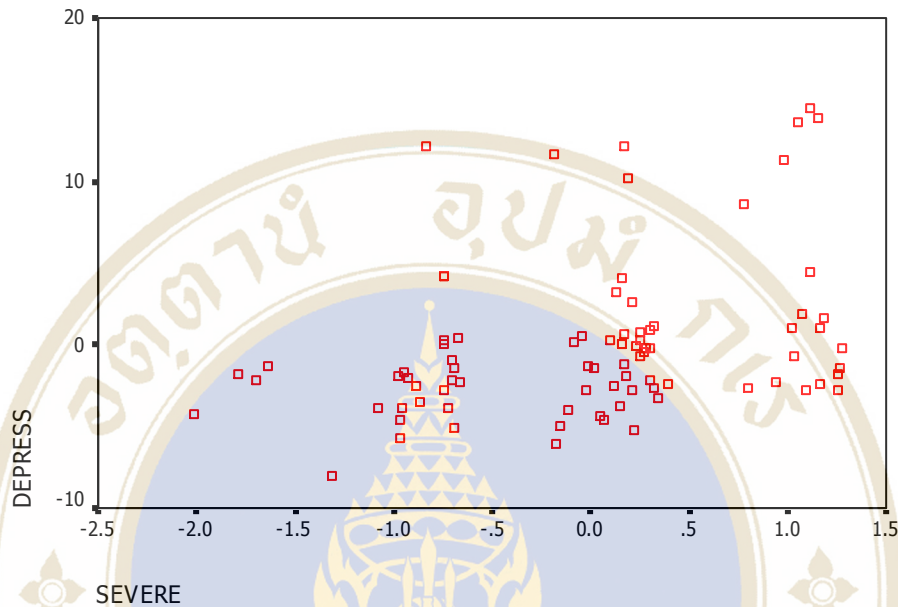
2. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity) สามารถพิจารณาจากภาพการกระจาย (scatter plot) โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง regression standardized predicted value (ค่าประมาณ Y ในรูปคะแนนมาตรฐาน) กับ regression standardized residual value (ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน) จะพบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์กระจายบริเวณค่าศูนย์ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์

