ปัจจัยทำนายอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อภิญญา คชมาตย์ ปร.ด.[1]
อภิญญา วงศ์พิริยโยธา ปร.ด.[2,4]
สุธาสินี เหล่าวิศาลสุวรรณ พย.ม.[3]
นุชศรารัตน์ จันนนท์ พย.บ.[3]

(วันรับบทความ :10 สิงหาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 29 กันยายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 6 ตุลาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 97 คน ที่มารับบริการคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความรู้สึกเครียด แบบวัดความรู้สึกว้าเหว่ และแบบวัดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75, 0.93, 0.75,0.76 และ 0.66 (สำหรับอาการวิตกกังวล) และ 0.67 (สำหรับอาการซึมเศร้า) ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายอาการวิตกกังวลได้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้สึกเครียด โดยทั้งสามตัวแปรสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของอาการวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 25 ส่วนปัจจัยที่ทำนายอาการซึมเศร้าได้ ได้แก่ ความรู้สึกว้าเหว่และการสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรทั้งสองนี้สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 22 ดังนั้นการประเมินสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ ควบคู่กับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยลดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า

คำสำคัญ: อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

[1]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
[3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
[4]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Apinya.w@msu.ac.th Tel: 080-4013636

Factors Predicting Anxiety and Depression Symptoms among Older Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: a Predictive Correlational Study

Apinya Kochamat Ph.D.[1]
Apinya Wongpiriyayothar Ph.D.[2,4]
Sutarsinee Laowisansuwan M.N.S.[3]
Nuchsararat Channont B.N.S.[3]

(Received Date: August 10, 2025, Revised Date: September 29, 2025, Accepted Date: October 6, 2025)

Abstract

This predictive correlational study aimed to examine factors predicting anxiety and depression symptoms among older adults with chronic obstructive pulmonary Disease (COPD). The sample was comprised of 97 older adults with COPD undergoing treatment at a specialized clinic at Borabue Hospital in Mahasarakham province. Data were collected using the Clinical COPD Questionnaire (CCQ), the Social Support Questionnaire (SSQ), the Perceived Stress Scale-10 (PSS-10), the Revised UCLA Loneliness Scale-20 (RULS-20), and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The reliability as assessed using Cronbach's alpha coefficients were 0.75, 0.93, 0.75, 0.76, 0.66 (for anxiety), and 0.67 (for depression), respectively. The analysis of the data employed descriptive statistics, Pearson product-moment correlation coefficient, and stepwise multiple regressions.

The results revealed that social support, perceived health status, and perceived stress were all factors that predicted anxiety symptoms. Together, these three factors explained 25% of the variation. Loneliness and social support were both factors that predicted depressive symptoms, which jointly accounted for 22% of the variance. Thus, the integration of comprehensive psychological assessments, stress management strategies, and social support enhancement constitutes a key strategy in caring for older adults with COPD will ultimately contribute to the reduction of anxiety and depression symptoms in this population.

Keywords: anxiety, depression, aged, chronic obstructive pulmonary disease

[1]Lecturer, Faculty of Nursing, Mahasarakham University
[2]Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University
[3]Registered nurse, Professional level, Borabue Hospital, Mahasarakham Province
[4]Corresponding Author, Email: Apinya.w@msu.ac.th Tel: 080-4013636

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลก โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 โรคนี้จะกลายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโลกและพบว่าเกือบร้อยละ 90 ของผู้ที่เสียชีวิตนั้นมีอายุต่ำกว่า 70 ปีและอาศัยในประเทศที่มารายได้ต่ำถึงปานกลาง[1] โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจที่มีลักษณะดำเนินโรคอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจำกัดการไหลเวียนของอากาศอย่างถาวรและมีการอักเสบเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุหลายล้านคนทั่วโลก ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความเป็นอยู่ทางสังคม เป้าหมายหลักในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือการลดอาการกำเริบและลดอาการที่พบบ่อย[2] กลุ่มอาการสำคัญที่พบบ่อยในโรงปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มอาการทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ[3] ซึ่งอาการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสามารถเกิดร่วมกันและมีความเกี่ยวข้องกัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางด้านร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับ ซึ่งอาการทางกายเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วย[4] อาการวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคนี้[5] โดยพบว่า อาการวิตกกังวลและซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกัน ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกังวลมากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้ามากถึง 7 เท่า[6] ซึ่งในบางครั้งผู้ป่วยโรคนี้มักรู้สึกหดหู่เพราะไม่สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของตนเองได้[7] การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการทางด้านจิตใจย่อมส่งผลที่สำคัญต่อการเกิดอาการทางด้านร่างกายด้วย

ตามแนวคิดของทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (The middle-range theory of unpleasant symptoms)[8] ได้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดกลุ่มอาการ ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสถานการณ์ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านจิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนากลวิธีในการจัดการอาการที่ครอบคลุมปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย ด้าน จิตใจและด้านสถานการณ์ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยทางด้านร่างกาย ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย[9-11] ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วแรงในวินาทีที่ 1 (Forced expiratory volume in one second: FEV_1)[10,11] หรือระดับความรุนแรงของโรค[12] และการรับรู้ภาวะสุขภาพ[11,13] นั้นมีผลต่อการเกิดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ ในส่วนของปัจจัยทางด้านจิตใจนั้น พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความเครียดทางสังคมและอาการวิตกกังวลในระดับสูงนั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าได้[14] อีกหนึ่งตัวแปรที่เป็นปัจจัยทางด้านจิตใจที่น่าสนใจคือ ความรู้ว้าเหว่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[15] เมื่อถึงระยะเวลาหนึ่งที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายมากขึ้นจนทำให้การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลงจะส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ที่ลดลงด้วย การแยกตัวออกจากสังคมที่เพิ่มมากขึ้นในวัยสูงอายุจะส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุด้วย โดยพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีโอกาสเกิดความรู้ว้าเหว่และการแยกตัวออกจากสังคมมากถึง 3 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[16] นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ ได้แก่ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นพบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเช่นกัน[14,17,18]

