สภาวะการทำหน้าที่ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

FUNCTIONAL STATUS AND FACTORS INFLUENCING FUNCTIONAL STATUS AMONG CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

สุภาภรณ์ ด้วงแพง พย.ด. (Supaporn Duangpaeng, D.N.S.)[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาสภาวะการทำหน้าที่และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 180 คน ที่สุ่มแบบแบ่งชั้นจากผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล 4 แห่งในเขตภาคตะวันออก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลจำนวน 7 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบประเมินโรคร่วม อาการด้านร่างกายและอาการด้านจิตใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และสภาวะการทำหน้าที่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การจำแนกปัจจัย การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน สัมประสิทธิสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสภาวะการทำหน้าที่ อยู่ในระดับดี ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับสภาวะการทำหน้าที่ในระดับปานกลาง (r_s =-0.61) ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสภาวะการทำหน้าที่ (r=0.33) การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับสภาวะการทำหน้าที่ (r=0.73) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสภาวะการทำหน้าที่ (r=0.24) กลุ่มอาการทางกายและกลุ่มอาการทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับสภาวะการทำหน้าที่ (r=-0.49, r=- 0.57 ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยที่สามารถทำนายสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายสภาวะการทำหน้าที่ได้ร้อยละ 65

ผลการวิจัยนี้ สามารถใช้เป็นความรู้พื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลหรือโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ของบุคคลโดยตระหนักถึงความสำคัญของความรุนแรงของโรค ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา สภาวะการทำหน้าที่

[1]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: supaporn@buu.ac.th

Abstract

The purposes of this study were to study functional status and examine factors influencing functional status of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients. The sample of 180 COPD patients was selected by multi-stage random sampling from 4 hospitals in the eastern region. The research instruments were 7 questionnaires and recorded forms including: personal and illness data, co-morbidity, physical and psychological symptoms, health status perception, social support, regimen adherence, and functional status. Descriptive statistics, factors analysis, Pearson's product moment correlation coefficient, Spearman rank correlation coefficient, and standard multiple regression analysis were used to analyze the data.

The findings revealed that the sample had functional status score at a good level. Disease severity was negatively related to functional status at a moderate level ($r_s = -0.61$). Regimen adherence was positively associated with functional status at a moderate level (r=0.33.). Health status perception was positively related to functional status at a high level (r =0.73). Social support was positively related to functional status at a low level (r=0.24). Physical and psychological symptoms clusters were negatively correlated with functional status at a moderlate level (r=-0.49, r=-0.57, respectively). Disease severity, regimen adherence, and health status perception explained 65% of the variance of functional status.

The results of this study can be used as the basic knowledge to develop a nursing practice guideline or program for enhancing COPD patients' ability to achieve functional independence in their roles by recognizing the importance of the severity of the disease, regimen adherence, and health status perception.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease , disease severity, health status perception, social support, regimen adherence, functional status,

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease[COPD]) ประกอบด้วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคถุงลมปอดโป่งพอง และ/หรือประกอบด้วยทั้งสองโรคร่วมกัน ปัจจุบันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 4 และเป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะทุพพลภาพอันดับที่ 12 ของโลก นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังได้ประมาณการว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 และเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยอันดับที่ 5 ของโลกในปี ค.ศ. 2020 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2007). สำหรับประเทศไทย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2552) รายงานว่า ประชากรร้อยละ 5 หรือประมาณ 4 ล้านคนเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากสถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเช่นกัน

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจไม่สามารถทำให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ การอุดกั้นดังกล่าวค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกิดจากการอักเสบเรื้อรังทั้งในหลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือดปอดที่เกิดจากสิ่งกระตุ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูบบุหรี่ ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการใด ๆ ที่จะรักษาให้

หายขาดได้ ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษามาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ การป้องกันการดำเนินของโรค การบรรเทาอาการ การเพิ่มความสามารถในการออกกำลังกายและการปฏิบัติหน้าที่ และคุณภาพชีวิต (GOLD, 2007) ปัจจุบันยังพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงเผชิญกับความทุกข์ทรมานกับอาการต่าง ๆ โดยเฉพาะอาการหายใจลำบาก ส่งผลให้ มีชีวิตอยู่อย่างจำกัด ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีคุณภาพชีวิตลดลง (Kapella, Larson & Covey, 2006)

สภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) เป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานการดำรงไว้ซึ่งบทบาท สุขภาพ และความผาสุก รวมถึงกิจกรรมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วยความสามารถสูงสุดในการปฏิบัติกิจกรรม (Functional capacity) และการปฏิบัติกิจกรรม (Functional performance), (Leidy, 1994) สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า พยาธิสภาพของโรคเป็นสาเหตุสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ลดลง และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในทุก ๆ ด้าน ดังการศึกษาของสมาคมโรคปอดสหรัฐอเมริกา (American Lung Association (ALA) (2001) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีข้อจำกัดในขณะออกกำลังกายร้อยละ 72 ขณะออกแรงทำกิจกรรมระดับปกติร้อยละ 70 ขณะดำเนินชีวิตตามปกติร้อยละ 58 ขณะทำงานบ้านร้อยละ 56 ขณะทำกิจกรรมทางสังคมร้อยละ 53 และขณะประกอบอาชีพร้อยละ 51 ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสภาวะการทำหน้าลดลง ส่งผลให้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ไม่สามารถประกอบอาชีพตามปกติ ขาดรายได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นทั้งในการปฏิบัติกิจกรรมและค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการไม่ประสบผลสำเร็จในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย การปฏิบัติหน้าที่ที่ลดลงจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลง (Reardon, Lareau & ZuWallack, 2006) นอกจากนี้ยังพบว่า การปฏิบัติหน้าที่ที่ลดลงของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นผลมาจากอาการด้านร่างกายและด้านจิตใจเป็นสำคัญ (Kapella, Larson, Patel, Covey & Berry, 2006; Larson, 2007 การรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้ถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรม จึงตัดสินใจลดหรือหยุดปฏิบัติกิจกรรมนั้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า อาการสามารถทำนายการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Leidy & Traver,1995) กล่าวคือ อาการทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นการจัดการและการควบคุมอาการที่เกิดขึ้นจึงเป็นวิธีการสำคัญในการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาการ (Symptom) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความรู้สึกและสติปัญญา (Dodd, Miaskowski & Paul, 2001) เป็นประสบการณ์หลายมิติที่อาจเกิดขึ้นเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการร่วมกัน โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ อาจมาจากด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และ/หรือด้านสถานการณ์ (Lenz, et al, 1997) ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า อาการที่พบบ่อยและเกิดขึ้นร่วมกันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล และซึมเศร้า (Jablonski, Gift & Cook, (2007) อาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งหากอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล และซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น จะยิ่งส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง (Reishtein, (2005); Willadsen,(2004) นอกจากนี้ การศึกษา

รูปแบบความสัมพันธ์ของอาการที่ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า อาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า และสภาวะอารมณ์ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (r=.32 ถึง .50, p<.001) โดยอาการหายใจลำบาก และสภาวะอารมณ์ส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติหน้าที่ (Beta =-0.12 และ Beta = -0.17 ตามลำดับ) ส่วนอาการเหนื่อยล้า ส่งผลทางอ้อมต่อการปฏิบัติหน้าที่ผ่านทางสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย (Beta = .29) (Yeh et al., 2004) สำหรับการศึกษารูปแบบของอาการเหนื่อยล้า (Fatigue mode) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า อาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ วิตกกังวล และซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า และวิตกกังวลส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติหน้าที่ (Beta =0.24, Beta =- 0.30 และ Beta=-0.18 ตามลำดับ) ส่วนคุณภาพการนอนหลับส่งผลทางอ้อมต่อการปฏิบัติหน้าที่โดยผ่านอาการเหนื่อยล้า (Beta =0.24) และอาการซึมเศร้าส่งผลทางอ้อมต่อการปฏิบัติหน้าที่เช่นเดียวกันโดยผ่านอาการเหนื่อยล้าและวิตกกังวล (Beta =0.30 และ Beta =0.80 ตามลำดับ) (Kapella, et al., 2006) . ดังนั้นจะเห็นว่า อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักพบหลายอาการเกิดขึ้นพร้อมกัน และอาการเหล่านั้นมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับอาการเกิดขึ้นร่วมกันหลายอาการ หรือที่เรียกว่ากลุ่มอาการ (Symptom cluster) ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุที่แตกต่างกัน และส่งผลลัพธ์ทางลบต่อผู้ป่วย (Dodd, Miaskowski, & Lee, 2004) ; Lenz et al., 1997) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์, สุภาภรณ์ ด้วงแพง, และเขมารดี มาสิงบุญ (2553) ที่พบว่า กลุ่มอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจำแนกได้ 2 กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มอาการทางกาย ประกอบด้วย อาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า และนอนไม่หลับ และกลุ่มอาการทางจิตใจประกอบด้วย อาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 75 นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยหลากหลายที่มีผลต่อสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรุนแรงของโรค การเจ็บป่วยร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา สภาวะการทำหน้าที่และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานในการพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมสภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้สามารถปฏิบัติ กิจกรรมได้มากขึ้น ลดการพึ่งพาผู้อื่นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะการทำหน้าที่และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ กลุ่มอาการ ความรุนแรงของโรค การเจ็บป่วยร่วม ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยนำทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of the Unpleasant Symptoms, (Lenz, et al., 1997) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ อาการ (Symptoms) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงจากการทำหน้าที่ปกติของร่างกาย โดยสามารถเกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการหรือเพียงอาการเดียวก็ได้ แต่เมื่อมีอาการใดอาการหนึ่งเกิดขึ้นจะสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นตามมาหรือทำให้อาการอื่นรุนแรงมากขึ้น อาการแต่ละอาการประกอบด้วย 4 มิติ คือ ความรุนแรง (Intensity) เวลา (Timing/