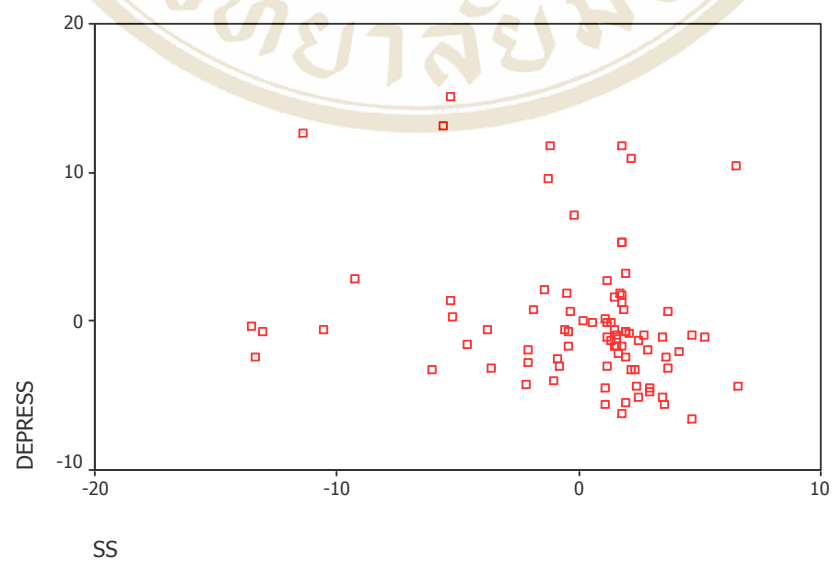
Partial Regression Plot

Dependent Variable: DEPRESS



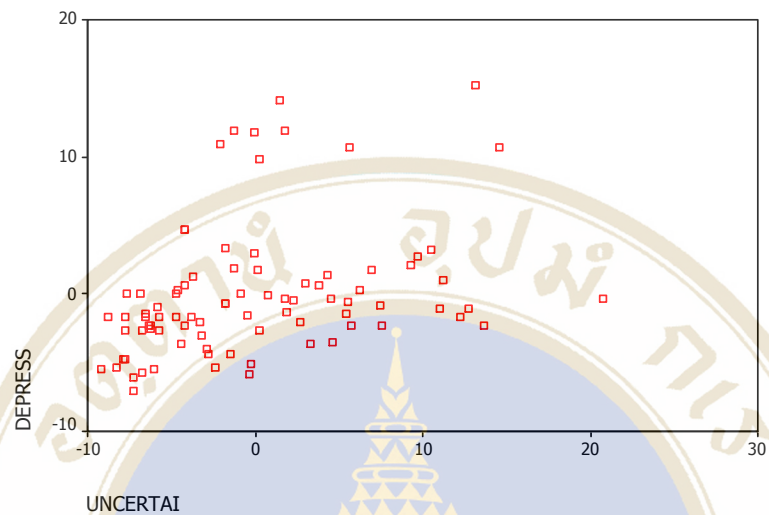
Partial Regression Plot

Dependent Variable: DEPRESS



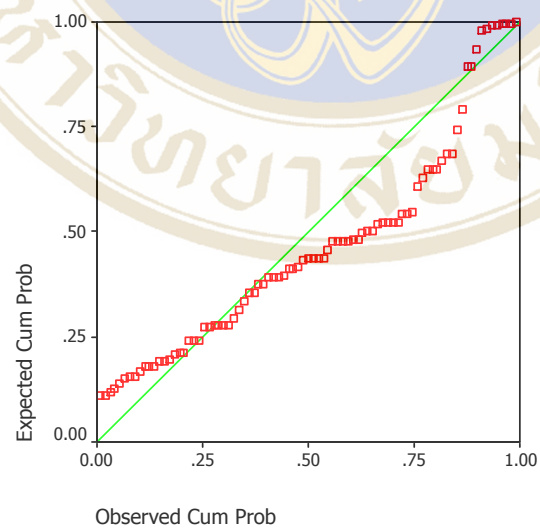
Partial Regression Plot

Dependent Variable: DEPRESS



Normal P-P Plot of Regression Standardized R

Dependent Variable: DEPRESS



3. ไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicollonearity) ซึ่งหมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าสูง โดยพิจารณาจากค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในระดับสูง คือ ค่า $r = .65$ ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร; Burns & Grove, 1997) จากตาราง correlation ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 มีค่าระหว่าง .388 -.434 ซึ่งค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคู่ที่มีค่าสหสัมพันธ์สูงสุด คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าสหสัมพันธ์ = .434 ดังนั้นตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวที่คัดเลือกมาศึกษา จึงไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicollonearity) เนื่องจากค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าไม่เกิน .65 รายละเอียดดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

Correlations		SEVERE	SS	UNCERTAI	DEPRESS
SEVERE	Pearson Correlation	1	.029	.177	.357*
	Sig. (2-tailed)	.	.790	.105	.001
	N	85	85	85	85
SS	Pearson Correlation	.029	1	-.175	-.244*
	Sig. (2-tailed)	.790	.	.110	.025
	N	85	85	85	85
UNCERTAI	Pearson Correlation	.177	-.175	1	.404*
	Sig. (2-tailed)	.105	.110	.	.000
	N	85	85	85	85
DEPRESS	Pearson Correlation	.357*	-.244*	.404*	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.025	.000	.
	N	85	85	85	85

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ภาคผนวก ค

จริยธรรมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล



COA. No. MU-IRB 2009/028.2403

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board

Title of Project: Factors Influencing Depression in Adults with Asthma
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator: Miss Nucharee Sangsawang

Name of Institution: Faculty of Nursing

Approval includes: 1) MU-IRB Submission form version received date 23 March 2009
2) Participant Information sheet for Parent version date 23 March 2009
3) Informed Consent form version date 23 March 2009
4) Questionnaire version received date 23 March 2009

Mahidol University Institutional Review Board is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval: 24 March 2009

Date of Expiration: 23 March 2010

Signature of Chairman:
(Professor Shusee Visalyaputra)

Signature of Head of the Institute:
(Associate Professor Sansanee Chaiyaroj)
Vice President for Research and Academic Affairs

Office of the President, Mahidol University, 999 Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170. Tel. (662) 8496223-5 Fax. (662) 8496223

ภาคผนวก ง
จริยธรรมสถาบันโรคทรวงอก

เลขที่ 047

คณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก
กรรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

ผู้ดำเนินการวิจัย : นางสาวนุชรี แสงสว่าง

สถานที่ทำการวิจัย : สถาบันโรคทรวงอก

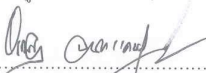
เอกสารที่ได้รับการพิจารณา ดังนี้

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. แบบรายงานสรุปโครงการวิจัย
3. เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม และแบบประเมิน
4. เอกสารแนะนำเข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการ

คณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก กรรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข อนุมัติในแจ้งจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้


.....
(นายแพทย์ชูศักดิ์ เกษมสานต์)

ประธานกรรมการ


.....
(นายแพทย์ธรรมรัฐ คันทแดนสุวรรณ)

เลขานุการกรรมการ

รับรองวันที่ : 23 มีนาคม 2552

วันหมดอายุ : 23 มีนาคม 2553

ภาคผนวก จ

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน แพทย์ท่านอื่น หรือผู้ที่ท่านต้องการจะปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนุชรีฯ แสงสว่าง

สถานที่วิจัย สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี

สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ 089-1567-242 และ 086-705-2006

ผู้ให้ทุน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทุนส่วนตัวในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาถึง ปัจจัยต่างๆที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแล ป้องกัน และลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจต่อไป

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเป็นโรคหืดที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลม และยาเพื่อควบคุมอาการ ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก โดยท่านจะได้รับการประชาสัมพันธ์จากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกให้ท่านทราบถึงโครงการวิจัย และคุณสมบัติที่จะเข้าโครงการวิจัย ซึ่งท่านมีอิสระในการตัดสินใจ จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ไม่ว่าท่านจะเข้าโครงการหรือไม่ จะไม่มีผลเกี่ยวข้องกับอาการที่ท่านได้รับในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอื่นๆ และถ้าท่านตอบรับเข้าโครงการแล้ว จะปฏิเสธหรือออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและทุกหน่วยในโรงพยาบาลแห่งนี้

จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 85 คน โดยใช้ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้น 1 ปี 6 เดือน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1. จะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามและแบบประเมินจำนวน 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของโรค จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบภูมิวัด จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จำนวน 32 ข้อ และส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

Participant Information sheet version 23 March 2009



รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหิดล
รหัสโครงการ MU-IRB.....๑๐๐๑/๐๔๕.๒๕๖๓
วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๓

1

2. เมื่อท่านตอบแบบสอบถามและแบบประเมินเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนของท่านที่ใช้ และผลการตรวจสอบสภาพปอดของท่าน จากแฟ้มประวัติของท่าน

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย คือ ท่านอาจรู้สึกอึดอัดกับบางคำถาม หรืออาจรู้สึกไม่สบายใจอยู่บ้างกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ และอาจขาดความเป็นส่วนตัวในขณะที่ท่านตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน

หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ก็จะไม่มีผลต่อการบริการและการรักษาใดๆที่ท่านจะได้รับต่อไป

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยาย โดยให้ท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน ไม่มีการให้ยา หรือให้ท่านทำกิจกรรมใดๆเป็นพิเศษ

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย สามารถติดต่อได้ที่ผู้วิจัย คือ นางสาวนุชรีย์ แสงสว่าง ตามหมายเลขโทรศัพท์ 089-1567-242 และ 086-705-2006 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และไม่ได้ค่าตอบแทนใดๆ

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่ท่านจะได้รับแต่ประการใด

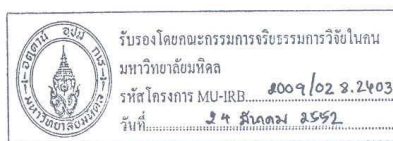
โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพหลโยธิน สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 หมายเลขโทรศัพท์ 02-849-6223-5 โทรสาร 02-849-6223 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....



ภาคผนวก จ

หนังสือแสดงเจตนายินยอม

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง..... ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย

โรคหืด

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้:

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวนุชรีฯ

แสงสว่าง หมายเลขโทรศัพท์ 089-1567-242 ได้ 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกลับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทน ใต้ที่สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยในคน สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 หมายเลขโทรศัพท์ 02-849-6223-5 โทรสาร 02-849-6223

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์ และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

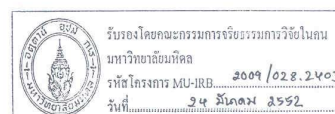
ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....) วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....) วันที่.....