แม้ว่าจะมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาปัจจัยทำนายกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้วก็ตามแต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีความไม่สอดคล้องของผลการศึกษาในบางปัจจัย อาทิเช่น ดัชนีมวลกาย[19,20] สมรรถภาพปอดซึ่งวัดโดยปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วแรงในวินาทีที่ 1[21] ที่มีผลการศึกษาที่สามารถทำนายและไม่สามารถทำนายการเกิดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งยังมีข้อจำกัดในการศึกษาปัจจัยด้านความว้าเหว่ต่อการเกิดอาการวิตกกังวล นอกจากนี้การศึกษาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชนบทซึ่งมีข้อจำกัดในการเดินทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เครือข่ายทางสังคมที่ลดลงจากการย้ายถิ่นของแรงงานรุ่นลูกหลานหรือภาระหน้าที่ในการทำงานและรูปแบบความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปในสังคมยุคปัจจุบันอาจมีผลต่อการเพิ่มความเครียดในการดำเนินชีวิตลดการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่ออาการวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้กลุ่มอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความซับซ้อนทั้งในด้านพยาธิสรีรวิทยาและการจัดการอาการจากช่องว่างความรู้นี้มีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาล การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชนบท เพื่อสร้างข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับพัฒนากลวิธี

การพยาบาลและโปรแกรมดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และบริบทสังคมเฉพาะพื้นที่ในอนาคตการศึกษาองค์ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อปัจจัยทำนายอาการเหล่านี้ในบริบทของผู้สูงอายุในชนบท จะสามารถช่วยให้การพัฒนาแนวทางจัดการอาการยังไม่ครอบคลุมและไม่สอดคล้องกับความต้องการจริง ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการระบุและวิเคราะห์ปัจจัยทำนายกลุ่มอาการทางด้านจิตใจอย่างเฉพาะเจาะจง ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมหรือกลวิธีการจัดการอาการที่ครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ และสถานการณ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

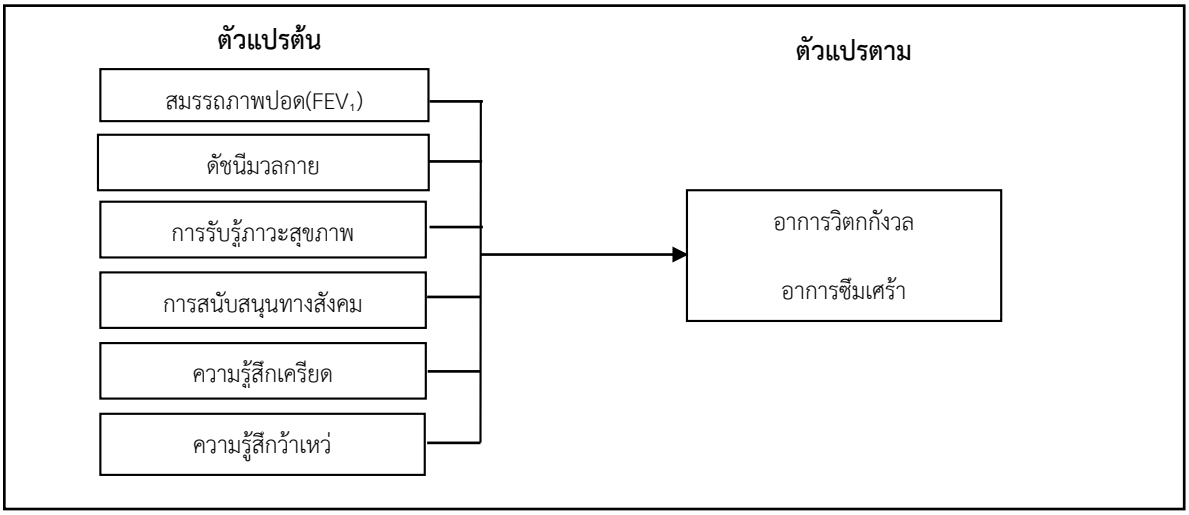
สมรรถภาพปอด ดัชนีมวลกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกเครียด และความรู้สึกว้าเหว่ สามารถร่วมทำนายอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า และปัจจัยทำนายอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มารับบริการที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 97 คน ดำเนินการวิจัยอยู่ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 – มิถุนายน พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz และคณะ[8] ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 3 องค์ประกอบคือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ กลุ่มอาการ และผลที่ตามมาหรือการปฏิบัติ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่ออาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในประเทศไทยและต่างประเทศ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษา 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการและกลุ่มอาการ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยทางด้านร่างกาย คือ ดัชนีมวลกาย[9-11] สมรรถภาพปอดโดยการวัดปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วแรงในวินาทีที่ 1 (FEV_1)[10,11] และการรับรู้ภาวะสุขภาพ[11,13] 2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ คือ ความรู้สึกเครียด[14] ความรู้สึกว้าเหว่[15] และ 3) ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ คือ การสนับสนุนทางสังคม[14,17,18] กลุ่มอาการ มุ่งเน้นอาการทางจิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ อาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งมักเกิดร่วมกันและมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน กรอบแนวคิดในการวิจัย ดังรูปที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive study) เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มารับบริการที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ ดังนี้ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะ 1-4 ตาม GOLD 2020 โดยมีเกณฑ์ดังนี้ รุนแรงน้อย (GOLD 1) มีค่า FEV_1 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 รุนแรงปานกลาง (GOLD 2) มีค่า FEV_1 ระหว่างร้อยละ 50-79 รุนแรงมาก (GOLD 3) มีค่า FEV_1 ระหว่างร้อยละ 30-49 และรุนแรงมากที่สุด (GOLD 4) มีค่า FEV_1 น้อยกว่าร้อยละ 30[22] สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่มีภาวะสมองเสื่อมประเมินโดยแบบประเมิน Mini-cog มีคะแนนมากกว่า 3 คะแนน[23] กลุ่มตัวอย่างไม่อยู่ระหว่างการเผชิญภาวะกดดันจากเหตุการณ์สำคัญในชีวิต เช่น การเสียชีวิตของคู่ชีวิตหรือสมาชิกในครอบครัวและยินยอมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ มีโรคประจำตัว ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว มะเร็ง กล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคจิตที่ควบคุมไม่ได้ มีความบกพร่องทางสายตาหรือการได้ยิน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 4 สัปดาห์ก่อนเข้าร่วมในการวิจัยนี้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) ของ Cohen[24] สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) .05 อำนาจการทดสอบ (Power) 0.80 และขนาดอิทธิพลปานกลาง (Effect size = 0.15) ตัวแปรอิสระ 6 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่าง 97 คน เก็บข้อมูลด้วยการสุ่มแบบมีความน่าจะเป็นโดยวิธีสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) จากรายชื่อผู้ป่วยที่มีนัดตรวจรักษาที่คลินิกพิเศษระหว่างกรกฎาคม พ.ศ. 2567 – มิถุนายน พ.ศ. 2568 จากนั้นใช้การจับสลากหมายเลขตามช่วงที่กำหนดในแต่ละสัปดาห์ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 97 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 7 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาของโรค น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานะการสูบบุหรี่ โรคประจำตัว