duration) ความทุกข์ทรมาน (Distress) และคุณภาพ (Quality) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ (Influencing factors) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สองของทฤษฎี ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสถานการณ์ ปัจจัยทั้ง 3 มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการในทุกมิติ ส่วนองค์ประกอบที่สาม ได้แก่ ผลที่ตามมาจากการเกิดอาการคือ การปฏิบัติกิจกรรม ประกอบด้วยการปฏิบัติหน้าที่ (Functional performance) และกิจกรรมทางความคิด (Cognitive activities) การปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว สามารถส่งผลย้อนกลับไปยังประสบการณ์อาการและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสภาวะการทำหน้าที่และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความรุนแรงของโรค กลุ่มอาการ และการเจ็บป่วยร่วม ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในงานวิจัยนี้เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ไม่มีอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ มีการรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (1978); N = 10K+50 โดย K = จำนวนตัวแปรต้น) เนื่องจากยังไม่ทราบว่ากลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจะมีกี่กลุ่ม จึงใช้จำนวนอาการแทนกลุ่มอาการ ดังนั้น จำนวนตัวแปรต้นจึงเป็น 10 ตัวแปร คำนวณตามสูตรได้ 150 ราย และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ 180 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยสุ่มโรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่งจาก 4 แห่งในเขตภาคตะวันออก และโรงพยาบาลทั่วไป 2 โรงพยาบาลจาก 3 โรงพยาบาลทั่วไปในเขตภาคตะวันออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบบันทึก จำนวน 7 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย 2) แบบประเมินโรคร่วม ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงจากแบบประเมินโรคร่วมของชาวร์สันและคณะ (Charlson, Szatrowski, Peterson, et al, 1994) โดยตัดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังออก 3) แบบประเมินอาการด้านร่างกายและด้านจิตใจ ใช้ฉบับภาษาไทยของพัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์และคณะ (2553) ซึ่งแปลและดัดแปลงจากแบบประเมินอาการของพอร์ตทีนอยและคณะ (Portenoy, et al, 1994) ในการประเมินอาการด้านร่างกาย ส่วนอาการด้านจิตใจใช้แบบประเมินความวิตกกังวลและซึมเศร้า ฉบับแปลเป็นไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, (2539) 4) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ใช้แบบประเมินคุภาพชีวิตฉบับย่อ (SF-12 เวอร์ชั่น 2) ของ แวร์ และคณะ (Ware, Kosinski, & Keller, 1996) ซึ่งแปลเป็นไทยโดยผู้วิจัย 5) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of erceived Social Support: MSPSS) ฉบับแปลเป็นไทยโดยพิทักษ์พล บุญยมาลิค (Boomyamalik, 2005) 6) แบบประเมินการปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 7) แบบประเมินสภาวะการทำหน้าที่ ใช้ฉบับภาษาไทยของพัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์และคณะ (2553) ซึ่งแปลและดัดแปลงจากแบบประเมิน