Informed Consent form version 23 March 2009



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหืด

เครื่องมือนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของโรค

ส่วนที่ 3 แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี

2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

::

ข้อมูลความเจ็บป่วย

1. ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคหืดมานาน.....ปี

2. ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินหรือคลินิกด้วยอาการหอบเหนื่อยที่รุนแรงจากโรคหืด.....ครั้ง

:

7. ท่านทราบว่า มีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ท่านมีอาการของโรคหืด

☐ ทราบ (ท่านสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ไม่ทราบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของโรค

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 2.1 แบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดตามลักษณะของโรค

แบบประเมินส่วนที่ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

1. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ไอ หายใจมีเสียงวี๊ด ในเวลากลางวัน บ่อยเพียงใด

- ☐ น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- ☐ มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่ไม่ทุกวัน
- ☐ มีอาการหอบทุกวัน
- ☐ มีอาการหอบตลอดเวลา

:

แบบประเมินส่วนที่ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน

6. ค่า FEV₁ หรือ ค่า PEF (% ของค่าคาดคะเน)

- ☐ มากกว่าหรือเท่ากับ 80%
- ☐ อยู่ระหว่าง 60-80%
- ☐ น้อยกว่า 60%

ส่วนที่ 2.2 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด (ผู้ป่วยตอบแบบประเมินด้วยตนเอง)

1. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าการต่างๆจากโรคหืดมีความรุนแรงต่อท่านมากน้อยเพียงใด

☐ ไม่มีความรุนแรงต่อท่าน เนื่องจากมีอาการกำเริบเป็นช่วงสั้นๆ

☐ รุนแรงน้อย เนื่องจากเมื่อเกิดอาการกำเริบแล้วมีผลต่อการทำกิจกรรมต่างๆและการนอนหลับของท่านเล็กน้อย ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

☐ รุนแรงปานกลาง เนื่องจากเมื่อเกิดอาการกำเริบแล้วมีผลต่อการทำกิจกรรมต่างๆและการหลับของท่านปานกลาง การทำกิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้ตามปกติ เช่น อาบน้ำ ทำอาหารเปลี่ยนแปลงไปเล็กน้อย

☐ รุนแรงมาก เนื่องจากเมื่อเกิดอาการกำเริบแล้ว ท่านหอบตลอดเวลาจนทำให้การทำกิจกรรมต่างๆของท่านถูกจำกัดไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมและนอนหลับได้ดังเดิม

ส่วนที่ 3 แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาและเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเลือก

ข้อความ	ไม่ เห็น ด้วย ที่สุด	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่ เห็น ด้วย เล็กน้อย	มี ความ เห็นเป็น กลาง	เห็น ด้วย เล็กน้อย	เห็น ด้วย อย่างมาก	เห็น ด้วย ที่สุด
1. ฉันมีคนที่คอยให้ความช่วยเหลือ เมื่อยามที่ฉันต้องการ							
2. ฉันมีคนที่ฉันสามารถแบ่งปันความสุขและความทุกข์ได้							
:							
:							
:							
12. ฉันสามารถพูดคุยปัญหาของฉันกับเพื่อนของฉันได้							

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาและเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเลือก

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ตัดสินใจไม่ได้	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ท่านไม่แน่ใจว่าอาการโรคหืดของท่านดีขึ้นหรือแย่ลง					
2. ท่านไม่แน่ใจว่าอาการหายใจเหนื่อยหอบของท่านจะรุนแรงขึ้นอีกมากน้อยเพียงใด					
3. ท่านไม่แน่ใจว่าอาการหายใจเหนื่อยหอบจะเกิดขึ้นเวลาใด					
:					
:					
:					
32. ท่านสามารถทำนายได้ว่า เมื่อใดอาการของท่านจะดีขึ้น หรือแย่ลง					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาและเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อโดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านเลือก

ข้อความ	รู้สึก บ่อย ครั้ง	รู้สึก ค่อนข้าง บ่อยๆ	รู้สึก นานๆ ครั้ง	ไม่มี ความ รู้สึก
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ฉันรู้สึกว่า ฉันไม่สามารถขจัดความหม่นหมองออกไป แม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ				
:				
:				
:				
20. ฉันรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวนุชรี แสงสว่าง
วัน เดือน ปีเกิด	24 พฤษภาคม 2523
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	- มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2541-2545 พยาบาลศาสตรบัณฑิต - มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พ.ศ. 2547-2549 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทรัพยากรป่าไม้ - มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550-2552 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
ที่อยู่	215-216 หมู่บ้านอัมรินทร์นิเวศน์ 3 ถนนสายไหม เขตสายไหม แขวงสายไหม กทม. 10220 E-mail : twinnuch-kaset@hotmail.com
สถานที่ทำงาน	- งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก หน่วยพักค้างรอดูอาการ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2545-2547 - หน่วยวิจัยอนามัยการเจริญพันธุ์และงานวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2547-2549