2. การประเมินสมรรถภาพปอด (Pulmonary function test) เป็นการตรวจวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจเข้าและออกจากปอดโดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Spirometer โดยการใช้ค่า FEV_1 คือปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วแรงในวินาทีที่ 1 โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Spirometer รุ่น CONTEC SP70B

3. แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้สอบถามทางคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (The Clinical COPD Questionnaire: CCQ) เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-6 คะแนน ข้อคำถามมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านอาการ (Symptom) จำนวน 2 ข้อ ด้านจิตใจ (Mental) จำนวน 4 ข้อ และด้านความสามารถในการทำกิจกรรม (Physical dysfunction) จำนวน 4 ข้อ โดยค่าคะแนนรวมที่สูงบ่งบอกถึงสถานะสุขภาพที่ต่ำ เครื่องมือนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.91 และความสอดคล้องภายในของด้านอาการ ด้านจิตใจ และด้านความสามารถในการทำกิจกรรมเท่ากับ 0.78, 0.80 และ 0.89 ตามลำดับ[25] ผู้วิจัยขอใช้เครื่องมือฉบับแปลเป็นภาษาไทยจากเจ้าของลิขสิทธิ์ van der Molen ผ่านทาง ePROVIDE

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) พัฒนาและดัดแปลงจาก Schaefer โดย อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย อ้างถึงใน จันทนา เกิดบางแขม และคณะ[26] เครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นที่ดีโดยมีความสอดคล้องภายในที่ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach ในด้านอารมณ์ (7 ข้อ) เท่ากับ 0.91 ด้านข้อมูลข่าวสาร (4 ข้อ) เท่ากับ 0.88 ด้านทรัพยากรและวัตถุ (5 ข้อ) เท่ากับ 0.87 แบบสอบถามรวม 16 ข้อ ให้คะแนน 1–5 แบ่งระดับการสนับสนุนเป็นต่ำ ปานกลาง และสูงตามค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน[27] ผู้วิจัยได้รับอนุญาต ใช้เครื่องมือจาก อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเซนหลุยส์

5. แบบวัดความรู้สึกเครียด (Perceived Stress Scale-10: PSS-10) ของ Cohen และคณะ[28] ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์[29] ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.84 และค่า Intraclass correlation เท่ากับ 0.83 (95% CI = 0.722-0.881) [29] โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกใน 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน ผู้วิจัยได้รับอนุญาตใช้เครื่องมือฉบับแปลเป็นภาษาไทยจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

6. แบบวัดความรู้สึกว้าเหว่ยูซีแอลเอฉบับภาษาไทย (Revised UCLA Loneliness Scale-20) เป็นแบบวัดความรู้สึกว้าเหว่ของ UCLA[30] ฉบับ 20 ข้อคำถาม ซึ่งได้รับอนุญาตในการแปลเป็นภาษาไทยโดยทินกร วงศ์ปการันย์ และณหทัย วงศ์ปการันย์[31] แบบวัดความรู้สึกว้าเหว่ฉบับภาษาไทยนี้ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและพบว่ามีความน่าเชื่อถือที่ยอมรับได้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.80 เครื่องมือนี้ไม่มีจุด Cut-off การแปลผลคะแนน หากมีคะแนนสูงหมายถึง มีความรู้สึกหว้าเหว่ระดับสูง[31,32] ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือฉบับแปลเป็นภาษาไทยจาก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

7. แบบวัดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS)[33] เป็นแบบสอบถาม 14 ข้อ แบ่งเป็น 7 ข้อสำหรับประเมินอาการวิตกกังวลและ 7 ข้อสำหรับอาการซึมเศร้า (เลขคี่ประเมินอาการวิตกกังวล ข้อเลขคู่ประเมินอาการซึมเศร้า) ให้คะแนนรายข้อ 0–3 คะแนน คะแนนรวมของอาการวิตกกังวลอาการซึมเศร้า มากกว่า 8 จากคะแนนเต็ม 21 คะแนนบ่งชี้ว่ามีอาการ เครื่องมือนี้มีความเชื่อถือได้ เหมาะสำหรับคัดกรองผู้ป่วยนอกที่ไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวช[34] และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ[35] เครื่องมือนี้มีความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) สำหรับอาการวิตกกังวล เท่ากับร้อยละ 100 และ 86 สำหรับอาการซึมเศร้านั้นมีความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับร้อยละ 85.71 และร้อยละ 91.30 ค่าความเชื่อถือของเครื่องมือนั้นพบว่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.85 สำหรับอาการวิตกกังวล และ 0.82 สำหรับอาการซึมเศร้า[35] ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือฉบับแปลเป็นภาษาไทยจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามมาตรฐาน 5 ฉบับ ได้แก่ CCQ, SSQ, PSS-10 Revised, UCLA-LS-20, HADS-Anxiety และ HADS-Depression ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลกันทรวิชัย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.75, 0.93, 0.75, 0.76, 0.66 และ 0.67 ตามลำดับ สำหรับการประเมินสมรรถภาพปอด ใช้เครื่อง Spirometer ยี่ห้อ CONTEC รุ่น SP70B เครื่องใหม่จากบริษัทที่ได้มาตรฐานและมีหนังสือรับรองสินค้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยไปยังโรงพยาบาลบรบือ และติดต่อประสานงานเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อเริ่มเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยและทีมวิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยการอ่านข้อคำถามให้ผู้สูงอายุใช้เวลาประมาณคนละ 30-45 นาที ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อคำถาม เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วแรงในวินาทีที่ 1 ค่าดัชนีมวลกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกเครียดและความรู้สึกว้าเหว่ ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้วิเคราะห์ปัจจัยทำนายอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยทำการทดสอบตัวแปรพยากรณ์ที่เข้าสมการไปแล้วทุกครั้งที่มีการนำตัวแปรใหม่เข้าในสมการ ตัวแปรพยากรณ์บางตัวที่เข้าไปในสมการแล้วก็สามารถถูกขจัดออกจากสมการได้ โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์ ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงแบบปกติ (Residual normality) ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.08-1.39 และค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.72-0.92 และค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน (Durbin Watson) เท่ากับ 1.79 และ 1.93

