

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง Factors Influencing Depression Among Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

เสาวลักษณ์ หงษาไช พย.ม.* Saowaluck Hongsachait, M.N.S.*

เบญจวรรณ นันทะไสย พย.ม.* Benchawan Nuntasai, M.N.S.*

Corresponding author: Email: ginnes2384@gmail.com

Received: 8 Nov 2024, revised: 5 Dec 2024, Accepted: 28 Dec 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการวินิจฉัยโรคและอาการหายใจลำบากกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจำอำเภอทางภาคเหนือของประเทศไทยสองแห่ง จำนวน 112 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง รวบรวมข้อมูลโดย 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (CES-D) 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 3) แบบวัดอาการหายใจลำบากของกิปท์ 4) แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เรลเอดีแอลและ 5) แบบวัดระดับความรุนแรงของโรค วิเคราะห์ข้อมูลภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ของปัจจัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคสแควร์ตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.4 อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 8.288, p=.011$) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 3.997, p=.046$) ระดับความรุนแรงของโรคและระยะเวลาการวินิจฉัยโรคไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ดังนั้นพยาบาลควรเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้มากขึ้นและเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า

*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ E-mail: ginnes2384@gmail.com, E-mail: benchawankanyana@gmail.com

* Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phrae



Abstract

This descriptive correlational research study aimed to examine depression among persons with chronic obstructive pulmonary disease and the factors related to depression, including daily activities, disease severity, duration since diagnosis, and dyspnea. The sample consisted of 112 purposively selected persons with chronic obstructive pulmonary disease who were visiting outpatient clinics of two district hospitals in the northern region of Thailand. Data were collected using 1) the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D), 2) the Demographics Questionnaire, 3) Gift's Dyspnea Scale, 4) the Barthel Index for Activities of Daily Living, and 5) the Disease Severity Scale. Data analysis on depression and its related factors was performed using descriptive statistics and Chi-square statistic.

The results showed that 13.4 % of the participants had depression. Dyspnea was related to depression, with statistical significance ($\chi^2 = 8.288, p=.011$). The practice of daily activities was related to depression, with statistical significance ($\chi^2 = 3.997, p=.046$). Disease severity and duration since diagnosis had no relationship with depression among persons with chronic obstructive pulmonary disease.

Therefore, nurses should motivate patients to perform daily activities, and breathing efficiency should be further strengthened to reduce depression among persons with chronic obstructive pulmonary disease.

Keywords : Related factors, persons with chronic obstructive pulmonary disease, depression.



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease [COPD]) เป็นโรคปอดที่มีลักษณะการจำกัดการไหลของอากาศในปอดซึ่งอาจเกิดจากการสัมผัสสารที่เป็นอันตราย โรคนี้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบได้บ่อย โดยเป็นผลจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอดจากฝุ่นต่าง ๆ และแก๊สพิษ ที่สำคัญคือ คาร์บอนมอนอกไซด์ โดยพบว่าโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโลก มีผู้เสียชีวิตกว่า 3 ล้านรายในปี 2023¹ สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2566 พบว่าสถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก โดยพบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงกว่า 20,000 ราย²

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นผลให้เกิดการตอบสนองต่อการอักเสบที่ผิดปกติในบริเวณปอดและระบบอื่น ๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรืออาการกำเริบจะส่งผลต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งเรียกโรคร่วมทั้งสองโรคนี้ว่า โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary emphysema) โดยที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักพบทั้งสองโรคร่วมกันและแยกออกจากกันไม่ได้³ จากการอักเสบในหลอดลมและเนื้อปอด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของหลอดลมและเนื้อปอด รวมทั้งหลอดลมฝอยและเส้นเลือดในปอด ส่งผลให้อากาศไม่สามารถไหลผ่านทางเดินหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ¹ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย

จากการศึกษาของ American Thoracic Society⁴ พบว่าอาการหายใจลำบาก ประกอบไปด้วยความรู้สึกที่มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันไปตามความรุนแรงของอาการ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดการตอบสนองทางด้านร่างกายและพฤติกรรมตามมา ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักมีอาการหายใจลำบาก ไอ และอ่อนเพลีย เกิดความเครียดวิตกกังวล และซึมเศร้าจากการเจ็บป่วย ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบอาการซึมเศร้าชั่วคราวหนึ่ง หรืออาการซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการซึมเศราร่วมด้วยจะประสบปัญหาเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรู้สึกไม่สบายใจ ส่งผลถึงการจำกัดกิจกรรม และการทนต่อการออกกำลังกายที่ลดลง⁵ มีผลกระทบทางจิตใจต่อผู้ป่วย เกิดภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล รวมถึงส่งผลกระทบอย่างมากต่ออารมณ์และพฤติกรรม โดยผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะจำกัดกิจกรรมทางกาย เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายจากอาการหายใจลำบาก ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ร่างกายเกิดการเสื่อมของกล้ามเนื้ออย่างชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรู้สึกโดดเดี่ยวและแยกตัวออกจากสังคม⁶

แอลดาไฮและคณะ⁷ ได้ทำการศึกษาถึงผลกระทบของปัจจัยทางจิตใจต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



พบว่า สถานะสุขภาพจิตที่ไม่ดีสามารถส่งผลกระทบต่อ
ที่รุนแรงต่อคุณภาพการทำงานของร่างกาย โดย
พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูง จะมีสมรรถภาพการ
ทำงานของร่างกายต่ำ และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ประสบปัญหาความวิตกกังวล และภาวะ
ซึมเศร้ามักมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงกว่าผู้ที่ไม่มีความ
วิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้แอลเวสติซูซา
และคณะ⁸ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มี
อาการซึมเศร้า และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องพบว่า มี
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นที่มีอาการซึมเศร้ามีความเสื่อม
ถอยในทุกด้าน ได้แก่ อาการหายใจลำบาก ความ
เมื่อยล้า การปฏิบัติกิจกรรมและผู้ป่วยที่ใช้จ่าย
หลดลงมากกว่าหนึ่งตัวมีโอกาสในการเพิ่มขึ้นของ
การเกิดอาการเหล่านี้ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มี
อาการซึมเศร้ามีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงใน
ทุกด้านเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเหล่านี้
โดยภาวะซึมเศร้ามักพบได้เสมอในผู้ที่เป็นโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรังและบ่อยครั้งจะสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้น
ของภาวะทุพพลภาพและการเจ็บป่วยส่งผลให้
คุณภาพชีวิตลดลง⁹ จากการศึกษาจึงพบว่าปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ อาการหายใจ
ลำบาก การปฏิบัติกิจกรรมรวมถึงระดับความรุนแรง
ของโรค นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาที่ได้รับการ
วินิจฉัยโรคเป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจาก
ระยะเวลาการวินิจฉัยโรคมีผลกระทบต่อสุขภาพของ
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁹ ภายหลังที่ผู้ป่วยที่ได้รับการ
วินิจฉัย สมรรถภาพปอดมักจะลดลงอย่าง
ต่อเนื่อง ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรม

ของผู้ป่วยลดน้อยลง ซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งด้าน
ร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วย¹⁰

แนวคิดทฤษฎีความเครียดและวิธีการ
เผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน¹¹
สามารถอธิบายการเกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
มักทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดจากอาการหายใจลำบาก
และการเปลี่ยนแปลงในคุณภาพชีวิตโดยผ่านการ
ประเมินทางปัญญา (Cognitive appraisal) ในกรณี
นี้เกี่ยวข้องกับวิธีที่ผู้ป่วยมองเห็นอาการของตนเอง
และผลกระทบที่มีต่อชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นที่ตนจะ
รับมือได้ ทำให้รู้สึกเครียด ส่วนการเผชิญปัญหา
(Coping) ที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วย
จัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น เช่น การใช้เทคนิคการ
หายใจลึก การฝึกสติและการขอความช่วยเหลือจาก
บุคคลรอบข้าง ซึ่งสามารถลดผลกระทบทางลบจาก
ความเครียดในชีวิตของผู้ป่วย COPD ได้

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าของ
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความ
รุนแรงของโรค ระยะเวลาการวินิจฉัยโรค อาการ
หายใจลำบาก ทั้งนี้ผลการวิจัยที่ได้สามารถเป็น
ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลให้มี
คุณภาพ รวมถึงการเฝ้าระวังและป้องกันปัจจัยที่
ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น
เรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

