

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREDICTING FACTORS OF DIETARY BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH CHRONIC
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2022

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอด อุดกันเรื้อรัง
โดย	น.ส.รัชณี พระราช
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.พิศสมัย อรทัย)	

รชนี พระราช : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (PREDICTING FACTORS OF DIETARY BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพศชายและหญิง จำนวน 132 ราย ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไปและคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการหายใจลำบาก แบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบสอบถามค่าความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00, 0.81, 0.93, 0.96 และ 1.00 ตามลำดับ และได้ความเที่ยงเท่ากับ .74, .72, .95 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 65.23 (SD = 6.55)
2. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้สูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ($b = .407, p < .05$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม ($b = .366, p < .05$) และภาวะทุพโภชนาการ ($b = -.140, p < .05$) ตามลำดับ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 46.2 (Adjusted $R^2 = .462, F = 38.533, p < .05$)

สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อนิสิต
ปีการศึกษา	2565	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6270013036 : MAJOR ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

KEYWORD: PREDICTING FACTORS, DIETARY BEHAVIORS, CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE

Ratchanee Prarach : PREDICTING FACTORS OF DIETARY BEHAVIORS AMONG PATIENTS
WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE. Advisor: Asst. Prof. NORALUK UA-
KIT, Ph.D.

This study is a predictive correlation research aimed to investigate factors influencing dietary behaviors among patients with chronic obstructive pulmonary disease. The sample is 132 both male and female with chronic obstructive pulmonary disease, who were out-patients at the Respiratory Clinic and OPD Medicine, Rajavithi Hospital and King Chulalongkorn Memorial Hospital. The instruments used for data collection were personal data questionnaire, dyspnea, food intake knowledge questionnaire, Nutrition Triage : NT2013, Social support questionnaire, and Dietary behavior questionnaire. The reliabilities of these questionnaire were .74, .72, .95, and .87 respectively. Statistical analysis using descriptive and stepwise multiple regression. The results found that:

1. The mean score of dietary behavior among patients with chronic obstructive pulmonary disease was good (Mean = 65.22, SD = 6.55)

2. The factors that can predict dietary behaviors with the highest statistical significance was food intake knowledge ($b = .407$, $p < .05$), followed by the social support ($b = .366$, $p < .05$), and malnutrition ($b = -.140$, $p < .05$), respectively. And those factors accounted for 47.5% of the variance in dietary behaviors among patients with chronic obstructive pulmonary disease (Adjusted $R^2 = .462$, $F = 38.533$, $p < .05$).

Field of Study: Adult and Gerontological
Nursing

Student's Signature

Academic Year: 2022

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ ธีเอกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้ถูกต้อง รวมทั้งให้กำลังใจผู้วิจัยมาตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย อรทัย กรรมการสอบภายนอกมหาวิทยาลัย ผู้กรุณาให้คำแนะนำในเรื่องการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่าเป็นอย่างยิ่งให้แก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่าง ๆ ทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ แพทย์ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยนอก พยาบาลประจำคลินิก และเจ้าหน้าที่ทุกระดับของโรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกท่าน ที่ได้สละเวลาเข้าร่วมการวิจัย และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ และให้คำแนะนำในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จไปด้วยดี

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

ท้ายที่สุด ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และสมาชิกในครอบครัวทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

รัชนี พระราช

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	12
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	16
2. แนวคิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	22
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	27
4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	39
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	41

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	48
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล	52
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	54
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ	64
สรุปผลการวิจัย.....	65
การอภิปรายผลการวิจัย.....	66
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	73
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	73
บรรณานุกรม.....	74
ภาคผนวก.....	75
ภาคผนวก ก ประกาศนุมติหัวข้อวิทยานิพนธ์ของผู้วิจัย.....	76
ภาคผนวก ข รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	78
ภาคผนวก ค จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	80
ภาคผนวก ง เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	89
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	97
ภาคผนวก ฉ การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	110
ประวัติผู้เขียน.....	121

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามค่า FEV ₁ หลังให้ยาขยายหลอดลม.....	17
ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	52
ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่ เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=132).....	58
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลระดับ คะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 132).....	60
ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการ สนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product correlation) (n = 132).....	61
ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) (n = 132).....	62

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	45
ภาพที่ 2 แผนผังการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling).....	47



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) ประมาณ 251 ล้านคน และโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า เนื่องจากความชุกของการสูบบุหรี่ และประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น (World Health Organization, 2017) จากสถิติในปี 2561 มีคนไทยป่วยด้วยโรคถุงลมโป่งพองกว่า 3 ล้านคน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562) และพบในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) นอกจากนี้ยังพบสถิติผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 7 ในกลุ่มอายุนี้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย 12 เขตบริการสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป ปี 2559 จำนวน 152,319 คน ปี 2560 จำนวน 159,398 คน และในปี 2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีจำนวน 169,009 คน โดยในเขตสุขภาพบริการที่ 1 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด เขตบริการสุขภาพที่ 12 มีอัตราการเจ็บป่วยพลันมากที่สุด (สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์, 2562) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในระดับต้น ๆ (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์, 2560) โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 6 ของประเทศไทย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562) อัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1.3 เท่าในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 40 คนต่อประชากร 1000,000 คน (สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์, 2562)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease: NCD) ที่พบได้บ่อย (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2021) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2559) ที่มีภาวะการขยายตัวอย่างผิดปกติของถุงลมส่วนปลาย เกิดจากมีโรคหลอดลมอักเสบเป็นเวลานานและเรื้อรัง สาเหตุเกิดจากหายใจเอาฝุ่นละออง การขาดเอนไซม์ Alpha₁-antitrypsin (ATT) ส่วนใหญ่เกิดจากการสูบบุหรี่ (WHO, 2017) และสาเหตุหลักหนึ่งในการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ สารอนุมูลอิสระ (วารานรินทร์ ยิสารคุณ และกุลวรรณา พูลผลผล, 2563) ทำให้เกิดการอักเสบในทางเดินหายใจ ส่งผลต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างถาวร (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2559) โดยทั่วไปมักรวมถึง 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักพบโรคทั้งสองดังกล่าวอยู่ร่วมกัน และแยกออกจากกันได้ยาก (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย ใน

