

ปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



ลาวัณย์ ตุ่นทอง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

นางสาวลาวัณย์ ตุ่นทอง

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ,

พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

นายเจริญ ชูโชติถาวร,

พ.บ.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์ณิงนิ พงศ์ถาวรกุล,

Ph. D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2554



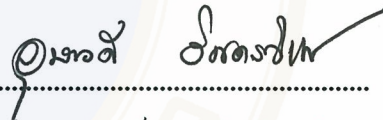
รองศาสตราจารย์กึ่งนิจ พงศ์ถาวรกุล,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



นางสาวลาวัณย์ ดุ่นทอง
ผู้วิจัย



นายเจริญ ชูโชติถาวร,
พ.บ.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อุษาวดี อัสครวิเศษ,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นรลักษณ์ เอื้อกิจ,
ปร.ค. (การพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ,
พย.ค.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ. ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ รองศาสตราจารย์ ดร.คณินิจ พงศ์ถาวรกุล และ อาจารย์นายแพทย์ เจริญ ชูโชติถาวร อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์นี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษ์ เอื้อกิจ ที่ให้ความกรุณาเป็นกรรมการสอบปกป้องวิทยานิพนธ์ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ขอขอบพระคุณหัวหน้าและเจ้าหน้าที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอกที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้ป่วยทุกท่านที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยหอบหืดและการหายใจ หัวหน้างานการพยาบาลอายุรศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการลาศึกษาต่อ และขอขอบพระคุณคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในการให้ทุนสนับสนุนในการศึกษาต่อครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณสำหรับ บิดา มารดา และสมาชิกทุกคนในครอบครัว ที่เป็นกำลังใจอยู่เคียงข้าง ช่วยเหลือและสนับสนุนในทุกๆด้าน ขอขอบคุณมิตรภาพและความเป็นเพื่อนของนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส 50 ทุกคน แสงเดือน กันทะชู ผศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกูล ที่ช่วยเหลือ ให้กำลังใจเสมอมา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ คุณประโยชน์อันพึงมี พึงได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบแต่บุพการี คณาจารย์ และผู้เกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

ลาวัณย์ ตุ่นทอง

ปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

FACTORS PREDICTING PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN COPD PATIENTS

ลาวัณย์ ตุ่นทอง 5036822 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

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

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ ของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ต่อความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กรอบทฤษฎีความเครียด การเผชิญความเครียด ของ Lazarus & Folkman (1984) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 107 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แบบประเมินความรุนแรงของโรค (BODE index) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (MSPSS), แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (CAHS), แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (GHQ -12) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 90.7 ไม่มีความกดดันทางจิตใจ โดย ประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า เป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเองร้อยละ 61.7 ความรุนแรงของโรค การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่ถูกถาม และเป็นอันตราย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28, r = .54, r = .54, p < .01$) ตามลำดับ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า เป็นสิ่งที่ทำทนาย และไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20, r = -.19, p < .05, r = -.40, p < .01$) ตามลำดับ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความกดดันทางจิตใจได้ร้อยละ 40 ($R^2 = .40, p < .01$) โดยการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่าเป็นอันตรายมีอิทธิพลต่อความกดดันทางจิตใจมากที่สุด ($\beta = 0.26, p < .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ ให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในทางบวก โดยลดความรุนแรงของโรค และให้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่เหมาะสมในการเผชิญความเครียดและไม่เกิดความกดดันทางจิตใจ

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง / ความกดดันทางจิตใจ / ความรุนแรงของโรค / การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม / การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

FACTORS PREDICTING PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN COPD PATIENTS

LAWAN TOONTONG 5036822 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

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

ABSTRACT

The present correlation predictive study aimed to investigate psychological distress in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) patients. The conceptual model of stress, appraisal, and coping by Lazarus & Folkman (1984) was used to guide the study. A sample consisting of 107 COPD patients (mean age = 69.49 years, male = 92.5%) was recruited from a COPD clinic at the Central Chest Institute of Thailand located in Nontaburi Province. Data were collected with the BODE index, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Cognitive Appraisal of Health Scale (CAHS), and General Health Questionnaire (GHQ-12). Data were analyzed by using descriptive statistics and hierarchical analysis.

The results showed that most of the subjects (90.7%) did not have psychological distress, and 61.7% of them had their current health status appraised as irrelevant. Furthermore, it was found that severity of disease, and cognitive appraisal of health as a threat and as harmful were positively correlated with psychological distress with statistical significance ($r = .28$, $r = .54$, $r = .54$, $p < .01$, respectively). On the other hand, perceived social support and cognitive appraisal of health as a challenge and as irrelevant were negatively correlated with psychological distress with statistical significance ($r = -.20$, $r = -.19$, $p < .05$, $r = -.40$, $p < .01$, respectively). Finally, all factors such as cognitive appraisal of health, severity of disease, and perceived social support could predict psychological distress by 40% ($R^2 = .40$, $p < .01$) and cognitive appraisal of health as harmful strongly influenced psychological distress ($\beta = 0.26$, $p < .05$).

Based on the results of the study, it is recommended that nurses should support COPD patients to focus on positive cognitive appraisal of health by decreasing severity of the disease and increasing social support in order to enable patients to choose appropriate methods to cope with psychological distress.

KEY WORDS: COPD / PSYCHOLOGICAL DISTRESS / SEVERITY OF DISEASE /
PERCEIVED SOCIAL SUPPORT / COGNITIVE APPRAISAL OF
HEALTH

129 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์	5
สมมติฐาน	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	9
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	10
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	11
1. อาการและอาการแสดง	12
2. การจำแนกความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	13
3. การวินิจฉัยและแนวทางการรักษา	14
ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	15
1. แนวคิดตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ของ Lazarus และ Folkman	15
2. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	19

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความกดดันทางจิตใจและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	21
1. แนวคิดความกดดันทางจิตใจ	21
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	27
3. ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพกับความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	30
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคกับความกดดันทางจิตใจ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	31
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกับความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	32
สรุป	32
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	34
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	34
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล	35
เครื่องมือวิจัย	35
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	38
ขั้นตอน/วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	40
การวิเคราะห์ข้อมูล	41
บทที่ 4 ผลการวิจัย	43
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	43
จำนวนและร้อยละ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค ความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	48
ค่าเฉลี่ยคะแนนของความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	49

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความสัมพันธ์ระหว่าง การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และความกดดัน ทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	48
อำนาจการทำนายความกดดันทางจิตใจของ การประเมินสถานการณ์ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค และการรับรู้แรงสนับสนุน ทางสังคม ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	51
บทที่ 5 การอภิปรายผล	54
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	54
ความกดดันทางจิตใจ	55
สมมติฐาน การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรง ของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความ กดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	56
ปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	60
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	63
สรุปผลการวิจัย	63
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	64
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	65
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	66
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	81
รายการอ้างอิง	95
ภาคผนวก	104
ประวัติผู้วิจัย	129

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	45
4.2	จำนวนและร้อยละของประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	48
4.3	จำนวนและร้อยละของความรุนแรงของโรค	48
4.4	จำนวนและร้อยละของการประเมินความกดดันทางจิตใจ	49
4.5	ค่าเฉลี่ย ของค่าคะแนนของความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	49
4.6	ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	49
4.7	อำนาจทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเชิงชั้น (Hierarchical analysis) ในการเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อความกดดันทางจิตใจ	53

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	7
2.1	กรอบทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของLazarus & Folkman	17

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระบบสุขภาพ เป็นภาระของสังคมและก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ เนื่องจากอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เห็นได้จากสถิติการเจ็บป่วยของประชากรในปี ค.ศ. 2001 มีความชุกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลก 29,917,000 คน (WHO, 2002) ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ในปี ค.ศ. 2006 จำนวน 624,309 คน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมด 7,714.88 ล้านบาท (Leartsakulpanitch, Nganthavee, & Salole, 2007) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตสูงถึง 3 ล้านคนโดยมีอัตราการตายเป็นลำดับ 4 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนล่างและภาวะในทวารรั้นหน้า หรือประมาณ พ.ศ. 2563 จะพบผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ต่อจำนวนวันทั้งหมด (WHO, 2004) ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก มีการสำรวจอัตราการตายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ในปี ค.ศ. 2003พบว่า มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมด 3.7 ถึง 5.3 ต่อประชากร 10,000 คนจำแนกเป็นเพศชายจำนวน 6.4 ถึง 9.2 คนต่อประชากร 10,000 คน และเพศหญิงจำนวน 2.1 ถึง 3.5 คนต่อประชากร 10,000 คน (Tan et al., 2009)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีสาเหตุสำคัญมาจากการสูบบุหรี่ ควันบุหรี่จะเป็นตัวการที่สำคัญที่ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังภายในทางเดินหายใจ เป็นผลให้เกิดการตีบแคบของหลอดลม การทำลายเนื้อปอด และหลอดเลือด ซึ่งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ สืบเนื่องมาจาก พยาธิสภาพของหลอดลมที่ตีบแคบลง เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการหายใจลำบาก ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆลดลง (Fromer & Cooper, 2008) ต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง (จุก สุวรรณ, 2550) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (วราณี เพ็ชรสงฆ์, 2542) เนื่องจากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก่อให้เกิด ความเครียด ความวิตกกังวล (ประสพสุข อินทรักษา, 2534) และความไม่แน่นอนของการเกิดอาการ ทำให้แบบแผนในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกับสังคมได้ตามปกติ (Ek & Ternstedt, 2008)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นล้วนเป็นสถานการณ์ที่สร้างความเครียดให้แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อความเครียดโดยแสดงออกทางด้านอารมณ์ หรือเรียกว่า ความกดดันทางจิตใจ (Psychological distress) ซึ่งหมายถึงกลุ่มอาการไม่สุขสบายใจที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อบุคคลนั้นชั่วคราว หรือถาวร (Ridner, 2004) โดยความกดดันทางจิตใจจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมทางสังคม อารมณ์ และอาการทางกายที่เปลี่ยนไปจากปกติ เช่น เจ็บปวด แยกตนเองออกจากสังคม วิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ เป็นต้น จากการศึกษาของ Ghoddusi, Aslani, Aziz-Abadi-Farahani, Assari และ Tavallai (2007) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความกดดันทางจิตใจ มีน้ำหนักตัวที่ลดลง สมรรถนะในการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ต่ำกว่าปกติ (ลัดดา จามพัฒน์, 2549) รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง นอกจากนี้ ความกดดันทางจิตใจที่เกิดขึ้นยังเป็นปัจจัยที่เพิ่มความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ทำให้ผู้ป่วยต้องเพิ่มยาที่ใช้ในการรักษา นอกจากจะใช้ยาที่ช่วยลดอาการหายใจลำบากแล้ว ยังต้องเพิ่มยาที่ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลอีกด้วย จะเห็นได้ว่าความกดดันทางจิตใจมีผลต่อ สภาพร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเลวลง (Andenæs, Kalfoss, & Wahl, 2004; (Cully et al., 2006) Cully, et al., 2006) เพิ่มความถี่ในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำถึงร้อยละ 40 (Dahlen, & Janson, 2002; Quint, Baghai- Ravary, Donaldson & Wedzicha, 2008) และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความกดดันทางจิตใจร่วมด้วย จะใช้เวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 14.2 วันต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 21 มากกว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีความกดดันทางจิตใจ ซึ่งจะใช้เวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 11 วันต่อปี และ มีอัตราการเสียชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 10.5 (Ng, Niti, Tan, Cao, & Ong, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะความกดดันทางจิตใจ (Psychological distress) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านบุคคล เช่น การรับรู้ในสมรรถนะของตน (Perceived self-efficacy) (McCathie, Spence, & Tate, 2002) ความเข้มแข็งในการมองโลก (sense of coherence) (Delgado, 2007) ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น แหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการเผชิญความเครียด เช่น รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (เขาวรัตน์ ชันธิวิชัย, 2544) ความอ่อนล้า (fatigue) (Small & Graydon, 1992) ความรุนแรงของโรค (Andenæs, Kalfoss, Astrid & Wahl, 2006) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (social support) (Kara & Mirici, 2004; McCathie, et al., 2002; Ng et al., 2007) การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (appraisal) (Burker, Evon, Sedway, & Egan, 2004) วิธีการเผชิญความเครียด (coping) (Andenaes, Kalfoss, & Wahl, 2006)

ความรุนแรงของโรค (Severity of disease) เป็นสิ่งที่อธิบายถึงความรุนแรงตามพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีการหายใจลำบากมากขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง (Eisner et al, 2008; GOLD, 2008) เช่น การดูแลตนเอง การดูแลบ้าน การออกกำลังกาย การมีความคิดสร้างสรรค์ (recreation) การมีกิจกรรมทางศาสนา (spiritual activity) และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (social interaction) (Reishtein, 2005) ซึ่งผลกระทบจากความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจ (Katz, Eisner, Edward, Trupin, Earnest, Balms, et al, 2005) นอกจากนี้ความรุนแรงของโรคที่สูงขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยไร้พลังกำลังในการเผชิญหน้ากับความเครียด ส่งผลให้เกิดความกดดันทางจิตใจ จากการศึกษาของ Andersen, Kalfoss, Astrid และ Wahl (2006) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในระยะรุนแรงมาก ($30\% \leq FEV1 < 50\%$ Predicted) จะเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ที่อารมณ์มากกว่ามุ่งแก้ปัญหา ก่อให้เกิดความกดดันทางจิตใจ ดังนั้นความรุนแรงของโรคที่สูงขึ้น ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพที่แย่ลงของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับความเครียด อาจส่งผลให้เกิดความกดดันทางจิตใจตามมา

การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่ง สามารถปรับตัว หรือ บอกความลับกับข้อใจต่างๆ ได้ และช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการบำบัดทางหน้าที่ต่างๆ อันได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในบ้าน การประกอบอาชีพ และการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม (วรรณจิ จิวสียงษ์, 2550) ผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนของสังคม ในขณะที่ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และแบบแผนในชีวิตที่เปลี่ยนไป ไม่สามารถใช้ชีวิตที่ทำให้ตนเอง รู้สึกพึงพอใจได้เหมือนเดิม สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความกดดันทางจิตใจให้กับผู้ป่วย (Elofsson, & Öhlén, 2004; Kara, & Mirici, 2004) จากการศึกษาของ Xiaolian, Chaiwan, Panuthai, Yijuan, Lei, และ Jiping (2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการสนับสนุนของครอบครัวที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนทางอารมณ์ ความรักและความอบอุ่นจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจเผชิญหน้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ภัทรพงศ์ ประกอบผล, 2534) และช่วยลดความวิตกกังวล และอารมณ์เศร้าที่เป็นผลมาจากความกดดันทางจิตใจ (พัชร ตั้งตุลยางกูร, 2538)

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (Cognitive appraisal of health) เป็นการประเมินตัดสินภาวะสุขภาพในปัจจุบันว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อตน ไม่เกี่ยวข้องกับตน หรือ ประเมินเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สิ่งที่เกิดความเครียดในระดับสูงคือ ปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ ได้แก่ หายใจลำบาก อาการไอและเสมหะ (กองสิน คติการ, 2534; วไลพร หงษ์พันธุ์, 2547; Andersen, Kalfoss, &

Wahl, 2006) ระดับความรุนแรงของโรคและระดับความรุนแรงอาการที่เพิ่มขึ้น อาจส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ จากการศึกษาของ McCathie, Spence, และ Tate (2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่มีความสามารถในการจัดการกับอาการต่างๆ ผู้ป่วยมักเลือกใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหา และไม่สามารถที่จะนำแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่มาใช้ในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกดดันทางด้านจิตใจสูง (Psychological distress) ซึ่งอาจแสดงออกเป็นความรู้สึกวิตกกังวล และอารมณ์เศร้า ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นการดูแลให้ผู้ป่วยประเมินและการควบคุมสถานการณ์ความเครียดที่เหมาะสม น่าจะเป็นสิ่งที่ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตใจและช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวจากสถานการณ์ความเครียดได้ดี

ในต่างประเทศได้มีการศึกษาความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในแง่มุมเกี่ยวกับการสำรวจคุณลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย ลักษณะของอาการทางจิต ระยะเวลาการเกิดการประเมินสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด รูปแบบในการเผชิญความเครียด ความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้า การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวล อารมณ์เศร้าในประเด็นเกี่ยวกับ ปัจจัยด้านประชากรสังคม ปัจจัยด้านสถานะสุขภาพกาย การประเมินสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด พฤติกรรมการเผชิญความเครียด ซึ่งความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้าจัดเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจที่เกิดขึ้น แต่จะพบการศึกษาในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง การศึกษาที่ผ่านมาจึงยังไม่ครอบคลุมภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับภาวะความกดดันทางจิตใจและปัจจัยทำนายภาวะความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เพื่อลดความกดดันทางจิตใจของผู้ป่วย

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความกดดันทางจิตใจเป็นอย่างไร
2. ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สามารถทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้หรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สมมติฐาน

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งแนวคิดทางทฤษฎี ประกอบด้วย สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด กระบวนการเผชิญความเครียด และการปรับตัว ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ ปัจจัยทางด้านบุคคล เช่น ความผูกพัน และความเชื่อ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สถานการณ์หรือสิ่งที่คุกคาม ความกดดันจากสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ ความคลุมเครือและความจวนตัวของสถานการณ์ที่เป็นอันตราย เมื่อมีสถานการณ์ในชีวิตเข้ามา จะเข้าสู่กระบวนการเผชิญความเครียดโดยบุคคลจะประเมินสถานการณ์และเผชิญความเครียด ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อความเครียดโดยทันที มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีระ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ทางด้านบวกหรือทางด้านลบ และการจัดการกับสถานการณ์ที่ผ่านเข้ามา ถ้าบุคคลนั้นไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ บุคคลนั้นจะประเมินสถานการณ์ซ้ำเพื่อหาวิธีการต่าง ๆ มาใช้เพื่อกำจัดความเครียด ถ้าความเครียดยังไม่หมดไปจะส่งผลต่อเนื่องในระยะยาว ได้แก่ การเจ็บป่วยทางกาย ขวัญกำลังใจ และบทบาททางสังคม

การประเมินสถานการณ์ เป็นการประเมินตัดสินสถานการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตของบุคคลซึ่งขึ้นอยู่กับความแตกต่างของปัจจัยด้านบุคคล และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย (Lazarus & Folkman, 1984) ปัญหาการหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์

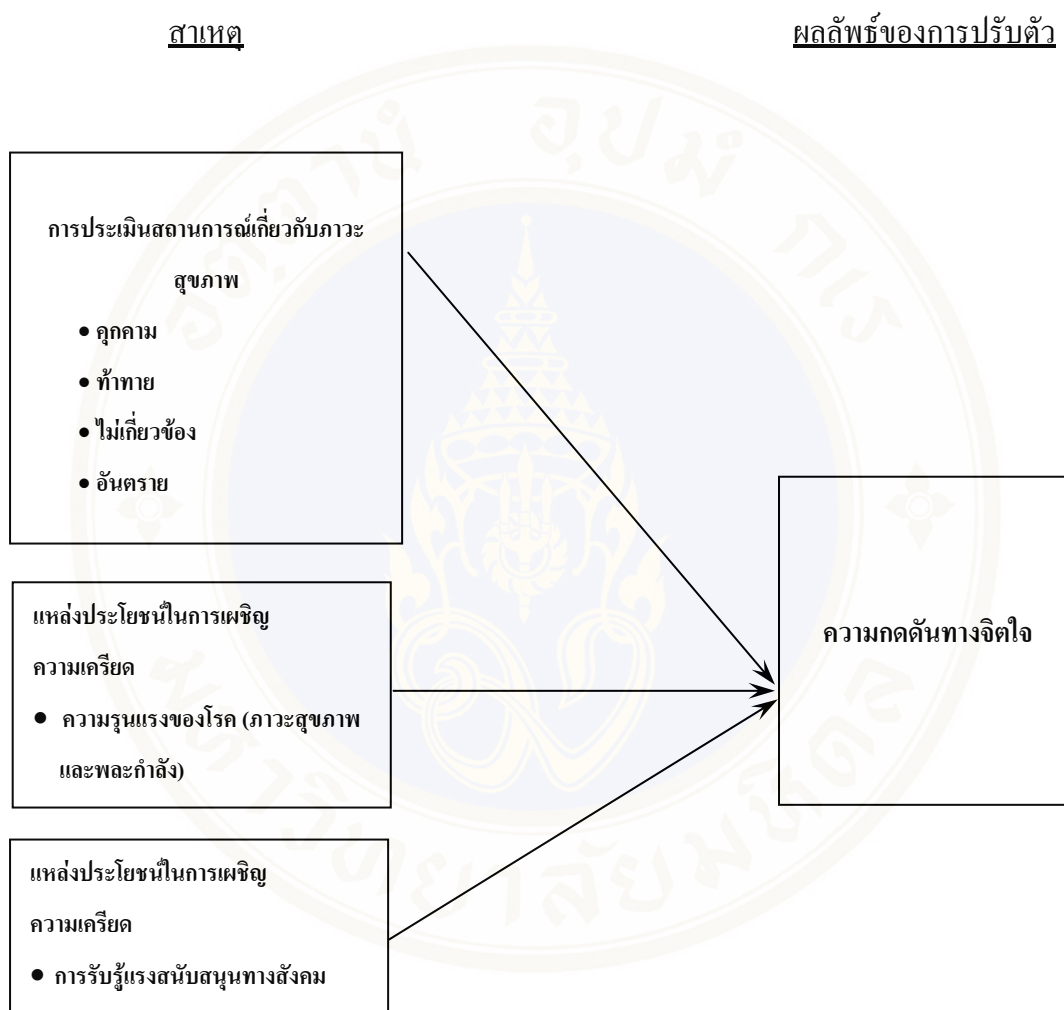
เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตมากที่สุด (กองสิน คติการ, 2534; วไลพร หงษ์พันธุ์, 2547; Andenæs, Kalfoss, & Wahl, 2006) และเป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้เนื่องจากอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่เกิดขึ้นไม่แน่นอน ภาวะสุขภาพ และความอ่อนล้าของผู้ป่วย การไม่มีสัมพันธภาพต่อสังคม การขาดการวางแผนรับมือกับสถานการณ์ การรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ในการเผชิญหน้ากับสถานการณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้รูปแบบการเผชิญปัญหาโดยมุ่งแก้ที่อารมณ์มากกว่าที่จะแก้ที่ปัญหา การไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ ก่อให้เกิดเป็นความกดดันทางจิตใจ จากการศึกษาของ Burker, Evon, Sedway, และ Egan (2004) ผู้ป่วยที่ประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง จะเผชิญหน้ากับปัญหาโดยมุ่งแก้ที่อารมณ์มากกว่าการมุ่งแก้ที่ปัญหา ทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจในระดับสูง

ความรุนแรงของโรค เป็นสิ่งที่อธิบายถึงความรุนแรงตามพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพและผลกำลั้งที่เป็นแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อมีสถานการณ์ผ่านเข้ามา ถ้าบุคคลนั้นเจ็บป่วย จะมีจิตใจอ่อนแอและผลกำลั้งในการเผชิญปัญหาน้อยกว่าผู้ที่มีสุขภาพดี (Lazarus & Folkman, 1984) ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญหน้ากับปัญหา ส่งผลให้เกิดความกดดันทางจิตใจ จากการศึกษาของ Karadag, Ozcan, Eskin, Karul และ Ceylan (2008) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในระยะรุนแรงมาก ($FEV1 < 50\%$) มีความกดดันทางจิตใจในระดับสูง

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยดึงมาใช้เมื่อเผชิญกับความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) การได้รับข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่นจะทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลจากสถานการณ์อาการกำเริบที่เข้ามากระตุ้น กล้าที่จะเผชิญหน้ากับปัญหา แต่ถ้าผู้ป่วยขาดการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่ผ่านเข้ามา เป็นสถานการณ์ที่คุกคามและก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต การขาดแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการควบคุมสถานการณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและความวิตกกังวล จากการศึกษาของ McCarthie และคณะ (2002) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาทางด้านการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้า ซึ่งทั้งความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้าเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจ

การศึกษานี้ไม่นำปัจจัยด้านบุคคลและการเผชิญความเครียดมาใช้ในการศึกษา เนื่องจาก การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สามารถเชื่อมโยงถึงความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและรูปแบบการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ในการศึกษาปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้กรอบทฤษฎี

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ครั้งนี้ประกอบด้วยการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อความกดดันทางจิตใจ ซึ่งมีกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ (correlational predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก ระยะเวลาที่ศึกษาเริ่มตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2552 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2554

นิยามตัวแปร

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ หมายถึง การประเมินของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดี หรือไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง หรือเป็นสิ่งที่คุกคาม หรือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความสูญเสียต่อตนเอง หรือเป็นสิ่งที่ทำลาย รวมถึง การประเมินความสามารถในควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ประเมินได้จาก แบบวัดการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (The Cognitive Appraisal of Health Scale: CAHS) ซึ่งถูกพัฒนาโดย Kessler (1998) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยและมีการแปลย้อนกลับตรงตามกระบวนการ Double Back-translation Technique โดยบุคคลที่ทำหน้าที่ในการแปลย้อนกลับเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นอย่างดี ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 28 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ความรุนแรงของโรค หมายถึง สิ่งที่อธิบายถึงความรุนแรงตามพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถประเมินได้จากแบบประเมิน BODE index ซึ่งเป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดย Celli และคณะ (2004) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ประเมินได้จาก แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ซึ่งถูกพัฒนาโดย Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley (1988) แปลโดย พัทธกัญ พลบุญชะมาลิก (2548) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ

ความกดดันทางจิตใจ หมายถึง การตอบสนองต่อความเครียดที่แสดงออกทางอารมณ์ในด้านลบ เป็นความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) การขาดความเชื่อมั่น (Loss of confidence) ประเมินได้จากแบบคัดกรองสุขภาพจิตของGoldberg (1972)

แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. พยาบาล และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ อาจนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความกดดันทางจิตใจและประยุกต์ใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อลดความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. พยาบาล รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพอื่น นำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนสร้างโปรแกรมการจัดการกับความเครียดเพื่อลดความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นศึกษาปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาโดยครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.1 อาการและอาการแสดง
 - 1.2 การจำแนกความรุนแรงของโรค
 - 1.3 การวินิจฉัยและแนวทางการรักษา
2. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 2.1 แนวคิดตามกรอบทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984)
 - 2.2 ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. ความกดดันทางจิตใจและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 3.1 แนวคิดของความกดดันทางจิตใจ
 - 3.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพกับความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคกับความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกับความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. สรุป

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาผลกระทบบางส่วนที่เกิดภายนอกปอดได้ โดยลักษณะของโรคที่เกิดขึ้นจะแสดงถึงอากาศที่ไหลผ่านได้อย่างจำกัด ซึ่งการไหลผ่านของอากาศอย่างจำกัดจะมีการดำเนินต่อไปเรื่อยๆตามการอักเสบของปอดและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ (The Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: GOLD, 2008)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่ประกอบด้วย โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง(chronic bronchitis) และ โรคถุงลมปอดโป่งพอง (emphysema) ที่เป็นผลมาจากกระบวนการอักเสบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการตีบแคบในทางเดินหายใจขนาดเล็กร่วมกับการทำลายเนื้อปอดเป็นผลให้ถุงลมที่เชื่อมต่อกับหลอดลมขนาดเล็กถูกทำลาย และความยืดหยุ่นของปอดลดลงไม่สามารถเปิดทางเดินหายใจค้างไว้ขณะหายใจออกได้ (GOLD, 2008)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. ปัจจัยเสี่ยงจากพันธุกรรม มักพบในพวกรูโรปเหนือ ได้แก่ การขาดแอลฟาวันแอนติทริปซิน (alpha-1 antitrypsin) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักในการยับยั้งเซอรีนโปรตีเอสทำให้มีการทำลายผนังของถุงลมอย่างรวดเร็วและสมรรถภาพหน้าที่ของปอดลดลง พบทั้งในผู้สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่

2. ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ

1) การสูบบุหรี่ ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ ไปป์ ซิการ์ ยาสูบชนิดอื่นๆ ที่มีในหลายประเทศ เช่นเดียวกับ การสูดดมควันพิษที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อม

2) ฝุ่นละอองและสารเคมีที่เกิดจากการทำงานเช่น สารระเหย สารที่ก่อให้เกิดความระคายเคือง เมื่อสูดดมในระดับมากและเป็นเวลานาน

3) มลพิษภายในอาคารจากพลังงานชีวภาพที่ใช้ในการประกอบอาหารและการทำความร้อน เช่น ไม้ มูลสัตว์ ช้างข้าวโพด และถ่าน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อผู้หญิงในประเทศที่กำลังพัฒนา ที่ใช้พลังงานชีวภาพและถ่านเป็นพลังงานในการประกอบอาหารและการทำความร้อน

4) มลพิษภายนอกอาคาร เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับควันบุหรี่ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ยังไม่แน่ชัดและประเมินมลพิษทางอากาศยาก

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของปอดระหว่างอยู่ในครรภ์ของมารดาและในช่วงที่เป็นเด็ก(น้ำหนักตัวน้อย การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ฯลฯ) ซึ่งสามารถพัฒนาเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ (GOLD, 2008)

1. อาการและอาการแสดง

1.1 อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นผลมาจากการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้น ทำให้เกิดการอักเสบอย่างเรื้อรังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของทางเดินหายใจให้ตีบแคบลง ทำให้อากาศไหลผ่านได้อย่างจำกัด และทำให้ความยืดหยุ่นของปอดเสียไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก ซึ่งจะแสดงอาการออกมาเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 40 ปี (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2550) ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากมากขึ้นเกือบตลอดเวลา แม้ในขณะที่ออกกำลังกายตามปกติจนครบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Reishtein, 2005) และหน้าที่การทำงาน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Hajiro, Nishimura, Tsukino, Ikeda, Oga, & Izumi, 1999)

1.2 อาการไอและมีเสมหะเรื้อรัง เป็นผลมาจากการระคายเคืองจากการอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจส่วนต้นเรียกภาวะนี้ว่า simple chronic bronchitis บางรายอาจเริ่มปรากฏตั้งแต่ในระยะแรกของการสูบบุหรี่โดยยังไม่มีอาการอุดกั้นของหลอดลม อาการไออาจทุเลาหรือหายไปในระยะหนึ่งเมื่อผู้ป่วยสูบบุหรี่จางลง และจะกลับมีอาการบ่อยขึ้นในระยะหลังเมื่อป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้ว ซึ่งอาการจะแสดงออกมาเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 40 ปี (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2550)