การปฏิบัติหน้าที่ฉบับย่อของไลดี้ (Functional Performance Inventory Short Form, (Leidy 1999) เครื่องมือวิจัยดังกล่าว ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินโรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับคำนิยามศัพท์ และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินทั้งหมดที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงแล้ว ยกเว้นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย ไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของอาการหายใจลำบาก =.95 อาการเหนื่อยล้า = .97 อาการนอนไม่หลับ =.96 อาการวิตกกังวล =.89 อาการซึมเศร้า= .79 การรับรู้ภาวะสุขภาพ = .85 การสนับสนุนทางสังคม =.86 ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา =.89 และสภาวะการทำหน้าที่ = .95 สำหรับแบบประเมินโรคร่วมได้รับการตรวจค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ได้ค่าความเที่ยง .95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้น ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยสำรวจรายชื่อผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก แล้วพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และการปกปิดความลับ ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ หลังจากนั้นจึงขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และแจกแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง ในกรณีเป็นผู้สูงอายุและมีปัญหาในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุตอบด้วยตนเอง โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงก่อนพบแพทย์ครบจำนวนที่ต้องการในแต่ละโรงพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้วเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ถ้าพบว่าคำตอบใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมจนครบ ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์กลุ่มอาการโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Exploratory factor analysis) ด้วยวิธี พรินซิเพิลเอกซิส แฟคทอริ่ง (Principle Axis Factoring) และหมุนแกนปัจจัยร่วมด้วยวิธี โอลิมินโรเตชั่น (Oblimin rotation) ซึ่งเหมาะสมกับการที่องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กัน (Skerman, Yates, & Battistutta, 2009) 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะการทำหน้าที่ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ

สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) และ 4) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายสภาวะหน้าที่ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบมาตรฐาน (Standard multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 180 คน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ระหว่าง 21 - 90 ปี ร้อยละ 42.8 มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี ร้อยละ 96.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 63.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.6 จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 ร้อยละ 54.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.1 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 - 9,999บาท ร้อยละ 91.1 มีผู้ดูแล ส่วนข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.6 มีระยะเวลาเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉลี่ย 6.4 ปี (SD = 5.7) ร้อยละ 33.9 เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงระดับ 2 และร้อยละ 31.7 มีระดับความรุนแรงระดับ 1 และร้อยละ 71.1) ไม่มีการเจ็บป่วยร่วม

สำหรับการวิเคราะห์กลุ่มอาการพบว่า ในกลุ่มตัวอย่าง 180 คน ร้อยละ 17.8 ไม่มีอาการหายใจลำบาก ร้อยละ 37.2 ไม่มีอาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 33.3 ไม่มีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 17.8 ไม่มีอาการวิตกกังวล และร้อยละ 11.1 ไม่มีอาการซึมเศร้า โดยมีค่าเฉลี่ยของอาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า อาการทั้ง 5 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางถึงระดับสูง (r= .423 ถึง .814) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับผลการวิเคราะห์กลุ่มอาการ พบ 2 กลุ่มอาการ คือกลุ่มอาการด้านร่างกาย และกลุ่มอาการด้านจิตใจ ซึ่งกลุ่มอาการด้านร่างกาย ได้แก่ อาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า และนอนไม่หลับ ส่วนกลุ่มอาการด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล และซึมเศร้า

ส่วนการวิเคราะห์สภาวะการทำหน้าที่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับดี (M=3.4, SD=0.6) กลุ่มอาการทางกายอยู่ในระดับปานกลาง M=42.7, SD=29.3) กลุ่มอาการทางจิตใจอยู่ในระดับต่ำ (M=23.9, SD=19.5) การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (M=38.9, SD=9.2) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (M=54.4, SD=13.0) และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา อยู่ในระดับดี (M =85.7,SD=12.6) โดยการปฏิบัติตามแผนการรักษาด้านยามีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 98.8 ความรุนแรงของโรค การเจ็บป่วยร่วม กลุ่มอาการทางกาย และกลุ่มอาการทางจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับสภาวะการทำหน้าที่ ที่ระดับนัยสำคัญ .01 (r_s = -0.61; = 0.16, และ -0.49 และ 0.57 ตามลำดับ) และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะการทำหน้าที่ ที่ระดับนัยสำคัญ .01 (r= -0.33; =0.73, และ - 0.49 และ 0.24 ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = -0.34, 0.12, และ 0.48 ตามลำดับ) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ร้อยละ 65 รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 1 ปัจจัยร่วมทำนายสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

	b	Beta	p	
ค่าคงที่	2.017		<.001	
ความรุนแรงของโรค	−0.201	−.342	<.001	
การเจ็บป่วยร่วม	0.030	.043	.359	
การปฏิบัติตามแผนการรักษา	0.006	.122	.012	R Square = .650
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.030	.482	<.001	Adj. R Square =.636
การสนับสนุนทางสังคม	0.004	.083	.080	F = 45.97 p< .001
กลุ่มอาการทางกาย	0.000	−.007	.903	
กลุ่มอาการทางจิตใจ	−0.001	−.040	.547	