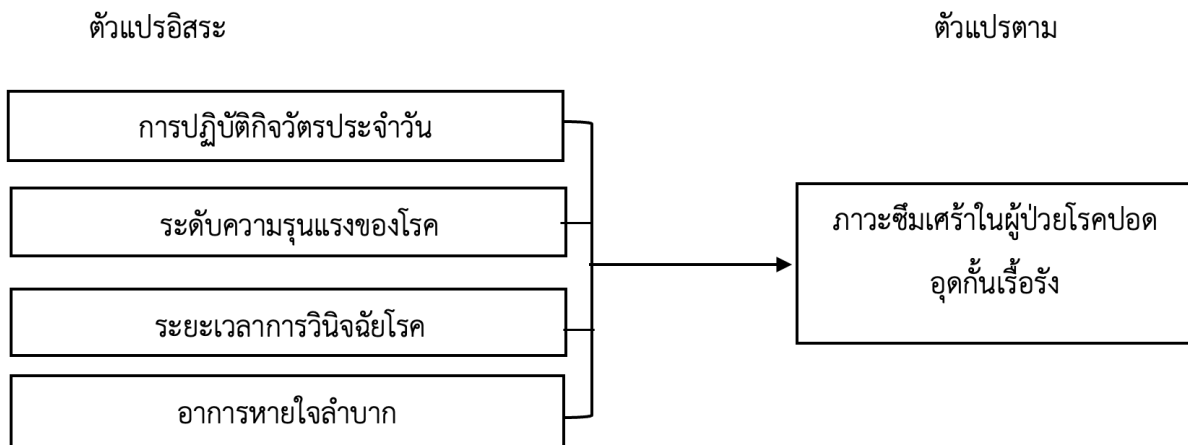
1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการวินิจฉัยโรคและอาการหายใจลำบากกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟคแมน¹¹ เป็นแนวทางในการศึกษา วิธีการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman เป็นทฤษฎีที่สำคัญในด้านจิตวิทยา ซึ่งเน้นการเข้าใจว่าบุคคลจะประเมินและจัดการกับความเครียดอย่างไร การเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ การประเมินทางปัญญา (Cognitive Appraisal) การประเมินสถานการณ์ที่เผชิญ คือ ความรุนแรงของโรค อาการหายใจลำบาก ระยะเวลา

การวินิจฉัย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เมื่อมองว่าสถานการณ์นั้นเป็นภัยคุกคามหรือเกินความสามารถที่จะรับมือ อาจก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะซึมเศร้า ในส่วนของการเผชิญปัญหา (Coping) การตอบสนองต่อความเครียดขึ้นอยู่กับการประเมินและทรัพยากรที่บุคคลมีการเผชิญปัญหาแบบจัดการอารมณ์ (Emotion-focused coping) เช่น หลีกเลืงความคิดด้านลบ อาจช่วยลดผลกระทบต่อจิตใจ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เช่น การปรับกิจวัตรให้เหมาะสมหรือการฝึกบริหารการหายใจ สามารถช่วยเสริมความรู้สึกควบคุมตนเองและลดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามหากบุคคลไม่สามารถปรับตัวหรือใช้วิธีเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ความเครียดที่สะสมอาจนำไปสู่การพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Correlation descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลสูงเม่นและโรงพยาบาลเด่นชัย จังหวัดแพร่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ที่มีอายุ 34-90 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการรักษาศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสูงเม่นและโรงพยาบาลเด่นชัย จังหวัดแพร่ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567-กันยายน 2567 จำนวน 478 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสูงเม่นและโรงพยาบาลเด่นชัย จังหวัดแพร่ โดยคำนวณจากสูตร $n=10(5)+50$ ของทอนโดท¹² ซึ่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 112 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้า (1. มีอายุ 34-90 ปี 2. สื่อสารอ่านภาษาไทยได้ดี 3. มีความสนใจและยินยอมให้ความร่วมมือ 4. ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความ 14 ข้อ ดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ ชนิดของบุหรี่ที่สูบ ระยะเวลาในการสูบบุหรี่ ปัจจุบันยังสูบบุหรี่

หรือไม่ การเข้ารับการรักษาในหนึ่งปีที่ผ่านมา การออกกำลังกาย และความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย

2. แบบวัดอาการหายใจลำบากของกิฟท์ (visual analogue scale [VAS])¹³ เป็นแบบวัดอาการหายใจลำบากประเมินค่าเชิงเส้นตรง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยเส้นตรงที่ยาว 100 มิลลิเมตร ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดยผู้ป่วยจะต้องประเมินตำแหน่งบนเส้นตรงนี้เพื่อระบุระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากที่กำลังประสบอยู่ในขณะนั้น โดยจะอ่านค่าตัวเลขที่แสดงบนเส้นตรงเพื่อแทนค่าของอาการหายใจลำบาก¹⁴ โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย และ 50 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากปานกลาง และ 100 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด

3. แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)¹⁵ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Index) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมกิจกรรมจำนวน 10 รายการ (1. การรับประทานอาหาร 0-2 คะแนน 2. การล้างหน้าและการดูแลความสะอาด 0-1 คะแนน 3. การลุกจากที่นอน 0-3 คะแนน 4. การใช้ห้องน้ำ 0-2 คะแนน 5. การเคลื่อนที่ภายในบ้าน 0-3 คะแนน 6. การสวมใส่เสื้อผ้า 0-2 คะแนน 7. การขึ้นลงบันได 0-2 คะแนน 8. การอาบน้ำ 0-1 คะแนน 9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระ 0-2 คะแนน 10. การกลั้น



ปัสสาวะ 0-2 คะแนน) เกณฑ์การประเมิน คะแนน
เต็ม 20 คะแนน

≥ 12 คะแนน เป็นกลุ่มที่ 1

ช่วยเหลือตัวเองได้

5 - 11 คะแนน เป็นกลุ่มที่ 2

ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง

≤ 4 คะแนน เป็นกลุ่มที่ 3

ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

4. แบบวัดระดับความรุนแรงของโรค

โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของโรค
ของสมาคมโรคทรวงอกแห่งสหรัฐอเมริกา
(American Lung Association)¹⁶ ซึ่งให้กลุ่ม
ตัวอย่างเป็นผู้กำหนดระดับความรุนแรงตามอาการ
ของตนเอง แบ่งได้เป็น 5 ระดับ

ความรุนแรงระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดใน
การปฏิบัติกิจกรรม สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้
ตามปกติโดยไม่มีอาการหายใจลำบากหรือเหนื่อย
หอบ แต่จะเริ่มมีอาการขณะทำงานหนัก

ความรุนแรงระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการ
ปฏิบัติกิจกรรมเล็กน้อย สามารถเดินบนพื้นราบได้
แต่ไม่กระฉับกระเฉงเท่าคนปกติ ไม่สามารถเดินขึ้นที่
สูง ขึ้นบันไดได้เท่าคนวัยเดียวกัน แต่ขึ้นตึกสูง 1 ชั้น
ได้โดยไม่มีอาการหายใจลำบากหรือเหนื่อยหอบ

ความรุนแรงระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการ
ปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานหนักและ
เดินพื้นราบได้เท่ากับคนในวัยเดียวกัน อาการหายใจ
ลำบากหรือเหนื่อยหอบ เมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้นและ
ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึก 2 ชั้น

ความรุนแรงระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการ
ปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น เคลื่อนไหวได้ในขอบเขต

ที่จำกัด ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่ยัง
ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ความรุนแรงระดับที่ 5 มีอาการรุนแรง
มาก อาจไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
และมักจะต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (The
Center for Epidemiologic Studies-Depression
Scale, CES-D)¹⁷ ฉบับภาษาไทยของอุมาพร ตรังค
สมบัติ เพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าเกี่ยวกับ
ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาประกอบด้วย 20
ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรา
ส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ
ประกอบด้วยข้อคำถามเชิง บวก 4 ข้อ และเชิงลบ
16 ข้อ การให้คะแนนมี 4 ระดับ โดยข้อคำถามเชิง
ลบ คือ ไม่เลย=0 คะแนน บางครั้ง=1 คะแนน บ่อย
ๆ=2 คะแนน และตลอดเวลา=3 คะแนน ส่วนข้อ
คำถามเชิงบวกให้คะแนนคือ ไม่เลย=3 คะแนน
บางครั้ง=2 คะแนน บ่อย ๆ =1 คะแนน และ
ตลอดเวลา =0 คะแนน คะแนนเต็มของแบบคัด
กรองภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 60 คะแนน คะแนนรวม
จากการทำแบบคัดกรองมากกว่า 22 คะแนน แสดง
ถึงการคัดกรองเบื้องต้นว่ามีภาวะซึมเศร้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ
(Content validity)