1.3 อาการที่เกิดจากภาวะของโรคกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation of COPD) เป็นผลมาจากการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนล่าง ทำให้เกิดการอักเสบในทางเดินหายใจเพิ่มมากขึ้น (Wedzicha & Seemungal, 2007) อาการหอบเหนื่อยและอาการไอและมีเสมหะเรื้อรังอาจเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าปกติ ซึ่งภาวะนี้จะพบได้บ่อยเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะรุนแรง ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์และรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2550) จากการศึกษาของ Cao และคณะ (2006) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงจำนวน 186 คน มีผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มากกว่า หรือเท่ากับ 1 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 67 ผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 46 และผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 10-20 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 9

นอกจากนี้ ผลจากการอักเสบของทางเดินหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีผลทำให้เกิดโรคร่วม ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) หัวใจล้มเหลว (heart failure) กระดูกพรุน (Osteoporosis) มะเร็งปอด (Lung cancer) ภาวะซึมเศร้า (depression) และโรคเบาหวาน (diabetes) ซึ่งโรคร่วมเหล่านี้เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการตายเพิ่มมากขึ้น (Barnes & Celli, 2009)

1.2 การจำแนกความรุนแรงของโรคโดยใช้การวัดสมรรถภาพปอด

(spirometric classification of severity)

การวัดสมรรถภาพปอดด้วยสไปโรเมทรี (spirometry) ใช้ประกอบในการวินิจฉัยโรคและใช้อธิบายความรุนแรงตามการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลจากการวัดสมรรถภาพปอด หลังพ่นยาขยายหลอดลมคือ Force Vital Capacity (FVC) และค่า Force Expiratory Volume in one second (FEV1) ถูกนำมาใช้ในการคำนวณ FEV1/FVC ratio ซึ่งค่า % predictive คือค่าที่แสดงสภาพของปอดที่ปกติขึ้นอยู่กับเพศ อายุ และส่วนสูง ซึ่งสามารถจำแนกความรุนแรงของโรคได้ดังนี้ (GOLD, 2008)

ระยะที่ 1: ระยะรุนแรงน้อย (mild COPD) ($FEV1/FVC < 70\%$ หรือ $FEV1 \geq 80\%$ predicted) ในระยะนี้จะมีข้อจำกัดของอากาศที่ไหลผ่านน้อย อาจมีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะเป็นบางครั้ง ผู้ป่วยจะไม่รู้ถึงการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพปอดที่ผิดปกติ

ระยะที่ 2: ระยะรุนแรงปานกลาง (moderate COPD) ($FEV1/FVC < 70\%$ หรือ $50\% \leq FEV1 < 80\%$ predicted) ในระยะนี้จะมีอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับอาการที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ และอาการกำเริบ

ระยะที่ 3: ระยะรุนแรงมาก (severe COPD) ($FEV1/FVC < 70\%$ หรือ $30\% \leq FEV1 < 50\%$ predicted) ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง มีอาการกำเริบบ่อยๆจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ระยะที่ 4: ระยะรุนแรงมากที่สุด (very severe COPD) ($FEV1/FVC < 70\%$ หรือ $FEV1 < 30\%$ predicted หรือ $FEV1 < 50\%$ predicted ร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรัง) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะสูญเสียคุณภาพชีวิต และอาการกำเริบจะคุกคามชีวิตบ่อยๆ

การประเมินความรุนแรงของโรคด้วยวิธีต่างๆ

1. ในแผนกผู้ป่วยนอก ประเมินโดยใช้แบบประเมิน BODE index เป็นแบบประเมินความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย การใช้ค่า FEV1 ที่แสดงถึงการอุดกั้นของปอด ดัชนีมวลกาย ความสามารถในการออกกำลังกายซึ่งประเมินโดยการทดสอบวัดระยะทางเป็นเมตรในการเดินมาตรฐานในเวลา 6 นาที (6 minute-walk distance, 6 MWD) ระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากที่ประเมินได้จากแบบวัดระดับอาการหายใจลำบากมาตรฐานของ Modified Medical Research Council (MMRC) นำตัวแปรทั้งหมดมาพิจารณาร่วมกันในการพยากรณ์โรค (ชาญชัย โพธิ์รัตน์, 2550; Celli, Cote, Marin, Casanova, Oca, Mendez, et al. 2004)

2. ในแผนกผู้ป่วยในมักใช้APACHE score II โรคที่พบร่วม ระดับอัลบูมินในเลือด ระดับฮีโมโกลบิน ค่าวิเคราะห์ก๊าซในหลอดเลือดแดง (ชาญชัย โพธิ์รัตน์, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้ค่า FEV1 เพียงอย่างเดียว ไม่ได้สะท้อนถึง ความรุนแรงของอาการแสดงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมด จากการศึกษาของCelli และคณะ (2004) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 207 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนของแบบประเมิน BODE index สูงซึ่งประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย (Body mass index: B) ค่าFEV1 (The degree of airflow obstruction: O) อาการหายใจลำบาก (Dyspnea: D) และความสามารถในการออกกำลังกาย (Exercise capacity: E) มีโอกาสที่จะเสียชีวิตมากกว่า และเมื่อแบ่งค่าคะแนนของแบบประเมิน BODE index เป็น 4 ควอไทล์ พบว่าBODE index สามารถทำนายอัตราการเข้ารับการรักษ ในโรงพยาบาล (Ong, Earnest, & Lu, 2005) และสามารถใช้ในการทำนายการเกิดอาการกำเริบได้ดีกว่าการใช้ค่า FEV1เพียงอย่างเดียว (Faganello, Tanni, Sanchez, Pelegrino, Lucheta, & Godoy, 2010) ใน การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ นนทบุรี ซึ่งมีการประเมินโดยใช้แบบประเมินBODE index จากการศึกษาเปรียบเทียบการใช้ FEV1 และแบบประเมิน BODE ในการอธิบายความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ Funk, Kirchheiner, Burghuber, และ Hartl (2009) พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นสัมพันธ์กับคะแนนของ BODEที่เพิ่มขึ้น แต่ความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับค่า FEV1 และทั้งค่า FEV1ที่ต่ำลงและคะแนน BODEที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าที่มากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งประกอบด้วยอาการทั้งอาการวิตกกังวลและอารมณ์เศร้า ดังนั้นการใช้แบบประเมินBODEในการวัดความรุนแรงของโรคน่าจะเหมาะสมมากกว่าการใช้ค่า FEV1 เพียงอย่างเดียว

1.3 การวินิจฉัยและแนวทางการรักษา

การวินิจฉัยผู้ป่วยควรพิจารณาผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก อาการไอเรื้อรัง และการมีเสมหะ และ/หรือมีประวัติที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการใช้ผลการวัดสมรรถภาพปอดเพื่อจำแนกความรุนแรงของโรคและระยะการดำเนินโรค

การรักษา

1. ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมเลิกบุหรี่ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่

2. ในระยะที่มีอาการคงที่ (Stable COPD)

2.1 จัดโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถจัดการดูแลตนเองได้ เมื่อมีอาการกำเริบ เสริมสร้างความมั่นใจและสุขภาพจิตที่ดี

2.2 การรักษาโดยการให้ยา เช่น การให้ยาขยายหลอดลมกลุ่ม β -agonist กลุ่ม anticholinergic กลุ่ม methylxanthine กลุ่มยาขยายหลอดลมแบบผสม การให้ยา glucocorticosteroid ในระยะสั้นหรือระยะยาว รวมถึงการให้วัคซีน ยาต้านจุลชีพ

2.3 การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด(pulmonary rehabilitation) การรักษาด้วยการให้ออกซิเจน(oxygen therapy) การให้เครื่องช่วยหายใจชนิด หน้ากากแรงดันบวก(noninvasive intermittent positive pressure ventilation: NIPPV) การผ่าตัดปอด (bullectomy) หรือการผ่าตัดเปลี่ยนปอด(lung transplantation) การรักษาความผิดปกติทางจิต อารมณ์ และการดูแลรักษาแบบประคับประคอง(palliative)

3. ในระยะที่มีอาการกำเริบ(exacerbation) ในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยจะมาด้วย อาการซึมลงหรือสับสน หอบเหนื่อยแม้ในขณะที่พัก บวมตามแขน ขา หรือใบหน้ามีอาการเขียว จากภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง(cyanosis) มีการรักษาด้วยการให้ออกซิเจน การรักษาโดยการ พ่นยาขยายหลอดลม การให้ยา glucocorticosteroid และการให้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator support) (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2550; GOLD, 2008)

ความเครียดและการเผชิญกับความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

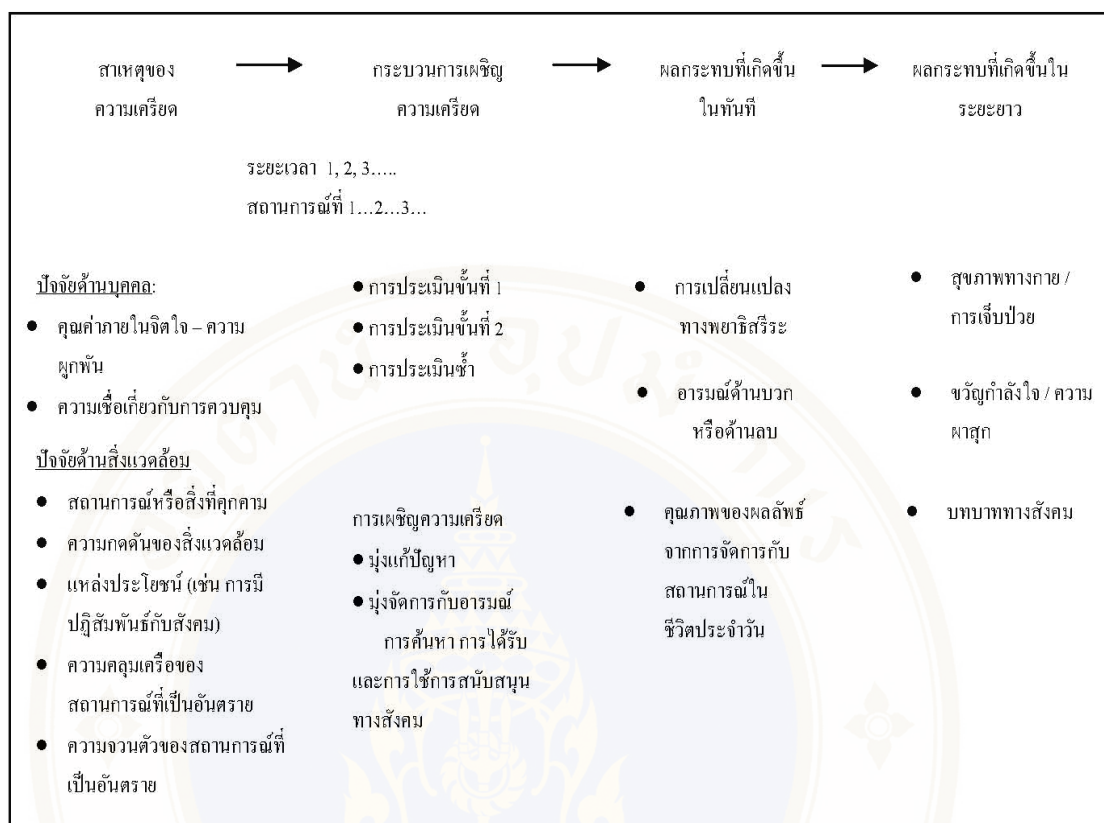
1. แนวคิดตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของLazarus และ Folkman (1984)

แนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด เริ่มพัฒนาดังแต่ปีค.ศ.1966 แนวคิดนี้มีแรงจูงใจมาจาก ความเครียดและการเผชิญความเครียดของมนุษย์มีผลทำให้การปรับตัวของมนุษย์แตกต่างกัน Lazarusได้เริ่มศึกษามโนทัศน์ความเครียดทางจิตใจ (Psychological stress) และกระบวนการเผชิญความเครียด (Coping)โดยให้ความหมายของความเครียด คือ แรงกดดันภายนอกและภายในทำให้เกิดปฏิกิริยาความเครียด รูปแบบของปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น เป็นโครงสร้างและกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด (Stress stimulus) และการตอบสนองต่อความเครียด (Stress response) แนวคิดนี้เริ่มจากสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด ได้แก่ ปัจจัยจากสิ่ง

กระตุ้นเช่น ความกดดันจากสถานการณ์ และปัจจัยภายใน โครงสร้างทางจิตใจของแต่ละบุคคล ได้แก่ คุณค่าภายในจิตใจ รวมถึงแรงจูงใจและความเชื่อ ทั้งสองปัจจัยนี้มีผลต่อกระบวนการที่จะทำให้เกิดการตอบสนองต่อความเครียด กระบวนการที่เกิดขึ้นประกอบด้วย การประเมิน(Appraisal) และการเผชิญความเครียด (Coping) ซึ่งจะประเมินสิ่งกระตุ้น กลวิธีที่ใช้เผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่ ประเมินว่าคุกคาม การประเมินส่งผลต่อการเผชิญความเครียดในรูปแบบต่างๆ เช่น การเผชิญหน้า หลีกหนี อยู่เฉย หลอกตนเองและ วิตกกังวล ทำให้เกิดการตอบสนองของความเครียดทางจิตใจ ออกเป็น 4 ด้าน คือ อารมณ์ทางลบ พฤติกรรมที่แสดงทางกายและวาจา การปรับตัวที่เปลี่ยนไป และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

ในปี 1984 Lazarus และ Folkman ได้พัฒนาทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด โดยให้ความสนใจในความแตกต่างของแต่ละบุคคล (individual difference) การกลับคืนสภาพทางจิต การพัฒนาการรักษาทางพฤติกรรม (behavior therapy) เพื่อจะนำมาใช้ในการรักษาและป้องกันโรคที่มาจากแบบแผนการดำเนินชีวิต ทักษะคิด และบทบาทของสิ่งแวดล้อมรอบตัวของมนุษย์ Lazarus และ Folkman ได้ให้ความหมาย ของ ความเครียด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่า ความสัมพันธ์นั้นเป็นสิ่งที่ยากเกินพลังความสามารถหรือเกินขีดจำกัดของแหล่งประโยชน์ที่พวกเขามีและเป็นสิ่งที่น่าอันตรายมาสู่ความผาสุกในชีวิตของพวกเขา Lazarus และ Folkman (1984) ได้อธิบายทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ซึ่งประกอบด้วยมโนทัศน์ดังต่อไปนี้ (แผนภาพที่ 2)

1. สาเหตุของความเครียด (Casual antecedent)
 - 1.1 ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors)
 - 1.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors)
2. กระบวนการเผชิญความเครียด (Mediating process)
 - 2.1 การประเมิน (Appraisal)
 - 2.2 การเผชิญความเครียด (Coping)
3. ผลลัพธ์ของการปรับตัว (Adaptation outcomes)
 - 3.1 ผลกระทบที่เกิดขึ้นในทันที (Immediate effects)
 - 3.2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะยาว (Long term effects)



แผนภาพที่ 2.1 แสดงกรอบทฤษฎีความเครียด การเผชิญความเครียดและการปรับตัวของ Lazarus และ Folkman

โมเดลที่ 1 สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด (Causal Antecedent) ประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ดังนี้

1.1 ปัจจัยทางด้านบุคคล (Personal factors) เป็นปัจจัยที่เป็นโครงสร้างภายในจิตใจของบุคคล ได้แก่ คุณค่าภายในจิตใจ (Values) เช่น ความผูกพัน (Commitments) ความเชื่อ (Beliefs) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมของบุคคล (Beliefs about personal control) เป็นสิ่งที่บุคคลรู้สึกเชื่อมั่นในพลังอำนาจของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ ความเชื่อที่มีอยู่ (Existential beliefs) เช่น ความศรัทธาในพระเจ้าหรือสิ่งลี้ลับ ปัจจัยทางด้านบุคคลเหล่านี้ มีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์ (Appraisal) ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามเป็นอันตรายต่อชีวิตของตน ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดแรงผลักดันที่จะเผชิญหน้ากับสถานการณ์ หรือ หลีกหนีออกจากสถานการณ์

1.2 ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ประกอบด้วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ (Situation Factors) ได้แก่ สถานการณ์ใหม่ (Novelty) สถานการณ์ที่ทนาย

ได้ (Predictability) สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน (Event uncertainty) ความจวนตัวของสถานการณ์ที่เป็นอันตราย (Imminence of harm) เวลาที่ได้รับสถานการณ์นั้น (Timing) ความคลุมเครือของสถานการณ์ที่เป็นอันตราย (Ambiguity of harm) แหล่งประโยชน์ (Resources) เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ความกดดันจากสิ่งแวดล้อม (Constraints) เช่น รายได้

มโนทัศน์ที่ 2 กระบวนการเผชิญความเครียด (Mediating process) เมื่อมีสถานการณ์ผ่านเข้ามาในชีวิต (Life event) ในแต่ละช่วงเวลา ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านบุคคล จะมีผลต่อการประเมินสถานการณ์ กระบวนการดังกล่าวประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์ การเผชิญความเครียด ดังนี้

2.1 การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) ได้แก่ การประเมินขั้นแรก (Primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินสถานการณ์ออกมาใน 3 ลักษณะ คือ 1) ไม่มีความสำคัญต่อตนเอง (Irrelevant) 2) มีผลดีกับตนเอง (Benign positive) 3) ประเมินว่า เป็นความเครียด (Stress) ซึ่งแยกการประเมินสิ่งที่เรียกว่าความเครียดออกเป็น 3 ลักษณะคือ 1) เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดอันตรายหรือความสูญเสียต่อตนเอง (Harm or loss) 2) เป็นสิ่งที่คุกคาม (Threat) 3) เป็นสิ่งที่ท้าทาย (Challenge) การประเมินขั้นที่สอง (Secondary appraisal) เป็นการประเมินว่าตนเองสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ การประเมินซ้ำ (Re-appraisal) เป็นการประเมินว่าแบบแผนที่เคยแก้ไปแล้ว ทำให้ความเครียดที่มีอยู่ลดลงหรือหมดไปหรือไม่

2.2 การเผชิญความเครียด (Coping) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่จะแก้ปัญหาและลดความเครียด โดยบุคคลจะค้นหาและใช้แหล่งประโยชน์ที่ตนเองมี หรือรับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น ภาวะสุขภาพและพลกำลัง ความเชื่อทางบวก ความเชี่ยวชาญในการแก้ปัญหา ความเชี่ยวชาญทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ เช่น เงิน สิ่งของมาใช้ในการเผชิญความเครียด แต่ความกดดันภายในบุคคล เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ ความกดดันภายในสิ่งแวดล้อม เช่น รายได้ ระดับของสิ่งที่คุกคามจะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นนำแหล่งประโยชน์มาใช้ในการเผชิญความเครียดลดลง ส่งผลให้เกิดรูปแบบการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 รูปแบบคือ รูปแบบเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused forms of coping) เป็นการมุ่งแก้ปัญหาอย่างมีวัตถุประสงค์ โดยมีกระบวนการแยกแยะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา โดยชั่งน้ำหนักถึงผลดีผลเสียของทางเลือกนั้นในการวางแผนปฏิบัติกิจกรรม และติดตามผล เพื่อนำมาใช้ต่อสู้กับความเครียด รูปแบบเผชิญปัญหาโดยมุ่งที่อารมณ์ (Emotion-focused forms of coping) เป็นกระบวนการคิดที่เกี่ยวข้องกับการลดอารมณ์ตึงเครียด เช่น การหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance) การทำให้ดูเป็นเรื่องเล็ก (Minimization) การถอยห่างจากปัญหา (Distancing) การเลือกให้ความสนใจ (Select attention) การมองในข้อดีมากกว่าข้อเสีย (Positive comparison) การมองหา

คุณค่าในสิ่งนั้น(Wrest positive value from negative event) บุคคลที่ใช้การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้อารมณ์ บุคคลนั้นจะปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้เกิดความหวังและการมองโลกในแง่ดี แต่จะมีข้อเสียคือจะไม่เห็นข้อเท็จจริงของปัญหาและอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตน

มโนทัศน์ที่ 3 ผลลัพธ์ของการปรับตัว (Adaptation outcomes) เป็นผลลัพธ์จากการตอบสนองต่อความเครียด การเผชิญความเครียด สามารถแบ่งออกเป็น ผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยทันที และผลกระทบที่แสดงออกในระยะยาว ดังนี้

3.1 ผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยทันที (Immediate effects) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางร่างกาย (Physiological change) เช่น หัวใจเต้นแรงขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น การแสดงออกทางอารมณ์ (Positive or negative feelings) คือ ความรู้สึกไปในทางบวกทางลบ ขึ้นอยู่กับสิ่งคุกคามที่มากระตุ้น ความรู้สึกทางบวกได้แก่ ดีใจ เบิกบาน อิ่มเอิบ ส่วนในทางลบคือ ก้าว วิตกกังวล โกรธหรือซึมเศร้า คุณภาพของผลลัพธ์จากการจัดการกับสถานการณ์ (Quality of encounter outcome)

3.2 ผลกระทบที่แสดงออกในระยะยาว (Long term effects) ได้แก่ การเจ็บป่วยทางกาย (Somatic health) ขวัญกำลังใจ (Morale) เช่น ความพึงพอใจ ความสุข ความหวัง และบทบาททางสังคม (Social function) เช่น บทบาทในครอบครัว บทบาทในหน้าที่การงาน บทบาทในการเป็นสมาชิกในสังคม

2. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความเครียดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความเครียด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่าความสัมพันธ์นั้นเป็นสิ่งที่ยากเกินพลังความสามารถหรือเกินขีดจำกัดของแหล่งประโยชน์ที่พวกเขา มีและเป็นสิ่งที่นำอันตรายมาสู่ความผาสุกในชีวิตของพวกเขา (Lazarus & Folkman, 1984) สิ่งที่เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตมากที่สุด คือ ปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ เช่นอาการหายใจลำบาก อาการไอ และมีเสมหะ ซึ่งอาการหายใจลำบากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกายคือ รูปร่างของผนังทรวงอกเปลี่ยนแปลง เบื่ออาหาร ท้องผูก ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ช้าลง ผลกระทบทางด้านจิตใจคือ วิตกกังวล หงุดหงิด โมโหง่าย ซึมเศร้า หวาดระแวง และผลกระทบทางสังคม คือ ผู้ป่วยต้องแยกตัวออกจากสังคม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว เนื่องจากข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ (ชายชาญ โพธิรัตน์, 2550) ก่อให้เกิดเป็นความเครียด

สาเหตุความเครียดอาจเป็นผลมาจากปัจจัยด้านบุคคล คือ ความเชื่อมั่นในการควบคุมสถานการณ์ และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตลอด

ชีวิตไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าอาการจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อใด อาการกำเริบที่เกิดขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคามและเป็นอันตรายต่อชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ ซึ่งอาจจะมีผลในการประเมินสถานการณ์เป็นความเครียดในอาการกำเริบครั้งต่อไป จากการศึกษาของกองสิน คติการ (2534) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 154 คน พบว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจลำบากหรือหายใจไม่เต็มอิ่ม อาการไอมีเสมหะมาก การที่ต้องมาตรวจเป็นระยะเวลานาน การเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ สอดคล้องกับ การศึกษาของวไลพร หงษ์พันธุ์ (2547) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 126 ราย พบว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด คืออาการไอมีเสมหะเหนียวข้นมาก อาการหายใจลำบาก/หายใจไม่อิ่ม อาการเหนื่อยล้า ไม่มีแรง อาการไอมาก การทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายเหนื่อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Andenaes, Kalfoss, และ Wahl (2006) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 92 คน พบว่า สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือ ปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ รองลงมาคือ สถานการณ์เกี่ยวกับโรคเรื้อรังของตนเอง เช่น ประสบการณ์เกี่ยวกับการเหนื่อยที่มีสาเหตุมาจากโรค และสถานการณ์ที่เป็นข้อจำกัดในการดำรงชีวิตในแต่ละวันของพวกเขา ปัญหาเกี่ยวกับคนใกล้ชิดในครอบครัว ปัญหาเกี่ยวกับการอยู่ในโรงพยาบาล เช่น อยู่ร่วมห้องกับผู้ป่วยที่ตาย ทะเลาะกับแพทย์ การถูกรบกวนจากผู้ป่วยคนอื่น

การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การเผชิญความเครียด เป็นความคิดและพฤติกรรมเพื่อที่จะแก้ปัญหาและลดความเครียด โดยบุคคลจะค้นหาและใช้แหล่งประโยชน์ที่ตนเองมี หรือรับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อที่จะนำมาใช้ในการเผชิญปัญหา ความแตกต่างของแต่ละบุคคลจะส่งผลให้เกิดรูปแบบการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 รูปแบบคือ รูปแบบเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้อารมณ์ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการปรับตัวในระยะสั้นและระยะยาว (Lazarus & Folkman, 1984) การเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยจะประเมินว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์อาการหายใจลำบากที่รุนแรงขึ้นได้หรือไม่ โดยมองหาแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีมาใช้ในการเผชิญความเครียด ภาวะความเจ็บป่วยและผลกำลัง การแยกตัวจากสังคม เนื่องจากสภาวะของโรค ทำให้ขาดการประสานงานติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ประสบการณ์ในอดีตที่ไม่สามารถจัดการกับอาการหายใจลำบาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ อาการหายใจลำบากที่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิตมาก ไม่มีวิธีการใดจะแก้ไขได้ ทำให้ผู้ป่วยมีรูปแบบการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ทางอารมณ์มากกว่าการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ปัญหา

การไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว วิตกกังวล มีพฤติกรรมหงุดหงิดก้าวร้าว เมื่อความรุนแรงของโรคมารุนแรงขึ้น อาการกำเริบจะถี่ขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดอารมณ์เศร้า จากการศึกษาของ กองสิน คติการ (2534) วไลพร หงษ์พันธุ์ (2547) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า พฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใช้ในการเผชิญความเครียดมากที่สุด คือ พฤติกรรมเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ด้านอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ McCathie, Spence, และ Tate (2002) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 92 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนในการจัดการอาการต่ำ การสนับสนุนทางสังคมน้อย และการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ที่อารมณ์โดยการถอนตัวออกจากสถานการณ์ จะส่งผลให้มีความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้าสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Andenæs และคณะ (2006) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 92 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ที่อารมณ์ มากกว่ามุ่งแก้ที่ปัญหา เป็นผู้ป่วยที่มีความกดดันทางจิตใจ แตกต่างจากการศึกษาของ Yuet, Alexaander, และ Chun (2002) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 54 คนพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้วิธีเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหาโดยการเผชิญหน้า และวิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ที่อารมณ์โดยการมองในสิ่งที่ดี มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวทางด้านจิตสังคมซึ่งอาจเป็นไปได้จากวัฒนธรรมของชาวฮ่องกงเป็นคนกระฉับกระเฉง มองโลกในแง่ดีและพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับปัญหา

ความกดดันทางจิตใจ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. แนวคิดความกดดันทางจิตใจ (psychological distress)

จากการทบทวนวรรณกรรม ความกดดันทางจิตใจ (Psychological distress) มีผู้ให้ความหมายความกดดันทางจิตใจไว้หลายรูปแบบและมีความแตกต่างกันดังนี้

Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair, และ Battaglini (1998) ให้ความหมายว่าเป็นกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงโดยมีโครงสร้างที่มีกลุ่มอาการวิตกกังวล อารมณ์เศร้าเป็นองค์ประกอบหลัก ร่วมกับอาการที่แสดงออกทางกายที่เกี่ยวข้องกับความเครียด เช่น อาการนอนไม่หลับ (Sleep disorder) อาการกินที่ผิดปกติ (Eating disorder) ไร้พลังกำลัง (Loss of energy) ตลอดจนปัญหาเกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด (Cognitive problems) อารมณ์หงุดหงิด ุนเญียว อารมณ์โกรธ (Irritability) หรือ ย้ำคิดย้ำทำ (Obsession-compulsion)

Massé (2000) ให้ความหมายว่า เป็นการแสดงความรู้สึกที่เป็นองค์ประกอบหลัก 6 ข้อ ได้แก่

1. ความรู้สึกหมดกำลังใจสิ้นหวังในอนาคตข้างหน้า (Demoralization and pessimism toward the future) เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นว่าสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตจะแย่ลง อาการเหล่านี้แสดงถึงความรู้สึกผิดหวังเมื่อรู้ว่าไม่ได้บางสิ่งตามที่ต้องการ (Disillusionment) สิ้นหวัง (Despair) ซึ่งสัมพันธ์กับการขาดแรงจูงใจ (Demotivation) ขาดความเป็นอิสระ (disengagement) ขาดความสนใจในสังคมและการทำกิจกรรมที่เชี่ยวชาญ
2. อารมณ์โกรธ และความเครียด (anguish and stress) เป็นประสบการณ์ความวิตกกังวล ความตึงเครียด ซึ่งเป็นความทุกข์ที่อยู่ภายในและส่งผลให้เกิดการขาดพลังอำนาจ (powerlessness)
3. ความรู้สึกลดคุณค่าในตนเอง (self depreciation) บุคคลจะสงสัยเกี่ยวกับทักษะ ความเชี่ยวชาญ ความสามารถทางสังคมและคุณค่าของตนเอง
4. การแยกตัวหรือถอนตัวออกจากสังคม (Social withdrawal and social isolation) บุคคลจะแยกตัว และไม่ติดต่อกับผู้อื่น ประณายที่จะหลีกเลี่ยงจากชีวิตทางสังคม
5. อาการทางกาย เป็นความเหนื่อยล้าของร่างกาย การขาดพลังกำลัง และความอ่อนล้า ซึ่งอาการเหล่านี้แสดงถึงการไร้ความสามารถต่อความพร้อมในการทำงานของร่างกาย
6. การถอนตัวเองออกจากสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลในความสามารถในการควบคุมชีวิตของพวกเขาและเป็นการปรับตัวของเขากับสิ่งแวดล้อม

Ridner (2004) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มความรู้สึกไม่สุขสบายใจ หรือเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจากการตอบสนองต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressor) ที่เฉพาะเจาะจงซึ่งจะส่งผลให้เกิดอันตรายต่อบุคคลนั้นทั้งชั่วคราวหรือถาวร ซึ่งสามารถจำแนกได้ 5 ลักษณะคือ 1) การรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Perceived inability to cope effectively) 2) การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางอารมณ์ (Change in emotional status) 3) ความรู้สึกไม่สุขสบาย (Discomfort) 4) การสื่อสารที่แสดงออกถึงความไม่สุขสบาย (Communication of discomfort) 5) การเกิดอันตราย (Harm) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. การรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์ ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Perceived inability to cope effectively) เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลกับสิ่งกระตุ้นว่าตนเองไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาได้ ถ้าตนเองเชื่อว่าการแก้ปัญหาสามารถเกิดขึ้นได้ความกดดันทางจิตใจจะไม่เกิดขึ้น อาจแสดงอาการออกมาเป็น คำพูดถึงความล้มเหลวในการแก้ปัญหา การพึ่งผู้อื่นในการตัดสินใจ ความรู้สึกสิ้นหวัง การหลีกเลี่ยงปัญหา

2. การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางอารมณ์ (Change in emotional status) คือ การมีสภาวะทางอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปจากปกติเช่น ความวิตกกังวล อารมณ์เศร้า ขาดแรงจูงใจ หงุดหงิด ก้าวร้าว การลดค่าในตนเอง แยกตัวออกจากผู้อื่น กระวนกระวาย น้ำตานองหน้า หัวเราะไม่สมเหตุสมผล

3. ความรู้สึกไม่สบาย (Discomfort) เป็นความไม่สบายทางใจที่ก่อให้เกิดความทุกข์ เช่น ความโกรธ ความทุกข์ทรมาน ความเศร้า ความปวดเมื่อย ความปวด ความไม่เป็นมิตร

4. การสื่อสารที่แสดงออกถึงความไม่สบาย (Communication of discomfort) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และทางร่างกายของแต่ละบุคคลที่เป็นผลมาจากความไม่สบายที่ทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจ อาจแสดงความรู้สึกออกมาให้เห็นทางสีหน้า หรือเป็นคำพูดที่แสดงถึงการขาดความหวังในอนาคต ความรู้สึกกลัว บ่นปวด นอนไม่หลับ เจ็บลง หรือเป็นภาษาทางกาย เช่น หน้าน้ำคิ้วขมวด หน้าบึ้ง กระสับกระส่าย ไม่เอาใจใส่ต่อสิ่งที่อยู่ตรงหน้า ไม่สบตา

5. อันตราย (Harm) เป็นการทำให้เกิดความสูญเสีย ซึ่งอาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรือถาวร อาจแสดงออกเป็นความไม่สบายต่ออาการปวด การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ แสรั้งท่าจะฆ่าตัวตาย ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

Honda, Goodwin, และ Neugut (2005) ให้ความหมายว่า เป็นบทบาทการปรับตัวทางจิตใจที่ผิดปกติในการเผชิญกับสถานการณ์ในชีวิต ที่ก่อให้เกิดความเครียดและแสดงให้เห็นถึงอาการหลากหลายอาการรวมทั้งอารมณ์เศร้า (Depression) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความไม่เป็นมิตร (Hostility) และความอ่อนล้า (Fatigue)

จากความหมายดังกล่าวไว้ข้างต้น ความกดดันทางจิตใจ เป็นผลลัพธ์ที่เกิดการตอบสนองต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ เป็นอาการวิตกกังวลและอารมณ์เศร้า (Brenes, 2003; Dahlen & Janson, 2002; Mikkelsen, Middelboe, Pisinger, & Stage, 2003)

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไปเมื่อมีความเครียดเข้ามากระทบ ในคนที่มีความวิตกกังวลจะมีความรู้สึกสับสน เครียด วิตก ตื่นเต้นไม่มีความสุข ควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น มือสั่น ตัวสั่น ปัสสาวะบ่อย ปั่นป่วนในท้อง แน่นหน้าอก ลูกตุ้กลดลง (รัตนา สายพานิชย์ และ สุวรรณิ พุทธิศรี, 2548)

อารมณ์เศร้า (Depression) เป็นความรู้สึกซึมเศร้าหดหู่ สะเทือนใจร้องไห้ง่าย ในผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายนี้จะเป็นเกือบทั้งวัน อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อย รู้สึกท้อแท้หรือมีคณรบกวน

ไม่ได้ อยากรู้อยู่คนเดียวเงียบๆ อาจแสดงออกเป็นอาการทางร่างกาย เช่น อาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง รู้สึกอ่อนเพลียตลอดทั้งวัน อาจมีอาการเวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ปวดเรื้อรังตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย อาจแสดงออกเป็นพฤติกรรมการเคลื่อนไหว เช่น บางคนอาจมีอาการกระสับกระส่าย นั่งได้สักครู่ก็ต้องลุกเดินไปมา ไม่มั่นใจในตนเอง มีอาการเชื่องช้าลง พูดน้อย คิดนาน อยู่เฉยๆ ได้นานๆ มีปัญหาเกี่ยวกับความคิด (Cognitive problem) โดยมองโลกภายนอกและชีวิตตนเองในแง่ลบ รู้สึกชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า สมาริของผู้ป่วยเสื่อมลงจากเดิม เหม่อลอยหลงลืมง่าย ความคิดอ่านเชื่องช้าลง ลังเล ตัดสินใจไม่แน่นอน บางคนมีความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตนเองต่อสิ่งที่ตนเองได้กระทำลงไปแม้เป็นการกระทำที่ผู้อื่นเห็นเป็นเรื่องเล็กน้อย มีความคิดอยากตาย (มานิช หล่อตระกูล, 2548)

การประเมินความกดดันทางจิตใจ (Measurement of psychological distress)

เนื่องจากความกดดันทางจิตใจมีผู้ให้ความหมายไว้อย่างกว้างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมการประเมินความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการใช้แบบสอบถามหลายรูปแบบดังนี้

1. แบบทดสอบ Symptom Distress Checklist- 90 (SCL-90) เป็นแบบรายงานตนเองของ Derogatis, et al. (1983) ที่นำมาศึกษาสภาวะสุขภาพจิตในสัปดาห์ที่ผ่านมาและสำรวจอาการ 9 ด้าน คือ กลุ่มอาการที่เกี่ยวกับอาการผิดปกติทางร่างกาย กลุ่มอาการย้ำคิดย้ำทำ กลุ่มอาการที่มีความรู้สึกว่าคุณมีข้อบกพร่องหรือปมด้อยไม่ชอบติดต่อกับผู้อื่น กลุ่มอาการซึมเศร้า กลุ่มอาการวิตกกังวล กลุ่มอาการความรู้สึกไม่เป็นมิตร กลุ่มอาการกลัวสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยไม่มีเหตุผล กลุ่มอาการหวาดระแวง กลุ่มอาการวิกลจริตจำนวน 90 ข้อ โดยเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ 0-4 ดังนี้ 0 = ไม่เลย และ 4 = มากที่สุด ซึ่ง ละเอียด ชูประยูรและคณะ (2521) แปลเป็นภาษาไทย ในต่างประเทศได้มีการนำแบบสอบถามนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาร์ค ที่ 0.62-0.94 ในประเทศไทยยังไม่มี การนำแบบสอบถามนี้มาใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่มีการนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การใช้แบบสอบถามนี้ผู้ประเมินจะต้องเป็นนักจิตวิทยา และบุคลากรทางจิตเวช

2. แบบทดสอบ The Hopkins Symptom Checklist Questionnaire (HSCL) เป็นการพัฒนาดังจากแบบสอบถาม Symptom Distress Checklist- 90 (SCL-90) แบบสอบถามสั้นลงมีทั้งหมด 25 ข้อ ซึ่งวัดอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า โดยเป็นมาตราส่วนในการประเมินค่า 4 ระดับ ระดับ 0-3 ดังนี้ 0 = ไม่มีปัญหา และ 3=เป็นปัญหามากที่สุด แบบทดสอบนี้ใช้วัดในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคทางจิต ในการใช้แบบสอบถามนี้ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาในโรงพยาบาลที่ประเทศ

นอร์เวย์นั้นมีการตัดข้อความที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกอยากฆ่าตัวตายและความรู้สึกเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ออกไป 2 ข้อ เหลือ 23 ข้อตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาร์คที่ 0.92 แต่ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ใช้แบบสอบถามนี้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาก่อน การใช้แบบสอบถามนี้ผู้ประเมินต้องเป็นจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา

3. แบบสอบถาม General Health Questionnaire (GHQ) ของ Goldberg และคณะ (1972) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางที่สุดในปัจจุบันฉบับหนึ่ง และมีผู้แปลเป็นภาษาต่าง ๆ มาก กว่า 36 ภาษา ซึ่งต่อมา นายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2539) ได้พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย แบบสอบถามนี้สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดี ที่สามารถคัดกรองปัญหา 2 ประการ คือ การไม่สามารถดำรงชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และ การมีปัญหที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นถึงปัญหาที่คิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลต่าง ๆ เช่น ปัญหาบุคลิกภาพ โดยแบบสอบถามนี้สามารถที่จะบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกการวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดใด โดยเป็นมาตราส่วนในการประเมินค่า 4 ระดับ

ผลการทดสอบความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ในชุมชนเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์พบว่า Thai GHQ ทุกฉบับ ทั้งฉบับเต็มคือ Thai GHQ 60 และ ฉบับอื่น ๆ ที่ตัดตอนมาจากฉบับเต็มคือ Thai GHQ – 30, Thai GHQ – 28 และ Thai GHQ – 12 มีค่าความเชื่อถือได้และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดีได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อความมีค่า Cronbach's alpha coefficient) ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 และมีค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 โดยประชาชนสามารถตอบได้ด้วยตนเอง จึงเหมาะที่จะนำไปใช้กับบุคคลที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านด้วยตนเองได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟัง และผู้ตอบ แบบสอบถามเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง

ข้อความของ Thai GHQ จะครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่มีความสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social impairment) ซึ่งหมายถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมแย่ลงและความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค (Hypochondriasis) เป็นการครุ่นคิดตลอดเวลาเกี่ยวกับโรคของตนเองว่าเป็นโรคร้ายแรงหรือโรคที่กำลังเป็นอยู่ สำหรับแบบสอบถาม Thai GHQ – 60 ผู้ที่อ่านออกเขียนได้ และไม่มีปัญหาอื่น ๆ ที่จะเพิ่มอุปสรรค ต่อการตอบจะใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที ส่วนฉบับอื่น ๆ ก็จะใช้เวลาน้อยลงตามลำดับ สามารถนำไปใช้ในการสำรวจชุมชนทั่วไป และสถานบริการสาธารณสุขหรือคลินิก

ผู้ป่วยนอกทั่วไป ข้อจำกัดของแบบสอบถามคือ Thai GHQ – 60 มีค่าความแม่นยำใกล้เคียงกับ Thai GHQ – 30 และมีค่าความเชื่อถือได้ดีที่สุด แต่มีความยาวมากกว่า ดังนั้นในทางปฏิบัติ Thai GHQ – 30 จึงน่าจะเป็นฉบับที่เหมาะสมที่สุด ส่วน Thai GHQ – 28 มีความเหมาะสมในกรณีที่ต้องการคะแนนของ Sub – Scale ต่าง ๆ เพื่อดูรายละเอียดของอาการ Thai GHQ – 12 แม้จะมีค่าความแม่นยำและความเชื่อถือได้ต่ำกว่าฉบับอื่น ๆ ก็ไม่ได้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ และมีข้อดีที่มีขนาดสั้น กระทัดรัด

ในต่างประเทศได้มีการใช้แบบสอบถาม GHQ-30, GHQ-12 ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกใช้ Thai GHQ – 12 เนื่องจากสั้น กระทัดรัด ความเชื่อถือในแบบสอบถามไม่มีความแตกต่างกัน และสามารถวัดได้ครอบคลุมทั้งความวิตกกังวล และอารมณ์เศร้า รวมถึงอาการที่แสดงทางร่างกาย และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ

ความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบในผู้ป่วยทั้งที่เข้ารับการรักษาวัดอยู่ในโรงพยาบาลร้อยละ 58.7 และไม่ได้เข้ารับการรักษาวัดในโรงพยาบาล ร้อยละ 42.9 ผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิงมีความกดดันทางจิตใจมากกว่าเพศชาย (Andenæs & Kalfoss, 2004; Gudmundsson, Gislason, Janson, & et.al., 2005; Laurin, Lavoie, Bacon, Dupuis, Lacoste, Cartier, et al., 2007) และพบมากในคนที่มีอายุมาก ระดับการศึกษาไม่สูง โสด (Andenæs, & Kalfoss, 2004; Gudmundsson, Gislason, Janson, Lindberg, Ulrik, Brondum, E., et al. 2006; Ng, Niti, Tan, Cao, & Ong, 2007; Schane, Woodruff, Dinno, Covinsky, & Walter, 2008) และพบมากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้ออกซิเจนรักษาระยะอยู่ที่บ้านเช่นกัน (Wagena, Kant, Huibers, Amelsvoort, Swaen, Wouters, et al., 2004; Ng, et al., 2007)

Manen, Bindels, Dekker, Ijzermans, Zee, และ Schade, (2002), Karadag, Ozcan, Eskin, Karul, และ Ceylan (2008) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในระยะความรุนแรงมาก ($FEV1 < 50\%$ predicted) มีความเสี่ยงที่จะเกิดอารมณ์เศร้ามากกว่าผู้ที่อยู่ในระยะความรุนแรงน้อยกว่า แตกต่างจากการศึกษาของ Wagena, Arrindell, Wouters, และ Schayck (2005) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 118 คน พบ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกระยะมีความกดดันทางจิตใจไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้านักจะมีโรคร่วมมากกว่า 3 โรคขึ้นไป โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) รองลงมาคือโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) และโรคหอบหืด (Asthma) (Manen, 2002; Ng, et al., 2007)

นอกจากนี้ยังพบในผู้ป่วยที่ได้รับยาเสพติดรอยด์ (Gift, Wood, & Cahill 1989) และไม่เล็กสูบบุหรี่ จากการศึกษาของ Wegena และคณะ (2004) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 468 คน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จำนวน 513 คน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 612 คนและบุคคลที่มีสุขภาพดีจำนวน 8,920 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือโรคหอบหืดที่ยังคงสูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงที่เกิดความกดดันทางจิตใจ และอารมณ์เศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ แต่น้อยกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจได้แก่ 1) แบบแผนการใช้ชีวิต ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับกายจิตสังคมที่มีผลต่อการเจ็บป่วย หรือบทบาทการทำหน้าที่ของมนุษย์ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากด้านจิตใจ เช่น การขาดการควบคุมตนเอง ความคิดทางด้านลบ และด้านสังคม เช่น เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนาซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ 2) สิ่งที่ถูกคาม (Stressor) เป็นสิ่งที่บุคคลต้องการหรือไม่ต้องการ หรือสิ่งที่ถูกคามนั้นมีความสำคัญหรือเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์อาจส่งผลให้เกิด อาการอ่อนล้า ต่อม่าน้ำเหลืองโต คลื่นไส้ น้ำหนักลด ผมหงอก 3) การรับรู้ถึงสิ่งที่เข้ามาถูกคาม อาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลนั้นสู้หรือถอยหนี 4) การสูญเสียความสามารถในการควบคุมทั้งการรับรู้และการกระทำ 5) ความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งการแก้ไขปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้เกิดความกดดันทางจิตใจตามมา (Ridner, 2004)

ปัจจัยที่เกิดจากตัวโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของปอด ทำให้ทางเดินหายใจตีบแคบส่งผลให้เกิดอาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกคามผู้ป่วย จากการศึกษาของ Pembroke และคณะ (2006) พบว่า สมรรถภาพปอดที่ลดลงและอาการหายใจลำบาก สัมพันธ์กับการเกิดความกดดันทางจิตใจ ซึ่งอาการหายใจลำบากจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว และวิตกกังวล สูญเสียการทำกิจกรรมต่างๆทั้งในบ้านและนอกบ้าน (Seamark, Blake, & Seamark, 2004) รวมถึงรบกวนการนอนหลับ (สุวิมล โกกลาง, 2546) ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนล้า (Fatigue) หรือรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตกำลังที่จะกระท่ำกิจกรรมใดๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ไม่ดี (Kapella, Larson, Patel, Covey, & Berry, 2006; Theander, Jakobsson, Torstensson, & Unosson, 2008) ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จากการศึกษาของ Katz และคณะ (2005) พบว่า ข้อจำกัดของการทำกิจกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผลต่อความกดดันทางจิตใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ระยะเวลาในการเป็นโรคนี้นานยิ่งเพิ่มผลกระทบทางด้านจิตสังคมให้กับผู้ป่วย (Andenaes, Kalfoss, & Wahl, 2004)

ผู้ป่วยจะแยกตัวเองออกจากสังคมมากขึ้นเนื่องจากกิจกรรมต่างๆทำได้น้อยลง ขาดความคิด ขาดความฝันที่จะเจริญก้าวหน้าพร้อมกับครอบครัวในอนาคต (Seamark, et al., 2004)

ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่จะเพิ่มความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกค่อนข้างต่ำ (จินดาวรรณ อุดมพัฒนาการ, 2539) การรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ (ปิติรัตน์ พิษยมงคล, 2545) และความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง (ชนิษฐา กาสลังกา, 2543) ล้วนมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ไม่ดี ส่งผลทางด้านจิตใจกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล และอารมณ์เศร้า ซึ่งปัจจัยทางด้านจิตใจจะส่งผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากยิ่งขึ้น (Spector, & Klein, 2001) ต้องเพิ่มการใช้ยาเพื่อลดอาการหายใจลำบาก ระดับความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ความรู้สึกอ่อนล้าของผู้ป่วยมากขึ้น ระดับความเครียดสูงขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ในการเผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยจะหลีกเลี่ยงปัญหาส่งผลให้เกิดความกดดันทางจิตใจ จากการศึกษาของ McCathie และ คณะ (2002) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 92 คน พบว่า ผู้ป่วยที่เลือกใช้วิธีหลีกเลี่ยงจากปัญหา จะมีการรับรู้ในสมรรถนะของตนต่ำจะมีความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้าสูง

ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การสนับสนุนทางสังคม โดยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีรายได้น้อย และมีระยะเวลาในการศึกษาน้อย จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ส่งผลให้ผู้ป่วย มีการดูแลตนเองที่ไม่ดี (ประสพสุข อินทรักษา, 2534; วรรณระวี อัครนิจ, 2534) จากการศึกษาของเยาวรัตน์ ชันธิวิชัย (2544) พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี ส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การประเมินปัญหาทางการหายใจเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (กองสิน คติการ, 2534; วไลพร หงษ์พันธ์, 2547; Andenaes et al., 2006) หรือเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งการรับรู้สิ่งที่เข้ามาคุกคามในระดับสูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ในการเผชิญปัญหาได้น้อยลง โดยเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยหลีกเลี่ยงปัญหามากกว่าเผชิญหน้ากับปัญหาก่อให้เกิดความกดดันทางจิตใจ

วิธีการเผชิญความเครียดที่ทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ วิธีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ที่อารมณ์ (กองสิน คติการ, 2534; วไลพร หงษ์พันธ์, 2547; Andenaes et al., 2006) แม้การเลือกใช้วิธีนี้จะทำให้ความตึงเครียดทางอารมณ์ของผู้ป่วยลดลง

แต่ปัญหาทางการหายใจไม่สามารถที่แก้ไขได้ เนื่องจากพยาธิสภาพของปอดไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดเป็นความกดดันทางจิตใจ

ผลที่ตามมาของความกดดันทางจิตใจ

เมื่อเกิดความกดดันทางจิตใจเกิดขึ้น จะมีผลลัพธ์ที่ตามมาอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะมีทั้งด้านบวกและด้านลบต่อผู้ป่วย ซึ่งการเกิดความกดดันทางจิตใจของแต่ละบุคคลอาจสร้างผลทางด้านลบอย่างถาวรต่อบุคคลนั้น โดยอาจแสดงออกในรูปแบบของการฆ่าตัวตาย หรือในรูปแบบของการปล่อยสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) กระตุ้นให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจวายเฉียบพลัน หรือ ความสูญเสียทางด้านร่างกาย ถ้าความกดดันทางจิตใจส่งผลเสียต่อบุคคลนั้นชั่วคราว หรือถ้าสิ่งเร้านั้นถูกกำจัดออกไป จะส่งผลให้บุคคลนั้นกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ ซึ่งความกดดันทางจิตใจที่เกิดขึ้นจะเปลี่ยนจากผลทางด้านลบเป็นผลทางด้านบวกซึ่งความกดดันทางจิตใจจะเป็นประสบการณ์ของชีวิตที่ทำให้พวกเขาเหล่านั้นเติบโตขึ้น มองชีวิตอย่างมีคุณค่า มีความหมาย และเป็นสิ่งที่ทำให้พวกเขาประสบความสำเร็จในชีวิต (Ridner, 2004)

ผลที่ตามมาจากความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเกิดอย่างต่อเนื่อง (Ridner, 2004) จากผลการวิจัยของ Andenaes และคณะ (2006) ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุระหว่าง 48-87 ปีจำนวน 51 คน พบว่า ความกดดันทางจิตใจหลังกลับจากโรงพยาบาล 1 เดือน ความกดดันทางจิตใจของผู้ป่วยลดลง แต่ในระยะเวลา 6 ถึง 9 เดือนหลังจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีความกดดันทางจิตใจสูงขึ้น ซึ่งความกดดันทางจิตใจอาจส่งผลอย่างถาวรต่อบุคคลนั้น ความกดดันทางจิตใจก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายทำให้ความอยากอาหารลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีดัชนีมวลกายลดลง (Ng, et al., 2007) ผลกระทบทางด้านจิตใจ คือความกลัว ความรู้สึกขาดความช่วยเหลือ ขาดกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ และเป็นความทุกข์ที่ฝังใจ เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยระลึกได้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากในระยะวิกฤตหลังกลับจากโรงพยาบาล 3 เดือน (DeVito, 1990; Heinzer, Bish, & Detwiler, 2003) ผลจากความกดดันทางจิตใจอาจส่งผลเสียในระยะยาวโดยเป็นโรคทางจิตร่วมกับโรคที่เป็นอยู่ จากการศึกษานี้ของ Laurin และคณะ (2007) พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความผิดปกติทางจิต (Psychiatric disorders) ถึงร้อยละ 49 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิงได้รับการวินิจฉัยเป็นโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) ถึงร้อยละ 56 และมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคซึมเศร้า (Major Depression) ถึงร้อยละ 18 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เป็นเพศชาย

นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีความกดดันทางด้านจิตใจจะกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 เดือน (Dahlen, & Janson, 2002) ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนาน และมีอัตราการตายหลังจากออกจากโรงพยาบาลสูง ซึ่งจากการศึกษาของ Ng และคณะ (2007) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความกดดัน

ทางจิตใจร่วมด้วย จะใช้เวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 14.2 วันต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 21 มากกว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีความกดดันทางจิตใจ ซึ่งจะใช้เวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 11 วันต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 10.5 ซึ่งผลเสียที่เกิดขึ้นทั้งหมด จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยไม่ดี (Felker, Katon, Hedrick, Rasmussen, McKnight, McDonnell, et al., 2001; Andenaes, et al., 2004; Cully, Graham, Stanley, Ferguson, Sharafkhan, Soucek, et al. 2006; Gudmundsson, et al., 2006; Cleland, Lee, & Hall, 2007; Ng, et al., 2007)

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาปัจจัย 3 ปัจจัยที่สามารถทำนายความกดดันทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะความกดดันทางจิตใจ และสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการลดความกดดันทางจิตใจได้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพกับความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินตัดสินของบุคคลต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง หรือ ไม่มีความสำคัญ หรือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งบุคคลจะประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด เป็นสิ่งที่ถูกถาม หรือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตราย หรือเป็นสิ่งที่ทำลาย จากนั้นบุคคลจะประเมินตนเองว่าตนเองสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ ซึ่งผลจากการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ จะส่งผลต่อการเผชิญกับความเครียดและการปรับตัวของแต่ละบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการหายใจลำบาก อาการไอ และมีเสมหะ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสิ่งที่สร้างความเครียดให้กับผู้ป่วยมากที่สุด (กองสิน คติการ, 2534; วไลพร หงษ์พันธุ์, 2547; Andenaes, et al., 2006)

ความเชื่อมั่นในการควบคุมสถานการณ์ของผู้ป่วย ความไม่แน่นอนของอาการ ความอ่อนล้าจากโรค ความไม่เชี่ยวชาญในการจัดการกับอาการ การขาดสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างทำให้ผู้ป่วยประเมินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ถูกถามหรือเป็นอันตรายต่อตน ไม่กล้าที่จะเผชิญหน้ากับสถานการณ์ การรับรู้ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นคุกคามต่อชีวิตตนเองมาก จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้เพื่อควบคุมสถานการณ์ วิธีที่ผู้ป่วยมักเลือกใช้คือวิธีการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ที่อารมณ์ (McCathie, et al., 2002) โดยเลือกใช้วิธีหลีกเลี่ยงปัญหา แต่สิ่งที่เข้ามาคุกคามยังคงมีอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากสภาวะของโรคที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ ส่งผลให้

ผู้ป่วยตอบสนองต่อความเครียด แสดงออกเป็นความกดดันทางจิตใจ ที่แสดงออกเป็นอารมณ์เศร้า หวาดระแวง ไม่คิดอยากจะทำอะไร มีอาการทางกาย วิตกกังวล (Wagena, et al., 2005)

จากการศึกษาBurker และคณะ (2004) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดในระยะสุดท้าย ก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนปอด (Lung Transplant) ที่ประเมินสถานการณ์การผ่าตัดเป็นสิ่งที่คุกคามจะมีความสัมพันธ์กับทั้งความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้า ($r=.44, p < .01$) ในผู้ป่วยที่ประเมินสถานการณ์เป็นสิ่งที่เป็อันตรายต่อตนเอง จะมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ($r =.59, p < .01$) และอารมณ์เศร้า ($r = .70, p < .01$) สอดคล้องกับ การศึกษาของ Pakenham และคณะ (2001) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 114 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ประเมินภาวะของโรคว่าเป็นสิ่งที่คุกคามมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอารมณ์เศร้า ($r = .52, p < .001$) ความกดดันทางจิตใจ ($r = .55, p < .001$) ภาวะสุขภาพ ($r = .25, p < .05$) และการปรับตัวทางสังคม ($r = .44, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอารมณ์เศร้า ($r = -.30, p < .01$) ความกดดันทางจิตใจ ($r = -.26, p < .01$) และการปรับตัวทางสังคม ($r = -.36, p < .001$) วิธีการเผชิญปัญหาโดยมุ่งแก้ที่อารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอารมณ์เศร้า ($r = .63, p < .001$) ความกดดันทางจิตใจ ($r = .65, p < .001$) ภาวะสุขภาพ ($r = .21, p < .05$) การปรับตัวทางสังคม ($r = .47, p < .001$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคกับความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความรุนแรงของโรค เป็นสิ่งที่อธิบายถึงความรุนแรงตามพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ผู้ป่วยจะนำมาใช้ในการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แย่ลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไร้พลังกำลังที่จะเผชิญหน้ากับปัญหา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่คุกคามหรือก่อให้เกิดความสูญเสียต่อตนเอง ไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยจะหลีกเลี่ยงปัญหาโดยเผชิญความเครียดในรูปแบบการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ที่อารมณ์ก่อให้เกิดเป็นความกดดันทางจิตใจ

จากการศึกษาของ Karadag, Ozcan, Eskin, Karul, และ Ceylan (2008) Manen, Bindels, Dekker, Ijzermans, Zee, และ Schade, (2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในระยะความรุนแรงมาก ($FEV1 < 50\%$ predicted) มีความเสี่ยงที่จะเกิดอารมณ์เศร้ามากกว่าผู้ที่อยู่ในระยะความรุนแรงน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Pembroke, Rasul, Hart, Smith, และ Stansfeld (2006) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 3,885 คนที่มีค่าFEV1 ลดลง ดัชนีมวลกายลดลง มีอาการหายใจลำบากมีความเสี่ยงที่จะเกิดความกดดันทางจิตใจ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกับความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การสนับสนุนทางสังคม คือ แหล่งประโยชน์ที่บุคคลอื่นจัดหามาให้ ซึ่งอาจส่งผลทางลบและทางบวกต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต (Cohen, & Sym, 1985) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์ ที่คุกคามต่อชีวิต และเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลดึงออกมาใช้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) ผลกระทบจากอาการหายใจลำบาก ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ทางสังคม หน้าที่การงาน ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อเกิดอาการกำเริบขึ้น จะสร้างความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดให้กับผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยเลือกใช้ คือ การขอความช่วยเหลือ และปรึกษาจากบุคคลในครอบครัว (จุก สุวรรณ, 2550) ซึ่งการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีบุคคลอื่นคอยให้ความช่วยเหลือ จะช่วยบรรเทาความวิตกกังวลและส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (ภัทรพงศ์ ประกอบผล, 2534)

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้ชีวิตเพียงลำพัง ขาดผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ซึมเศร้า (Kara, & Mirici, 2004; Ng, Niti, Tan, Cao, & Ong, 2007) จากการศึกษาของ McCathie และคณะ (2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาทางด้านการสนับสนุนทางสังคม จะมีผลต่อความวิตกกังวล ($r = .40, p < .01$) และอารมณ์เศร้า ($r = .35, p < .01$) การได้รับสนับสนุนของทางสังคมจะช่วยเพิ่มปัจจัยด้านบุคคลของผู้ป่วย ด้วยการเพิ่มความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน (KaraKaskci, & Alberto, 2007) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ดาริกา ธารบัวสวรรค์, 2540) ความหวัง (มารยาท วงษาบุตร, 2539) และอัตมโนทัศน์ (อรนุช อัยภูมิภค, 2539) ทำให้ผู้ป่วยโรคนี้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี (Xiaolian, Chaiwan, Panuthai, Yijuan, Lei, & Jiping, 2002) รวมทั้งการจัดการกับอาการหายใจลำบากได้เมื่อมีอาการกำเริบ ซึ่งจะส่งผลให้ความกดดันทางจิตใจลดลงหรือไม่เกิดขึ้น

สรุป

ปัญหาการหายใจในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเป็นสิ่งที่สร้างความเครียดแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งเป็นกลุ่มความไม่สุขสบายใจที่เกิดขึ้นชั่วคราวหรือถาวรกับบุคคลนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่ มุ่งศึกษาในพฤติกรรมการเผชิญความเครียด การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม

ความวิตกกังวล อารมณ์เศร้า ยังมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความกดดันทางจิตใจ และการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังค่อนข้างน้อย ในการศึกษาครั้งนี้ได้เพิ่มการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ อันจะทำให้เกิดความเชื่อมโยงกับการศึกษาที่ผ่านมา รวมทั้งช่วยเสริมสร้างเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความกดดันทางจิตใจ และใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือเพื่อลดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวัดสมรรถภาพปอดและระยะทางเป็นเมตรที่เดินได้ใน 6 นาที
2. สามารถฟังพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้