พระราชูปถัมภ์, 2560) อาการทางระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อย ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการไอ มีเสมหะ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2559; GOLD, 2021) และผู้ป่วยต้องใช้แรงมากในการหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อหายใจอ่อนล้าต้องใช้กล้ามเนื้ออื่น ๆ ช่วยในการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อคอ ไหล่ หน้าท้อง ร่างกายจึงต้องใช้พลังงานและออกซิเจนเพิ่มขึ้น (Priva et al., 2000 อ้างถึงใน ปัญญภัทร ภัทรกัณทากุล และ จินตนา ดอนลาว, 2560 ; Collins, Yang, Chang, & Vaughan, 2019)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งความรุนแรงของโรคได้ 4 ระดับ ได้แก่ ความรุนแรงของโรคระดับ 1 ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเมื่อมีการออกกำลังกายหนัก มีอาการของโรคเพียงเล็กน้อย ไม่เคยมีอาการหอบกำเริบ และอาการไม่มีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความรุนแรงของโรคระดับ 2 ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเมื่อมีการออกกำลังกายปานกลาง มีการติดเชื้ทางระบบหายใจบ่อยครั้ง และอาการไม่มีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือมีผลเล็กน้อย ความรุนแรงของโรคระดับที่ 3 ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย เหนื่อยแม้จะเดินบนทางราบ มีอาการไอและมีเสมหะบ่อยครั้ง และอาการเหนื่อยมีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน และความรุนแรงของโรคระดับที่ 4 มีอาการเหนื่อยตลอดเวลาแม้ในขณะพัก มีอาการไอเรื้อรัง ปริมาณเสมหะมาก อาการเหนื่อยมีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมาก (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์, 2560)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากภาวะสุขภาพเป็นระยะเวลาที่ยาวนานตลอดชีวิต และต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน (ปราณี สายรัตน์ และคณะ, 2557) ผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้นี้มักสัมพันธ์กับการมีน้ำหนักและสมรรถภาพทางกายที่ลดลง (Farooqi et al., 2011) มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย การเสียชีวิตที่สูง และคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Almagro & Castro, 2013) ส่งผลคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และเศรษฐกิจ (เมธิณี จันตียะ และคณะ, 2554) ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง การใช้ยาไม่ถูกต้อง ภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ขาดความรู้เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (พรรณนิภา สืบสุข, 2554) และมักพบปัญหาน้ำหนักตัวลดลง มีการสลายตัวของมวลไขมัน (fat mass) ซึ่งการลดลงของมวลไขมัน มักเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียไม่มีแรง (ณัฐพล พลเทพ และคณะ, 2556) ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่การรักษาสามารถบรรเทาอาการ ปรับคุณภาพชีวิต และลดความเสี่ยงการเสียชีวิต (WHO, 2017) เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่ใช่เพียงแค่ว่ารักษาไม่ให้อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ แต่ยังคงต้องมุ่งเน้นในเรื่องของการควบคุมหรือลดสาเหตุชักนำที่ทำให้มีอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรุนแรงขึ้น รวมถึงการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหาบุคคลกลุ่มเสี่ยง

ประเมินปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (นุชธิดา สมัยสงฆ์, 2563)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็นกระบวนการตั้งแต่ก่อนรับประทานอาหารไปจนถึงส่วนประกอบของอาหารที่รับประทานเข้าไป ได้แก่ การซื้ออาหาร การเข้าถึงอาหาร การเตรียมอาหาร รูปแบบอาหาร มีอาหาร และนิสัยการบริโภคอาหาร (Marijn Stok et al., 2018) ซึ่งสารอาหารที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันที่มีปริมาณเพียงพอและเหมาะสม (ปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล และ จินตนา ดอนลาว, 2560; ภาวนิกา ทองสง และ กันตพร ยอดไชย, 2561) การมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ เช่น ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารที่มีสัดส่วนของคาร์โบไฮเดรตสูงมักมีระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง ภายหลังจากรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่มากเกินไปจะทำให้ผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ออกมามาก ดังนั้น ควรรับประทานอาหาร 5-6 มื้อเล็ก ๆ ต่อวัน แทนการรับประทานอาหาร 3 มื้อใหญ่ต่อวัน และการรับประทานเกลือหรือโซเดียมมาก เกลือจะดูดน้ำกลับเข้าสู่ร่างกาย ทำให้ร่างกายบวมน้ำและเกิดการคั่งของน้ำในปอด การดื่มคาเฟอีนจะทำให้ใจสั่น (รพีพร โรจน์แสงเรือง, 2561) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องมีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพื่อรักษามวลกล้ามเนื้อ (Mouri, Hatamochi, Uchino, & Takayama, 2020) ดังนั้น บุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Shalit et al., 2016)