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 397-306/2567 ลงวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้วิจัย หัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการแจ้งถึงสิทธิ์ในการตอบรับเข้าร่วมด้วยความสมัครใจไม่มีการบังคับแต่อย่างใด และสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมได้ตลอดโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมถูกเก็บไว้อย่างปลอดภัย โดยไม่ระบุชื่อของผู้ให้ข้อมูล มีการจำกัดผู้เข้าถึงข้อมูลได้เฉพาะทีมวิจัยเท่านั้นและการนำเสนอผลงานวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถามได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในแบบฟอร์ม (Informed consent form)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 84.50) มีอายุระหว่าง 60-89 ปี อายุเฉลี่ย 71.46 ปี (S.D. = 7.34) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ74.20) ระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 87.60) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 48.50) รายได้ของครอบครัวระหว่าง 600-40,000 บาท เฉลี่ย 5,154.63 บาท (S.D. = 6,823.47) จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.34 คน (S.D. = 1.51) โดยอาศัยอยู่ตามลำพังคิดเป็นร้อยละ 6.20 และอาศัยมากกว่า 2 คนขึ้นไป (2-8 คน) คิดเป็นร้อยละ 93.80 ระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 8.20 ปี (S.D. = 7.31) ส่วนใหญ่เป็นร่วมคือโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 34) การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่หยุดสูบบุหรี่แล้ว (ร้อยละ 88.70) และยังคงสูบบุหรี่อยู่ (ร้อยละ 11.30) กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ย 56.81 กิโลกรัม (S.D. = 11.20) และส่วนสูงเฉลี่ย 161.72 เซนติเมตร (S.D. = 13.10)

2. อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยคะแนนอาการวิตกกังวล (Mean = 2.09, S.D. = 1.86) และคะแนนอาการซึมเศร้า (Mean = 1.46, S.D. = 1.62) ต่ำกว่าเกณฑ์ชี้วัดภาวะผิดปกติ (< 8 คะแนน) ซึ่งหมายความได้ว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า เมื่อพิจารณาปัจจัยทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วแรงในวินาทีที่ 1 ดัชนีมวลกายและการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วแรงในวินาทีที่ 1 ร้อยละ 69.10 (S.D. = 20.56) แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพการทำงานของปอดที่ลดลงระดับปานกลางตามเกณฑ์ GOLD และค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 29.61 กก./ม² (S.D. = 9.63) จัดอยู่ในภาวะอ้วนระดับ 1 ในส่วนของค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.75 (S.D. = 0.62) หมายถึงมีการควบคุมทางคลินิกได้ดี (< 1 คะแนน) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ในส่วนปัจจัยทางด้านจิตใจได้แก่ ความรู้สึกเครียด ค่าเฉลี่ย 10.40 (S.D. = 7.01) ความรู้สึกเครียดอยู่ในระดับต่ำ และค่าเฉลี่ยความรู้สึกว้าเหว่ 38.08 (S.D. = 7.08) ในส่วนปัจจัยทางด้านสถานการณ์นั้น ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 57.90, S.D. = 10.62)

ตารางที่ 1 อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ (n=97)

ตัวแปร (Variables)	Mean	S.D.
ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วแรงในวินาทีที่ 1 (FEV_1)	69.10	20.56
ดัชนีมวลกาย (BMI)	29.61	9.63
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health status)	0.75	0.62
การสนับสนุนทางสังคม (Social support)	57.90	10.62
ความรู้สึกเครียด (Perceived stress)	10.40	7.01
ความรู้สึกว้าเหว่ (Loneliness)	38.08	7.08
อาการวิตกกังวล (Anxiety)	2.09	1.86
อาการซึมเศร้า (Depression)	1.46	1.62

FEV1 = Forced expiratory volume in one second, BMI = Body mass index

จากตารางที่ 2 พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับอาการวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = 0.24, $p < .05$) ความรู้สึกเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = 0.30, $p < .05$) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับอาการวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = - 0.41, $p < .001$) ในขณะที่ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วแรงในวินาทีที่ 1 ดัชนีมวลกาย และความรู้สึกว้าเหว่ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยทำนายกับอาการวิตกกังวล (n = 97)

ตัวแปร (Variables)	อาการวิตกกังวล	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	*P* - value
ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วแรงในวินาทีที่ 1 (FEV_1)	- 0.04	.66
ดัชนีมวลกาย (BMI)	- 0.04	.63
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health status)	0.24*	.01
การสนับสนุนทางสังคม (Social support)	- 0.41*	.01
ความรู้สึกเครียด (Perceived stress)	0.30*	.03
ความรู้สึกว้าเหว่ (Loneliness)	0.19	.05

*$p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า ความรู้สึกเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = 0.26, $p < .05$) ความรู้สึกว้าเหว่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = 0.40, $p < .05$) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = - 0.39, $p < .05$) ในขณะที่ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วแรงในวินาทีที่ 1 ดัชนีมวลกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยทำนายกับอาการซึมเศร้า (n = 97)