คุณสมบัติที่คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจล้มเหลว
2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังและโรคทางจิตเวช

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 107 คน โดยคำนวณได้จากการใช้สูตร power analysis (Polit, & Beck, 2008) สำหรับสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regressions) กำหนดค่า power of test 0.80 ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 ขนาด

อิทธิพลปานกลาง (moderate effect size) เท่ากับ 0.13 ในการศึกษาครั้งนี้สามารถคำนวณ 6 ตัวแปรอิสระ โดยมีสูตรดังนี้

$$N = L / \gamma + K + 1$$

แทนค่าในสูตรได้ $N = 13.62 / 0.149 + 6 + 1 = 97.41$

หมายเหตุ N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง K = จำนวนตัวแปรทั้งหมด
 L = ค่าที่ได้จากการเปิดตารางแอลฟา กับ power

$$\gamma = \text{estimate effect size} = R^2 / (1 - R^2)$$

จากการคำนวณสูตรได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เป็น 107 ราย เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูลขณะดำเนินการวิจัย

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลใน สถาบันโรคทรวงอกเป็นสถาบันเฉพาะทางด้านโรคปอดและโรคหัวใจระดับนานาชาติ และเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคปอด จากสถิติสถาบันโรคทรวงอกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 – 2551 มีสถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 7,518, 7,253, 7,072 คน ตามลำดับ และสถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยในจำนวน 612, 511, 443 คนตามลำดับ

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เพื่อทำการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน BODE index แบบวัดการช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และแบบสอบถาม Thai GHQ-12 ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็น แบบบันทึกและสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว บุคคลที่ท่านอาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่เป็นผู้ดูแลท่าน สิทธิการรักษา โรคอื่นที่มีร่วมด้วย ประวัติการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 แบบประเมิน BODE index (Body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index) สร้างโดย Celli และคณะ (2004) ประกอบด้วย ค่า FEV1 ดัชนีมวลกาย ระยะทางเป็นเมตรที่เดินได้ใน 6 นาที การประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากที่ประเมินด้วยแบบประเมิน The Modified Medical Research Council: MMRC คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนนโดยคะแนนที่สูง หมายถึงมีความเสี่ยงที่จะตายเพิ่มขึ้น โดยแบบประเมินแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก (The Modified Medical Research Council: MMRC) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ตอบโดยผู้เข้าร่วมวิจัย

ตอนที่ 2 แบบประเมิน BODE index ประกอบด้วย ค่า FEV1 ดัชนีมวลกาย ระยะทางเป็นเมตรที่เดินได้ใน 6 นาที การประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากที่ประเมินด้วยแบบประเมิน The Modified Medical Research Council: MMRC ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลและให้ค่าคะแนนทั้งหมด สามารถแบ่งค่าคะแนนของแบบประเมิน BODE index เป็น 4 ควอไทล์ (Ong, Earnest, & Lu, 2005) ดังนี้

Quartile I: คะแนน	0 - 2	หมายถึง ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับความรุนแรงน้อย
Quartile II: คะแนน	3 - 4	หมายถึง ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับความรุนแรงปานกลาง
Quartile III: คะแนน	5 - 6	หมายถึง ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับความรุนแรงมาก
Quartile IV: คะแนน	7 - 10	หมายถึง ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับความรุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบวัดการช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support : MSPSS) พัฒนาโดย Zimet และคณะ (1988) ซึ่งพิทักษ์พล บุญมาลิก ได้แปลเป็นภาษาไทย โดยวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด แบบประเมินนี้เคยนำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย (Dahlem, Zimet, & Walker, 1991; Zimet et al., 1988) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (Zimet, Powell, Farley, Werkman, & Berkoff, 1990) วัยรุ่น (Kazarian & McCable, 1991) ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยนอก (Cecil, Stanley, Carrion, & Swann, 1995) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Go'z, Karaoz, Goz, Ekiz, & Cetin, 2007) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาร์ค ระหว่าง .84 ถึง .92 ซึ่งพิทักษ์พล บุญมาลิก ได้แปลเป็นภาษาไทย และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนมัธยมปลายและนักศึกษา

ปวช. ในกรุงเทพมหานครจำนวน 1,135 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาร์ค 0.89 ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวจำนวน 4 ข้อ (ข้อคำถามที่ 3, 4, 8, 11) การสนับสนุนจากเพื่อนจำนวน 4 ข้อ (ข้อคำถามที่ 6, 7, 9, 12) การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดจำนวน 4 ข้อ (ข้อคำถามที่ 1, 2, 5, 10) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ โดยมีค่าคะแนนเริ่มจาก 1-7 จากไม่เห็นด้วยมากที่สุดจนถึงเห็นด้วยมากที่สุด โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การประเมินแบบวัดการช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ ผู้วิจัยได้จัดคะแนนการช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ เป็น 3 ระดับ โดยนำค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด หารด้วย 3 ได้ผลลัพธ์ แล้วนำมากำหนดเกณฑ์การประเมินได้ดังนี้

- 12 – 36 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
- 37 – 60 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
- 61 – 84 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (The Cognitive Appraisal of Health Scale: CAHS) เป็นแบบประเมินตัดสินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน พัฒนาโดย Kessler (1998) แปลเป็นภาษาไทยโดย ผู้วิจัย ใช้กระบวนการแปลและย้อนกลับ (Double Back-Translation Technique) อย่างครบถ้วน โดยบุคคลที่ทำหน้าที่ในการแปลย้อนกลับเป็นผู้ที่มีความรู้และความสามารถในการภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นอย่างดี และไม่รู้จักคุ้นเคยกับแบบสอบถามนี้มาก่อน ซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินขั้นแรก (primary appraisal) จำนวน 23 ข้อ ซึ่งแยกออกเป็น 4 ด้าน คือ การประเมินตัดสินภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต จำนวน 5 ข้อ (4, 6, 7, 17, 18) เป็นอันตรายต่อชีวิต จำนวน 8 ข้อ (3, 8, 9, 10, 13, 19, 21, 25) เป็นสิ่งที่ทำลายจำนวน 6 ข้อ (1, 2, 11, 14, 24, 26) เป็นสิ่งที่ เป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่มีความสำคัญต่อตนเองจำนวน 4 ข้อ (5, 15, 23, 28) และการประเมินขั้นที่ 2 (secondary appraisal) จำนวน 5 ข้อ (12, 16, 20, 22, 27) เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ โดยมีค่าคะแนนเริ่มจาก 1 ถึง 5 จากไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึงเห็นด้วยมากที่สุด คะแนนที่สูงกว่าในแต่ละด้านจะเป็นข้อบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นเห็นด้วยกับการประเมินตัดสินนั้น

Kessler (1998) ได้นำเครื่องมือนี้ไปทดสอบกับผู้หญิงที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 201 คน ได้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์คมากกว่า .70 ซึ่งแยกเป็นการประเมินตัดสินภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต ($\alpha = .85$) เป็นอันตรายต่อชีวิต ($\alpha = .88$) เป็นสิ่งที่ทำลาย ($\alpha = .72$) เป็นสิ่งที่ เป็นผลดีต่อตนเองหรือไม่มีความสำคัญต่อตนเอง ($\alpha = .78$)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งนายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) มีทั้งหมด 4 รูปแบบได้แก่ Thai GHQ – 60, Thai GHQ- 30, Thai GHQ-28, Thai GHQ -12 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถาม Thai GHQ -12 ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ จากการจำแนก GHQ -12 ของ Gratz (1991) ออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ อาการวิตกกังวล (anxiety) ข้อที่ 2, 5, 6, 9 ความบกพร่องทางสังคม (social dysfunction) ข้อที่ 1, 3, 4, 8, 12 การขาดความเชื่อมั่น(Loss of confidence) ข้อที่ 10, 11 ซึ่งได้รับการทดสอบว่าสอดคล้องกับข้อมูลที่ Gratz จำแนกไว้ (Martin & Newell, 2005) แบบสอบถามนี้เคยถูกนำมาใช้ในการวัดความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Karadag, Ozcan, Eskin, Karul, & Ceylan, 2008; Wagena et al., 2004) ในประเทศไทยนายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ ได้ทำการศึกษาในประชาชนที่มารับบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จำนวน 100 ราย เพื่อทดสอบความเชื่อถือได้และความแม่นยำของเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ) ทุกฉบับทั้งฉบับเต็มคือ Thai GHQ-60 และฉบับอื่นๆที่ตัดตอนมาจากฉบับเต็มคือ Thai GHQ-30, Thai GHQ-28 และ Thai GHQ-12 มีค่าความเชื่อถือได้และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี ได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (internal consistencies) ของข้อคำถาม มีค่า Cronbach's alpha coefficients ตั้งแต่ 0.86 ถึง 0.95 และมีค่าความไว (sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ (specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 การให้คะแนนมี 2 วิธีคือ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 อันดับ (0-1-2-3) และ เป็นแบบGHQ score คือ 0-0-1-1 ซึ่งการให้คะแนนทั้งสองแบบค่าคะแนนที่ได้ไม่แตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้ให้คะแนนแบบมาตราส่วน 5 อันดับ โดยเริ่มจาก 0 คือไม่มีอาการจนถึง 3 มีอาการ คะแนนตั้งแต่ 12 ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ (Goldberg, Gater, Sartorius, Ustun, Piccinelli, Gureje, et al. 1997)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ไปตรวจหาความตรงตามเนื้อหาโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้ชำนาญทางด้านโรคทางเดินหายใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตวิทยา 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านโรคระบบ

ทางเดินหายใจ 1 ท่าน พยาบาลประจำการโรคระบบทางเดินหายใจ 1 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทางระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน หลังผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ผู้วิจัยนำคำแนะนำมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 30 คนตอบแบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการศึกษาได้ดังนี้

แบบสอบถามความรุนแรงของโรค	= 0.76
แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	= 0.89
แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	= 0.73
แบบสอบถามสุขภาพโดยทั่วไป (GHQ-12)	= 0.71

เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่นแบบ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการศึกษาได้ดังนี้

แบบสอบถามความรุนแรงของโรค	= 0.77
แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	= 0.90
แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	= 0.75
แบบสอบถามสุขภาพโดยทั่วไป (GHQ-12)	= 0.73

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดลและสถาบันโรคทรวงอก เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับใดๆ และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาหากต้องการก่อนเสร็จสิ้นการศึกษาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมของกลุ่มประชากร

ขั้นตอน/วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด c สายพยาบาลศาสตร์ และสถาบันโรคทรวงอก หลังจากผ่านการพิจารณา จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด c สายพยาบาลศาสตร์ และสถาบันโรคทรวงอก ผู้วิจัยนำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและการเก็บรวบรวม
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลสถาบันโรคทรวงอก หัวหน้าการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้าและพยาบาลประจำการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อแนะนำตัวและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้เชิญชวนผู้ที่มีคุณสมบัติก่อน แล้วผู้วิจัยจึงจะคัดเลือกอีกครั้ง ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการขณะที่ผู้ป่วยมารอรับการตรวจจากแพทย์ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก วันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 8.00 - 12.00 น. โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แนะนำตัวเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการ โดยข้อมูลเกี่ยวกับชื่อของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิ์ของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลหรือญาติ ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าหากไม่ได้รับคำตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้นจากการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร
4. เมื่อผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก โดยอาจก่อนพบแพทย์อย่างน้อย 60 นาที หรือหลังจากเข้าพบแพทย์หรือติดต่อเจ้าหน้าที่ในการตรวจเรียบร้อยแล้ว ในวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 8.00 - 12.00 น. ขณะดำเนินการเก็บข้อมูลหากถึงเวลาที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและติดตามผลการรักษาจากแพทย์ ผู้ป่วยสามารถกลับมาตอบแบบสอบถามได้อีกครั้งภายหลังเข้าพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่เรียบร้อยแล้วตามความสะดวกของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องก่อนเสมอ
5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการและพร้อมที่จะให้ข้อมูล เริ่มทำการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถามซึ่งมีจำนวน 69 ข้อแบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ แบบประเมินความรุนแรงของโรค (BODE index) จำนวน 4 ข้อ ซึ่งในการประเมินค่า FEV1 และ 6 minute walk test ผู้วิจัยใช้ข้อมูลย้อนหลังที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ประเมินไว้ครั้งล่าสุดไม่เกินหนึ่งปีนับย้อนหลังจากวันที่ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการ แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ

จำนวน 12 ข้อ แบบประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจำนวน 28 ข้อ และแบบสอบถามสุขภาพโดยทั่วไปจำนวน 12 ข้อ ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 -30 นาที

6. ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากผู้ป่วยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามสามารถซักถามผู้วิจัยเพิ่มเติมได้

7. ในระหว่างการเก็บข้อมูล หรือภายหลังการเก็บข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจต้องการยุติการเข้าร่วมในการวิจัยสามารถยุติการเก็บข้อมูลได้โดยไม่มีข้อแม้ หรือผลกระทบใดๆกับการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ

8. เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทบทวนความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามอีกครั้ง หากข้อมูลใดขาดหายไปไม่ครบถ้วน ขอความร่วมมือทำแบบสอบถามเพิ่มเติมจนสมบูรณ์ตามความสมัครใจของผู้ป่วย

9. หลังการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น สอบถามความเต็มใจจากกลุ่มตัวอย่างที่อนุญาตให้นำข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการทำวิจัยอีกครั้งและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้และแจ้งสิ้นสุดการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. หาค่าการแจกแจงความถี่ และร้อยละเพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมิน BODE index แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และแบบสอบถาม General Health Questionnaire

2. หาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานมาใช้ในการวิเคราะห์คะแนนที่ได้จากแบบประเมิน BODE index แบบวัดการช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบสอบถาม General Health Questionnaire

3. วิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพกับความกดดันทางจิตใจ

4. ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical analysis) ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumptions) ของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ได้ผลดังนี้

4.1 ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบปกติ พบว่าค่า sig. ของการทดสอบ Kolmogorov –Sminov = .200 > .05 สามารถสรุปได้ว่าค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ

4.2 ค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ โดยการพิจารณาจากภาพการกระจาย (Scatter plot) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระกระจายบริเวณค่าศูนย์ (ภาคผนวก)

4.3 ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นอิสระต่อกัน จากค่า Dubin – Watson = 2.012 แสดงว่า ค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน (ภาคผนวก)

4.4 ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นศูนย์ ($e = 0$) ค่า Standard Predicted Value และค่า Standard Residual ในการศึกษาครั้งนี้ คือ .000 ดังนั้น ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเป็นศูนย์ ($e = 0$) (ภาคผนวก)

5. วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical analysis) ระหว่าง การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม กับความกดดันทางจิตใจ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ (Correlational Predictive Research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ จังหวัดนนทบุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 107 ราย ผลการศึกษานำเสนอในรูปแบบตาราง ประกอบการบรรยายโดยแบ่ง 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 จำนวนและร้อยละ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค ความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนของความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ส่วนที่ 5 อำนาจการทำนายความกดดันทางจิตใจ ของ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 92.5 เป็นเพศชาย มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 81.3 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.49 ปี (mean = 69.49 , S.D. = 8.71) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.5 การศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาร้อยละ 61.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 64.5 และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 66.4 มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 67.3 มี

สถานภาพสมรสร้อยละ 73.8 และเป็นหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 80.4 ไม่มีสมาชิกที่ต้องดูแล คิดเป็นร้อยละ 47.7 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร/ธิดา คิดเป็นร้อยละ 42.7 ซึ่งบุคคลที่เป็นผู้ดูแลคือ บุตร/ธิดา คิดเป็นร้อยละ 44.9 ใช้สิทธิข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 60.7 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 51 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วม พบว่า โรคร่วมที่พบบ่อยมากคือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 20.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลิกสูบบุหรี่แล้ว คิดเป็นร้อยละ 85 โดยเคยสูบบุหรี่วันละ 11-20 มวนคิดเป็นร้อยละ 43 สูบมากกว่า 41 ปีคิดเป็นร้อยละ 47.7 และเลิกสูบนานน้อยกว่า 10 ปีคิดเป็นร้อยละ 81.3 (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (N = 107)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	99	92.5
หญิง	8	7.5
อายุ (ปี)		
40-50	2	1.9
51- 60	18	16.8
>60 ปี	87	81.3
(Min = 49, Max = 91, Mean = 69.49, S.D. = 8.71)		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	3	2.8
ประถมศึกษา	66	61.7
มัธยมศึกษา	16	15
อาชีวศึกษา	9	8.4
ปริญญาตรี	12	11.2
ปริญญาโท	1	0.9
ศาสนา		
พุทธ	100	93.5
อิสลาม	7	6.5
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	69	64.5
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	7.5
แม่บ้าน	2	1.9
เกษตรกร	9	8.4
กิจการส่วนตัว	9	8.4
รับจ้าง	5	4.7
สมณเพศ	5	4.7

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (N = 107) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย/เดือน		
ไม่ตอบ	2	1.9
< 5,000 บาท	71	66.4
5,000-9,999 บาท	4	3.7
10,000 – 29,000 บาท	21	19.6
30,000 -49,000 บาท	4	3.7
> 50,000 บาท	5	4.7
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่ตอบ	9	8.4
เพียงพอ	72	67.3
ไม่เพียงพอ	26	24.3
สถานภาพ		
โสด	6	5.6
สมรส	79	73.8
หม้าย	17	15.9
หย่า	3	2.8
แยกกันอยู่	2	1.9
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย (ในบ้านเดียวกัน)		
คู่สมรส	21	19.6
บุตร/ธิดา	25	23.4
อยู่คนเดียว	10	9.3
ทั้งคู่สมรสและบุตร/ธิดา	51	47.7
บุคคลที่เป็นผู้ดูแลท่าน		
คู่สมรส	37	34.6
บุตร/ธิดา	48	44.9
ทั้งคู่สมรสและบุตร/ธิดา	17	4.7
ดูแลตนเอง	5	15.9

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 107) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
จ่ายเองจากเงินออม	18	16.8
ประกันสังคม	2	1.9
บัตรประกันสุขภาพ	22	20.6
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	65	60.7
โรคร่วม		
ไม่มี	51	47.7
มี	49	52.3
จำแนกเป็นโรคร่วมต่างๆ ดังนี้		
ความดันโลหิตสูง	22	20.6
เบาหวาน	3	2.8
โรคหัวใจ	11	10.3
อื่นๆ	3	15.3
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	6	5.6
เลิกสูบ	91	85
ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่	10	9.3
ปริมาณบุหรี่/วันที่สูบ		
น้อยกว่า 10 มวน	40	37.4
11-20 มวน	46	43
21-30 มวน	3	2.8
31-40 มวน	15	14
มากกว่า 41 มวนขึ้นไป	3	2.8

ส่วนที่ 2 จำนวนและร้อยละของคะแนน การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค และความกดดันทางจิตใจ

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน เป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ร้อยละ 61.3 รองลงมาคือ เป็นสิ่งท้าทาย ร้อยละ 60.7 และเป็นสิ่งที่คุกคาม ร้อยละ 16.8 (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (n= 107) (เลือกได้มากกว่า 1 รูปแบบ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เป็นสิ่งที่คุกคาม	18	16.8
เป็นสิ่งที่ท้าทาย	65	60.7
เป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง	72	61.3
เป็นอันตราย	7	6.5

การประเมินความรุนแรงของโรค

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรุนแรงของโรคน้อยร้อยละ 56.1 รองลงมาคือระดับความรุนแรงของโรคปานกลางร้อยละ 24.3 และระดับความรุนแรงของโรคมากที่สุดร้อยละ 10.3 (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของคะแนนความรุนแรงของโรค (n= 107)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ความรุนแรงของโรคน้อย	60	56.1
ความรุนแรงของโรคปานกลาง	26	24.3
ความรุนแรงของโรคมาก	10	9.3
ความรุนแรงของโรคมากที่สุด	11	10.3

ความกดดันทางจิตใจ

กลุ่มตัวอย่างไม่มีความกดดันทางจิตใจ ร้อยละ 90.7 มีความกดดันทางจิตใจร้อยละ 9.3 (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของความกดดันทางจิตใจ (n=107)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความกดดันทางจิตใจ	97	90.7
มีความกดดันทางจิตใจ	10	9.3

ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ยของค่าคะแนนของความรุนแรงของโรค และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับรุนแรงน้อย การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และ ความกดดันทางจิตใจอยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ของค่าคะแนนของความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อมูล	ค่าพิสัย		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
	คะแนนจริง	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง			
ความรุนแรงของโรค	0-10	0-2	2.75	2.33	น้อย
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	12-84	61-84	62.78	15.14	สูง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และความกดดันทางจิตใจ

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson's correlation coefficient) พบว่า การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่ถูกคาม และเป็นอันตรายต่อชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .54, p < .01$) ในด้านการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่เกิดผลดีกับตน และเป็นสิ่งที่ทำท่าย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ ($r = -.40, p < .01, r = -.19, p < .05$) (ตารางที่ 4.6)

ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่ถูกคาม เป็นอันตรายต่อชีวิต และความกดดันทางจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ ($r = .30, r = .39, r = .28, p < .01$) (ตารางที่ 4.6)

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่ทำท่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20, p < .05$) (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n= 107)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. ความรุนแรงของโรค	1.00						
2. การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	-.05	1.00					
การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ							
3. คุกคาม	.30**	-.17 ^{ns}	1.00				
4. ทำท่าย	-.10 ^{ns}	.32**	-.28**	1.00			
5. ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง	-.02 ^{ns}	.12 ^{ns}	-.38**	.42**	1.00		
6. มีอันตรายต่อตนเอง	.39**	-.12 ^{ns}	.54**	-.17 ^{ns}	-.30**	1.00	
7. ความกดดันทางจิตใจ	.28**	-.20*	.54**	-.19*	-.40**	.54**	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$, ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 5 อำนาจการทำนายความกดดันทางจิตใจของ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการศึกษาปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจ อันได้แก่ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยเชิงพหุแบบเชิงชั้น (Hierarchical analysis)

ขั้นที่ 1 พบว่า ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายความกดดันทางจิตใจได้ร้อยละ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .08$, $p < .01$) ขั้นตอนที่ 2 เมื่อเพิ่มการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมเข้าไปร่วมทำนาย โดยควบคุมความรุนแรงของโรค พบว่า ความรุนแรงของโรคและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความกดดันทางจิตใจได้ร้อยละ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($R^2 = .12, p < .01$) มีการเพิ่มขึ้นของสัมประสิทธิ์การทำนายความกดดันทางจิตใจ ร้อยละ 4 ($\Delta R^2 = .04$) แสดงว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความผันแปรของความกดดันทางจิตใจ ภายใต้ความรุนแรงโรคของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันได้ร้อยละ 4 ขั้นตอนที่ 3 เมื่อเพิ่มการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเข้าไปร่วมทำนาย โดยควบคุมความรุนแรงของโรคและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สามารถร่วมทำนายความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ร้อยละ 40 ($R^2 = .40, p < .01$) มีการเพิ่มขึ้นของสัมประสิทธิ์การทำนายความกดดันทางจิตใจ ร้อยละ 28 ($\Delta R^2 = .28$) แสดงว่า การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สามารถอธิบายความผันแปรของความกดดันทางจิตใจภายใต้ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 28 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความกดดันทางจิตใจมากที่สุด คือ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เป็นอันตรายต่อตนเอง ($\beta = .26, p < .05$) มีทิศทางเดียวกัน และการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ($\beta = -.25, p < .01$) มีทิศทางตรงกันข้ามกัน (ตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 อำนาจการทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical analysis) ในการเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อความกดดันทางจิตใจ

ตัวทำนาย	Step I			Step II			Step III		
	B	SE	β	B	SE	β	B	SE	β
ค่าคงที่	7.21	0.40		9.40	1.13		6.26	3.28	
ความรุนแรงของโรค	0.33	0.11	0.28**	0.32	0.11	0.27**	0.13	0.10	0.11
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม				-0.03	0.02	-0.19*	-0.02	0.02	-0.12
การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ									
เป็นสิ่งที่ถูกถาม							0.75	0.44	0.21
เป็นสิ่งที่ท้าทาย							0.58	0.80	0.07
เป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง							-1.19	0.44	-0.25**
เป็นอันตราย							1.00	0.47	0.26*
R^2	.08			.12			.38		
ΔR^2	.08			.04			.28		
F for ΔR^2	9.06**			4.23*			11.66**		
df	1			1			4		
$P <$	.01			.05			.01		

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

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 107 ราย อภิปรายผลการศึกษาวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความกดดันทางจิตใจ

ส่วนที่ 3 สมมติฐานการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 92.5) มีอายุตั้งแต่ 41 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.3) มีอายุมากกว่า 60 ปี (min 49, max 91, mean 69.49, S.D. 8.71) สอดคล้องกับ GOLD (2008) ที่พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการแสดงและได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรกเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 40 ปี เนื่องจากลักษณะของโรคมีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ ผู้ป่วยจะมีอาการชัดเจนเมื่ออายุมากแล้ว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.5) ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้เพียงพอ โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร/ธิดา (ร้อยละ 47.7) และมีบุตร/ธิดา เป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 44.9) ซึ่งค่าใช้จ่ายต่างๆ และสิ่งของเครื่องใช้ บุตร/ธิดาเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุน ร่วมกับสิทธิการรักษาที่ผู้ป่วยใช้ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 60.7) ทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องของค่าใช้จ่าย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 51) ในกลุ่มที่มีโรคร่วม โรคที่พบบมากที่สุดได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 20.6) โรคหัวใจ (ร้อยละ 10.3) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 2.8) ส่วนใหญ่มีสมรรถภาพปอดดี ($FEV1 \geq 65\%$) และเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อนที่คลินิก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกคนที่ยังไม่หยุดสูบบุหรี่ จะได้รับการส่งเข้าโปรแกรมเลิกบุหรี่ จึงพบว่าร้อยละ 81.3 ของกลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ความกดดันทางจิตใจ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความกดดันทางจิตใจ (ร้อยละ 90.7) เมื่อพิจารณาตามโครงสร้างของแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ 12) ซึ่งจำแนกออกเป็น 3 ปัจจัยตามรูปแบบของ Greatz (1991) อันได้แก่ ปัจจัยที่ 1 ด้านความวิตกกังวล (Anxiety) ปัจจัยที่ 2 ด้านความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) ปัจจัยที่ 3 ด้านการสูญเสียความมั่นใจ (loss of confidence) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมา ก่อนทำแบบทดสอบ กลุ่มตัวอย่างไม่มีความวิตกกังวล รู้สึกว่าตนเองมีความสุขดี สามารถนอนหลับ และไม่มีความรู้สึกถึงเครียด ปัจจัยที่ 2 ด้านความบกพร่องทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง รู้สึกว่าตนเองได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ใน เรื่องต่างๆ ได้เหมือนปกติ สามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่ทำ สามารถตัดสินใจและเผชิญหน้ากับ ปัญหาต่างๆ ของตนเองได้ ปัจจัยที่ 3 ด้านการสูญเสียความมั่นใจ กลุ่มตัวอย่าง มีความมั่นใจในตนเอง และไม่คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มผู้ป่วย มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะ รุนแรงน้อย (Quartile I, mean = 2.75, S.D. = 2.33) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินความรุนแรงของ โรค ตามแบบประเมิน BODE index พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถภาพปอดดี (ค่า $FEV1 \geq 65\%$) และระยะทางมาตรฐานเป็นเมตรที่เดินได้ใน 6 นาที ≥ 350 เมตร แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถทำ กิจกรรมต่างๆ ได้ดีเกือบเท่าคนปกติที่อายุเท่ากัน และไม่ค่อยมีอาการหายใจลำบาก ยกเว้นเมื่อออกกำลังกาย ซึ่งคะแนนโดยรวมอยู่ในระยะรุนแรงน้อย จึงเป็นผลทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยมีอาการกำเริบจนต้อง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า เป็นสิ่งที่ท้าทาย (ร้อยละ 60.7) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันว่า เป็นสิ่งที่ไม่ได้ทำให้ ตนเองแย่ลง สามารถต่อสู้ ควบคุม และจัดการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันได้ ถึงแม้ว่ากลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.3) เป็นผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาไม่สูง ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64.5) แต่กลุ่มตัวอย่างมีแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการเผชิญความเครียดที่ดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 73.8) อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับคู่สมรส และบุตร/ธิดา (ร้อยละ

47.7) ซึ่งบุคคลที่ดูแลเป็นบุตร/ธิดา (ร้อยละ 44.9) การได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากบุตร/ธิดา และเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สิทธิการรักษาต่างๆ ส่วนใหญ่เบิกได้จากต้นสังกัด และไม่มีภาระที่ต้องดูแล ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย รวมถึงการบริการดูแลให้ไปพบแพทย์ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจและกำลังใจจากครอบครัวมากที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถพูดเกี่ยวกับปัญหาของตนเองให้ครอบครัวฟัง และครอบครัวยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการตัดสินใจต่างๆ แก่ผู้ป่วยส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความกดดันทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kara และ Mirici (2004) และการศึกษาของ Ng และคณะ (2007) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ได้ใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง มีบุคคลคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจ

ส่วนที่ 3 สมมติฐาน การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพกับความกดดันทางจิตใจ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า เป็นสิ่งที่คุกคาม เป็นอันตรายต่อตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ ($r = .54, r = .54, p < .01$) และการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า เป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง เป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ ($r = -.40, p < .01, r = -.19, p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ระยะเวลา ความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ความเครียดที่เคยได้รับ และความคิดหรือบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะความรุนแรงของโรคน้อย (Quartile I, mean = 2.75, S.D. = 2.33) โดยกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถภาพปอดดี (ค่า FEV1 $\geq 65\%$) และสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีและไม่ค่อยมีอาการหายใจลำบาก ยกเว้นเมื่อออกแรง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (ร้อยละ 61.3) ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการเหตุการณต่างๆ ที่เกิดขึ้นจะไม่แย่งแม้ว่าภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี ผู้ป่วยไม่รู้สึกสูญเสียอะไรและไม่คิดมากกับภาวะสุขภาพ และ

รู้สึกว่าการะสุขภาพไม่ส่งผลใดๆต่อพวกเขาเลย ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ($\text{mean} = 69.49$, $\text{S.D.} = 8.71$) ซึ่งการเจ็บป่วยเป็นภาวะหนึ่งที่ผู้ป่วยจะพบได้ ร่วมกับผู้ป่วยมีแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ดี สามารถใช้ชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นได้ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดความกดดันทางจิตใจ

กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า เป็นสิ่งท้าทาย (ร้อยละ 60.7) ผู้ป่วยจะมองว่าภาวะสุขภาพในขณะนี้ไม่ได้ทำให้ตนเองอ้าแอ แต่กลับมองว่า ภาวะสุขภาพในปัจจุบันทำให้ผู้ป่วย เรียนรู้เกี่ยวกับตนเองมากขึ้น สามารถควบคุมสิ่งต่างๆที่จะเกิดขึ้นได้ สามารถต่อสู้กับภาวะสุขภาพในปัจจุบันแม้จะเป็นสิ่งที่ยาก สามารถควบคุมเหตุการณ์และจัดการกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันได้เอง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรุนแรงของโรคน้อย และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ($\text{mean} = 62.78$, $\text{S.D.} = 15.14$) ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยได้รับจากการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือบุคคลใกล้ชิด เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือได้ เมื่อมีอาการกำเริบเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดความกดดันทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Andeneas, Kalfoss และ Wahl (2006) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คิดว่าสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอาการหายใจลำบาก เป็นสิ่งที่สามารถแก้ไขได้ โดยการใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดความกดดันทางจิตใจ

ในการศึกษารั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16.8 ประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่คุกคาม โดยผู้ป่วยจะมองภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่น่าหวาดกลัว และจะไม่ดีขึ้นไปกว่านี้ ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีทำให้เกิดความสูญเสียมากมาย ทำให้เหตุการณ์ต่างๆแย่ลง ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆที่กำลังจะเกิดขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80.4 มีระยะความรุนแรงของโรคในระยะที่รุนแรงน้อย ถึงปานกลาง (Quartile I, II) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการไอและมีเสมหะ อาการหายใจลำบาก และอาการกำเริบเป็นบางครั้ง โดยในระยะแรกอาจขาดความรู้ในการลงมือปฏิบัติ และไม่ทราบว่าวางแผนควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างไร ประกอบกับอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน และไม่สามารถคาดเดาได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกกลัว และวิตกกังวล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pakenham และคณะ (2001) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 114 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ประเมินภาวะของโรคเป็นสิ่งที่คุกคามมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกดดันทางจิตใจ ($r = .55$, $p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Burkner และคณะ (2004) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดในระยะสุดท้ายก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนปอด (Lung transplant) ที่ประเมินสถานการณ์การผ่าตัดเป็นสิ่งที่คุกคามมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้า ($r = .44$, $p < .01$)

ในการศึกษารั้งนี้กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า เป็นสิ่งเป็นอันตรายต่อตนเอง คิดเป็นร้อยละ 6.5 ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ ภาวะสุขภาพทำให้ตนเองอยู่ในภาวะอันตราย ทำให้ตนเองไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการจะทำได้ ทำให้ชีวิตตนเองเสียหาย รู้สึกสูญเสียที่ต้องยุติการทำหน้าที่ หรือกิจกรรมหลายอย่างที่ต้องการจะทำในชีวิตนี้ หหมดความสนใจในเหตุการณ์ต่างๆ ที่อยู่รอบตัว จนต้องยุติการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการจะทำ และรู้สึกเจ็บปวดใจกับภาวะสุขภาพที่ตนเองเป็นอยู่ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระยะความรุนแรงของโรคมก ถึงมากที่สุด (Quartile III, IV) ร้อยละ 19.6 ซึ่งผู้ป่วยในระยะนี้จะมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง มีอาการกำเริบบ่อยๆ มีประสบการณ์เลวร้ายจากอาการกำเริบ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนปกติ ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Katz et.al, 2005) พึ่งพาออกซิเจน ล้วนเป็นสิ่งที่สร้างความสูญเสียในชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกดดันทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Burker และคณะ (2004) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดในระยะสุดท้าย ก่อนที่จะได้เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนปอด (Lung transplant) ที่ประเมินสถานการณ์การผ่าตัดเป็นสิ่งที่เป็นอันตรายต่อตนเอง จะมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ($r = .59, p < .01$) และอารมณ์เศร้า ($r = .70, p < .01$) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค กับความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ในการศึกษารั้งนี้ พบว่าความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกดดันทางจิตใจ ($r = .28, p < .01$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น จะมีความกดดันทางจิตใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Karadag, Ozcan, Eskin, Karul, และ Ceylan (2008) Manen, Bindels, Dekker, Ijzermans, Zee, และ Schade (2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในระยะรุนแรงมาก ($FEV1 < 50\%$ predicted) มีความเสี่ยงที่จะเกิดอารมณ์เศร้าซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจมากกว่าผู้ที่อยู่ในระยะรุนแรงน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Prembroke, Rasul, Hart, Smith, และ Stansfeld (2006) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 3,885 คนที่มีค่า $FEV1$ ลดลง ดัชนีมวลกายลดลง มีอาการหายใจลำบาก มีความเสี่ยงที่จะเกิดความกดดันทางจิตใจ ทั้งนี้เนื่องจากความรุนแรงของโรค ที่เพิ่มสูงขึ้น การตีบแคบในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น และความยืดหยุ่นของปอดลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้น อาการหายใจลำบากจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว และเกิดความวิตกกังวล สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมทั้งในบ้านและนอกบ้าน (Seamark, Blake, Seamark, 2004) ทำให้ผู้ป่วยต้องแยกตัวเองออกจากสังคม ดูแล

ตนเองได้น้อยลง (Kapella, Larson, Patel, Covey, & Berry, 2006; Theander, Jakobsson, Torstensson, & Unosson, 2008) และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ระยะเวลาในการเป็นโรคนี้นานยิ่ง ก่อให้เกิดเป็นความเครียดสะสมเรื้อรัง ร่วมกับความรู้สึกอ่อนล้า หรือรับรู้ว่าคุณเองไร้พลังกำลังที่จะ ทำกิจกรรมใดๆ ทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่คุกคาม หรือเป็น อันตรายต่อชีวิต ไม่มีวิธีการใดๆ จะแก้ไขได้ เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด จึงทำ ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้อารมณ์ มากกว่ามุ่งแก้ปัญหา (McCathie, Spence, & Tate, 2002; กองสิน คติการ, 2534; วไลพร หงษ์พันธุ์, 2547) ส่งผลกระทบทางจิตสังคมของผู้ป่วย (Andenaes, Kalfoss, & Wahl, 2004)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกับความกดดันทางจิตใจ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับ ความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20, p < .05$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ถึง แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีความกดดันทางจิตใจมาก ทั้งนี้เนื่องจาก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น โรคที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ในเรื่องของการดูแลเรื่องอาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ ข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 83.2) และด้วยอาการเจ็บป่วยทำให้เหนื่อยง่ายกว่าปกติ เมื่อระยะการดำเนินของโรครุนแรงขึ้น ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง อาการกำเริบจะเกิดขึ้นบ่อยๆ จากการศึกษาของจุก สุวรรณ (2550) พบว่า เมื่อเกิดอาการกำเริบขึ้น จะสร้างความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียดให้กับผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยเลือกใช้ คือ การขอความช่วยเหลือและปรึกษาจากบุคคลในครอบครัว ด้วย วัยที่สูงขึ้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ต้องใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง ไม่มีบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และเพื่อนวัยเดียวกัน ที่สามารถระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหา ให้ความหวังใจ ช่วยตัดสินใจ และ ร่วมแบ่งปันความสุขความทุกข์ได้ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64.5) การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด อันได้แก่ รายได้ สิ่งของ การ สนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความอ่อนแอภายในจิตใจ ของตนเอง รู้สึกท้อแท้กับ อาการกำเริบที่เกิดขึ้นบ่อยๆ และไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ ทำให้ ผู้ป่วยประเมินว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคาม และเป็นอันตรายต่อชีวิต ที่ไม่สามารถที่จะจัดการหรือ แก้ไขได้ ผู้ป่วยจึงหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดเป็นความกดดันทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของMcCathie และ คณะ (2002) Kara และ Mirici (2004) และ Ng, Niti, Tan, Cao, & Ong (2007) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ขาดการสนับสนุนทางด้านสังคม และใช้

ชีวิตอยู่ตามลำพัง ขาดผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้าซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจ

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ซึ่งระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง(mean 62.8, S.D. 15.14) ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 81.3) ซึ่งดูแลตนเองได้น้อย แต่มีบุตรธิดาเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 44.9) ที่จะช่วยสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น รายได้ สิทธิการรักษา การรับส่งในการมาตรวจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมาติดตามการรักษาได้อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ได้รับข้อมูลและการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตาม เช่น การใช้ยาอย่างถูกวิธี ซึ่งจะช่วยให้ใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควบคุมอาการได้ นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดจากการเจ็บป่วยน้อยลง การศึกษาของ McCathie และคณะ (2002) และ Ormel และคณะ(1998) ยืนยันว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลในทางบวก โดยทำให้ความรู้สึกอ้างว้าง และภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจ

จากการวิเคราะห์สถิติพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical analysis) พบว่า การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ร้อยละ 40 ($R^2 = .40, p < .01$) โดยความรุนแรงของโรค สามารถทำนายความกดดันทางจิตใจ ได้ร้อยละ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .08, p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจาก ความรุนแรงโรคในระยะรุนแรงมาก ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง มีอาการกำเริบบ่อยๆ จนกระทั่งผู้ป่วยสูญเสียคุณภาพชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกดดันทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Funk, Kirchheiner, Burghuber, และ Hartl (2009) พบว่า คะแนนของอาการหายใจลำบาก และ ระยะทางการเดินมาตรฐานใน 6 นาที มีอิทธิพลต่ออารมณ์เศร้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจตามลำดับ ($\beta = 0.23, p < .05$ $\beta = -0.34, p < .01$)

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความผันแปรของความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ร้อยละ 4 ($\Delta R^2 = 4$) ภายใต้อาการแตกต่างของความรุนแรงของโรค แสดงว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ภายใต้อาการรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันมีผลต่อความกดดันทางจิตใจ ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีบุคคลต่างๆคอยให้ความช่วยเหลือ ทั้งในด้านสิ่งของ รายได้ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ที่ดี จะทำให้บรรเทาความวิตกกังวลต่างๆ ไม่เกิดความกดดัน

ทางจิตใจ ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมไม่ดี ขาดการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เศร้า (Kara, & Mirici, 2004; Ng, Niti, Tan, Cao, & Ong, 2007) และ ความวิตกกังวล (McCathie, Spence, & Tate, 2002)

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สามารถอธิบายความผันแปรของความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ร้อยละ 28 ($\Delta R^2 = 28$) ภายใต้ความแตกต่างของความรุนแรงของโรค และ แรงสนับสนุนทางสังคม แสดงว่า การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ภายใต้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน มีผลต่อความกดดันทางจิตใจ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความกดดันทางจิตใจมากที่สุดคือ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง ($\beta = .26, p < .05$) และ เป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ($\beta = -.25, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Burker และ คณะ (2004) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดในระยะสุดท้าย ก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนปอด ที่ประเมินสถานการณ์การผ่าตัดว่า เป็นอันตรายต่อตนเอง มีอิทธิพลต่อ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .60, p < .001$) ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพของปอด ทำให้เกิดการหายใจลำบาก ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ การขาดความเชื่อมั่นในการควบคุมสถานการณ์ของผู้ป่วย รู้สึกว่า ตนเองสูญเสียความสามารถ คุณภาพชีวิตที่ดี ร่วมกับสภาวะของโรคที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ โดยใช้วิธีการเผชิญความเครียด หลีกเลี่ยงปัญหา (McCathie, et.al., 2002) ส่งผลให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อความเครียด เป็นความกดดันทางจิตใจ (Wagena, et.al., 2005)

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า เป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง มีอิทธิพลต่อความกดดันทางจิตใจในทิศทางตรงกันข้าม ($\beta = -.25, p < .01$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ เนื่องจาก การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่พวกเขาต้องพบเจอ การผ่านประสบการณ์ในการควบคุมหรือจัดการกับอาการในแต่ละช่วงชีวิต ทำให้พวกเขามีทักษะและความเชี่ยวชาญในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดได้ดี และไม่เกิดความกดดันทางจิตใจ (Lazarus & Folkman, 1984) ผลการศึกษารั้งนี้ เป็นไปตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ในการอธิบายสมการทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ดังนี้

$$\hat{Y} = 6.26 + 0.13X_1 - 0.02X_2 + 0.75X_3 + 0.58X_4 - 1.19X_5 + 1.00X_6$$

$\hat{Y}$ = ความกดดันทางจิตใจ

X_1 = ความรุนแรงของโรค

X_2 = การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม

X_3 = การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม

X_4 = การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย

X_5 = การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง

X_6 = การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่าเป็นอันตราย

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาวิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 107 ราย ที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2553 ถึง เดือน มีนาคม 2553 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรุนแรงของโรค (BODE index) แบบวัดการรับรู้ความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (The Cognitive Appraisal of Health Scale : CAHS) และแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire) ฉบับภาษาไทย ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS 11.5) ดังนี้

1. หาค่าแจกแจงความถี่ และร้อยละข้อมูลส่วนบุคคล ความรุนแรงของโรค การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความกดดันทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง
2. หาค่าเฉลี่ยของความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม
3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของ ปัจจัยทำนาย ได้แก่ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม และความกดดันทางจิตใจ ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical analysis)

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 81.3 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.49 ปี (mean = 69.49, S.D. = 8.71) สถานภาพสมรสร้อยละ 73.8 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.5 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 61.7 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 64.5 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 66.4 รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 67.3 โดยบุคคลที่อาศัยด้วยกันคือ คู่สมรสและบุตร/ธิดาคิดเป็นร้อยละ 42.7 บุคคลที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างคือ บุตร/ธิดา คิดเป็นร้อยละ

ละ 44.9 ลิทธิการรักษาก็กลุ่มตัวอย่างใช้คือ ลิทธิข้าราชการคิดเป็นร้อยละ 60.7 ส่วนใหญ่ไม่มีโรค ร่วมคิดเป็นร้อยละ 51 เลิกสูบบุหรี่แล้ว คิดเป็นร้อยละ 85 โดยสูบบุหรี่วันละ 11-12 มวนคิดเป็นร้อยละ 43 สูบบุหรี่มากกว่า 41 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.7 เลิกสูบบุหรี่น้อยกว่า 10 ปีคิดเป็นร้อยละ 81.3 กลุ่ม ตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคน้อยร้อยละ 56.1 ประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เป็นสิ่งไม่ เกี่ยวข้องกับตนเอง ร้อยละ 61.3 และ ไม่มีความกดดันทางจิตใจ ร้อยละ 90.7

กลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ (mean = 2.75, S.D. = 2.33) การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (mean = 62.78, S.D. = 15.14)

ความรุนแรงของโรค การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า เป็นสิ่งที่คุกคาม และเป็นอันตราย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ ($r = .28$, $r = .54$, $r = .54$, $p < .01$) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม การประเมิน สถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่ท้าทาย และเป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง มีความสัมพันธ์ ทางลบกับความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ ($r = -.20$, $r = -.19$, $p < .05$, $r = -.40$, $p < .01$)

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรง สนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความกดดันทางจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .40$, $p < .01$) ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายความกดดันทางจิตใจได้ร้อยละ 8 การรับรู้แรง สนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความผันแปรของความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 4 ($\Delta R^2 = .04$) การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สามารถอธิบายความผันแปร ของความกดดันทางจิตใจภายใต้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 28 ($\Delta R^2 = .28$) ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความกดดัน ทางจิตใจมากที่สุด คือ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า เป็นอันตราย ($\beta = .261$, $p < .05$) มีทิศทางเดียวกัน และการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า เป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับ ตนเอง ($\beta = -.248$, $p < .01$) มีทิศทางตรงกันข้าม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของ โรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลและบุคลากร

ทางสุขภาพควรตระหนักและให้ความสำคัญในการลดความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

1. นำข้อมูลพื้นฐานที่ได้ไปเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการประเมินสถานการณ์ในทางบวก โดย

1.1 ลดอาการหายใจลำบาก และอาการกำเริบของผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะทำให้การอักเสบของทางเดินหายใจไม่เพิ่มขึ้น หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ส่งเสริมให้เกิดอาการกำเริบ โดยเลือกวิธีการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม เพื่อลดการเกิดอาการกำเริบและผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ อันเป็นผลให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในทางบวก

1.2 ให้การสนับสนุนทางสังคมโดย การให้ข้อมูล และวิธีการจัดการเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แก่ผู้ป่วยและญาติ ในหลายทาง เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การสอนรายเดี่ยว การสอนรายกลุ่ม เพื่อนำไปใช้เป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด อันเป็นผลให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ได้ตามความเป็นจริง เลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม และไม่เกิดความกดดันทางจิตใจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไปในเรื่องความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามกรอบทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (Lazarus & Folkman, 1984) จากการศึกษาพบว่า การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความกดดันทางจิตใจได้ ร้อยละ 40 ดังนั้นในการศึกษารุ่นต่อไปควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่ยังมิได้นำมาศึกษาในการศึกษารุ่นนี้อีกร้อยละ 60 ตามกรอบทฤษฎี เช่น ความเชื่อทางบวก ความเชี่ยวชาญในการแก้ปัญหา ระยะเวลาที่แตกต่างกัน เช่น ระยะเวลาหลังเกิดอาการกำเริบ ระยะเวลาของการเป็นโรค รวมทั้งศึกษาเพิ่มเติม ในหน่วยงานอื่นๆ ที่แตกต่างกัน

ปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

FACTORS PREDICTING PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN COPD PATIENTS

ลาวัญย์ ตุ่นทอง 5036822 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ค., คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมม,
Ph.D. (NURSING), เจริญ ชูโชติถาวร, พ.บ.

บทสรุปแบบสมบูรณ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระบบสุขภาพ เป็นภาระของสังคมและก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ เนื่องจากอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เห็นได้จากสถิติการเจ็บป่วยของประชากรในปี ค.ศ. 2001 มีความชุกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลก 29,917,000 คน (WHO, 2002) ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ในปี ค.ศ. 2006 จำนวน 624,309 คน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมด 7,714.88 ล้านบาท (Leartsakulpanitch, Nganthavee, & Salole, 2007) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตสูงถึง 3 ล้านคนโดยมีอัตราการตายเป็นลำดับ 4 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนล่างและคาดว่าในทศวรรษหน้า หรือประมาณ พ.ศ. 2563 จะพบผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ต่อจำนวนวันทั้งหมด (WHO, 2004) ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก มีการสำรวจอัตราการตายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ในปี ค.ศ. 2003พบว่า มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมด 3.7 ถึง 5.3 ต่อประชากร 10,000 คนจำแนกเป็นเพศชายจำนวน 6.4 ถึง 9.2 คนต่อประชากร 10,000 คน และเพศหญิงจำนวน 2.1 ถึง 3.5 คนต่อประชากร 10,000 คน (Tan et al., 2009)

ลักษณะสำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นผลมาจากการอักเสบจากควันพิษให้เกิดการตีบแคบของหลอดลม การทำลายเนื้อปอด และหลอดเลือด ซึ่งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถ

กลับคืนสู่ภาวะปกติได้ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผลกระทบที่เกิดขึ้นล้วนเป็นสถานการณ์ที่สร้างความเครียดให้แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อความเครียดโดยแสดงออกทางด้านอารมณ์ หรือเรียกว่า ความกดดันทางจิตใจ (Psychological distress) ซึ่งหมายถึงกลุ่มอาการไม่สุขสบายใจที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อบุคคลนั้นชั่วคราว หรือถาวร (Ridner, 2004) โดยความกดดันทางจิตใจจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมทางอารมณ์ สังคม และอาการทางกายที่เปลี่ยนไปจากปกติ เช่น เหนื่อยล้า แยกตนเอง วิตกกังวล ซึมเศร้า

การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวล อารมณ์เศร้าในประเด็นเกี่ยวกับ ปัจจัยด้านประชากรสังคม ปัจจัยด้านสถานะสุขภาพกาย การประเมินสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด พฤติกรรมการเผชิญความเครียด ซึ่งความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้าจัดเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจที่เกิดขึ้น แต่จะพบการศึกษาในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง การศึกษาที่ผ่านมาจึงยังไม่ครอบคลุมภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับภาวะความกดดันทางจิตใจและปัจจัยทำนายภาวะความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เพื่อลดความกดดันทางจิตใจของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

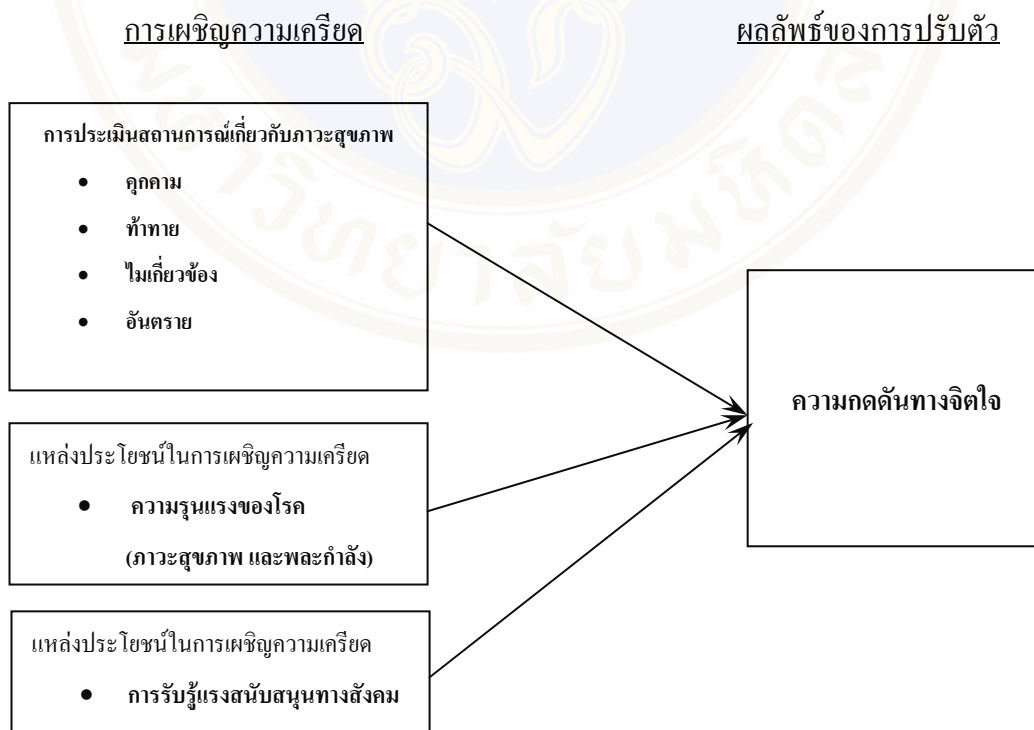
สมมติฐานการวิจัย

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยทางด้านความรุนแรงของโรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ในการทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความรุนแรงของโรค เป็นสิ่งที่อธิบายถึงความรุนแรงตามพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพและพลังกำลัง การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยดึงมาใช้เมื่อเผชิญกับความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) การขาดแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการควบคุมสถานการณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกดดันทางจิตใจ และการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินตัดสินสถานการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตของบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับความแตกต่างของปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพนั้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม ทำลาย ไม่เกี่ยวข้องและเป็นอันตราย การไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้จะทำให้ผู้ป่วยมีความกดดันทางจิตใจได้ ซึ่งมีกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดตามทฤษฎีของ Lazarus & Folkman (1984)

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอกที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ทั้งหมด 107 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) มีคุณสมบัติ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวัดสมรรถภาพปอดและระยะทางเป็นเมตรที่เดินได้ใน 6 นาที สามารถฟังพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ คัดออกจากกลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยที่เป็นโรคเมหะเรื้อรัง โรคหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการใช้สูตร power analysis (Polit, & Beck, 2008) สำหรับสถิติสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regressions) กำหนดค่า power of test 0.80 ค่าแอลฟา เท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลปานกลาง (moderate effect size) เท่ากับ 0.13 ในการศึกษาครั้งนี้สามารถคำนวณ 6 ตัวแปรอิสระได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 98 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อเพิ่มความสมบูรณ์ของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบประเมิน BODE index (Body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index) สร้างโดย Celli และคณะ(2004) ประกอบด้วย ค่าFEV1 ดัชนีมวลกาย ระยะทางเป็นเมตรที่เดินได้ใน 6 นาที การประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากที่ประเมินด้วยแบบประเมินThe Modified Medical Research Council: MMRC) คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน
2. แบบวัดการรับรู้ความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support : MSPSS) พัฒนาโดย Zimet และคณะ (1988) โดยวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด จำนวน 12 ข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ โดยมีค่าคะแนนเริ่มจาก 1-7 จากไม่เห็นด้วยมากที่สุดจนถึงเห็นด้วยมากที่สุด
3. แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (The Cognitive Appraisal of Health Scale: CAHS) เป็นแบบประเมินทัศนภาวะสุขภาพในปัจจุบัน พัฒนาโดย Kessler (1998) แปลเป็นภาษาไทยโดย ผู้วิจัย ใช้กระบวนการแปลและย้อนกลับ (Double Back-

Translation Technique) อย่างครบถ้วน โดยผู้ที่มีความรู้และความสามารถในภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นอย่างดี และไม่รู้จักคุ้นเคยกับแบบสอบถามนี้มาก่อน ซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินขั้นแรก (primary appraisal) จำนวน 23 ข้อ ซึ่งแยกออกเป็น 4 ด้าน คือ การประเมินตัดสินภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต จำนวน 5 ข้อ เป็นอันตรายต่อชีวิตจำนวน 8 ข้อ เป็นสิ่งที่ทำลายจำนวน 6 ข้อ เป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเองจำนวน 4 ข้อ และการประเมินขั้นที่ 2 (secondary appraisal) จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ โดยมีค่าคะแนนเริ่มจาก 1 ถึง 5 จากไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึงเห็นด้วยมากที่สุด คะแนนที่สูงกว่าในแต่ละด้านจะเป็นข้อบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นเห็นด้วยกับการประเมินตัดสินนั้น

4. แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย จำนวน 12 ข้อ พัฒนาโดย Goldberg (1972) แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) Gratz (1991) จำแนก ออกเป็น อาการวิตกกังวล (anxiety) ความบกพร่องทางสังคม (social dysfunction) การขาดความเชื่อมั่น (Loss of confidence) การให้คะแนน เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 อันดับ (0-1-2-3) โดยเริ่มจาก 0 คือ ไม่มีอาการจนถึง 3 มีอาการ คะแนนตั้งแต่ 12 ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ (Goldberg, Gater, Sartorius, Ustun, Piccinelli, Gureje, et al. 1997)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด c สายพยาบาลศาสตร์ และสถาบันโรคทรวงอก เพื่อทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก เพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูลแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลสถาบันโรคทรวงอก หัวหน้าคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อแนะนำตัวและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้เชิญชวนผู้ที่มีคุณสมบัติ ก่อน แล้วผู้วิจัยจึงจะคัดเลือกอีกครั้ง แนะนำตัว เชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการ โดยข้อมูลเกี่ยวกับชื่อของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิของผู้ป่วยแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลหรือญาติ ในการตัดสินใจ เข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทบทวนความครบถ้วนของข้อมูล ในแบบสอบถามอีกครั้ง หากข้อมูลใดขาดหายไปไม่ครบถ้วน ขอความร่วมมือทำแบบสอบถามเพิ่มเติม จนสมบูรณ์ตามความสมัครใจของผู้ป่วย

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical analysis) ระหว่างการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม กับความกดดันทางจิตใจ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 81.3 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.49 ปี (min = 49, max = 91, mean = 69.49, S.D. = 8.71) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 73.8 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.5 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 61.7 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 64.5 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 66.4 รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 67.3 โดยบุคคลที่อาศัยด้วยคือ คู่สมรสและบุตร/ธิดา คิดเป็นร้อยละ 42.7 บุคคลที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างคือ บุตร/ธิดา คิดเป็นร้อยละ 44.9 สิทธิการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างใช้คือ สิทธิข้าราชการคิดเป็นร้อยละ 60.7 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 51 เลิกสูบบุหรี่แล้ว คิดเป็นร้อยละ 85 โดยสูบบุหรี่วันละ 11-12 มวนคิดเป็นร้อยละ 43 สูบบุหรี่มากกว่า 41 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.7 เลิกสูบบุหรี่น้อยกว่า 10 ปีคิดเป็นร้อยละ 81.3 กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคน้อยร้อยละ 56.1 ประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เป็นสิ่งไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ร้อยละ 61.7 และไม่มี ความกดดันทางจิตใจ ร้อยละ 90.7

2. การประเมินความกดดันทางจิตใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความกดดันทางจิตใจ ร้อยละ 90.7 เมื่อพิจารณาตามโครงสร้างของแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ 12) ซึ่งจำแนกออกเป็น 3 ปัจจัยตามรูปแบบของ Grotz (1991) อันได้แก่ ปัจจัยที่ 1 ด้านความวิตกกังวล (Anxiety) ปัจจัยที่ 2 ด้านความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) ปัจจัยที่ 3 ด้านการสูญเสียความมั่นใจ (loss of confidence) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มผู้ป่วย มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะรุนแรงน้อย (Quartile I, mean = 2.75, S.D. = 2.33) โดยกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถภาพปอดดี (ค่า FEV1 $\geq$ 65%) และระยะทางมาตรฐานเป็นเมตรที่เดินได้ใน 6 นาที $\geq$ 350 เมตร แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีเกือบเท่าคนปกติที่อายุเท่ากัน และไม่ค่อยมีอาการหายใจลำบาก เว้นเมื่อออกแรง ซึ่งคะแนนโดยรวมอยู่ในระยะรุนแรงน้อย จึงเป็นผลทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยมีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า เป็นสิ่งที่ท้าทาย (ร้อยละ 60.7) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันว่า เป็นสิ่งที่ไม่ได้ทำให้ตนเองแย่ลง สามารถต่อสู้ ควบคุม และจัดการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันได้ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.3) เป็นผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาไม่สูง ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64.5) แต่กลุ่มตัวอย่างมีแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการเผชิญความเครียดที่ดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 73.8) อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับคู่สมรส และบุตร/ธิดา (ร้อยละ 47.7) ซึ่งบุคคลที่ดูแลเป็นบุตร/ธิดา (ร้อยละ 44.9) การได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากบุตร/ธิดา และเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สิทธิการรักษาต่างๆ ส่วนใหญ่เบิกได้จากต้นสังกัด และไม่มีภาระที่ต้องดูแล ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย รวมถึงการบริการดูแลให้ไปพบแพทย์ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจและกำลังใจจากครอบครัวมากที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถพูดถึงปัญหาของตนเองให้ครอบครัวฟัง และครอบครัวยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการตัดสินใจต่างๆ แก่ผู้ป่วยส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความกดดันทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kara และ Mirici (2004) และการศึกษาของ Ng และคณะ (2007) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ได้ใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง มีบุคคลคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจ

3. เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม ความกดดันทางจิตใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ ($\text{mean} = 2.75, \text{S.D.} = 2.33$) การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\text{mean} = 62.78, \text{S.D.} = 15.14$)

4. เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และความกดดันทางจิตใจ พบว่า ความรุนแรงของโรค การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า เป็นสิ่งที่ถูกคาม และเป็นอันตราย มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ ($r = .28, r = .54, r = .54, p < .01$) ดังตารางที่ 1

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพกับความกดดันทางจิตใจ

ในการศึกษารุ่นนี้พบว่า การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า เป็นสิ่งที่ถูกคาม เป็นอันตรายต่อตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติตามลำดับ ($r = .54, r = .54, p < .01$) และการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง เป็นสิ่งท้าทาย มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ ($r = -.40, p < .01, r = -.19, p < .05$)

ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ระยะเวลา ความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ความเครียดที่เคยได้รับ และความคิดหรือบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะความรุนแรงของโรคน้อย (Quartile I, mean = 2.75, S.D. = 2.33) โดยกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถภาพปอดดี (ค่าFEV1 $\geq 65\%$) และสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีและไม่ค่อยมีอาการหายใจลำบาก ยกเว้นเมื่อออกแรง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (ร้อยละ 61.3) ผู้ป่วยจะรู้สึกว่า เหตุการณ์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นจะไม่แย่ง แม้ภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี ผู้ป่วยไม่รู้สึกสูญเสียอะไรและไม่คิดมากกับภาวะสุขภาพ และรู้สึกว่าภาวะสุขภาพไม่ส่งผลใดๆ ต่อพวกเขาเลย ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ (mean = 69.49, S.D. = 8.71) ซึ่งการเจ็บป่วยเป็นภาวะหนึ่งที่ผู้ป่วยจะพบได้ ร่วมกับผู้ป่วยมีแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ดี สามารถใช้ชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นได้ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดความกดดันทางจิตใจ

กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า เป็นสิ่งท้าทาย (ร้อยละ 60.7) ผู้ป่วยจะมองว่าภาวะสุขภาพในขณะนี้ไม่ได้ทำให้ตนเองอ้าแอ แต่กลับมองว่า ภาวะสุขภาพในปัจจุบันทำให้ผู้ป่วย เรียนรู้เกี่ยวกับตนเองมากขึ้น สามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ สามารถต่อสู้กับภาวะสุขภาพในปัจจุบันแม้จะเป็นสิ่งที่ยาก สามารถควบคุมเหตุการณ์และจัดการกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันได้เอง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรุนแรงของโรคน้อย และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี (mean = 62.78, S.D. = 15.14) ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือบุคคลใกล้ชิด เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือได้ เมื่อมีอาการกำเริบเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดความกดดันทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Andeneas, Kalfoss และ Wahl (2006) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คิดว่าสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอาการหายใจลำบาก เป็นสิ่งที่สามารถแก้ไขได้ โดยการใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดความกดดันทางจิตใจ

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16.8 ประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นสิ่งที่คุกคาม โดยผู้ป่วยจะมองภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่น่าหวาดกลัว และจะไม่ดีขึ้นไปกว่านี้ ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีทำให้เกิดความสูญเสียมากมาย ทำให้เหตุการณ์ต่างๆ แย่

ลง ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆที่กำลังจะเกิดขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80.4 มีระยะความรุนแรงของโรคในระยะที่รุนแรงน้อย ถึงปานกลาง (Quartile I, II) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการไอและมีเสมหะ อาการหายใจลำบาก และอาการกำเริบเป็นบางครั้ง โดยในระยะแรกอาจขาดความรู้ในการลงมือปฏิบัติ และไม่ทราบว่าจะวางแผนควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างไร ประกอบกับอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ไม่น่าเชื่อ และไม่สามารถคาดเดาได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกกลัว และวิตกกังวล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pakenham และคณะ (2001) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 114 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ประเมินภาวะของโรคเป็นสิ่งที่คุกคามมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกดดันทางจิตใจ ($r = .55, p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Barker และคณะ (2004) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดในระยะสุดท้ายก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนปอด (Lung transplant) ที่ประเมินสถานการณ์การผ่าตัดเป็นสิ่งที่คุกคามมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้า ($r = .44, p < .01$)

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่า เป็นสิ่งเป็นอันตรายต่อตนเอง คิดเป็นร้อยละ 6.5 ผู้ป่วยจะรู้สึกว่า ภาวะสุขภาพทำให้ตนเองอยู่ในภาวะอันตราย ทำให้ตนเองไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการจะทำได้ ทำให้ชีวิตตนเองเสียหาย รู้สึกสูญเสียที่ต้องยุติการทำหน้าที่ หรือกิจกรรมหลายอย่างที่ต้องการจะทำในชีวิตนี้ หหมดความสนใจในเหตุการณ์ต่างๆ ที่อยู่รอบตัว จนต้องยุติการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการจะทำ และรู้สึกเจ็บปวดใจกับภาวะสุขภาพที่ตนเองเป็นอยู่ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระยะความรุนแรงของโรคมามาก ถึงมากที่สุด (Quartile III, IV) ร้อยละ 19.6 ซึ่งผู้ป่วยในระยะนี้จะมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง มีอาการกำเริบบ่อยๆ มีประสบการณ์เลวร้ายจากอาการกำเริบ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนปกติ ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Katz et.al, 2005) พึ่งพาออกซิเจน ล้วนเป็นสิ่งที่สร้างความสูญเสียในชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกดดันทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Barker และคณะ (2004) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดในระยะสุดท้าย ก่อนที่จะได้เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนปอด (Lung transplant) ที่ประเมินสถานการณ์การผ่าตัดเป็นสิ่งที่อันตรายต่อตนเอง จะมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ($r = .59, p < .01$) และอารมณ์เศร้า ($r = .70, p < .01$) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค กับความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ในการศึกษานี้ พบว่าความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกดดันทางจิตใจ ($r = .28, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Karadag, Ozcan, Eskin, Karul, และ Ceylan

(2008) Manen, Bindels, Dekker, Ijzermans, Zee, และ Schade (2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในระยะรุนแรงมาก ($FEV1 < 50\%$ predicted) มีความเสี่ยงที่จะเกิดอารมณ์เศร้าซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจมากกว่าผู้ที่อยู่ในระยะรุนแรงน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของPembroke, Rasul, Hart, Smith, และ Stansfeld (2006) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 3,885 คนที่มีค่าFEV1 ลดลง คำนวณมวลกายลดลง มีอาการหายใจลำบาก มีความเสี่ยงที่จะเกิดความกดดันทางจิตใจ ทั้งนี้เนื่องจากความรุนแรงของโรค ที่เพิ่มสูงขึ้น การตีบแคบในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น และความยืดหยุ่นของปอดลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้น อาการหายใจลำบากจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว และเกิดความวิตกกังวล สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมทั้งในบ้านและนอกบ้าน (Seamark, Blake, Seamark, 2004) ทำให้ผู้ป่วยต้องแยกตัวเองออกจากสังคม ดูแลตนเองได้น้อยลง (Kapella, Larson, Patel, Covey, & Berry, 2006; Theander, Jakobsson, Torstensson, & Unosson, 2008) และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ระยะเวลาในการเป็นโรคนี้นานยิ่งก่อให้เกิดเป็นความเครียดสะสมเรื้อรัง ร่วมกับความรู้สึกอ่อนล้า หรือรับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองไร้ผลกำลังที่จะทำกิจกรรมใดๆ ทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่คุกคามหรือเป็นอันตรายต่อชีวิต ไม่มีวิธีการใดๆ จะแก้ไขได้ เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้อารมณ์ มากกว่ามุ่งแก้ปัญหา (McCathie, Spence, & Tate, 2002; กองสิน คติการ, 2534; วไลพร หงษ์พันธุ์, 2547) ส่งผลกระทบทางจิตสังคมของผู้ป่วย (Andenaes, Kalfoss, & Wahl, 2004)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกับความกดดันทางจิตใจ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20, p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจาก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 83.2) และด้วยอาการเจ็บป่วยทำให้เหนื่อยง่ายกว่าปกติ เมื่อระยะการดำเนินของโรครุนแรงขึ้น ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง อาการกำเริบจะเกิดขึ้นบ่อยๆ จากการศึกษาของจุก สุวรรณ (2550) พบว่า เมื่อเกิดอาการกำเริบขึ้น จะสร้างความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียดให้กับผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยเลือกใช้ คือ การขอความช่วยเหลือและปรึกษาจากบุคคลในครอบครัว ด้วยวัยที่สูงขึ้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ต้องใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง ไม่มีบุคคลใกล้ชิด ครอบครัวยุติและเพื่อนวัยเดียวกันที่สามารถระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหา ให้ความหวังใจ ช่วยตัดสินใจ และร่วมแบ่งปันความสุขความทุกข์ได้ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64.5) การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด อันได้แก่ รายได้ สิ่งของ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความอ่อนแอภายในจิตใจของตนเอง รู้สึกท้อแท้กับ

อาการกำเริบที่เกิดขึ้นบ่อยๆ และไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ ทำให้ผู้ป่วยประเมินว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคาม และเป็นอันตรายต่อชีวิต ที่ไม่สามารถที่จะจัดการหรือแก้ไขได้ ผู้ป่วยจึงหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดเป็นความกดดันทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ McCathie และ คณะ (2002) Kara และ Mirici (2004) และ Ng, Niti, Tan, Cao, & Ong (2007) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ขาดการสนับสนุนทางด้านสังคม และใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง ขาดผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้าซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจ

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ซึ่งระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง(mean 62.8, S.D. 15.14) ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 81.3) ซึ่งดูแลตนเองได้น้อย แต่มีบุตรธิดาเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 44.9) ที่จะช่วยสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น รายได้ สิทธิการรักษา การรับส่งในการมาตรวจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมาติดตามการรักษาได้อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ได้รับข้อมูลและการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตาม เช่น การใช้ยาอย่างถูกวิธี ซึ่งจะช่วยให้ใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควบคุมอาการได้ นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดจากการเจ็บป่วยน้อยลง การศึกษาของ McCathie และคณะ (2002) และ Ormel และคณะ(1998) ยืนยันว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลในทางบวก โดยทำให้ความรู้สึกอ้างว้าง และภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจ

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. ความรุนแรงของโรค	1.00						
2. การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	-.05	1.00					
การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ							
3. คุกคาม	.30**	-.17 ^{ns}	1.00				
4. ทำท่าย	-.10 ^{ns}	.32**	-.28**	1.00			
5. ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง	-.02 ^{ns}	.12 ^{ns}	-.38**	.42**	1.00		
6. มีอันตรายต่อตนเอง	.39**	-.12 ^{ns}	.54**	-.17 ^{ns}	-.30**	1.00	
7. ความกดดันทางจิตใจ	.28**	-.20*	.54**	-.19*	-.396**	.54**	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$, ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

5. เมื่อพิจารณาอำนาจการทำนายของ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากการวิเคราะห์สถิติพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical analysis) พบว่า การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของโรค การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ร้อยละ 40 ($R^2 = .40$, $p < .01$) โดยความรุนแรงของโรค สามารถทำนายความกดดันทางจิตใจ ได้ ร้อยละ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .08$, $p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจาก ความรุนแรงโรคในระยะ รุนแรงมาก ผู้ป่วยจะมีการหายใจลำบากมากขึ้น ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง มีอาการ กำเริบบ่อยๆ จนกระทั่งผู้ป่วยสูญเสียคุณภาพชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกดดันทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Funk, Kirchheiner, Burghuber, และ Hartl (2009) พบว่า คะแนนของ อาการหายใจลำบาก และ ระยะทางการเดินมาตรฐานใน 6 นาที มีอิทธิพลต่ออารมณ์เศร้า ซึ่งเป็น ส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจตามลำดับ ($\beta = 0.23$, $p < .05$ $\beta = -0.34$, $p < .01$)

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความผันแปรของความกดดันทาง จิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ร้อยละ 4 ($\Delta R^2 = 4$) ภายใต้อิทธิพลของความรุนแรงของโรค

แสดงว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ภายใต้อาการรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันมีผลต่อความกดดันทางจิตใจ ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีคุณภาพดีคอยให้ความช่วยเหลือ ทั้งในด้านสิ่งของ รายได้ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ที่ดี จะทำให้บรรเทาความวิตกกังวลต่างๆ ไม่เกิดความกดดันทางจิตใจ ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมไม่ดี ขาดการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เศร้า (Kara, & Mirici, 2004; Ng, Niti, Tan, Cao, & Ong, 2007) และ ความวิตกกังวล (McCathie, Spence, & Tate, 2002)

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สามารถอธิบายความผันแปรของความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ร้อยละ 28 ($R^2 = .28$) ภายใต้อาการรุนแรงของโรค และ แรงสนับสนุนทางสังคม แสดงว่า การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ภายใต้อาการรุนแรงของโรคและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน มีผลต่อความกดดันทางจิตใจ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความกดดันทางจิตใจมากที่สุดคือ การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง ($\beta = .26, p < .05$) และ เป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ($\beta = -.25, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Burker และ คณะ (2004) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดในระยะสุดท้าย ก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนปอด ที่ประเมินสถานการณ์การผ่าตัดว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง มีอิทธิพลต่อ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .60, p < .001$) ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพของปอด ทำให้เกิดการหายใจลำบาก ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ การขาดความเชื่อมั่นในการควบคุมสถานการณ์ของผู้ป่วย รู้สึกว่า ตนเองสูญเสียความสามารถ คุณภาพชีวิตที่ดี ร่วมกับสภาวะของโรคที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ โดยใช้วิธีการเผชิญความเครียด หลีกเลี่ยงปัญหา (McCathie, et.al., 2002) ส่งผลให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อความเครียด เป็นความกดดันทางจิตใจ (Wagena, et.al., 2005)

การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง มีอิทธิพลต่อความกดดันทางจิตใจในทิศทางตรงกันข้าม ($\beta = -.25, p < .01$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ เนื่องจาก การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่พวกเขาต้องพบเจอ การผ่านประสบการณ์ในการควบคุมหรือจัดการกับอาการในแต่ละช่วงชีวิต ทำให้พวกเขามีทักษะและความเชี่ยวชาญในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดได้ดี และไม่เกิดความกดดันทางจิตใจ

ตารางที่ 2 อำนาจการทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการ วิเคราะห์
ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical analysis) ในการเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อ
ความกดดันทางจิตใจ

ตัวทำนาย	Step I			Step II			Step III		
	B	SE	β	B	SE	β	B	SE	β
ค่าคงที่	7.21	0.40		9.40	1.13		6.26	3.28	
ความรุนแรงของโรค	0.33	0.11	0.28**	0.32	0.11	0.27**	0.13	0.10	0.11
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม				-0.03	0.02	-0.19*	-0.02	0.02	-0.12
การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ									
เป็นสิ่งที่ถูกถาม							0.75	0.44	0.21
เป็นสิ่งที่ท้าทาย							0.58	0.80	0.07
เป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง							-1.19	0.44	-0.25**
เป็นอันตราย							1.00	0.47	0.26*
R^2	.08			.12			.38		
ΔR^2	.08			.04			.28		
F for ΔR^2	9.06**			4.23*			11.66**		
df	1			1			4		
$P <$	.01			.05			.01		

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

สรุปและข้อเสนอแนะ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างถาวร และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ การวิจัยครั้งนี้ พบว่า การประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรตระหนักและให้ความสำคัญในการลดความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้ไปเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการประเมินสถานการณ์ในทางบวก ลดอาการหายใจลำบาก และ ลดอาการกำเริบของผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะทำให้การอักเสบของทางเดินหายใจไม่เพิ่มขึ้น หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ส่งเสริมวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อลดการเกิดอาการกำเริบและผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ให้การสนับสนุนทางสังคมโดย การให้ข้อมูลในหลายๆทางแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปใช้เป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด อันเป็นผลให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ในทางบวกได้ตามความเป็นจริง เลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม และไม่เกิดความกดดันทางจิตใจ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่ยังไม่ได้นำมาศึกษา รวมทั้งศึกษาเพิ่มเติมในหน่วยงานอื่นๆ ที่แตกต่างกัน

FACTORS PREDICTING PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN COPD PATIENTS

LAWAN TOONTONG 5036822 NSAN/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 Problem**

COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) is a major health problem in the public health system and a social and economic burden of the country. This is because the incidence of COPD has continued to increase. According to the statistics on illness prevalence in the world population, in 2001 the number of patients suffering from COPD was 29,917,000 (WHO, 2002). In Thailand, it is reported that the number of COPD patients whose illness was caused by smoking in 2006 was equal to 624,309, with the total cost of care as high as 7,714.88 million baht in total (Leartsakulpanitch, Nganthavee, & Salole, 2007). In general, COPD is one of the leading causes of mortality, accounting for the death in three million people, ranking fourth after Ischemic Heart Disease, stroke, and lower respiratory tract infection. It has been estimated that the number of COPD patients will have increased dramatically by the year 2030 as 2 % of total DALYs (WHO, 2004). In the Asia-Pacific region, it is reported that the mortality rates of COPD patients in 2003 increased from 3.7 to 5.3 per 10,000 patients older than 40 years of age, from 6.4 to 9.2 per 10,000 men and from 2.1 to 3.5 per 10,000 women (Tan et al., 2009).

COPD results from response of the inflammatory process, which is caused by cigarette smoke and which obstructs the airway and causes damage to the pulmonary and vascular tissues. This pathology is irreversible, the important symptom is dyspnea, and it affects functional, psychological, social, and economical well-being of the patients. Such multiple effects lead to stress in COPD patients, and eventually the patients' emotional responses will turn into psychological distress (Ridner, 2004). Psychological distress demonstrated that a symptom is required to change in emotional status, social withdrawal and isolation, physical changes such as silence, isolation, anxiety, and depression.

In the past, research in Thailand in COPD patients were mostly focused on anxiety and depression in relation to the socio / demographic factors, physical health status, stress appraisal coping behavior. Anxiety and depression may be viewed as part of psychological distress, however, these studies have been found to conduct only some aspects in COPD patients. The researcher, therefore was interested in investigating the factors predicting psychological distress in individuals with COPD in order to use these data to develop nursing intervention / guideline which can reduce psychological distress in COPD patients.

Objectives

1. To investigate psychological distress in COPD patients.
2. To determine the predicting ability of severity of disease, social support, and cognitive appraisal of health on psychological distress in COPD patients.

Hypothesis

Cognitive appraisal of health, severity of disease, and perceived social support could predict psychological distress in COPD patients.

Conceptual Framework of the Study

In this study the stress, appraisal and coping framework of Lazarus & Folkman (1984) was used to guide the study. It consisted of cause, coping process, and outcomes. Coping resources such as severity of disease indicate health and energy, and social support is used when the patients confront stress. Loss of coping resources leads patients to avoid the problem, and they are likely to choose emotion-focused form of coping, which results in psychological distress. The cognitive appraisal of health is the patients' attempt to appraise their current health status which depends on difference of personal factors and environmental factors as threat, challenge, irrelevance, and harm. Loss of controlling situation leads patients to psychological distress. The conceptual framework of the present study is illustrated in Figure 1 below.

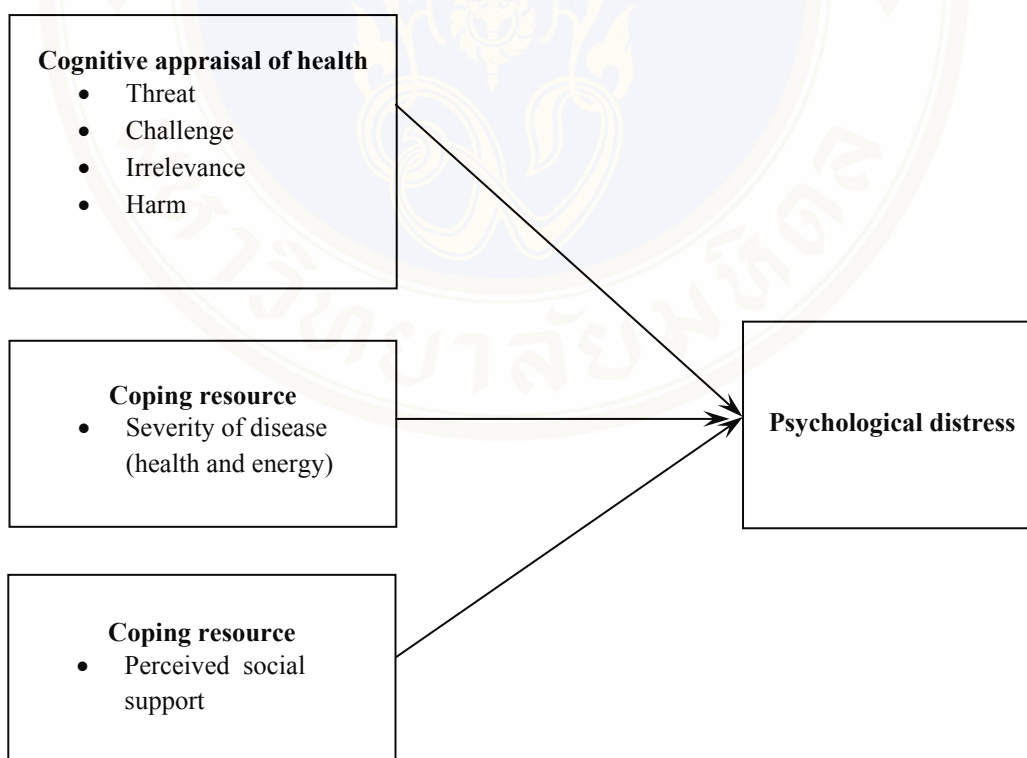


Figure 1 Conceptual framework of the study

Methodology

The present study was correlational predictive research which aimed to study factors predicting psychological distress in COPD patients. The sample of the study consisted of 107 COPD patients who were over older than 40 years old and who received treatment at the COPD clinic of the Chest Disease Institute. Convenience sampling was used to recruit the study sample. The patients who were selected were those who were tested with the spirometry and a six-minute walk test, and they were able to listen, speak, and write the Thai language. The patients who were excluded from the study were those who had lung carcinoma, congestive heart failure, alcoholism, or psychiatric disorder. A power analysis indicated that sample of 98 subjects would be sufficient to achieve a power of 0.80 in multiple regression analyses with up to six predictor variables with a moderate effect size. However, the researcher added more subjects into the sample, totaling 107 subjects, to complete data.

Research Instruments

1. BODE index (Body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index) was developed by Celli et al. (2004). It consisted of FEV1, body mass index, six-minute walk, and severity of dyspnea which was assessed by the modified medical research council (MMRC). The scores of this instrument ranged from 0 to 10 points.

2. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) was developed by Zimet et al. (1988). In this study, it was used to assess perceived social support of COPD patients. It consisted of 12 items arranged in a Likert rating scale, with the response choices ranging from 1 to 7. The subjects were asked to consider three sources of perceived social support: family, friend, and significant person.

3. The cognitive appraisal of health scale (CAHS) was developed by Kessler (1988). The researcher translated this scale into the Thai language to suit the study subjects. This scale consisted of 28 items encompassing two parts: Part 1 primary appraisal consisting of 23 items, with four subscales of threat, harm, challenge, and irrelevance, and Part 2 secondary appraisal composed of five items.

The items in this questionnaire were arranged in a five-point Likert rating scale with the response choices ranging from 1 to 5.

4. The General Health Questionnaire was developed by Goldberg and colleagues (1972). This questionnaire was translated into Thai by Tana Nilchaigowit and colleagues (1996). It consisted of 12 items which were categorized into three parts by Gratz (1990): anxiety, social dysfunction, and loss of confidence. The scores were calculated using a Likert scale method with the response choices ranging from 0 to 3. The score of 12 points indicated psychological distress of the subjects (Goldberg, Gater, Sartorius, Ustun, Piccinelli, & Gureje, 1997).

Data Collection

The proposal was submitted to the Human Subjects Committee of the School of Graduate Studies, Mahidol University and the Chest Disease Institute. Then the researcher requested for permission to collect data at COPD clinic from the director of the Chest Disease Institute. After the request for data collection was approved, the researcher identified eligible patients from the patient files. After that, the researcher met the potential subjects to introduce herself, explain the study objectives and data collection procedures, and ask for their cooperation in data collection. The patients were informed of their personal rights and human rights protection and were asked to sign the informed consent form if they agreed to participate in the study. After data were collected from the subjects, the researcher checked the data collected from all instruments to ensure completeness before data analysis were conducted.

Data Analysis

A computer program was used to conduct hierarchical analysis to analyze the collected data with the significance level set at $p = .05$.

Research Findings

1. The majority of the study subjects were male (81.3%) whose ages ranged from 49 to 91 years. Close to three-quarters (73.8%) of the subjects were married, almost all of them (93.5%) were Buddhist, and nearly two-thirds (61.7%) completed elementary education. In terms of occupation, 64.5% were unemployed and 66.4% earned less than 5,000 baht per month. However, more than two-thirds (67.3%) had adequate income without savings. As regards living condition, 42.7% of the subjects lived with their spouse and children, and 44.9% were dependent on their children. Moreover, 60.7% of the subjects received support from the government. Finally, approximately half of the subjects (51%) did not have any co-morbidity, 85% used to be smokers, 43% smoked 11-12 cigarettes per day, and 47.7% had been smoking for more than 41 years, 56.1 % were mild severity of illness, 61.7% of the subjects' attempt to appraised their current health status as irrelevance, 90.7 % of the subjects did not have psychological distress.

2. It was found that only 9.3% of the study sample had psychological distress, while most of them (90.7%) did not have psychological distress. According to the Greatez model (Greatez, 1991), psychological distress can be categorized into three aspects of anxiety, social dysfunction, and loss of confidence. In this study, most of the subjects had mild severity of disease (Quartile I, mean = 2.75, S.D. = 2.33). This meant that they had good function similar to normal people of the same age and they only experience breathlessness only after doing strenuous exercise. Also, they did not have acute exacerbation and were not often admitted to the hospital.

In addition, nearly two-thirds of study subjects (60.7%) appraised their current health status as challenge. They perceived that their current health status have not led them downwards, but at the same time it made them learn more about themselves, making them able to control their situation or manage their current health status. If only 81.3 % of subjects were elderly person, completed elementary education and unemployed but also, the subjects had good coping resource. Because the subjects were married. As regards living condition, 42.7% of the subjects lived with their spouse and children, and 44.9% were dependent on their children. The subjects received support from the government and their spouse and children including to go to

see their doctors, information of self care especially, emotional support which this study showed that the subjects received the most of emotional support from family. They could talk with their family about their problems, and the family could help them to decision their problems led them to did not have psychological distress. Likewise, the study of Kara and Mirici (2004), and the study of Ng and colleague (2007) has reported that the COPD patients lived with family or persons who help them to do activities that led them did not have depression which is a part of psychological distress.

3. The study finding revealed that mean of severity of illness were low (mean = 2.75, S.D. = 2.33) and Perceived of social support were high (mean = 62.78, S.D. = 15.14)

4. The study findings revealed that there was a strong positive correlation between severity of disease, cognitive appraisal of health as threat, and cognitive appraisal of health as harm and psychological distress with statistical significance ($r = .28$, $r = .54$, and $r = .54$, respectively, $p < .01$), as shown in Table 1 below.

Correlation between cognitive appraisal of health and psychological distress

The study findings revealed that there was a strong positive correlation between cognitive appraisal of health as threat, and cognitive appraisal of health as harm and psychological distress with statistical significance ($r = .28$, $r = .54$, and $r = .54$, respectively, $p < .01$), and strong negative correlation between cognitive appraisal of health as irrelevance, and cognitive appraisal of health as challenge and psychological distress with statistical significance ($r = -.40$, and $r = -.19$, respectively, $p < .05$) as shown in Table 1 below.

In general, due to difference of cognitive of health depended on encounter, time, experience and cognitive or personality (Lazarus & Folkman, 1984) 61.3% of the subjects appraised their health as irrelevance. They perceived that their current health status did not lead them to develop stress, anxiety, or loss because they were elderly persons, they believed that illness was inevitable. Moreover, they had good

coping resources from family support, so they were able to live with their disease without psychological distress.

In addition, the subjects appraised their health as challenge (60.7%). They perceived their current health status as not leading them downwards, but at the same time it made them learn more about themselves, making them able to control their situation or manage their current health status. Because the most of subjects had only mild severity of the disease (Quartile I, mean = 2.75, S.D. = 2.33) with good lung capacity ($FEV1 \geq 65\%$) and functional performance. They received good social support (mean = 62.78, S.D. = 15.14), they could ask for their family's help when they experienced exacerbation symptoms, hence less likelihood to develop psychological distress. Likewise, the study of Andeneas, Kalfoss, and Wahl (2006) has reported that breathlessness situations could be solved with problem-focused form of coping by COPD patients without psychological distress.

In this study, it was found that 16.8% of the subjects appraised their health as threat as they experienced fear and anxiety from unpredictable illness conditions. In fact, most of the study subjects (80.4%) had mild or moderate severity of the disease (Quartiles I and II), so they would begin to have coughing and phlegm, dyspnea, and exacerbation symptoms. If during the initial stage, COPD patients do not have information on how to manage their symptoms and are unable to plan for management of their uncertainty and unpredictable symptoms, especially if they do not receive sufficient family support, they would eventually develop fear and anxiety which is part of psychological distress (Pakenham et al., 2001; Burker et al., 2004).

According to the study findings, 6.5% of the study sample appraised their health as harm. They felt that they lived with a harmful situation, which hurt their current health status and made them lose interest in their environment so that they had to stop activities they wanted to do. In this study, 19.6% of the study sample had severe or very severe stages of the disease with increasing dyspnea, functional disability, and unpleasant experience from exacerbation symptoms. They were unable to do things as usual and became more dependent on others (Katz et al., 2005). Furthermore, their symptoms required long-term oxygen therapy which increasingly affected their life, making them eventually develop depression and hopelessness, and finally psychological distress (Burker et al., 2004). Therefore, these patients chose to

use more emotion-focused forms of coping than problem-focused form of coping (Kongsin Kathikan, 1991; McCathie, Spence, & Tate, 2002; Waliporn Hongpan, 2004), which affects their psychosocial well-being (Andenaes, Kalfoss, & Wahl, 2004).