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสภาวะการทำหน้าที่ อยู่ในระดับดี และ ความรุนแรงของโรค ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 65 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากธรรมชาติของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจที่ไม่สามารถรักษาให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ ส่งผลให้โรคมีความก้าวหน้าและความรุนแรงมากขึ้น อันเนื่องมาจากการอักเสบเรื้อรังทั้งในหลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือดปอด และส่งผลเสียไม่ใช่เฉพาะระบบหายใจเท่านั้น แต่เกิดผลกระทบต่ออวัยวะระบบอื่น ๆของร่างกายด้วย ความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการรบกวนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาการหายใจลำบากและอาการเหนื่อยล้า ทำให้ผู้ป่วยทำงานได้ลดลง หรือเหนื่อยง่ายแม้แต่ทำกิจวัตรประจำวัน และหากโรคมีอาการกำเริบมากขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยิ่งส่งผลต่อสภาวะการทำหน้าที่มากขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ31.7 มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ1และ ร้อยละ33.9 อยู่ในระดับ 2 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 97.7 เลิกสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 75.6 เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาน้อยกว่า 10 ปี โดยมีระยะเวลาเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉลี่ย 6.4 ปี (SD = 5.7) ร้อยละ 71.1ไม่มีความเจ็บป่วยร่วม กลุ่มอาการทางกายอยู่ในระดับปานกลาง (M=42.7, SD=29.3) กลุ่มอาการทางจิตใจอยู่ในระดับต่ำ (M=23.9, SD=19.5) การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (M=38.9, SD=9.2) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (M=54.4, SD=13.0) และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยรวมอยู่ในระดับดี (M =85.7,SD=12.6) ดังนั้นจึงพบว่าสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับดี สำหรับความรุนแรงของโรค ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายสภาวะการทำหน้าที่ได้ร้อยละ 65 โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญ สามารถอภิปรายได้ว่า ความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นความสามารถในการทำกิจกรรม ความทนในการออกกำลังกายหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก ดังนั้นหากโรคมีความรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ซึ่งอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น จะกระตุ้นให้เกิดอาการ

อื่นตามมาทั้งอาการด้านร่างกายและอาการด้านจิตใจ นอกจากนี้ยังอาจกระตุ้นให้อาการดังกล่าวมีความรุนแรงและความถี่เพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือสภาวะการทำหน้าที่ลดลง ในขณะที่ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาซึ่งเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กระทำอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์ทั้งในเรื่องการใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อควบคุมและชะลอความก้าวหน้าของโรค ซึ่งจะช่วยในการลดความรุนแรงของโรคและอาการกำเริบดังกล่าวได้ ดังนั้นหากผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะส่งผลดีต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ เช่นเดียวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึก ความเชื่อหรือความคิดของบุคคลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตสังคม และการดำเนินของโรคที่เป็นอยู่ ทำให้บุคคลเข้าใจในสถานการณ์ต่าง ๆที่เกิดขึ้น และเห็นความสำคัญของสิ่งที่ตนเองรับรู้ จึงจูงใจให้มีพฤติกรรมตามที่รับรู้ และตัดสินใจกระทำการดูแลตนเอง ดังนั้น หากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถควบคุมความก้าวหน้าของโรค ลดความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น และสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้มากขึ้น ดังนั้นปัจจัยดังกล่าวจึงสามารถร่วมกันทำนายสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเยห์ และคณะ(Yeh, et al., 2004) และ เกรร์ดอนและคณะ (Gradon, et al., 1995) ที่พบว่า ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของเลนซ์ และคณะ (Lenz, et al., 1997) ที่กล่าวว่า อาการที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคล และการปฏิบัติหน้าที่ยังสามารถส่งผลย้อนกลับไปยังอาการหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสถานการณ์ได้