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย Warahut (1999) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 17 รับประทานข้าวแกงกะหรี่ที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ กาญจนา ใจเย็น (2557) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมและกากใยสูง มีการรับประทานกึ่งแห้ง ปลาเล็กปลาน้อย และการรับประทานผักหลายชนิด และข้าวกล้องอยู่ในระดับไม่ดี การงดรับประทานขนมหวานเป็นไปได้ยาก การรับประทานน้อย ๆ แต่หลาย ๆ มื้อปฏิบัติได้ไม่ดี อังคณา บุญลพ (2558) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักชอบรับประทานอาหารประเภทแป้งซึ่งมีสารคาร์โบไฮเดรต ดารุณี เงินแท้ และคณะ (2560) ศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนวิธีการรับประทานอาหาร หรือประเภทอาหาร อาหารที่รับประทานมักเป็นเมนูซ้ำ ๆ เดิม ๆ ภาวนิกา ทองสง และ กันตพร ยอดไชย (2561) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการรายด้าน ได้แก่ ด้านการกำหนดชนิดอาหารและด้านการกำหนดปริมาณอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายข้อด้านการกำหนดชนิดอาหาร พบว่า ผู้ป่วยมีการรับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ อยู่ในระดับไม่ดี และจำแนกรายข้อด้านการกำหนดปริมาณอาหาร พบว่า ผู้ป่วยมีการ

รับประทานข้าวแป้งมีใยไม่เกิน 1 ทัพพีอยู่ในระดับไม่ตี และรับประทานอาหารมีไขมันน้อย ๆ 5-6 มื้อต่อวัน อยู่ในระดับไม่ตี กัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ (2563) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 90.24 มีการบริโภคสัดส่วนของอาหารจำแนกตามประเภท คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน ไม่เหมาะสม มีการบริโภคคาร์โบไฮเดรตสูงที่สุด ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับประทานคาร์โบไฮเดรตต่ำ ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับน้อย มีการบริโภคสัดส่วนเหมาะสมที่สุด ร้อยละ 10.11 รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง ร้อยละ 9.76 และผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง ร้อยละ 8.82 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 35.12 บริโภคจำนวนมื้อที่ไม่เหมาะสม โดยจำนวนมื้อที่เหมาะสม คือ มากกว่า 3 มื้อต่อวัน นอกจากนี้ พันธิภา ท่วมไทย และ จอนพะจง เฟิงจาด (2565) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียง ร้อยละ 36.4 ที่ดื่มนม ร้อยละ 26.1 ดื่มนมถั่วเหลือง และร้อยละ 38.6 รับประทานอาหารประเภทกุ้ง ผอย ปลากรอบ ปลาเล็กปลาน้อยบ่อยครั้งถึงทุกครั้ง

การศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังเช่น Pirabbasi et al. (2012) ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพศชายในแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์การแพทย์ของมหาวิทยาลัยแห่งชาติมาเลเซีย และสถาบันการแพทย์ระบบทางเดินหายใจ จำนวน 149 คน พบว่า มากกว่าร้อยละ 65 ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่คล้ายกันสำหรับการบริโภคอาหารที่มีพลังงาน โปรตีน วิตามินซี และวิตามินอีไม่เพียงพอ Van de Bool et al. (2014) พบว่า การบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ส่วนใหญ่มักจะรับประทานอาหารที่มีคุณภาพต่ำ บริโภคนม ผลไม้ และผักไม่เพียงพอต่อวัน (Shalit et al., 2016) ไม่ได้รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (Ter Beek et al., 2018) นอกจากนี้ Ting et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาล North District ในฮ่องกง มีการบริโภคพลังงานและโปรตีน ปริมาณเฉลี่ยอยู่ที่ 839 kcal และ 37g ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามความต้องการเพียงร้อยละ 59 และร้อยละ 64 ของความต้องการพลังงานและโปรตีน และต่ำกว่าระดับที่แนะนำ การศึกษาในประเทศเกาหลี พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 66.1 บริโภคอาหารที่ให้พลังงานได้น้อยกว่าร้อยละ 75 ของพลังงานที่ควรจะได้รับ และผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมและสมดุลน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ (Lee et al., 2013) และ Nguyen (2019) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังชาวเวียดนามมีการบริโภคพลังงานและโปรตีนไม่เพียงพอ ร้อยละ 85.7 และ 89.9 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีพลังงานและโปรตีนหลายชนิด เพิ่มของว่างที่ไม่มีสารอาหารที่เป็นประโยชน์ บริโภคเครื่องดื่มที่ไม่มีแคลอรี และไม่รับประทานอาหาร 3 มื้อต่อวัน ต่อมา Nguyen et al. (2019) ได้ศึกษาต่อยอดองค์ความรู้จาก

งานวิจัยเดิม พบว่า ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 ได้รับพลังงานและโปรตีนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หลีกเลี้ยงการรับประทานอาหารที่อุดมด้วยโปรตีนหลายชนิด และรับประทานอาหารเพียง 2 มื้อต่อวัน

จากปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวข้างต้นส่งผลกระทบต่อผู้ปวยดังกล่าวการศึกษาของ Holst et al. (2019) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการบริโภคโปรตีนลดลงส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง การขาดพลังงานจะทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง การขาดโปรตีนจะทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ พยาธิสภาพของโรคแย่ลง หรือมีการติดเชื้อที่ปอดทำให้ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อย ๆ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (ณัฐพล พลเทพ และคณะ, 2556) ส่งผลเสียต่อการทำงานของระบบทางเดินหายใจ (Yuceege et al., 2013) ติดเชื้อได้ง่าย (Chaudhary et al., 2017) ภาวะสุขภาพไม่ดี เพิ่มความรุนแรงของโรค (กัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ, 2563) การพยากรณ์โรคไม่ดี (Itoh et al., 2013; Yilmaz et al., 2015) สมรรถภาพการออกกำลังกายลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (Itoh et al., 2013) ผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ดี เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น (Ting et al., 2020) และพบว่าภาวะการดูแลของทีมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Hoong et al., 2017; Ting et al., 2020) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้โรครุนแรงขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อน

จากการทบทวนปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้ ณัฐพล พลเทพ และคณะ (2556) พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพ และผู้ดูแล เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ปัจจัยด้านอายุ (Battaglia et al., 2011) โดยผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพปากและฟัน จะบริโภคอาหารได้ลดลง (เมธิณี จันดิยะ และคณะ, 2554) รายได้ที่ไม่เพียงพอ (กัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ, 2563; ณัฐพล พลเทพ และคณะ, 2556; ปัญญภัทร ภัทรกัมทากุล และ จินตนา ดอนลาว, 2560; Warahut J., 1999) อาการหลายอย่างส่งผลต่อความอยากอาหารและการรับประทานอาหาร (Nordén et al., 2015) เช่น อาการหายใจลำบากขณะรับประทานอาหาร (Karabeleski et al., 2020) อาการปากแห้งจากยา anticholinergic (Eckerblad et al., 2014) อาการเบื่ออาหาร อาการหายใจถี่หรือหายใจไม่อิ่ม และไม่มีแรงที่จะรับประทานอาหาร (Holst et al., 2019) ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร (Warahut J., 1999) ภาวะทุพโภชนาการ (กัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ, 2563) ความอยากอาหารลดลง ภาวะซึมเศร้า (Karabeleski et al., 2020) ความเชื่อในการบริโภคอาหาร (กาญจนา ใจเย็น, 2557) การได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร (Warahut J., 1999) และการ

สนับสนุนทางสังคม (ปัญญาภัทร ภัทรกัมทากุล และ จินตนา ดอนลาว, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ามีการศึกษาอยู่ค่อนข้างน้อยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์และมีอิทธิพลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นด้วย เช่น การศึกษาของ พนารัตน์ ศรีฉายา และคณะ (2559) พบว่าความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.224, .204, .320, .319$ และ $.343$) ปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร ($\beta = .262$) และการสนับสนุนจากครอบครัว ($\beta = .225$) โดยสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 16.2 ($R^2 = .162$) การศึกษาของ อัมภากร หาญณรงค์ และคณะ (2560) พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = -.510$) และความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ($\beta = .236$) โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ร้อยละ 41.1 ($R^2 = .411, p<.001$) และจากการศึกษาของ จักรกฤษณ์ วัชรราชู และคณะ (2561) พบว่า อายุ รายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ โรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่ ($r=-.548, p<.01$; $r=.296, p<.01$; $r=.874, p=.05$; $r=.711, p<.01$ และ $r=.786, p<.01$) และปัจจัยทั้ง 5 ปัจจัยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ โรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่ได้ร้อยละ 60.7 ($R^2 = .607$) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลและส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และมีความคล้ายคลึงกับปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกมาเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเฉพาะกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากปัจจัยดังกล่าว ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรค (พวงเพชร ใจคำ และคณะ, 2563) เนื่องจากความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะนี้ ได้แก่ การเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (อังคณา บุญลพ, 2558) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการที่เหมาะสม จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงทำให้สามารถลดโอกาสเกิดการกำเริบของโรคได้ (ผานิกา ทองสง และ กันตพร ยอดไชย, 2561) ดังนั้น เป้าหมายสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากดูแลภายหลังได้รับการรักษาแล้ว หากมีการส่งเสริมหรือช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องและเหมาะสม จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรค ลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่าย และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ พบการศึกษาประเด็นพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมีค่อนข้างจำกัด จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาหาร การสำรวจและการส่งเสริมภาวะโภชนาการ อีกทั้งในการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะเชิงบรรยาย 1 เรื่อง (กัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ, 2563) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทยพบเพียง 1 เรื่อง (Warahut, 1999) และพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร $r=.296$, $p<.01$; ความเพียงพอของรายได้ $r=.244$, $p<.05$; และการได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร $r=.243$, $p<.05$) และมีการศึกษาการพัฒนาโปรแกรม 1 เรื่อง (ผานิกา ทองสง และ กันตพร ยอดไชย, 2561) แสดงว่ายังมีตัวแปรอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์และมีอิทธิต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังไม่ได้ถูกนำมาศึกษา อย่างไรก็ตามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารยังคงเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเพื่อให้ทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและเพิ่มตัวแปรที่ยังไม่มีผู้ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมในบริบทของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างไร
2. อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม (Scoditti et al., 2019) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ลดลง (Collins et al., 2019) การบริโภคอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (Rawal & Yadav, 2015) มีการบริโภคอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (Tapsell, 2017) การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคมีความสำคัญกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาก เนื่องจากผู้ป่วยมีความต้องการทางโภชนาการที่เพิ่มขึ้นจากกระบวนการเผาผลาญสารอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป และการเผาผลาญอาหารที่มีความซับซ้อน การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากมาย จึงมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีความเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรค จากการทบทวนวรรณกรรม เมื่อพิจารณาตัวแปรทั้งหมดแล้วพบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้นั้น ล้วนต้องคำนึงถึงปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ดังนั้น การพิจารณาตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยบางตัวจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งในและต่างประเทศ และผลการศึกษาพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับปานกลางถึงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามบางปัจจัยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเกี่ยวข้องและส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วย และเป็นประโยชน์ทางการพยาบาลกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมถึงได้เลือกปัจจัยที่ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อยเข้ามาศึกษาร่วมด้วย โดยคัดเลือกปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร และภาวะทุพโภชนาการ และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ตามรายละเอียด ดังนี้

1. **อายุ** เป็นตัวเลขที่บอกระยะเวลา ตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยอายุน้อยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีกว่าผู้ป่วยอายุมาก เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เสื่อมถอยลง ทำให้มี