Correlation between severity of disease and psychological distress.

The findings showed that there was a strong positive correlation between severity of disease with psychological distress with statistical significance ($r = .28$, $p < .01$), as depicted in Table 1. Likewise, the study of Karadag, Ozcan, Eskin, Karul, and Ceylan (2008) Manen, Bindels, Dekker, Ijzermans, Zee, and Schade (2002) reported that COPD patients were in severe stage of disease ($FEV1 < 50\%$ predicted) who had high risk to depression than mild stage of disease which is part of psychological distress. According to study of Prembroke, Rasul, Hart, Smith, and Stansfeld (2006) 3,885 peoples of COPD patients dyspnea and decline of $FEV1$, BMI who had risk to psychological distress. In general, due to severity of the disease, obstruction of the airway would increase and compliance of the lungs would decrease, causing COPD patients to experience more and more breathlessness. As a result, they may develop fear, anxiety, and loss of activity both inside and outside the house (Seamark, Blake, Seamark, 2004). The transformation of patho-physiology led COPD patients to stay away from society, neglect their self-care (Kapella, Larson, Patel, Covey, & Berry, 2006; Theander, Jakobsson, Torstensson, & Unosson, 2008), and become highly dependent on others. Moreover, duration of disease was long term, which would result in causing chronic stress and fatigue that led individuals appraised as threat and harm. It did not have a way to resolve due to irreversible of disease led them chosed emotional-focus of coping more than problem-focus of coping (Kongsin Katikran, 1991; McCathie, Spence, & Tate, 2002; Walaiporn Hongpan, 2004) which effected to their psychosocial (Andenaes, Kalfoss, & Wahl, 2004).

Correlation between perceived social support and psychological distress.

The findings showed that there was a strong negative correlation between perceived social support with psychological distress with statistical significance ($r = -.20$,

$p < .05$), as depicted in Table 1. In general, COPD was burden of disease and the subjects were elderly person. (83.2 %) and more exhausted than usual due to illness. When stage of disease was progressed, decrease ability of functional performance, increase frequency of exacerbation symptoms. According to study of Juke Suwanno (2007) reported that when they had exacerbation symptoms led them to fear, anxiety and stress. They chose coping resource from family for helping and counselling. In old age of COPD patients who were alone, did have significant person, family, and friends who talking, sharing, and understanding them including the subjects were unemployed (64.5%). Loss of family support or social support such as income, things, emotional support, and others. These could increase vulnerability, fatigue due to exacerbation symptoms and unpredicted symptoms led them attempt to appraise their current health status as threat and harm which did not have ability to manage and control. Therefore, the patients avoid their problem and become psychological distress. Likewise, the study of McCathie and colleague (2002) Kara และ Mirici (2004) and Ng, Niti, Tan, Cao, & Ong (2007) showed that COPD patients lived alone ensure to anxiety and depression which were part of psychological distress.

In this study, the subjects perceived good social support as their MSPSS scores were high (mean = 62.8, S.D. = 15.14). This may be explained that most of the study subjects (81.3%) were elderly persons who could perform less self-care and were dependent on their children (44.9%) who gave them support in the forms of money, medical expenses, and emotional support, making them have self-efficacy (KaraKaskci & Alberto, 2007), self-esteem (Darika Thalbuasawan, 1996), good self-care behaviors (Xiaolian, Chaiwan, Panuthai, Yijuan, Lei, & Jiping, 2002), and ability to manage dyspnea when they had exacerbation symptoms.

Table 1 Correlation between cognitive appraisal of health, severity of disease, and perceived social support with psychological distress (n= 107)

Predictors	1	2	3	4	5	6	7
1. Severity of disease	1.00						
2. Perceived social support	-.05	1.00					
Cognitive appraisal of health							
3. Threat	.30**	-.17 ^{ns}	1.00				
4. Challenge	-.10 ^{ns}	.32**	-.28**	1.00			
5. Irrelevance	-.02 ^{ns}	.12 ^{ns}	-.39**	.42**	1.00		
6. Harm	.39**	-.12 ^{ns}	.54**	-.16 ^{ns}	-.30**	1.00	
7. Psychological distress	.28**	-.20*	.54**	-.19*	-.40**	.54**	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$, ns = not significant

3. The hierarchical analysis showed that the predictive factors of cognitive appraisal of health, severity of disease, and perceived social support could predict psychological distress (P) in COPD patients with statistical significance at 40% ($R^2_{P_{DSC}} = .40$, $p < .01$). In Step I, severity of disease (D) could predict psychological distress by 8% ($R^2_{PD} = .08$). This is because in severe and very severe periods of the disease, the patients suffered from more and more breathlessness, declined functional ability, and frequent exacerbation symptoms until they lost quality of life and developed psychological distress (Funk, Kirchheiner, Burghuber, & Hartl, 2009).

In Step II, when perceived social support (S) was added, $R^2_{P(SD)} = .12$. The increment was .04; hence, $\Delta R^2 = .04$ of the total of psychological distress (P). This means that the proportion of variance in psychological distress was associated with differences in the severity of disease (S), because the subjects perceived that they had someone who supported them in everything such as materials, incomes, and emotional needs. As a consequence, they had less anxiety and did not develop psychological distress. On the contrary, the subjects who did not receive sufficient

social support experienced loss of functional activities, which could result in depression (Kara & Mirici, 2004; Ng, Niti, Tan, Cao, & Ong, 2007) and anxiety (McCathie, Spence, & Tate, 2002).

In Step III, when cognitive appraisal of health (C) was added, $R^2_{P(C,DS)} = .38$. The increment was .28; hence, $\Delta R^2 = .28$ of the total of psychological distress (P). This could be explained that the proportion of variance in psychological distress was associated with differences in the severity of disease (S) and differences in their perceived social support. According to the study findings, the best predictive factor influencing psychological distress was cognitive appraisal of health as harm ($\beta = .26, p < .05$) which had a positive direction (Burker, Evon, Sedway, & Egan, 2004). This is because the effect of transformation of the lung pathology led COPD patients to suffer from breathlessness, functional disability, loss of confidence to control situation, capacity, and quality of life. In addition to this, the patients knew that the disease was irreversible and they could not draw on coping resources to confront the problem. Therefore, they chose to avoid the problem (McCathie et al., 2002) and respond to stress as a psychological distress (Wagena et al., 2005). Furthermore, in this study, it was revealed that cognitive appraisal of health as irrelevance ($\beta = -.25, p < .01$) had a negative direction. This may be explained that the study subjects were elderly persons and they believed that an illness was something they had to live with. Such belief, coupled with life experiences and skills in the life cycle, led them to cope with their condition without psychological distress, as shown in Table 2 below.

Table 2 Summary of hierarchical analysis of cognitive appraisal of health, severity of disease, and perceived social support and correlation with psychological distress

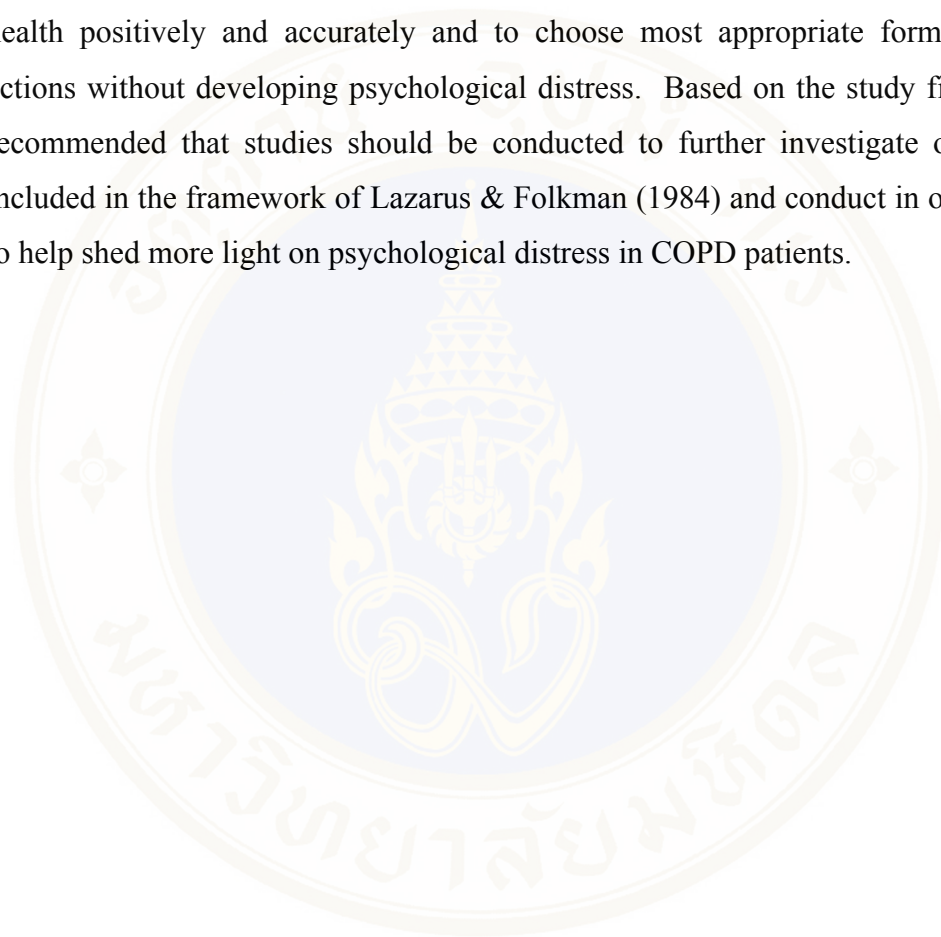
predictor	Step I			Step II			Step III		
	B	SE	β	B	SE	β	B	SE	β
standard	7.21	0.40		9.40	1.13		6.26	3.28	
Severity of disease	0.33	0.11	0.28**	0.32	0.11	0.27**	0.13	0.10	0.11
Perceived social support				-0.03	0.02	-0.19*	-0.02	0.02	-0.12
Cognitive appraisal of health									
as threat							0.75	0.44	0.21
as challenge							0.58	0.80	0.07
as irrelevance							-1.19	0.44	-0.25**
as harm							1.00	0.47	0.26*
R^2	.08			.12			.38		
ΔR^2	.08			.04			.28		
F for ΔR^2	9.06**			4.23*			11.66**		
df	1			1			4		
$P <$	.01			.05			.01		

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

Conclusion and recommendations

COPD results in permanent obstruction of the airway, and the condition is irreversible. This findings of this study has revealed that cognitive appraisal of health is the best predictor of psychological distress. Therefore, nurses and other healthcare team members should recognize the significance and pay attention to ways to reduce psychological distress in COPD patients. From the study data, dyspnea and exacerbation symptoms can be relieved by encouraging COPD patients to quit smoking so that inflammatory of the airway will be unprogressive. Furthermore,

nurses can teach COPD patients to avoid risk factors, choose optimal ways to exercise, to improve and maintain quality of life so that the patients would appraise their health in a positive manner. Nurses can also provide social support to COPD patients by giving them necessary information on COPD and its symptoms and treatments for patients to use as a coping resource, so that they will be better able to appraise their health positively and accurately and to choose most appropriate forms of coping actions without developing psychological distress. Based on the study findings, it is recommended that studies should be conducted to further investigate other factors included in the framework of Lazarus & Folkman (1984) and conduct in other settings to help shed more light on psychological distress in COPD patients.



รายการอ้างอิง

- กองสิน คติการ. (2534). *ความเครียดและพฤติกรรมเชิงปัญหาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนิษฐา กาสลังกา. (2543). *ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแพร่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุก สุวรรณโณ. (2550). *ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักกฤษณ์ สุขยิ่ง, และ ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของเครื่องมือ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 2-17
- ชายชาญ โพธิรัตน์. (2550). *โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ). *ตำราโรคระบบการหายใจ* (หน้า 408-443). กรุงเทพฯ: สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย.
- ดาริกา ธารบัวสวรรค์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของผู้ป่วยธาลัสซีเมียวัยผู้ใหญ่ตอนต้น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประสพสุข อินทรักษา. (2534). *ความวิตกกังวล และการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชรี้ ตั้งตุลยางกูร. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความซึมเศร้ากับความกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาจิตสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของโรค ผลกระทบของความเจ็บป่วยและปัญหาการเงินของผู้ติดเชื้อ HIV/ผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2549). *หลักการและการใช้สถิติวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล* (3 ed.). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภัทรพงศ์ ประกอบผล. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- มาโนช หล่อตระกูล. (2548). โรคอารมณ์แปรปรวน. ในมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (2 ed.) (หน้า 144-145). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- มารยาท วงษาบุตร. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระพุทธบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เยาวรัตน์ ชันชวิชัย. (2544). *ปัจจัยทำนายที่เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัตนา สายพานิชย์ และสุวรรณี พุทธิศรี. (2548). โรควิตกกังวล. ในมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (2 ed.) (หน้า 161). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ลัดดา จามพัฒน์. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะที่อยู่ที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- วราณี เพ็ชรสงฆ์. (2542). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกล้มเหลวในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณิ จิวสืบพงษ์. (2550). *ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกลืนเนื้อหิวใจตายในจังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วไลพร หงษ์พันธุ์. (2547). *สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่โรงพยาบาลในระยะพักฟื้น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวิมล โภคาลัย. (2546). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรนุช อัญมมงคล. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง แรงสนับสนุนทางสังคม และอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยเอดส์ แอลอี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- Andenæs, R., & Kalfoss, M. H. (2004). Psychological distress in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease. *European Journal of Epidemiology* 19, 851-859.
- Andenæs, R., Kalfoss, M. H., & Wahl, A. (2004). Psychological distress and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*, 46(5), 523-530.
- Andenæs, R., Kalfoss, M. H., & Wahl, A. K. (2006). Coping and psychological distress in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung*, 35, 46-57.
- Andenæs, R., Moum, T., Kalfoss, M. H., & Wahl, A. K. (2006). Change in health status, psychological distress, and quality of life in COPD patients after hospitalization. *Quality of Life Research*, 15, 249-257.
- Abrummett, B. H., Babyak, M. A., Barefoot, J. C., Bosworth, H. B., Clapp-Channing, N. E., Mph, I. C. S., et al. (1998). Social support and hostility as predictors of depressive symptoms in cardiac patients one month after hospitalization: A prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 707-713.
- Büchi S, Sensky T, Allard S, Stoll T, Schnyder U, Klaghofer R, et al. (1998). Sense of coherence--a protective factor for depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatol*, 25(5), 869-875.
- Burker, E. J., Evon, D. M., Sedway, J. A., & Egan, T. (2004). Appraisal and coping as predictors of psychological distress and self-reported physical disability before lung transplantation. *Progress in transplantation*, 14, 222-232.
- Cao, Z., Ong, K. C., Eng, P., Tan, W. C., & Ng, T. P. (2006). Frequent hospital readmissions for acute exacerbation of COPD and their associated factors. *Respirology*, 11, 188-195.
- Celli, B. R., Cote, C. G., Marin, J. M., Casanova, C., Oca, M. M. d., Mendez, R. A., et al. (2004). The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *The new england journal of medicine*, 350, 1005-1012.

- 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.
- Cleland, J. A., Lee, A. J., & Hall, S. (2007). Associations of depression and anxiety with gender, age, health-related quality of life and symptoms in primary care COPD patients. *Family Practice, 24*, 217-223.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and Health*. USA: Academic Press.
- Cully, J. A., Graham, D. P., Stanley, M. A., Ferguson, C. J., Sharafkhaneh, A., Soucek, J., et al. (2006). Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and comorbid anxiety or depression. *Psychosomatic, 47*(4), 312-319.
- Dahlem, N. W., Zimet, G. D., & Walker, R. R. (1991). The multidimensional scale of perceived social support: A confirmation study. *Journal of Clinical Psychology, 47*, 756-761.
- Dahlen, I., & Janson, C. (2002). Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest, 122*, 1633-1637.
- Delgado, C. (2007). Sense of Coherence, Spirituality, Stress and Quality of Life in Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship, 39*(3), 229-234.
- De Vries J, & Drent M. (2004). Relationship between perceived stress and sarcoidosis in a Dutch patient population. *Sarcoidosis Vascular Diffuse Lung Disease, 21*(1), 57-63.
- DeVito AJ. (1990). Dyspnea during hospitalizations for acute phase of illness as recalled by patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung, 19*(2), 186-191.
- Ek, K., & Ternstedt, B.-M. (2008). Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: A phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing, 62*(4), 470-478.
- Elofsson, L. C., & Öhlén, J. (2004). Meanings of being old and living with chronic obstructive pulmonary disease. *Palliative Medicine, 18*, 611-618.
- Faganello, M. r. M., Tanni, S. E., Sanchez, F. F. a., Pelegirino, N. R. G., Lucheta, P. A., & Godoy, I. (2010). BODE Index and GOLD Staging as predictors of 1-year exacerbation risk in chronic obstructive pulmonary disease. *The American journal of the medical sciences 339*(1), 10-14.

- Felker, B., Katon, W., Hedrick, S. C., Rasmussen, J., McKnight, K., McDonnell, M. B., et al. (2001). The association between depressive symptom and health status in patients with chronic pulmonary disease. *General Hospital Psychiatry*, 23, 56-61.
- Funk, G.-C., Kirchheiner, K., Burghuber, O. C., & Hartl, S. (2009). BODE index versus GOLD classification for explaining anxious and depressive symptoms in patients with COPD – a cross-sectional study. *Respiratory research*, 10(1), 1-8.
- Fromer, L., & Cooper, C. B. (2008). A review of the GOLD guidelines for the diagnosis and treatment of patients with COPD. *International Journal of Clinical Practice*, 62(8), 1219–1236.
- Gift AG, Wood RM, & Cahill CA. (1989). Depression, somatization and steroid use in chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of nursing studies*, 26(3), 281-286.
- GOLD. (2008a). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: updated 2008. Retrieved May 3, 2009, from [http://www. goldcopd.org](http://www.goldcopd.org))
- GOLD. (2008b). Pocket guide to COPD diagnosis management and prevention: A guide for health care professional: updated 2008. Retrieved May 2, 2009, from <http://www.goldcopd.org>)
- Göz, F., Karaoz, S., Goz, M., Ekiz, S., & Cetin, I. (2007). Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1353- 1360.
- Gudmundsson, G., Gislason, T., Janson, C., & et. al. (2005). Risk factors for rehospitalisation in COPD : Role of health status , anxiety and depression. *European Respiratory Journal*, 26, 414 - 419.
- Gudmundsson, G., Gislason, T., Janson, C., Lindberg, E., Ulrik, C. S., Brondum, E., et al. (2006). Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: A multicentre study in Nordic countries. *Respiratory Medicine*, 100, 87-93.
- Ghoddusi, K., Aslani, J., Aziz-Abadi-Farahani, M., Assari, S., & Tavallaii, S. A. (2007). Association of depression with body mass index in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Tanaffos* 6(3), 47-53.

- Graetz, B. (1991). Multidimensional properties of the General Health Questionnaire. *Society psychiatry and psychiatry epidemiology* 26, 132 -138.
- Heinzer, M. M. V., Bish, C., & Detwiler, R. (2003). Acute dyspnea as perceived by patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Clinical Nursing Research*, 12(1), 85-101.
- Honda, K., Goodwin, R. D., & Neugut, A. I. (2005). The associations between psychological distress and cancer prevention practices. *Cancer Detection and Prevention*, 29, 25-36.
- Kapella, M. C., Larson, J. L., Patel, M. K., Covey, M. K., & Berry, J. K. (2006). Subjective fatigue, influencing variables and consequences in chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Research*, 55(1), 10-17.
- Kara, M. i., & Mirici, A. (2004). Loneliness, depression, and social support of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(4), 331-336.
- Kasıkcı, M. K., & Alberto, J. (2007). Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1468-1478.
- Kazarian, S. S., & McCabe, S. B. (1991). Dimensions of social support in the MSPSS: Factorial structure, reliability, and theoretical implications. *Journal of Community Psychology*, 19, 150-160.
- Kessler, T. A. (1998). The cognitive appraisal of health scale. *Research in Nursing & Health*, 21, 73-82
- Laurin, C., Lavoie, K. L., Bacon, S. L., Dupuis, G., Lacoste, G., Cartier, A., et al. (2007). Sex difference in the prevalence of psychiatric disorders and psychological distress in patients with COPD. *Chest*, 132, 148-155.
- Leartsakulpanitch J, Nganthavee W, & Salole E. (2007). The economic burden of smoking-related disease in Thailand: A prevalence-based analysis. *Journal of The Medication Association of Thailand*, 90(9), 1925-1929.
- Manen, J. G. v., Bindels, P. E., Dekker, F. W., IJzermans, C. J., Zee, J. S. v. d., & Schade, E. (2002). Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*, 57, 412-416.

- Masse', R., Poulin, C., Dassa, C. m., Lambert, J., Be'lair, S., & Battaglini, A. (1998). The structure of mental health: higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well being measures. *Social Indicators Research* 45, 475-504.
- Massé, R. (2000). Qualitative and quantitative analyses of psychological distress: Methodological complementarity and ontological incommensurability. *Qualitative Health Research*, 10(3), 411-423.
- McCathie, H. C. F., Spence, S. H., & Tate, R. L. (2002). Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. *European Respiratory Journal*, 19, 47-53.
- McGhan, R., Radcliff, T., MBA, R. F., Sutherland, E. R., Welsh, C., & Make, B. (2007). Predictors of rehospitalization and death after a severe exacerbation of COPD. *Chest*, 132(6), 1731-1740.
- Ng, T. P., Niti, M., Tan, W. C., Cao, Z., & Ong, K. C. (2007). Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: Effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Archives of International Medicine*, 167, 60-67.
- Ong, K.-C., Earnest, A., & Lu, S.-J. (2005). A multidimensional grading system (BODE Index) as predictor of hospitalization for COPD. *Chest* 128, 3810-3816.
- Ormel J, Kempen GI, & DJ., D. (1998). Functioning, well-being, and health perception in late middle-aged and older people: comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions. *Journal American Geriatric Society*. , 46, 39-48.
- Pembroke, T. P. I., Rasul, F., Hart, C. L., Smith, G. D., & Stansfeld, S. A. (2006). Psychological distress and chronic obstructive pulmonary disease in Renfrew and Paisley (MIDSPAIN) study. *Journal Epidemiol Community Health*, 60, 789-792.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Quint J.K., Baghai-Ravary R., Donaldson G.C., & Wedzicha J.A. (2008). Relationship between depression and exacerbations in COPD. *European Respiratory Journal*, 32, 53-60.
- Reishtein, J. L. (2005). Relationship Between Symptoms and Functional Performance in COPD. *Research in Nursing & Health*, 28, 39-47.

- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 536-545.
- Schane, R. E., Woodruff, P. G., Dinno, A., Covinsky, K. E., & Walter, L. C. (2008). Prevalence and risk factors for depressive symptoms in persons with chronic obstructive pulmonary disease *Journal of General Internal Medicine*, 2, 1-4.
- Seamark, D., Blake, S., & Seamark, C. (2004). Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Perceptions of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18, 619 -625.
- Shen, B.-J., McCreary, C. P., & Myers, H. F. (2004). Independent and mediated contributions of personality, Coping, social support, and depressive symptoms to physical functioning outcome among patients in cardiac rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(1), 39-62.
- Tan, W. C., Seale, P., Ip, M., Shim, Y.S., Chiang, C. H., Ng, T.P., et al. (2009). COPD in Asia-Pacific. *Respirology*, 14, 90-97.
- Theander, K., Jakobsson, P., Torstensson, O., & Unosson, M. (2008). Severity of fatigue is related to functional limitation and health in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 455-462.
- Reishtein, J. L. (2005). Relationship between symptoms and functional performance in COPD. *Research in Nursing & Health*, 28, 39-47.
- Wagena, E. J., Kant, I., Huibers, M. J. H., Amelsvoort, L. G. P. M. v., Swaen, G. M. H., Wouters, E. F. M., et al. (2004). Psychological distress and depressed mood in employees with asthma, chronic bronchitis or emphysema: A population-based observational study on prevalence and the relationship with smoking cigarettes. *European Journal of Epidemiology*, 19, 147-153.
- Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J. L., Floyd, A. R., Dedert, E. A., & Sephton, S. E. (2002). Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(4), 297-307.
- World Health Organization. (2004). World Health Report 2004 part 2. Retrieved June 6, 2009, from [http:// www.who.int/whr/2004](http://www.who.int/whr/2004)

- World Health Organization. (2002). World Health Report 2002. Retrieved, May 29, 2009, from www.who.int/whr/2002
- Xiaolian, J., Chaiwan, S., Panuthai, S., Yijuan, C., Lei, Y., & Jiping, L. (2002). Family support and self-care behavior of Chinese chronic obstructive pulmonary disease patients. *Nursing and Health Sciences* 4, 41-49.
- Yuet, L. M., Alexaander, M., & Chun, C. J. P. (2002). Coping and adjustment in Chinese patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 383-395.
- 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, 610-617.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร ลีหิรัญวงศ์
ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พูนทรัพย์ วงศ์สุรเกียรติ์
ภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขาโรคระบบทางเดินหายใจและวัณโรค
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
4. นางสาว พวงทอง ศิริพานิช
ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสาว โฉมนภา กิตติศัพท์
ฝ่ายการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

แบบสอบถามการประเมินสถานการณ์ได้รับการแปลย้อนกลับ(Double back translation technique) อย่างครบถ้วน โดยผู้ที่มีความรู้ ความสามารถด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นอย่างดี และไม่รู้จักและคุ้นเคยกับแบบสอบถาม

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข
เอกสารขออนุญาตนำเครื่องมือไปใช้ในการวิจัย

Date : Tue, 28 Jul 2009 08:52:15 -0500

From : Terry Kessler <Terry.Kessler@valpo.edu> 

To : g5036822@student.mahidol.ac.th 

Subject : CAHS

Miss Toontong,

Yes, I am open to you using the scale. If you use the instrument, I ask you to send me a copy of the translated version of the scale and secondly that you be willing to inform me of the how the instrument performed psychometrically in your sample. This will add to the overall data to support its reliability and validity.

Dr. Kessler

>>> <g5036822@student.mahidol.ac.th> 07/27/09 6:52 PM >>>

Dear Professor Theresa A. Kessler

My name is Lawan toontong. I'm a master student at Faculty of Nursing, Mahidol university, Thailand. I have a chance to read your research on the cognitive appraisal of health scale: development and psychometric evaluation, I would like to ask for permission to use "The cognitive Appraisal of Health Scale" in my thesis, although this instrument will be translate into Thai version before using it. Please contact me on my e-mail address: g5036822@student.mahidol.ac.th I would greatly appreciate your help and look forward to hearing from you very soon. Thank you very much.

Best regards

Miss Lawan Toontong

Faculty of Nursing, Mahidol university.

Bangkok, Thailand.

This mail sent through MU-Webmail: webmail.mahidol.ac.th

Date : Mon, 03 Aug 2009 19:41:04 -0500

From : Terry Kessler <Terry.Kessler@valpo.edu> 

To : g5036822@student.mahidol.ac.th 

Subject : Re: CAHS

Parts :  [CAHSwithScoring.doc](#) (49.95 KB) 

Please find attached the tool and scoring instructions.

Good luck with your work. I look forward to seeing the translation.

Theresa

>>> <g5036822@student.mahidol.ac.th> 08/03/09 7:21 PM >>>

Dear Dr. Kessler

I apologize to disturb your work time. I am not sure that my mail
loss or damage, so I send it again. Because I have only your
instrument in article, I would like to ask for original version so
that I translate its correctly. When I double back translated , I will
send you to correct. Thank you again for your kindness and I hope that
you will reply me soon

Best regards,

Miss Lawan Toontong

RE: ขออนุญาตใช้เครื่องมือ MSPSS ฉบับภาษาไทย

From:  Pitakpol Boonyamalik (pitakpolb@hotmail.com)

Sent: Wednesday, April 01, 2009 5:50:27 PM

To: msgoal2009@live.com

เรียนคุณลาวันย์ คู่หนอง

ยินดีครับ ขอให้ประสบความสำเร็จในการศึกษาครับ

ด้วยความนับถือ

พิทักษ์พล

ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยามาลิก

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

210 หมู่ 11 ถ.นครพนม-ท่าอุเทน ต.อาจสามารถ

อ.เมือง จ.นครพนม 48000

โทรศัพท์ 0-4259-3135

โทรสาร 0-4259-3109

From: msgoal2009@live.com

To: pitakpolb@hotmail.com

Subject: ขออนุญาตใช้เครื่องมือ MSPSS ฉบับภาษาไทย

Date: Wed, 1 Apr 2009 15:31:19 +0700

เรียน ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยามาลิก

ดิฉันชื่อ ลาวันย์ คู่หนอง นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังอยู่ในช่วงพัฒนาโครงร่างวิจัย ซึ่งต้องประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แบบประเมิน MSPSS ดิฉันได้ขออนุญาตศาสตราจารย์ Gegory D.Zimet. ใช้เครื่องมือ The Multidimensional Scale of Perceived Social Support เรียบร้อยแล้ว ศาสตราจารย์ Zimet ได้แจ้งให้ทราบว่า ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยามาลิก ได้แปลเครื่องมือดังกล่าวเป็นภาษาไทยแล้ว ดิฉันจึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตท่านใช้เครื่องมือฉบับภาษาไทยที่ท่านได้แปลแล้วมาใช้ในการงานวิทยานิพนธ์ของดิฉัน

ขอแสดงความนับถือ

ลาวันย์ คู่หนอง

RE: for permission to use instrument

From: **Zimet, Gregory D** (gzimet@iupui.edu)
Sent: Wednesday, April 01, 2009 3:13:57 AM
To: 'lawan toontong' (msggoal2009@live.com)

 3 attachments



[MSPSS.doc](#) (24.8 KB), [MSPSS - T...doc](#) (37.1 KB), [MSPSS ref...doc](#) (27.8 KB)

Dear Lawan,

I am glad to give you permission to use the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in your research. I have attached the original, English version of the scale and a Thai language version. Also attached is a document listing several articles that report on the psychometric properties of the MSPSS.

The individual who translated and used the Thai language version of the MSPSS, Dr. Pitakpol Boonyamalik, was a PhD student at the time at Johns Hopkins University in the U.S. Dr. Boonyamalik is a physician and is now director of Nakhon Phanom Psychiatric Hospital in Thailand.

Please let me know if you have any additional questions. I hope your research goes well.