สำหรับการเจ็บป่วยร่วม กลุ่มอาการทางกาย กลุ่มอาการทางใจ และการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ อาจเนื่องมาจากตัวแปรดังกล่าวไม่มีผลโดยตรงต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพบว่าค่าความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยร่วม กลุ่มอาการทางกาย กลุ่มอาการทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมกับสภาวะการทำหน้าที่ อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (-.016, -.049, -.0566 , 0.235 ตามลำดับ) นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน เช่น ร้อยละ71.1ไม่มีความเจ็บป่วยร่วม ร้อยละ 17.8 ไม่มีอาการหายใจลำบาก ร้อยละ 37.2 ไม่มีอาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 33.3 ไม่มีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 17.8 ไม่มีอาการวิตกกังวล และร้อยละ 11.1 ไม่มีอาการซึมเศร้า นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับดี โดยร้อยละ 91.1มีผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น พยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถนำข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นความรู้พื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลหรือโปรแกรมในการส่งเสริมให้ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสภาวะการทำหน้าที่ที่ดี สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อลดความรุนแรงของโรค สำหรับนักวิจัยหรือนักวิชาการที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเพื่อยืนยัน

ความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ โดยทำการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย รวมทั้งการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสภาวะการทำหน้าที่สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41*(1), 8-36.

พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์, สุภาภรณ์ ด้วงแพง, และเขมารดี มาสิงบุญ (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารสภาการพยาบาล, 25*(4), 96-108.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.(2552).สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2552 กรุงเทพ:พิมพ์ลักษ์

American Lung Association (ALA). (2001). Confronting COPD in America: Executive summary. Retrieved from http://www.lungusa. Org.

Boonyamalik, P. (2005). Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptom and substance use. Doctoral Dissertation. JohnsHopkins University.

Charlson, M.E, Szatrowski, T.P., Peterson, J, Gold J. (1994). Validation of a combined comorbidity index. *Journal of Clinical Epidemiology*. (1994), 47(11),1245-51

Dodd, M., Miaskowski, C., & Paul, S. (2001). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum, 28*(3), 465-470.

Dodd, M. J., Miaskowski, C., & Lee, K. A. (2004). Occurrence of symptom cluster. *Journal of The National Cancer Institute Monographs, 32*, 76-78.

Dodd, M., Miaskowski, C., & Lee, K., (2004). Symptom clusters: The new frontier in symptom management research. *Journal of the National Cancer Institute Monographs No. 32*, :17-21.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]. (2007). *Fact about chronic obstructive pulmonary disease*. Retrieved from http://www.goldcopd.com/GOLD_ guideline/facts1.htm

Graydon, J. E, Goldstein, R. S., & Avendano, M. (1995). Predictors of functioning of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Heart & Lung: *The Journal of Acute and Critical Care 24*.5 : 369-375.

Jablonski, A., Gift, A., & Cook, K. E. (2007). Symptom assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Western Journal of Nursing Research, 29*(7), 845-863.

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. *Journal of Nursing Research, 55*(1), 10-17.

Larson, J. L. (2007). Functional performance and physical activity in chronic obstructive pulmonary disease: Theoretical perspectives. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 4*, 237-242.

Leidy, N. K. (1994). Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: toward a coherent analytical framework. *Journal of Nursing Research, 43*(4), 196-202.

Leidy, N. K., & Traver, G. A. (1995). Psychophysiologic factors contributing to functional performance in people with COPD: Are there gender differences? *Research in Nursing & Health, 18*, 535-546.

Leidy, N. K. (1999). Psychometric properties of the functional performance inventory in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Research, 48* (1), 20-30.

Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Journal of Nursing Science, 19*(3), 14-27.

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

Reardon, J. Z., Lareau, S. C., & ZuWallack, R. (2006). Functional status and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *The American Journal of Medicine, 119* (10A),S32-S37.

Reishtein, J. L. (2005). Relationship between symptoms and functional performance in COPD. *Research in Nursing Health, 28*, 39-47.

Skerman, H.M., Yates, P.M., Battistutta, D. (2009). Multivariate methods to identify cancer-related symptom clusters. *Research in Nursing & Health,* 32(3), 345-360.

Theander, W., & Unosson, M. (2004). Fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing, 45*(2), 172-177.

Thorndiske,R.M.(1978). *Correlational procedures for research.* New York: GarderPress.

Wall, M. P. (2007). Predictors of functional performance in community-dwelling people with COPD. *Journal of Nursing Scholarship, 39*(3), 222-228.

Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S.D. (1996). A 12 item short-form health survey: Construction of scales and prelimimary tests of reliability and validity. *Medical Care, 34* (3).220-233.

Willadsen,S.A. (2004). Fatigue and its correlats and impact on functional performance in a community sample with COPD. Doctoral dissertation of Nursing Science, Rush University.

Yeh, M., Chen, H., Liao, Y., & Liao, W. (2004). Testing the functional status model in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing, 48*(4), 342-350.

ZuWallack, R. L. (2003). Functional status and survival in COPD. *Monadic Archives for Chest Disease, 59*(3), 230-233.