แบบวัดอาการหายใจลำบากด้วยการ
ประมาณค่าด้วยสายตา (Visual analogue scale
[VAS])^{13,14} แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ
ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)¹⁵ แบบ



วัดระดับความรุนแรงของโรค โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของโรคของสมาคมโรคทรวงอกแห่งสหรัฐอเมริกา¹⁶ เป็นแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน สร้างขึ้นโดยทีมผู้เชี่ยวชาญและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเป็นอย่างดี มีการนำไปใช้แล้วและใช้อย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำมาหาความตรงซ้ำ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบประเมินภาวะความซึมเศร้า (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale: CES-D)¹⁷ แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)¹⁵ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ แบบประเมินภาวะความซึมเศร้า (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale : CES-D)¹⁷ ได้เท่ากับ 0.73 ถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพอยู่ในระดับความเชื่อมั่นปานกลาง แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)¹⁵ ได้เท่ากับ 0.87 ถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพอยู่ในระดับความเชื่อมั่นสูง

ทั้งนี้แบบวัดอาการหายใจลำบากด้วยการประมาณค่าด้วยสายตา (visual analogue scale [VAS])^{13,14} ลักษณะแบบวัดเป็นการถามคำถามเพียงช่วงเวลาละหนึ่งข้อคำถาม จึงไม่จำเป็นต้องหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเสนอแก่คณะกรรมการ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ และสำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัด แพร่ เพื่อขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ และสำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัดแพร่

2. เมื่อได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่และสำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัดแพร่ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือน สิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลแต่เพียงผู้เดียว

4. ผู้วิจัยแนะนำตนเองเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและอธิบายทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่าง

5. กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ก่อนเริ่มทำแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล

6. เมื่อได้รับแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบหลังจากนั้นจึงรวบรวมข้อมูลที่ได้และนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม PPH NO . 034/2567 ลงวันที่ 1 เมษายน 2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยจัดทำ

เอกสารชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของขั้นตอนการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับใด ๆ ทั้งสิ้น รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล ซึ่งจะไม่เกิดผลกระทบใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น แบบสอบถามจะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารที่มีการล็อก ข้อมูลที่ถูกบันทึกในคอมพิวเตอร์จะถูกเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะทราบรหัสผ่าน และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลากារวินิจฉัยโรคและอาการหายใจลำบากกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น โดยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) เนื่องจากตัวแปรต้นเป็นมาตราอัตราส่วน (Ratio

scale) และตัวแปรตามเป็นนามบัญญัติ (Nominal scale)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.3 เพศหญิง ร้อยละ 27.7 อายุเฉลี่ย 70.15 ปี (SD =13.50) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 75 ปี ร้อยละ 46.5 มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 47.3 และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 21.4 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ไม่เกิน 2,000 บาท ร้อยละ 59.8 เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 84.8 ปัจจุบันเลิกบุหรี่ ร้อยละ 80.4 ใน 1 เดือนที่ผ่านมาไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 65.2

ผลการศึกษาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการวินิจฉัยโรค อาการหายใจลำบากและภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 81.3 มีระดับความรุนแรงของโรคระดับที่ 3 ร้อยละ 68.8 ระยะเวลาการวินิจฉัยใน 5 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 70.5 มีอาการหายใจลำบากปานกลาง ร้อยละ 84.8 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการวินิจฉัยโรค อาการหายใจลำบาก และภาวะซึมเศร้า (n= 112)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้	91	81.2
กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	21	18.8



ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของโรค		
ความรุนแรงระดับที่ 2	10	8.9
ความรุนแรงระดับที่ 3	77	68.8
ความรุนแรงระดับที่ 4	25	22.3
ระยะเวลาการวินิจฉัยโรค		
1- 5 ปี	82	73.2
6 – 10 ปี	22	19.7
มากกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี	8	7.1
ระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก		
หายใจลำบากปานกลาง	95	84.8
หายใจลำบากมากที่สุด	17	15.2
การเกิดภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	97	86.6
มีภาวะซึมเศร้า	15	13.4

ผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.011$) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.046$) ส่วนระดับความรุนแรงของโรคและระยะเวลาการวินิจฉัยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($n= 112$)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า	χ^2	P value
อาการหายใจลำบาก	8.288	.011*
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	3.997	.046*
ระดับความรุนแรงของโรค	4.547	.103
ระยะเวลาการวินิจฉัย	.278	.964

* $p\text{-value}\leq .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 13.4 ซึ่งต่ำกว่าผลการทบทวนอย่างเป็นระบบของไมอาร์และฮัว¹⁸ ที่ระบุว่า มีผู้ป่วยซึมเศร้าร้อยละ 28.5 โดยสาเหตุหลักมาจากดัชนีมวลกายที่สูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบการสูบบุหรี่และมีอาการกำเริบมากขึ้นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในขณะเดียวกันการศึกษาของชูซ่าและคณะ¹⁹ ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ามีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 38.6 โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านี้มักจะมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทุกด้าน สำหรับในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยมีภาวะซึมเศร้ามäßig เนื่องจากมีอาการหายใจลำบากในระดับปานกลางที่ร้อยละ 84.8 ไม่มีอาการกำเริบและเลิกสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 80.4 เมื่อพิจารณาข้อมูลเบื้องต้น กลุ่มตัวอย่างนี้เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้สรุปได้ว่ามีภาวะซึมเศร้ามäßig

อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .011$) อาการหายใจลำบากส่งผลให้ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ นอกเหนือจากผลกระทบทางด้านการทำงาน เช่น การจำกัดกิจกรรมและความอดทนในการออกกำลังกายแล้วยังต้องพิจารณาถึงผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น การเกิดภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล นอกจากนี้ การคาดการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากยังสามารถ

ส่งผลกระทบอย่างมากต่ออารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยมักจะหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมทางกายเพื่อไม่ให้เกิดอาการหายใจลำบาก อาการหายใจลำบากจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรักษาด้วยยาอาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพทางการหายใจ บรรเทาอาการและลดแรงกระตุ้นระบบประสาทในการหายใจเข้าสำหรับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามยังมีการรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการศึกษาการจัดการอาการด้วยตนเอง เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการจัดการกับภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่อาการหายใจลำบาก ดังนั้น การออกกำลังกายจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการรักษาสุขภาพและฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะยาว ที่ส่งผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁵

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .046$) จากการศึกษาของแวนเกสและคณะ²⁰ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีสมรรถภาพทางกายต่ำกว่าบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ สมรรถภาพทางกายที่ลดลงทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดความโดดเดี่ยวทางสังคม วิตกกังวลและซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของแอลดาไฮและคณะ⁷ พบว่าสภาวะทางสุขภาพจิตที่ไม่ดีอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสูง จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดต่ำลง จึงพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าที่สูงและภาวะสุขภาพที่ต่ำลงมีความ



เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
วันที่ลดลงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ระดับความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถทำงานหนักได้แต่สามารถเดินในพื้นที่ราบได้เท่ากับคนในวัยเดียวกัน แต่จะมีการเหนื่อยหอบเฉพาะเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องในการศึกษาของแวน มาเนน และคณะ²¹ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อภาวะนี้ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคและลักษณะทางจิตใจของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงสูงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับไม่รุนแรงถึง 2 เท่า ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังชนิดรุนแรง (FEV1 <50 %) อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าอยู่ที่ 25.0% เทียบกับ 17.5% ในกลุ่มควบคุม และ 19.6% ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังชนิดรุนแรงถึงปานกลาง

ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องจากระยะเวลาการวินิจฉัยส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 70.5 และระดับความรุนแรงอยู่ในระดับที่ 3 ร้อยละ 68.8 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 87.2 ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วกลุ่มตัวอย่างยังสามารถปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันได้ จึงไม่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า เช่น อาการหายใจลำบาก การสูบบุหรี่ การมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยและภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะที่รุนแรงขึ้นโดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะขาดแรงจูงใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงและการแยกตัวจากสังคม ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นได้ โดยเฉพาะเมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์²² นอกจากนี้ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยของโรคที่มากขึ้น ระดับความรุนแรงของโรค อาการหายใจลำบากที่เพิ่มขึ้น จะพบความเสี่ยงในการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁹

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรจัดโครงการหรือกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้มากขึ้นและเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อาศัยในชุมชน ได้แก่ บทบาทในครอบครัวและสังคม เนื่องจากผู้ป่วยที่รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตเสียบทบาทสำคัญ



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า
ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ในครอบครัวหรือชุมชน อาจรู้สึกหมดคุณค่าและ
ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2. จากผลของการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไป
วางแผนการจัดโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้า โดย
ส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
หรือการลดปัจจัยการกระตุ้นความรุนแรงของโรค

เอกสารอ้างอิง

1. Parums DV. Editorial. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2023 Guidelines for COPD, Including COVID-19, Climate Change, and Air Pollution. *Med Sci Monit.* 2023;29:e942672.
2. Health Data Center. อัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&catid=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=33b1c30a4652927ac32fee24e>.
3. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ – สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tst.or.th/>.
4. Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. American Thoracic Society. *Am J Respir Crit Care Med.* 1999;159(1):321–40.
5. Hanania NA, O'Donnell DE. Activity-related dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease: physical and psychological consequences, unmet needs, and future directions. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2019;14:1127–38.
6. O'Donnell DE, Milne KM, James MD, de Torres JP, Neder JA. Dyspnea in COPD: New Mechanistic Insights and Management Implications. *Advances in Therapy* 2020;37(1):41–60.
7. Aldhahi MI, Baattaiah BA, Nazer RI, Albarrati A. Impact of psychological factors on functional performance among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2023;20(2):1285.
8. Alves de Souza RC, Vieira FCOS, Costa GMO, Perpétua de Souza KR, Gomes de Siqueira LM, de Melo Marinho PÉ. Activities of daily living in patients with chronic obstructive pulmonary disease with depressive symptoms. *Fisioter Pesqui.* 2020;27(2):123-130.
9. Kushwaha S, Singh SK, Manar M, Verma AK, Kar SK, Gupta A. Health-related quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients: A hospital-based study. *J Family Med Prim Care.* 2020;9(8):4074.
10. Wangsom A. The Factors Predicting the Health-Related Quality of Life Among Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Public Health Region 4, Thailand: A Mixed-Methods Study. [cited 2024 Nov 19]; Available from: <https://openpublichealthjournal.com/VOLUME/13/PAGE/105/FULLTEXT/>.
11. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping.* New York: Springer Publishing Company; 1984.
12. Thorndike RM. *Correlation procedures for research.* New York: Gardner Press; 1978.

13. Gift AG. Validation of a vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. Rehabil Nurs. 1989;14(6):323–5.
14. สารนิติ บุญประสพ. อาการหายใจลำบาก: บทบาทของพยาบาล. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2567];6(2). เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/14172>.
15. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564. DDC MOPH. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2023 ต.ค. 1]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ%20พ.ศ.%202564.pdf>.
16. Dudley DL, Glaser EM, Jorgenson BN, Logan DL. Psychosocial concomitants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Part I. Psychosocial and psychological considerations. Chest. 1980 Mar;77(3):413–20.
17. อุมพร ตรังสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, ปิยลัมพร หะวานนท์ การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2540;42(1):2-3.
18. Miah A, Hou R. Anxiety and depression in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: a systematic review and meta-analysis [Internet]. Eur Respiratory Soc; 2023 [cited 2024 Nov 8]. Available from: https://erj.ersjournals.com/content/62/suppl_67/PA4138.abstract.
19. Souza RCA, Vieira FC, Costa GMO, Souza KRP, Siqueira LMG, Marinho PÉ M. Activities of daily living in patients with chronic obstructive pulmonary disease with depressive symptoms. Fisioterapia e Pesquisa. 2020;27(2):194–201.
20. Gestel AJ, Clarenbach CF, Stöwhas AC, Rossi VA, Sievi NA, Camen G, et al. Predicting daily physical activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. PloS one. 2012;7(11): e48081.
21. Manen JG, Bindels PJE, Dekker FW, IJzermans CJ, Zee JS, Schadé E. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. Thorax. 2002;57(5): 412–6.
22. García-Sanz MT, González-Barcala FJ. COPD is more than just lung function: Let's not forget depression. Archivos de Bronconeumología (English Edition). 2021;57(8):519–20.