ข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมมากขึ้น (จักรกฤษณ์ วัชรราชูร์ และคณะ, 2561) จากการศึกษาของ ไพรวลัย โศตรตะ และคณะ (2559) พบว่า ผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน อาจทำให้ไม่สามารถเลือกอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมตามหลักโภชนาการ เมธิณี จันตียะ และคณะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาสุขภาพปากและฟัน ส่งผลให้ความต้องการการรับประทานอาหารลดลง ญัฐพล พลเทพ และคณะ (2556) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของต่อมรับรสที่ลดลง รวมถึงการมีกระบวนการย่อยและดูดซึมอาหารลดลง และผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาเรื่องฟัน ทำให้ความอยากรับประทานอาหารลดลง และรับประทานอาหารได้น้อยลง กาญจนา ใจเย็น (2557) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุอยู่ในช่วงผู้สูงอายุตอนต้น ความเสื่อมของร่างกายยังมีไม่มาก ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่า สอดคล้องกับ Battaglia et al. (2011) ศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับข้อคำถามการบริโภคอาหารลดลงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเนื่องจากเบื่ออาหาร ปัญหาระบบทางเดินอาหาร การเคี้ยวหรือกลืนลำบาก ($r_s = -0.17$; $p < .001$) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับข้อคำถามปริมาณของเหลวที่บริโภคต่อวัน ($r_s = -0.13$; $p = 0.03$) De la Cruz & Cebrino (2021) อายุมีความสัมพันธ์กับการเลือกคุณภาพอาหารที่ไม่ดี/ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 2.94; 95%CI = 2.03-4.24, $p = .01$) และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรสลดลง ฟันไม่ดี เคี้ยวอาหารลำบาก ทำให้มีการรับประทานอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (สุนทรีย์ ภาณุทัต และคณะ, 2560) ดังนั้น อายุมีความสัมพันธ์ทางลบและส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2. รายได้ เป็นรายรับในแต่ละเดือนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีรายได้สูง จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยอาจจะมีข้อจำกัดหรืออุปสรรคด้านการเงิน ทำให้ไม่สามารถเลือกอาหารที่มีความเหมาะสม ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (จักรกฤษณ์ วัชรราชูร์ และคณะ, 2561) จากการศึกษา Warahut (1999) พบว่า ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .244$, $p < .05$) กาญจนา ใจเย็น (2557) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีรายได้น้อย ทำให้ค่าใช้จ่ายในการนำมาซื้ออาหารค่อนข้างจำกัด ปัญญาภัทร ภัทรกัณหากุล และ จินตนา ดอนลาว (2560) กล่าวว่า ปัจจัยด้านรายได้ ส่งผลต่อผู้ป่วยไม่ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ สอดคล้องกับกัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีรายได้ไม่เพียงพอ มีผลต่อความสามารถด้านการจัดเตรียมอาหารและการบริโภคอาหารให้เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย ส่วนการศึกษาของ จุฑามาศ ชื่นชม และคณะ (2558) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีรายได้เพียงพอมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ทำให้สามารถเลือกอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และ Yan et al. (2017) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อาศัยในเขตเมืองมีอัตราการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยโรคปอด

กันเรื้อรังที่อาศัยในเขตชุมชนชนบท (35.7% เทียบกับ 28.1%, $p < 0.0001$) ดังนั้น รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกและส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

3. อาการหายใจลำบาก เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความยากลำบากในการหายใจและรู้สึกต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้น (อัชฌาณัฐ วังโสม, 2559) เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการหายใจลำบาก (ปัญญาภัทร ภัทรกัณฑ์กุล และ จินตนา ดอนลาว, 2560) และอาการหายใจลำบากเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยอยากอาหารลดลง เกิดอาการหายใจไม่สะดวกเมื่อรับประทานอาหาร (ลัดดา จามพัฒน์ และคณะ, 2551) อาการหายใจลำบากขณะรับประทานอาหาร จึงทำให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้น้อย (Barnett, 2009 อ้างถึงใน ผานิกา ทองสง และ กนต์พร ยอดไชย, 2561) จากการศึกษาของ Warahut (1999) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 52 มีอาการหายใจลำบากขณะรับประทานอาหาร ร้อยละ 32 ต้องหยุดรับประทานอาหารเมื่อมีอาการหายใจลำบาก Grönberg et al. (2005) ศึกษาปัญหาการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการรุนแรง พบว่า อาการหายใจลำบาก คือ หนึ่งในปัญหาด้านการรับประทานอาหารที่มีการรายงานบ่อยที่สุด การศึกษาเชิงคุณภาพของ Wong et al. (2014) พบว่า อาการหายใจลำบากหรือการหายใจไม่ออกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีผลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร Odenkrants & Theander (2013) พบว่า อาการหายใจลำบากขณะรับประทานอาหารเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยบางราย และผู้ป่วยบางรายเกิดอาการเหนื่อยและหายใจลำบากจากการเตรียมอาหาร และอาการหายใจลำบากขณะรับประทานอาหาร ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการบริโภคพลังงานที่ลดลง (Karabeleski et al., (2020) ดังนั้น อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

4. ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (นรรรัตน์ สายจันทร์ และคณะ, 2561) การมีความรู้เกี่ยวกับอาหาร จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนในการดูแลตนเองในการเลือกบริโภคอาหาร และส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคได้ (พนารัตน์ ศรีฉายา และคณะ, 2559) จากการศึกษา Warahut (1999) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .296$, $p < .01$) Farooqi et al. (2011) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับคำแนะนำด้านอาหาร มีการบริโภคปริมาณพลังงานเพิ่มขึ้น (95%CI = 8.4-21.6, $p < 0.001$) และบริโภคโปรตีนเพิ่มขึ้น (95%CI = 0.9-12.0, $p < 0.09$) Seo (2014) พบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับความจำเป็นในการบริโภคโปรตีน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงบริโภคอาหารที่ประกอบด้วยคาร์โบไฮเดรต นอกจากนี้ Mouri, Hatamochi, Uchino, & Takayama (2020) พบว่า ภายหลังจากให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยมีการบริโภคพลังงานเพิ่มขึ้นจาก 1,505 กิโลแคลอรี/วัน เป็น 1,754 กิโล

แคลอรี/วัน มีความเหมาะสมของมื้ออาหารเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจถึงความจำเป็น และมีทักษะของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคมากขึ้น ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกและส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

5. ภาวะทุพโภชนาการ เป็นภาวะร่างกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีความไม่สมดุล ด้านโภชนาการ (กัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ, 2563) ซึ่งภาวะทุพโภชนาการ แบ่งเป็น 4 ระดับ ตามแบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ Nutrition Triage (NT 2013) ได้แก่ ไม่มี หรือ มีความเสี่ยง ของภาวะทุพโภชนาการ มีภาวะทุพโภชนาการเล็กน้อย มีภาวะทุพโภชนาการปานกลาง และมีภาวะ ทุพโภชนาการรุนแรง (วิบูลย์ ตระกูลสุน และ บุชชา พรหมณสุทธิ์, 2563) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากการใช้พลังงานในการหายใจเพิ่มขึ้น (กาญจนา ใจเย็น , 2557) สภาวะของโรคมีการเผาผลาญสูง และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะทุพโภชนาการ จะ มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแล ตนเองลดลง (ณัฐพล พลเทพ และคณะ, 2556) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดลง จากการศึกษาของ Pirabbasi et al. (2012) พบภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มี ความรุนแรงของโรคระดับ 3 และ 4 นอกจากนี้ สุนิศา คำหาญ และ สันติ สิลัยรัตน์ (2564) ศึกษา ภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบ เฉียบพลัน พบว่าในผู้ป่วยจำนวน 56 ราย มีภาวะทุพโภชนาการสูงถึง 46 ราย การศึกษาของ กัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ (2563) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะทุพโภชนาการ ระดับน้อยระดับปานกลาง และระดับรุนแรงได้รับปริมาณพลังงานต่อวันน้อยกว่าพลังงานที่ต้องการ ต่อวัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามสัดส่วนของอาหารแต่ละประเภทไม่เป็นไปตามเกณฑ์ มาตรฐานที่กำหนด คือ คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ 28-30 : 17-20 : 50-55 นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาในต่างประเทศ ดังเช่น Cochrane & Afolabi (2004) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังที่มีภาวะทุพโภชนาการได้รับพลังงานและโปรตีนที่ต่ำเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะทุพ โภชนาการ และ Nguyen (2019) ศึกษาพบว่า ภาวะทุพโภชนาการมีความสัมพันธ์กับอัตราส่วนของ การบริโภคโปรตีนต่อความต้องการของร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI = 0.75-0.97, p = < 0.019) โดยผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลางมีการบริโภคอาหารลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p < .001) ดังนั้น ภาวะทุพโภชนาการมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภค อาหาร

6. การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการ รับประทานอาหารจากบุคคลภายในครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ซึ่งผู้ดูแลอาจเป็นผู้คอยจัดหา

อาหารและส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดี (จรรยาพร วงศ์ขจิต และ รุ่งระวี นาวีเจริญ, 2558) และการได้รับการสนับสนุนจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์โดยได้รับคำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหาร ทำให้เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่น มีกำลังใจและให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำ (จักรกฤษณ์ วัชรราชูร์ และคณะ, 2561) จากการศึกษาของ Warahut (1999) พบว่า การได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.243, p<.05$) กาญจนา ใจเย็น (2557) ศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ ($r = .394, p <.001$) และ อังคณา บุญลพ (2558) ศึกษาติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและญาติ พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความรู้และทักษะในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเน้นอาหารที่ใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญน้อยที่สุด นอกจากนี้ Battaglia et al. (2011) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่อาศัยลำพังหรือรับประทานอาหารลำพัง จะบริโภคอาหารและได้รับพลังงานลดลง ไม่สามารถดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารได้ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกและส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

จากแนวเหตุผลร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น สามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. รายได้ ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. อายุ อาการหายใจลำบาก และภาวะทุพโภชนาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีขอบเขตการวิจัยดังนี้

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและคลินิกโรคปอด ในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ตัวแปรต้น คือ อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง เป็นการปฏิบัติหรือการกระทำที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารโดยตั้งใจอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การกำหนดชนิดอาหาร และการกำหนดปริมาณอาหาร ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะขาดสารอาหารของ ผานิกา ทองสง และ กันตพร ยอดไชย (2561) จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี

อายุ หมายถึง จำนวนอายุเต็มของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีหน่วยเป็นปี

รายได้ หมายถึง รายได้ที่ได้รับในแต่ละเดือนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีหน่วยเป็นบาท

อาการหายใจลำบาก หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สุขสบายเกี่ยวกับการหายใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินได้จากแบบสอบถามอาการหายใจลำบาก mMRC (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale) ของ สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ (2560) คะแนน 0 หมายถึง รู้สึกหายใจหอบ ขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น คะแนน 1 หมายถึง หายใจหอบเหนื่อยเมื่อเดินอย่างรีบบนพื้นราบ หรือ เมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน คะแนน 2 หมายถึง เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่วัยเดียวกันเพราะหายใจหอบ หรือต้องหยุดเพื่อหายใจเมื่อเดินตามปกติบนพื้นราบ คะแนน 3 หมายถึง ต้องหยุดเพื่อหายใจ หลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือหลังจากเดินได้บนพื้นราบ คะแนน 4 หมายถึง หายใจหอบมากเกินไปที่จะออกจากบ้าน หรือ หอบมากขณะแต่งตัวหรืออาบน้ำ

ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร หมายถึง การเข้าใจและความสามารถในการจำที่เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยได้จากการเรียนรู้ ค้นคว้า รวมถึงการได้ยิน ได้ฟังมา ได้แก่ ประเภทของอาหารที่เหมาะสม อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ประโยชน์ของการบริโภค

อาหารที่เหมาะสมกับโรค และโทษที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ประเมินโดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมของโรคของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ นรรัตน์ สายจันทร์ และคณะ (2561) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ ถูก และไม่ถูก/ไม่แน่ใจ คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารดี

ภาวะทุพโภชนาการ หมายถึง การไม่สมดุลของสารอาหารที่ได้รับกับความต้องการของร่างกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในลักษณะของภาวะขาดสารอาหาร ประเมินโดยใช้แบบประเมิน NT 2013 เป็นเครื่องมือที่แนะนำโดย Society of Parenteral and Enteral Nutrition of Thailand (ตรุณีวัลย์ วโรดมวิจิตร และคณะ, 2562) เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ ประวัติการได้รับอาหาร การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ภาวะบวม น้ำ ระดับการสูญเสียมวลไขมัน ระดับการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ สมรรถภาพกล้ามเนื้อ ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน จำนวน 8 ข้อ ผู้วิจัยเป็นผู้ถามและให้คะแนนตามแบบประเมิน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร ได้แก่ ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือในด้านการเลือกซื้ออาหาร การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำแนะนำ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงจากแบบประเมินแรงสนับสนุนของครอบครัวของ กาญจนา ใจเย็น (2557) จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการสนับสนุนทางสังคมดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาในการทำวิจัยดังนี้

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.1 ความหมายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.3 พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.5 การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.6 ภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.7 แนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.8 การป้องกันการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.9 การประเมินและติดตามโรค
2. แนวคิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
 - 2.2 ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 2.3 การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.1 ความหมายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) มีลักษณะเป็น progressive, not fully reversible airflow limitation) ซึ่งเป็นผลจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอด จากฝุ่น และแก๊สพิษ ที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ควันบุหรี่ ทำให้เกิด abnormal inflammatory response ทั้งในปอดและระบบอื่น ๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรืออาการกำเริบเฉียบพลัน จะมีผลต่อความรุนแรงของโรค โดยทั่วไปมักหมายรวมถึงโรค 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง กล่าวคือ ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ และโรคถุงลมโป่งพอง คือ โรคที่มีพยาธิสภาพการทำลายของถุงลม และ respiratory bronchiole โดยมีการขยายตัวโป่งพองอย่างถาวร (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระราชาอุปถัมภ์, 2560)

1.2 สาเหตุของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระราชาอุปถัมภ์, 2560; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2560)

1.2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ พันธุกรรม เช่น $\alpha 1$ anti trypsin ภาวะ bronchial hyperresponsiveness มีปัจจัยรบกวนการเจริญเติบโตของปอดตั้งแต่วัยเด็ก

1.2.2 ปัจจัยจากสภาพแวดล้อม ได้แก่ การสูบบุหรี่ ทั้งจากผู้สูบเองโดยตรง หรือได้รับควันบุหรี่จากคนรอบข้าง มลภาวะทั้งในบริเวณบ้าน ที่ทำงาน และสารพิษต่าง ๆ ที่สำคัญคือ การเผาไหม้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหาร (biomass fuel) และสำหรับขับเคลื่อนเครื่องจักรต่าง ๆ (diesel exhaust) การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจในวัยเด็ก

1.3 พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ปราณี ทุไพบเราะ, 2558)

เมื่อหลอดลมได้รับการระคายเคืองบ่อย ๆ จะทำให้เยื่อหลอดลมโดยเฉพาะต่อมเมือกหลังสารคัดหลั่งออกมา เซลล์จะมีขนาดใหญ่และเพิ่มจำนวนขึ้น ผนังหลอดลมหนาตัวและความยืดหยุ่นเสียไป ท่อหลอดลมจะตีบแคบลง ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จะทำให้ขนกวัดในเซลล์เยื่อหลอดลมเคลื่อนไหวได้น้อยลง ต่อมและเซลล์เมือกไม่สามารถขับมูกที่มากและเหนียวออกไปได้ ส่วนโรคถุงลมโป่งพองเกิดจากการระคายเคืองของเยื่อหลอดลมเป็นเวลานาน เมื่อกที่ฉาบอยู่บนผิวของหลอดลมถูกทำลาย ทำให้ผนังหลอดลมหนาและกลายเป็นแผลเป็น ขนกวัดถูกทำลายทำให้เชื้อแบคทีเรียและไวรัสแทรกเข้าสู่เซลล์ของหลอดลม มีการอักเสบและสร้างเสมหะออกมามาก และเมื่อกกลไกการขับเสมหะตามปกติถูกทำลาย จะทำให้เสมหะที่สร้างขึ้นนั้นจับตัวเป็นก้อนอุดหลอดลมไว้ อากาศผ่านเข้าออกจากถุงลมไม่ได้จึงดันให้ถุงลมโป่งออก ถุงลมสูญเสียความยืดหยุ่น เมื่อมีการคั่งของอากาศนาน ๆ เข้าถุงลมจะยิ่งโป่งออกจนมีการฉีกขาดและหลอดเลือดบริเวณนั้นถูกทำลาย พื้นที่ผิวในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ออกซิเจนในเลือดจะต่ำลง หัวใจซึ่งขวาต้องทำงานหนักซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดหัวใจซีกขวาล้มเหลว เรียกภาวะนี้ว่า Cor pulmonale