ตัวแปร (Variables)	อาการซึมเศร้า	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	*P* - value
ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วแรงในวินาทีที่ 1 (FEV_1)	0.00	.95
ดัชนีมวลกาย (BMI)	- 0.10	.31
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health status)	0.17	.08
การสนับสนุนทางสังคม (Social support)	- 0.39*	.01
ความรู้สึกเครียด (Perceived stress)	0.26*	.01
ความรู้สึกว้าเหว่ (Loneliness)	0.40*	.01

*$p < .05$

จากตาราง 4 พบว่า ปัจจัยทำนายอาการวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม (β = - 0.361, $p < .05$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (β = 0.211, $p < .05$) และความรู้สึกเครียด (β = 0.189, $p < .05$) โดยตัวแปรทั้งสามตัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของอาการวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 25 โดยสร้างเป็นสมการพยากรณ์อาการวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

1. สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ อาการวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง = 4.757 - 0.063 (การสนับสนุนทางสังคม) + 0.626 (การรับรู้ภาวะสุขภาพ) + 0.050 (ความรู้สึกเครียด)

อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอาการวิตกกังวล มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ -0.063 การรับรู้ภาวะสุขภาพและความรู้สึกเครียดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการวิตกกังวล มี ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.626 และ 0.050 ตามลำดับ กล่าวคือ เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนน อาการวิตกกังวลลดลงเท่ากับ 0.063 และการรับรู้ภาวะสุขภาพและความรู้สึกเครียดเพิ่มขึ้น 1 คะแนน อาการวิตกกังวลเพิ่มขึ้น 0.626 และ 0.050 ตามลำดับ

2. สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน Z อาการวิตกกังวล = -0.361 (Z การสนับสนุนทางสังคม) + 0.211 (Z การรับรู้ภาวะสุขภาพ) + 0.189 (Z ความรู้สึกเครียด)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการวิตกกังวล (n = 97)

ตัวแปร (Variables)	B	SE	Beta	t	*p*-value	95%CI	
						Lower	Upper
การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)	- 0.063	0.016	- 0.361	-3.923	.001*	- 0.095	- 0.031
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health Status)	0.626	0.268	0.211	2.333	.022*	0.093	1.160
ความรู้สึกเครียด (Perceived Stress)	0.050	0.025	0.189	2.032	.045*	0.001	0.099
Constant	4.757	1.043		4.562	.001*		

หมายเหตุ R^2 = 0.254, Adjust R^2 = 0.230, SEE = 1.632, F = 10.552, Sig of F = .001, f^2 = 0.34

*$p < .05$

จากตาราง 5 พบว่า ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย ความรู้สึกว้าเหว่ (β = 0.290, $p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม (β = - 0.275, $p < .05$) โดยตัวแปรทั้งสองตัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 22 โดยสร้างเป็นสมการพยากรณ์อาการวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

1. สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง = 1.370 + 0.066 (ความรู้สึกว้าเหว่) - 0.042 (การสนับสนุนทางสังคม)

อธิบายได้ว่า ความรู้สึกว้าเหว่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการซึมเศร้า มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.066 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอาการซึมเศร้า มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ - 0.042 กล่าวคือ เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนความว้าเหว่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน อาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 0.066 และคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนน อาการซึมเศร้าลดลงเท่ากับ 0.042

2. สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน Z อาการซึมเศร้า = 0.290 (Z ความรู้สึกว้าเหว่) - 0.275 (Z การสนับสนุนทางสังคม)

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ถดถอยพหุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการซึมเศร้า (n = 97)

ตัวแปร (Variables)	B	SE	Beta	t	*p*-value	95%CI	
						Lower	Upper
ความรู้สึกว้าเหว่ (Loneliness)	0.066	0.023	0.290	2.920	.004*	0.021	0.111
การสนับสนุนทางสังคม (Social support)	- 0.042	0.015	- 0.275	- 2.771	.007*	- 0.072	- 0.012
Constant	1.370	1.464		0.936	.352		

หมายเหตุ R^2 = 0.223, Adjust R^2 = 0.207, SEE = 1.443, F = 13.528, Sig of F = .001, f^2 = 0.28

*$p < .05$

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถนำข้อมูลมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลเท่ากับ 2.09 (S.D.=1.86) และคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า เท่ากับ 1.46 (S.D.=1.62) ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า การที่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า อาจอธิบายได้จากบริบททางประชากรศาสตร์และสังคมของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 71.46 ปี และมากกว่าร้อยละ 70 มีคู่สมรส และอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย เฉลี่ยมีสมาชิกในครอบครัว 3.34 คน ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนบทบาทของแรงสนับสนุนจากครอบครัวทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้[36] สอดคล้องกับการศึกษาของ บัวชมพู เอกมาตร และคณะ[5] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศชาย อายุเฉลี่ย 71.48 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 79.20 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 41.10 และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านร้อยละ 95.80 นั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 99.40 ไม่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า

2. ปัจจัยทำนายอาการวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้สึกเครียดร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของอาการวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 25 โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจการทำนายมากที่สุด รองลงมาคือการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้สึกเครียด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ของ Lenz และคณะ[8] ซึ่งอธิบายว่าอาการไม่พึงประสงค์เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ และสถานการณ์ ในการศึกษานี้ ปัจจัยด้านสถานการณ์คือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่มีบทบาทในการกำหนดระดับความรุนแรงของอาการวิตกกังวลในผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 71.46 ปี เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.50) ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยเพียง 5,154.63 บาท ลักษณะดังกล่าวสะท้อนถึงข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและการเข้าถึงทรัพยากร ซึ่งอาจลดโอกาสในการมีส่วนร่วมทางสังคมและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ในขณะที่ภาระจากการดูแลตนเองในภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงดำเนินอยู่ โดยกลุ่มตัวอย่างนี้มีระยะเวลาการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉลี่ย 8.20 ปี สถานการณ์เช่นนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องพึ่งพาการสนับสนุนทางสังคมในหลายมิติ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การให้กำลังใจและความรู้สึกเป็นที่ยอมรับ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น ความรู้ในการจัดการอาการและการใช้บริการสาธารณสุข และ การสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น เป็นต้น

ผลการวิจัยจึงชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอและเหมาะสมสามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ (β = -0.361, $p < .001$) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และเพิ่มความรู้สึกควบคุมต่อสถานการณ์ของตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ DiNicola และคณะ[18] ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของและการช่วยเหลือ (Instrument support) เช่น การให้ผู้อื่นทำบางอย่างให้ หรือการได้รับความช่วยเหลือที่มากขึ้น ความรู้สึกผิดหวังจากการไม่ได้รับความช่วยเหลือตามความจำเป็น และการเผชิญกับพฤติกรรมที่ขาดความเห็นอกเห็นใจจากผู้อื่น ล้วนมีความสัมพันธ์เชิงบวกและสามารถทำนายระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (β = 0.211, $p < .05$) เป็นปัจจัยทางด้านร่างกายที่สามารถทำนายการเกิดอาการวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ การรับรู้ว่าภาวะสุขภาพของตนที่แย่ลงหรือควบคุมอาการไม่ได้เต็มที่เป็นการสะท้อนอาการทางระบบหายใจที่มากขึ้นและข้อจำกัดการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ อาจกระตุ้นความกลัวต่อการกำเริบของโรคและการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล สอดคล้องกับการการศึกษาของ Smid และคณะ[37] ที่พบว่าเมื่ออาการและการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้นจากการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพลดลงควบคู่กับคะแนนอาการวิตกกังวลที่ลดลงด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้สึกเครียดเป็นปัจจัยทางด้านจิตใจที่สามารถทำนายอาการวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.189, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ของ Lenz และคณะ[8] ที่อธิบายว่าปัจจัยด้านจิตใจมีอิทธิพลโดยตรงต่อการเกิดและความรุนแรงของอาการทั้งทางกายและทางอารมณ์ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้อาจมีปัจจัยกระตุ้นความเครียดจากความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ ลดโอกาสเข้าถึงทรัพยากรด้านสุขภาพ และเพิ่มการพึ่งพาผู้อื่นในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Yohannes และ Alexopoulos[38] ที่ระบุว่าความเครียดเรื้อรังในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ในเชิงสรีรวิทยา ความเครียดเรื้อรังมีผลกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและการตอบสนองของแกน HPA (Hypothalamic–Pituitary–Adrenal axis) ส่งผลให้ระดับคอร์ติซอลและฮอร์โมนความเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้สมดุลอารมณ์แย่ลงและเพิ่มความไวต่อสิ่งกระตุ้นทางลบ[39] ผลการศึกษานี้จึงสนับสนุนแนวคิดว่าการประเมินและจัดการความเครียดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นกลยุทธ์สำคัญเพื่อลดความวิตกกังวล

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ยืนยันว่าการจัดการอาการวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นจำเป็นต้องบูรณาการการดูแลทั้งสามมิติ คือ เสริมการสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพเชิงบวก และลดความรู้สึกเครียด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสุขภาวะทางจิตใจในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุพบว่า ความรู้สึกว้าเหว่ (β = 0.290, $p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม (β = – 0.275, $p < .05$) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 22 แสดงให้เห็นว่าทั้งสองปัจจัยมีบทบาทสำคัญในด้านจิตสังคมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในด้านความรู้สึกว้าเหว่ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่าผู้สูงอายุมักมีการเกิดความว้าเหว่สูง[40] เนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกาย จิตใจและสังคมซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า[41] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยหลักที่มีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ เพศหญิง อายุมากหรือน้อย อาศัยอยู่ตามลำพัง การศึกษาสูง การว่างงาน การเกษียณอายุราชการ คุณภาพชีวิตต่ำ การแยกตัวจากสังคม รายได้สูงหรือต่ำ การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์มาก สมรรถภาพทางกายไม่ดี อาการทางเดินหายใจรุนแรง ดัชนีมวลกายสูงหรือต่ำ ทางเดินหายใจอุดตัน อาการหายใจลำบาก คะแนนดัชนีความสามารถในการออกกำลังกาย และการมีโรคประจำตัว (ส่วนใหญ่เป็นโรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง)[42] สำหรับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ แม้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่

(ร้อยละ 74.20) แต่เกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 48.50) และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยเพียง 5,154.63 บาท ซึ่งอาจลดโอกาสในการมีส่วนร่วมทางสังคมและเข้าถึงกิจกรรมที่เสริมสร้างคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ความรู้สึกว้าเหว่มีแนวโน้มสูงขึ้น แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 93.80 และมีสถานภาพสมรสคู่ถึงร้อยละ 74.20 แต่ความรู้สึกว้าเหว่ยังคงพบในระดับที่สามารถทำนายอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Victor และ Yang[43] ที่พบว่าความว้าเหว่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในทุกช่วงวัยและสามารถเกิดขึ้นได้แม้อยู่ท่ามกลางครอบครัวหรือชุมชน หากปฏิสัมพันธ์ที่มีอยู่ไม่ตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ ในทางกลับกันการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับอาการซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Turnier และคณะ[44] แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับรู้ว่าตนได้รับการสนับสนุนเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน ชุมชนหรือบุคลากรทางการแพทย์นั้น มีแนวโน้มมีระดับซึมเศร้าน้อยกว่า นอกจากนี้จากการศึกษาของ Husain และคณะ[14] ที่ยืนยันว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นมีความสัมพันธ์กับการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การมีความเครียดทางสังคมในระดับสูง และอาการวิตกกังวลในระดับสูง

ดังนั้น ผลการวิจัยนี้จึงสามารถยืนยันได้ว่าการเสริมสร้างและคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบองค์รวม ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ โดยควรมุ่งเน้นทั้งคุณภาพและความสม่ำเสมอของการสนับสนุน เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกเชื่อมโยง มีคุณค่า และได้รับความมั่นใจในการเผชิญโรคเรื้อรัง