Sincerely yours,

Greg Zimet

Gregory D. Zimet, PhD

Professor of Pediatrics & Clinical Psychology

Section of Adolescent Medicine

Indiana University School of Medicine

Health Information & Translational Sciences

410 W. 10th Street, HS 1001

Indianapolis, IN 46202

USA

e-mail: gzimet@iupui.edu

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ข้อตกลงเบื้องต้น (assumptions) ของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ได้ผลดังนี้

1.1 ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบปกติ พบว่าค่า sig. ของการทดสอบ Kolmogorov-Sminov = .200 > .05 สามารถสรุปได้ว่าค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Unstandardized Residual	.039	107	.200*	.988	107	.489

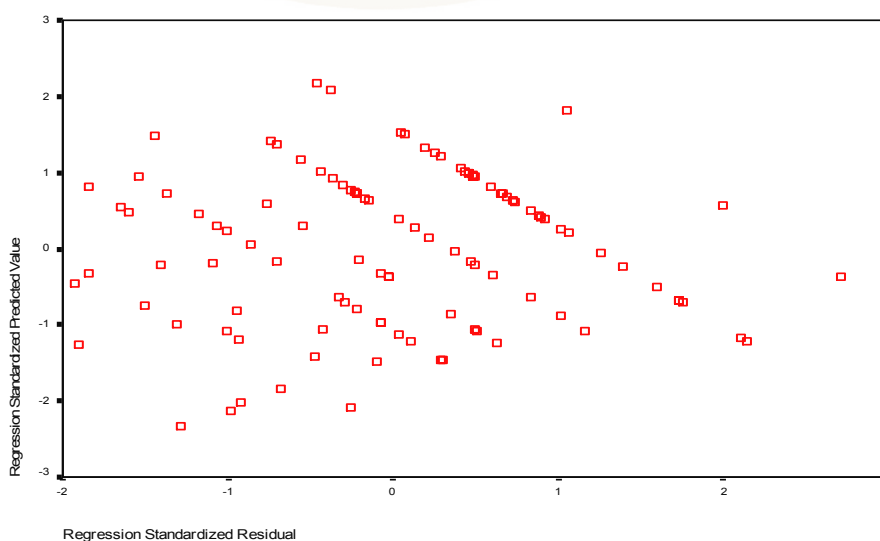
*. This is a lower bound of the true significance

a. Lilliefors Significance Correction

1.2 ค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ โดยการพิจารณาจากภาพการกระจาย (Scatter plot) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระกระจายบริเวณค่าศูนย์

Scatterplot

Dependent Variable: ๘



1.3 ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นอิสระต่อกัน จากค่า
Dubin – Watson = 2.012 แสดงว่า ค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน

Model Summary^c

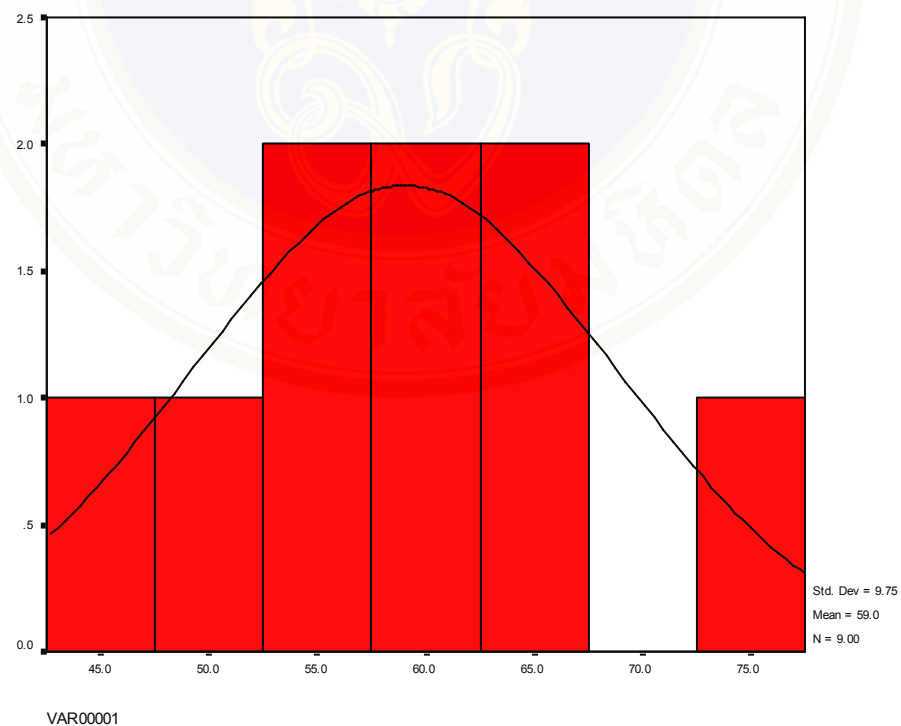
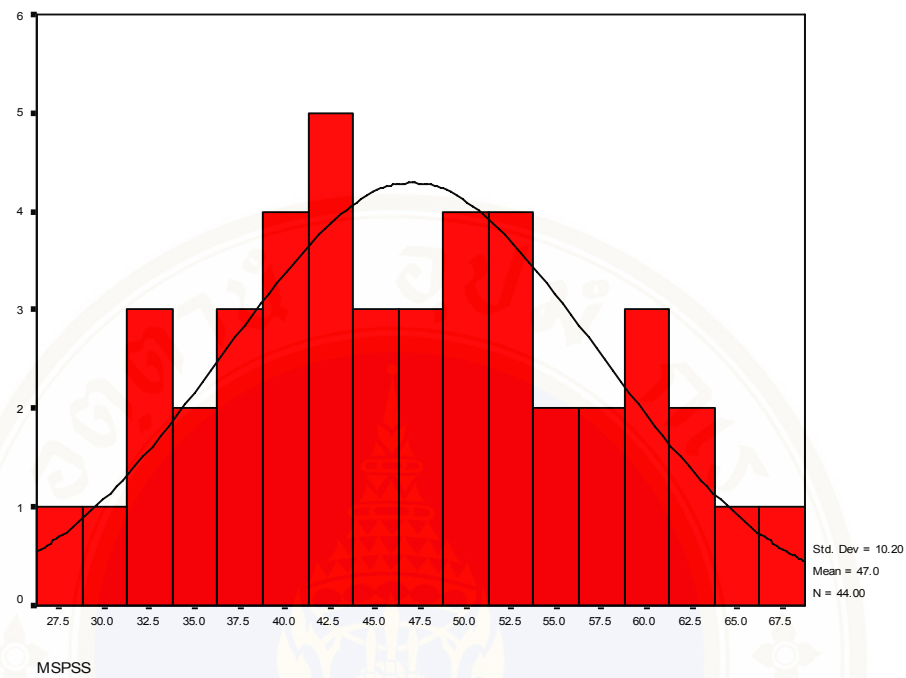
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.340 ^a	.115	.098	2.59459	
2	.630 ^b	.397	.360	2.18519	2.012

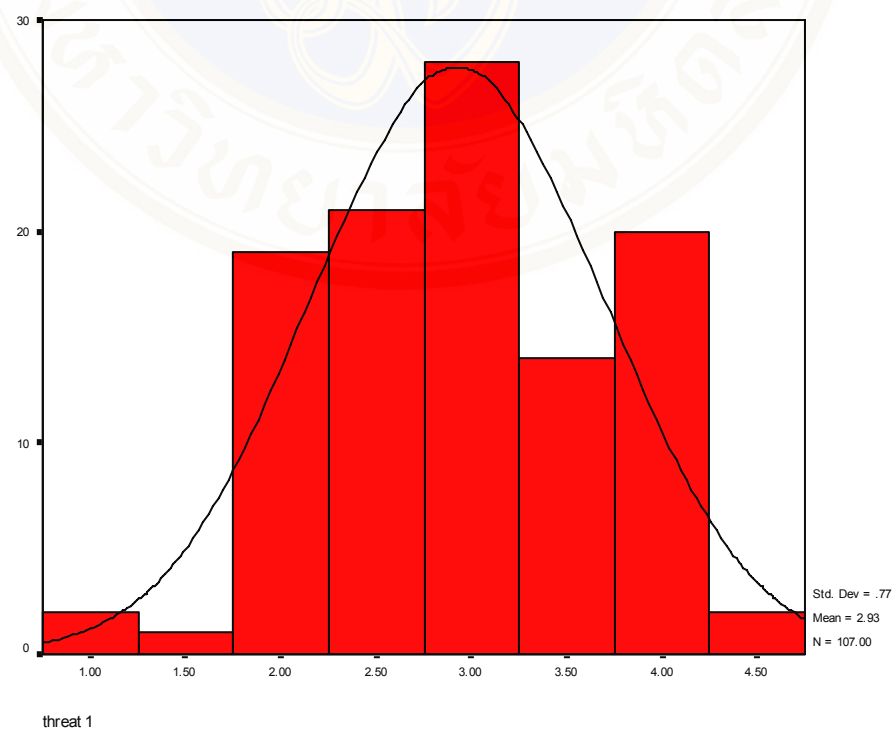
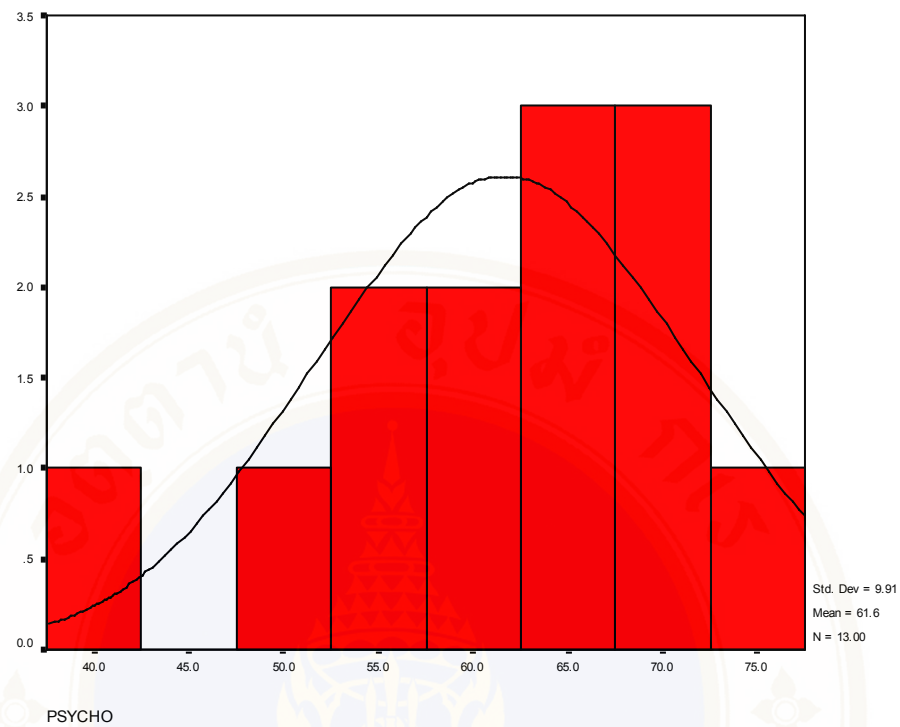
- a. Predictor: (constant), social support, bode index
 b. Predictor: (constant), social support, bode index, irrelevant, harm, challenge, threat
 c. Dependent Variable: psychological distress

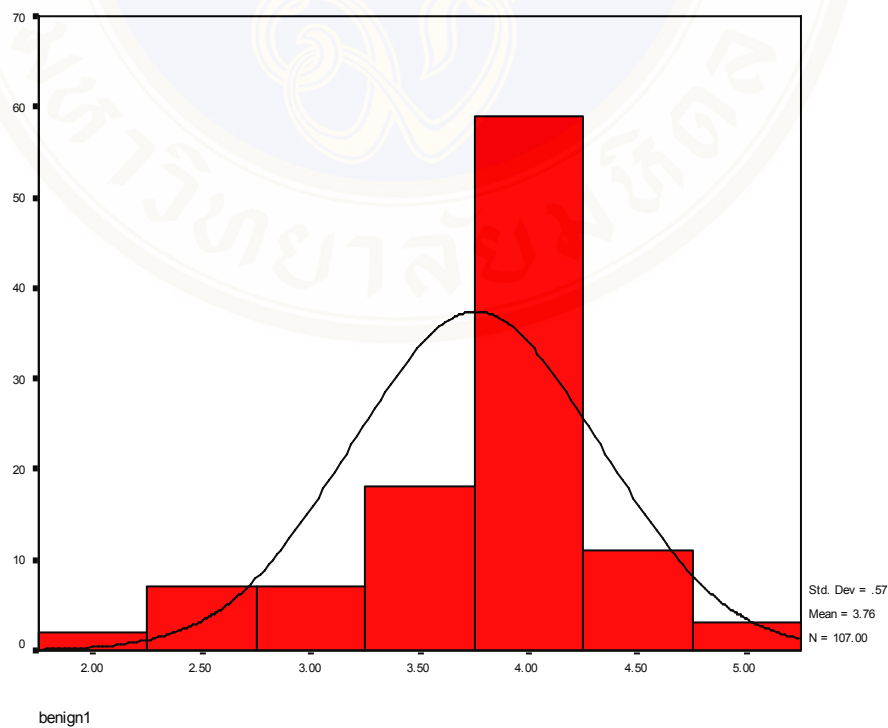
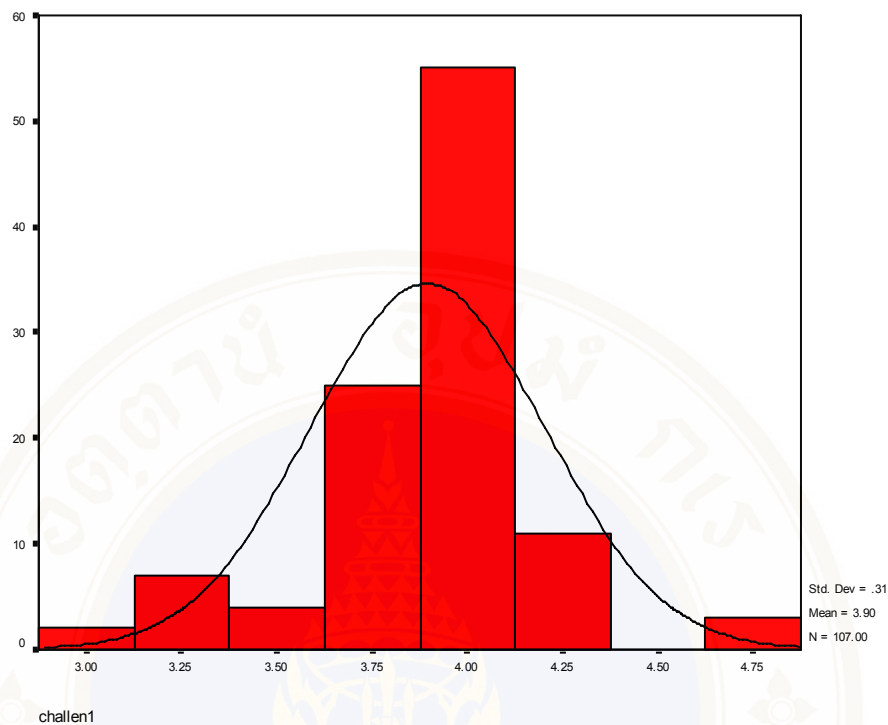
1.4 ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นศูนย์ ($e = 0$) ค่า Standard Predicted Value และค่า
Standard Residual ในการศึกษาครั้งนี้ คือ .000 ดังนั้น ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเป็นศูนย์
($e = 0$) (ภาคผนวก)

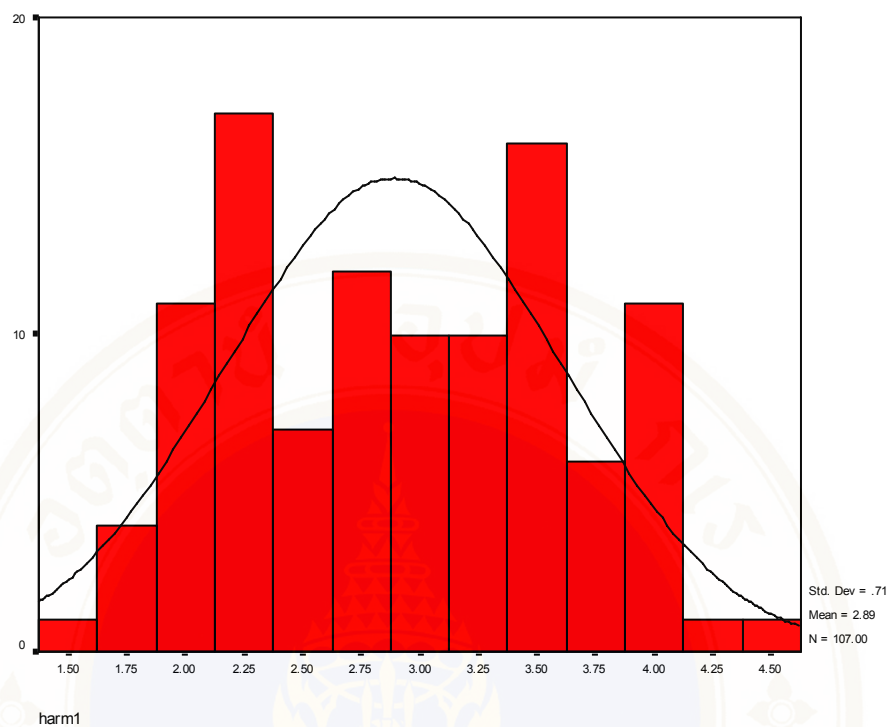
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	.0851	.1791	.1336	.02083	107
Std. Predictor Value	-2.332	2.184	.000	1.000	107
Standard Error of predicted value	.00341	.01189	.00674	.00179	107
Adjusted Predicted Value	.0894	.1809	.1336	.02102	107
Residual	-.0525	.0738	.0000	.02648	107
Std. Residual	-1.927	2.708	.000	.971	107
Stud. Residual	-1.978	2.939	.001	1.009	107
Deleted Residual	-.0561	.0870	.0001	.02862	107
Stud. Deleted Residual	-2.008	3.060	.002	1.020	107
Mahal. Distance	.664	19.159	5.944	3.824	107
Cook's Distance	.000	.220	.012	.025	107
Centered Leverage Value	.006	.181	.056	.036	107

5. ตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบปกติ









6. ตัวแปรอิสระด้วยกันไม่มีความสัมพันธ์สูงมาก (multicollinearity) ใช้เกณฑ์ ค่า $r = .65$ ขึ้นไป (Burn & Grove, 1993)

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่า จะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย) ปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ชื่อผู้วิจัย นางสาว ลาวันย์ คู่หนอง

สถานที่วิจัย คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ นนทบุรี

สถานที่ทำงาน หออภิบาลการหายใจ(อัยยรักษ์ชั้น 2) โรงพยาบาลศิริราช

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ 085-1406894

ผู้ให้ทุน ไม่มี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความไม่สุขสบายต่างๆทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม โดยนำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจ ซึ่งจะนำปัจจัยเหล่านั้นมาใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อลดความกดดันทางจิตใจ

จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 85คน ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้น6 เดือน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

- ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการตอบแบบสอบถามซึ่งแบบสอบถามที่ท่านจะตอบในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 69 ข้อ ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีทั้งหมด 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว บุคคลที่ท่านอาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่เป็นผู้ดูแลท่าน สิทธิการรักษา โรคอื่นที่มีร่วมด้วย ประวัติการสูบบุหรี่

2. แบบประเมินความรุนแรงของโรค (BODE index) มีทั้งหมด 4 ข้อ ประกอบด้วย ค่า FEV1 คำนวณจากสมการทางคณิตศาสตร์ที่ได้ใน 6 นาที การประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ซึ่งแยกออกเป็น 2 ตอนคือ ตอนที่ 1 เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบ ตอนที่ 2 เป็นแบบประเมิน BODE index ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลและให้คะแนน

3. แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ มีทั้งหมด 12 ข้อ ซึ่งเป็นแบบวัดการรับรู้ของท่านต่อการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นที่มีความสำคัญต่อตัวท่าน

4. แบบประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ มีทั้งหมด 28 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประเมินที่จะสอบถามถึงแนวคิดของท่านเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

5. แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป มีทั้งหมด 12 ข้อซึ่งเป็นแบบประเมินสภาวะสุขภาพของท่านในระยะ 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมา

โดยแบบสอบถามทั้งหมดจะตอบเพียงครั้งเดียว ใช้เวลาในการทำประมาณ 15-20 นาที ถ้ามีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับข้อคำถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

- ถ้าท่านรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียดกับบางคำถามท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้

- หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

- หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือเมื่อบาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการวิจัย ติดต่อ นางสาว ลาวัณย์ ตุ่นทอง ที่เบอร์โทรศัพท์ 085-1406894

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทน และท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย นอกเหนือไปจากค่าใช้จ่ายตามปกติ

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

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

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 หมายเลข โทรศัพท์ 02-4197466-80 ต่อ 1500,1503 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่าน สามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

.....โทรศัพท์

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย⁽¹⁾ เรื่องปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้⁽²⁾ :

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยหรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า^(*) ข้าพเจ้า จะสามารถติดต่อกับนางสาว ลาวัณย์ ดุ่นทอง เบอร์โทรศัพท์ 085-1406894 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้า^(*)ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2419-7466-80 ต่อ 1500,1503 ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคตและยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทน โดยชอบธรรม/ วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/ วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทน
ผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ.....จึงได้ลง
ลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ..... พยาน/ วันที่.....
(.....)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

“ปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง”

คำชี้แจง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบประเมินทั้งหมด 5 ส่วน
ได้แก่

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	13	ข้อ
ส่วนที่ 2. แบบประเมินความรุนแรงของโรค (BODE index)	จำนวน	4	ข้อ
ส่วนที่ 3. แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ	จำนวน	12	ข้อ
ส่วนที่ 4. แบบประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ	จำนวน	28	ข้อ
ส่วนที่ 5. แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป(Thai GHQ-12)	จำนวน	12	ข้อ
	รวม	69	ข้อ

วันที่เก็บข้อมูล / /

เลขที่แบบสอบถาม

ผู้ปวยรายที่

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามและใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ต่อไปนี้

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ _____ ปี _____ เดือน
3. ศาสนา

☐ พุทธ
☐ อิสลาม

☐ คริสต์
☐ อื่นๆ โปรดระบุ
4. ระดับการศึกษา

☐ ประถมศึกษาและต่ำกว่า
☐ อาชีวศึกษา
☐ ปริญญาโทและมากกว่า

☐ มัธยมศึกษา
☐ ปริญญาตรี
5. อาชีพปัจจุบัน _____
6. รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ระบุ _____ บาท/ เดือน

ความเพียงพอของรายได้ ☐ เพียงพอ

☐ ไม่เพียงพอ
7. สถานภาพ

☐ โสด
☐ หม้าย
☐ หย่า

☐ สมรส (คู่)
☐ แยกกันอยู่

8. สถานภาพในครอบครัว

☐ หัวหน้าครอบครัว ระบุสมาชิกที่ต้องดูแล _____ คน

☐ สมาชิกในครอบครัว

9. บุคคลที่ท่านอาศัยอยู่ด้วย (ภายใต้ชายคาเดียวกัน)

☐ บิดา/มารดา

☐ คู่สมรส

☐ บุตร/ธิดา

☐ญาติพี่น้อง โปรดระบุ _____

☐ อยู่คนเดียว

☐ อื่นๆ ระบุความสัมพันธ์ _____

10. บุคคลที่เป็นผู้ดูแลท่าน _____

11. สิทธิการรักษา

☐ จ่ายเองจากเงินออม

☐ จ่ายเองจากเงินกู้ยืมมา

☐ ประกันสังคม

☐ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

☐ ประกันชีวิต

☐ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

12. โรคอื่นที่มีร่วมด้วย

☐ ความดันโลหิตสูง

☐ เบาหวาน

☐ โรคหัวใจ

☐ อื่นๆ ระบุ _____

13. ประวัติการสูบบุหรี่

☐ ไม่เคยสูบเลย

☐ เคยสูบลวันละ _____ มวน สูบมา _____ ปี แต่เลิกสูบมาแล้ว _____ ปี

☐ สูบลวันละ _____ มวน สูบมาแล้ว _____ ปี และปัจจุบันยังคงสูบอยู่

ส่วนที่ 2. แบบประเมินความรุนแรงของโรค (BODE index) ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 การประเมินอาการหายใจลำบาก (The Modified Medical Research Council : MMRC)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายวงกลม O ค่าคะแนนเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากที่ตรงการรับรู้ของท่าน

คะแนน	แบบประเมินอาการหายใจลำบาก(MMRC)
0	ไม่มีอาการหายใจลำบากยกเว้นเมื่อออกแรงมาก
1	มีอาการหายใจลำบากเมื่อรีบเร่งหรือเมื่อเดินเนินเขาเดี่ยวๆ
2	เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าปกติเนื่องจากมีอาการเหนื่อย หรือต้องหยุดพักเพื่อหายใจ
3	ต้องหยุดพักหลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตรหรือเดินได้ 2-3 นาทีบนพื้นราบ
4	เหนื่อยเมื่อทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถใช้ชีวิตนอกบ้าน

ตอนที่ 2 แบบประเมินด้านร่างกาย

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล โดยประเมินจากค่าการอุดกั้นทางเดินหายใจ (FEV1) ระยะทางการเดินใน 6 นาที คะแนนหายใจลำบาก (MMRC) และ ดัชนีมวลกาย ซึ่งคะแนนสูงหมายถึงมีความรุนแรงมาก

ตัวแปร	ค่าคะแนน			
	0	1	2	3
ค่า FEV1 (% ของค่าทำนาย)	≥ 65	50-64	36-49	≤ 35
ระยะทางการเดินใน 6 นาที (เมตร)	≥ 350	250-349	150-249	≤ 149
คะแนนอาการหายใจลำบาก (MMRC)	0-1	2	3	4
ดัชนีมวลกาย (นน. กก./ เมตร ²)	> 21	< 21		

ผลรวมคะแนนอาการหายใจลำบาก และการประเมินด้านร่างกาย = ...

ส่วนที่ 3. แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ

คำชี้แจง : กรุณาอ่านคำถามอย่างละเอียด เสร็จแล้วระบุว่าท่านรู้สึกอย่างไรต่อข้อความแต่ละข้อความที่แสดงข้างล่างนี้ในการตอบคำถาม ให้วงกลมรอบหมายเลขที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ทำเครื่องหมายวงกลมเลข	1	หากคุณรู้สึก	<u>ไม่เห็นด้วยที่สุด</u>
ทำเครื่องหมายวงกลมเลข	2	หากคุณรู้สึก	<u>ไม่เห็นด้วยอย่างมาก</u>
ทำเครื่องหมายวงกลมเลข	3	หากคุณรู้สึก	<u>ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย</u>
ทำเครื่องหมายวงกลมเลข	4	หากคุณรู้สึก	<u>มีความเห็นเป็นกลาง</u>
ทำเครื่องหมายวงกลมเลข	5	หากคุณรู้สึก	<u>เห็นด้วยเล็กน้อย</u>
ทำเครื่องหมายวงกลมเลข	6	หากคุณรู้สึก	<u>เห็นด้วยอย่างมาก</u>
ทำเครื่องหมายวงกลมเลข	7	หากคุณรู้สึก	<u>เห็นด้วยที่สุด</u>

คำถาม	คะแนน						
1.ฉันมีคนที่คอยให้ความช่วยเหลือ เมื่อ ยามที่ฉันต้องการ	1	2	3	4	5	6	7
2.ฉันมีคนที่ ฉันสามารถแบ่งปันความสุข และความทุกข์ได้	1	2	3	4	5	6	7
3.ครอบครัวของฉันพยายามอย่างจริงจังที่จะ ช่วยฉัน	1	2	3	4	5	6	7
.							
.							
.							
11.ครอบครัวของฉันยินดีที่จะช่วยฉัน ตัดสินใจ	1	2	3	4	5	6	7
12. ฉันสามารถพูดคุยปัญหาของฉันกับเพื่อน ของฉันได้	1	2	3	4	5	6	7

ส่วนที่ 4. แบบประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อความข้างล่างนี้ เป็นข้อความเกี่ยวกับแนวคิดของท่านเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน กรุณาอ่านคำถามอย่างละเอียด แล้วระบุว่าท่านรู้สึกอย่างไรต่อข้อความแต่ละข้อความที่แสดงข้างล่างนี้ในการตอบคำถามให้ / ที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

	ไม่เห็น ด้วย มากที่สุด	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย มากที่สุด
1. ฉันสามารถควบคุมสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับฉันได้					
2. ภาวะสุขภาพในขณะนี้ไม่ได้ทำให้ฉันแย่ลง					
3. ภาวะสุขภาพในปัจจุบันทำให้ฉันไม่สามารถ ทำสิ่งที่ฉันต้องการจะทำได้					
4. ภาวะสุขภาพปัจจุบันเป็นสิ่งที่น่าหวาดกลัว สำหรับฉัน					
.					
.					
.					
26.มีหลายสิ่งที่คุณสามารถทำเพื่อจะเอาชนะกับ ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน					
27.ฉันต้องยอมรับกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน					
28.ภาวะสุขภาพในปัจจุบันไม่ส่งผลใดใดต่อฉัน					

ส่วนที่ 5. แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ-12)

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงสภาวะสุขภาพของท่านในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไบบ้าง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยเขียนเครื่องหมายวงกลมรอบคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านใน ปัจจุบันหรือในช่วงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต และกรุณาตอบคำถาม ทุกข้อ

ในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาท่าน

1) สามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้

ก. ดีกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. น้อยกว่าปกติ ง. น้อยกว่าปกติมาก

2) นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ก่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

3) รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ

ก. มากกว่าปกติ ข. เหมือนปกติ ค. น้อยกว่าปกติ ง. น้อยกว่าปกติมาก

.

.

.

10) รู้สึกเสียความมั่นใจในตัวเองไป

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ก่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

11) คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า

ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ ง. มากกว่าปกติมาก

12) รู้สึกมีความสุขดี ตามสมควร เมื่อดูโดยรวม ๆ

ก. มากกว่าปกติ ข. เท่า ๆ ปกติ ค. น้อยกว่าปกติ ง. น้อยกว่าปกติมาก



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางสาว ลาวัณย์ ชุ่มทอง
วัน เดือน ปีเกิด	8 มกราคม พ.ศ. 2518
สถานที่เกิด	จังหวัดชัยนาท ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2537 – 2541 พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประวัติการทำงาน	พยาบาลประจำหออภิบาลการหายใจ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช
ทุนการศึกษา / ทุนวิจัย / รางวัลที่ได้	ทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช
การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ	-
ที่อยู่ปัจจุบัน	25 ถ.วนาวังวิถี 1 ต. วัดสิงห์ อ. วัดสิงห์ จ. ชัยนาท 17120 โทรศัพท์ 085-1406894 E-mail : lawantoon@yahoo.com
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	หออภิบาลการหายใจ (ตึกอัยยรักษ์ชั้น 2) ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์ 02-419-7752 -3