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายอาการวิตกกังวลได้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพและความรู้สึกเครียด ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของอาการวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 25 ในขณะที่ความรู้สึกว้าเหว่ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในพื้นที่เดียวทำให้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการศึกษาในบริบทอื่น ผลการวิจัยจึงควรได้รับการตีความด้วยความระมัดระวังเมื่อประยุกต์ใช้ในพื้นที่หรือกลุ่มประชากรอื่น

2. สำหรับค่าสัมประสิทธิ์ของ Cronbach ของ HADS-Anxiety และ HADS-Depression ที่ต่ำกว่าระดับ 0.70 เล็กน้อย อาจสะท้อนการกระจายคะแนนที่จำกัดในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (Floor effect) และความแตกต่างด้านภาษาและบริบทชนบท ซึ่งอาจส่งผลต่อความเที่ยงตรงของการวัดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอาจมีความคลาดเคลื่อนบางส่วน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรให้ความสำคัญต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างบูรณาการ โดยพยาบาลควรดำเนินการประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าดำเนินการคัดกรอง HADS-Anxiety และ HADS-Depression ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ครั้งแรก และ ติดตามทุก 3–6 เดือน หรือเมื่อมีอาการกำเริบทางกาย หากผู้ป่วยรายใดมีคะแนนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ควรมีการส่งต่อเพื่อการประเมินซ้ำและรับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถระบุและจัดการปัญหาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น นอกจากนี้ ควรเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมผ่านกิจกรรมในครอบครัวและชุมชนที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม เช่น การจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพเชิงบวกเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดจากการรับรู้ข้อจำกัดของตนเอง นอกจากนี้ ควรส่งเสริมบทบาทของครอบครัวให้มีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดทั้งในด้านการสนับสนุนเชิงปฏิบัติและด้านอารมณ์

เช่น การจัดกิจกรรมที่เน้นให้ครอบครัวได้รับรู้ภาวะสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ มีความรู้ความเข้าใจในวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น โครงการครอบครัวร่วมดูแล อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง เพื่อสร้างความผูกพันและลดความโดดเดี่ยว ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป การวิจัยในอนาคตควรดำเนินการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมหรือการจัดการความเครียดและความรู้สึกว้าเหว่เพื่อลดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า และควรมีการศึกษาในพื้นที่และกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ทั้งในชุมชนเมืองและชนบท

การพิจารณาทางจริยธรรมในการใช้ AI

ผู้นิพนธ์ใช้ Chat GPT และ Quill bot เพื่อช่วยในการปรับปรุงความชัดเจนและความถูกต้องของภาษาของต้นฉบับ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ให้ทุนสนับสนุนโครงการวิจัยของอาจารย์ งบประมาณเงินรายได้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สำหรับการศึกษาครั้งนี้และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในโรงพยาบาลบรบือทุกท่านที่มีส่วนช่วยในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

References

1. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease. [Internet]. 2023 [Cited 2023 Oct 28], Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease – 2023 Report. [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 20], Available from: https://goldcopd.org
3. Witheethamsak P, Duangpaeng S, Masingboon, K. Relationship between symptom cluster and functional performance among patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2010;25(4):96-108. (in Thai)
4. Ekkamart B, Phaicharoen R, Phetphiphat P. The predictive power of symptom experience and symptoms management strategies on quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease in central chest institute of Thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(4):162-70. (in Thai)
5. Yohannes AM, Murri MB, Hanania NA, Regan EA, Iyer A, Bhatt SP, et al. Depressive and anxiety symptoms in patients with COPD: A network analysis. Respiratory Medicine. 2022;198:106865. doi:10.1016/j.rmed.2022.106865.
6. Lacasse Y, Rousseau L, Maltais F. Prevalence of depressive symptoms and depression in patients with severe oxygen-dependent chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation. 2001;21(2):80-6. doi:10.1097/00008483-200103000-00004
7. Johansson H, Berterö C, Berg K, Jonasson LL. To live a life with COPD - the consequences of symptom burden. International Journal of COPD. 2019;14:905-9. doi:10.2147/COPD.S192280

8. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. Advances in Nursing Science. 1997;19(3):14-27. doi:10.1097/00012272-199703000-00003
9. Wang F, Jia L. BMI moderates the relationship between depression and chronic obstructive pulmonary disease: cross-sectional survey. Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care. 2024;68:68-73. doi:10.1016/j.hrtlng.2024.06.013.
10. Negi H, Sarkar M, Raval AD, Pandey K, Das P. Presence of depression and its risk factors in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Indian Journal of Medical Research. 2014;139(3):402-8.
11. Yao HM, Xiao RS, Cao PL, Wang XL, Zuo W, Zhang W. Risk factors for depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. World Journal of Psychiatry. 2020;10(4):59-70. doi:10.5498/wjp.v10.i4.59
12. Jarab AS, AlQerem WA, Abu Heshmeh SR, Hamarneh YNA, Aburuz S, Eberhardt J. Factors associated with anxiety and depression among patients with chronic obstructive pulmonary disease. Expert Review of Respiratory Medicine. 2024;18(1-2):59-65. doi:10.1080/17476348.2024.2326512
13. Sundh J, Ställberg B, Lisspers K, Kämpe M, Janson C, Montgomery S. Comparison of the COPD assessment Test (CAT) and the clinical COPD questionnaire (CCQ) in a clinical population. COPD. 2016;13(1):57-65. doi:10.3109/15412555.2015.1043426.
14. Husain MO, Chaudhry IB, Blakemore A, Shakoor S, Husain MA, Lane S, et al. Prevalence of depression and anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease and their association with psychosocial outcomes: A cross-sectional study from Pakistan. SAGE Open Medicine. 2021;9:20503121211032813. doi:10.1177/20503121211032813
15. Alqahtani JS, Arowosegbe A, Aldhahir AM, Alghamdi SM, Alqarni AA, Siraj RA, et al. Prevalence and burden of loneliness in COPD: A systematic review and meta-analysis. Respiratory Medicine. 2024;233:107768. doi:10.1016/j.rmed.2024.107768.
16. Suen A, Cenzer I, Iyer A, Sudore R, Kotwal A. National prevalence and risk factors for loneliness and social isolation among adults with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Pain and Symptom Management. 2023;65(5):e526. doi:10.1513/AnnalsATS.202304-288OC
17. Stoustrup AL, Janssen DJA, Nakken N, Wouters EFM, Marques A, Weinreich UM, et al. Association of inadequate social support and clinical outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease–A cross-sectional study. Respiratory Medicine. 2024;226:107625. doi:10.1016/j.rmed.2024.107625.
18. DiNicola G, Julian L, Gregorich SE, Blanc PD, Katz PP. The role of social support in anxiety for persons with COPD. Journal of Psychosomatic Research. 2013;74(2):110-5. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.09.022
19. Barrueco E, Hernández-Mezquita MA, Hidalgo-Sierra V, Cordovilla R, Olivera-Pueyo J, Galán J. Diagnosis of Anxiety in COPD patients: Usefulness of the HADS test in primary care and pulmonology services. Journal of Personalized Medicine. 2024;14(7):713. doi:10.3390/jpm14070713.

20. Al-shair K, Dockry R, Mallia-Milanes B, Kolsum U, Singh D, Vestbo J. Depression and its relationship with poor exercise capacity, BODE index and muscle wasting in COPD. Respiratory Medicine. 2009;103(10):1572-9. doi:10.1016/j.rmed.2008.11.021.
21. Karlsen JH, Jørgensen KH, Weinreich UM. Association between impairment of lung function and risk of anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease-a systematic review. Systematic Review. 2024;13(1):300. doi:10.1186/s13643-024-02720-z.
22. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Pocket guide to COPD: Diagnosis, management, and prevention. 2020 edition. [Internet]. 2020 [cited 2025 Oct 01]. Available from: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/03/GOLD-2020-POCKET-GUIDE-ver1.0_FINAL-WMV.pdf
23. Mini-Cog©. Mini-Cog© Quick Screening for Early Dementia Detection. [Internet]. 2025 [Cited 2025 Oct 01], Available from: https://mini-cog.com/wp-content/uploads/2022/09/THAI-Standardized-Thai-Mini-Cog.pdf
24. Cohen J. A power primer. Psychological Bulletin. 1992;112(1):155-9. doi:10.1037//0033-2909.112.1.155
25. Van der Molen T, Willemse BW, Schokker S, ten Hacken NH, Postma DS, Juniper EF. Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. Health and Quality of Life Outcomes. 2003;1:13. doi:10.1186/1477-7525-1-13
26. Koedbangkham J, Hengudomsub P, Charoenkittayawut S. Factors associated with depression among Thai labors in the eastern economic corridor, Thailand. [Internet]. 2021 [cited 2025 Oct 01]. Available from: https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/4403/1/2565_099.pdf (in Thai)
27. Sasithorn N, Lueboonthavatchai P. Depression and associated psychosocial factors of the elderly at the elderly associate of Public Health Center 48 Nakwatchara-utid. Chulalongkorn Medical Journal. 2015;59(6):717–30. (in Thai)
28. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior. 1983;24(4):385-96. doi:10.2307/2136404
29. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. BioPsychoSocial Medicine. 2010;4:6. doi:10.1186/1751-0759-4-6.
30. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. Journal of Personality and Social Psychology. 1980;39(3):472-80. doi: 10.1037//0022-3514.39.3.472
31. Wongpakaran T, Wongpakaran N. A short version of the revised 'experience of close relationships questionnaire': Investigating non-clinical and clinical samples. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health. 2012;8:36-42. doi:10.2174/1745017901208010036.
32. Neelapaijit A, Pinyopornpanish M, Simcharoen S, Kuntawong P, Wongpakaran N, Wongpakaran T. Psychometric properties of a Thai version internet addiction test. BMC Research Notes. 2018; 11(1):69. doi:10.1186/s13104-018-3187-y.
33. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983;67(6):361-70. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

34. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the hospital anxiety and depression scale. An updated literature review. Journal of Psychosomatic Research. 2002;52(2):69-77. doi:10.1016/s0022-3999(01)00296-3
35. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of hospital anxiety and depression Scale in cancer patients. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 1996;41(1):18-30. (in Thai)
36. Miao H, Lu H, Sun Y, Ji J, Lu Y, Meng Y, et al. The protective influence of family support on anxiety, depressive symptoms, and suicidal ideation among elderly Chinese nursing home residents: A study of serial mediation. Medicine. 2024;103(4):e36930. doi:10.1097/MD.0000000000036930.
37. Smid DE, Franssen FM, Houben-Wilke S, Vanfleteren LE, Janssen DJ, Wouters EF, et al. Responsiveness and MCID estimates for CAT, CCQ, and HADS in patients with COPD undergoing pulmonary rehabilitation: A prospective analysis. Journal of the American Medical Directors Association. 2017;18(1):53-8. doi:10.1016/j.jamda.2016.08.002
38. Yohannes AM, Alexopoulos GS. Depression and anxiety in patients with COPD. European Respiratory Review. 2014;23(133):345-9. doi:10.1183/09059180.00007813
39. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. JAMA. 2007;298(14):1685-7. doi:10.1001/jama.298.14.1685
40. Van As BAL, Imbimbo E, Franceschi A, Menesini E, Nocentini A. The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: A systematic review. International Psychogeriatrics. 2022;34(7):657-69. doi:10.1017/S1041610221000399
41. Mann F, Bone JK, Lloyd-Evans B, Frerichs J, Pinfold V, Ma R, et al. A life less lonely: The state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2017;52(6):627-38. doi:10.1007/s00127-017-1392-y
42. Yayan J, Rasche K. Risk factors for depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Respiratory Physiology & Neurobiology. 2023;315:104110. doi:10.1016/j.resp.2023.104110
43. Victor CR, Yang K. The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. The Journal of Psychology. 2012;146(1-2):85-104. doi:10.1080/00223980.2011.613875
44. Turnier L, Eakin M, Woo H, Dransfield M, Parekh T, Krishnan JA, et al. The influence of social support on COPD outcomes mediated by depression. PLoS One. 2021;16(3):e0245478. doi:10.1371/journal.pone.0245478