1.4 อาการและอาการแสดงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์, 2560)

อาการ

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการเมื่อพยาธิสภาพลุกลามไปมากแล้ว อาการที่พบ ได้แก่ หอบเหนื่อยซึ่งจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ไอเรื้อรังหรือมีเสมหะโดยเฉพาะในช่วงเช้า อาการอื่นที่พบได้ คือ แน่นหน้าอก หรือหายใจมีเสียงหวีด ในกรณีที่มีอาการอื่น ๆ เช่น ไอออกเลือด หรือเจ็บหน้าอก จะต้องหาโรคร่วมหรือการวินิจฉัยอื่นเสมอ ที่สำคัญ คือ วัณโรค มะเร็งปอด และหลอดลมพอง

อาการแสดง

การตรวจร่างกายในระยะแรกอาจไม่พบความผิดปกติ เมื่อการอุดกั้นของหลอดลมมากขึ้นอาจตรวจพบลักษณะของ airflow limitation และ air trapping ในระยะท้ายของโรคอาจตรวจพบลักษณะของความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงและ/หรือหัวใจด้านขวาล้มเหลว (Cor pulmonale) ไม่ควรตรวจพบภาวะนิ้วบวม หากพบควรนึกถึงภาวะอื่น เช่น มะเร็งปอด, หลอดลมพอง (bronchiectasis) เป็นต้น

ตารางที่ 1 ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามค่า FEV₁ หลังให้ยาขยายหลอดลม

ผู้ป่วยทุกรายต้องมีค่า FEV ₁ /FVC หลังให้ยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 70	
รุนแรงน้อย (GOLD 1)	ค่า FEV ₁ ≥ 80 % ของค่ามาตรฐาน
รุนแรงปานกลาง (GOLD 2)	ค่า FEV ₁ 50-79 % ของค่ามาตรฐาน
รุนแรงมาก (GOLD 3)	ค่า FEV ₁ 30-49 % ของค่ามาตรฐาน
รุนแรงมากที่สุด (GOLD 4)	ค่า FEV ₁ < 30 % ของค่ามาตรฐาน

1.5 การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2559)

1.5.1 การซักประวัติ: ประวัติการสูบบุหรี่ การสัมผัสสารเคมี และมลพิษ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น วัณโรค และกรรมพันธุ์

1.5.2 การตรวจร่างกาย: อาจพบทรวงอกเป็นรูปถังเบียร์ (barrel shape) เคาะปอดจะได้ยินเสียงโปร่งจากการมีอากาศค้างในถุงลมปริมาณมาก

1.5.3 การถ่ายภาพรังสีทรวงอก มีประโยชน์ในการวินิจฉัยแยกโรค แต่ไม่มีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.5.4 การตรวจความดันก๊าซในหลอดเลือดแดง ช่วยบอกถึงการพร่องออกซิเจน ภาวะหายใจล้มเหลว โดยเฉพาะภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือดแดง

1.5.5 ตรวจสมรรถภาพปอด โดยใช้เครื่องสไปโรเมตรี (spirometry) เป็นการวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจเข้าและออกจากปอด เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรค และติดตามการรักษาหรือ

ดำเนินโรค ค่าที่ได้จากการตรวจสอบสมรรถภาพปอดที่ใช้ส่วนใหญ่คือค่า FEV_1/FVC คูณด้วย 100 หน่วย เป็นเปอร์เซ็นต์ ค่าที่ได้หลังได้รับยาสูดขยายหลอดลม $FEV_1/FVC < 70$ เปอร์เซ็นต์ จะวินิจฉัยว่าเป็นปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.6 ภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดจากมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ได้แก่ ขาดทักษะเรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง การหายใจอย่างไม่มีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายไม่ถูกต้อง การพักผ่อนไม่เพียงพอ ภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม การสัมผัสสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม เช่น หมอก คิวิน และการสูบบุหรี่ (พวงเพชร ใจคำ และคณะ, 2563) การมีโรคร่วม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการด้านสรีรวิทยา โรคร่วมอาจส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความก้าวหน้ามากขึ้น โดยเฉพาะโรคร่วมในระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หัวใจทำงานหนักเพื่อต้านแรงของหลอดเลือดในปอด ทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยง่ายแม้ออกกำลังกายเล็กน้อย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพและการปฏิบัติหน้าที่ลดลง จึงอาจเป็นสาเหตุของอาการกำเริบเฉียบพลันได้ (พนาวรรณ บุญพิมล และคณะ, 2558)

1.7 แนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์, 2560)

1.7.1 การประเมินผู้ป่วยเพื่อการรักษา

หลังให้การวินิจฉัยด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ควรทำการประเมินผู้ป่วยเพื่อจัดกลุ่มในการรักษา โดยใช้หลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย การวัด modified medical research council dyspnea scale (mMRC) การเกิดการกำเริบเฉียบพลันของโรค (acute exacerbation) และผลการตรวจสอบสมรรถภาพปอด (FEV_1) เป็นปัจจัยในการประเมิน โดยถือเอาความรุนแรงสูงสุดจากปัจจัยเหล่านี้เป็นหลักในการจัดกลุ่ม โดยพิจารณาตามความเหมาะสม มีการแบ่งผู้ป่วยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1.7.1.1 กลุ่มที่ 1 อาการน้อย (mild) ประกอบด้วย มีอาการเหนื่อยเมื่อมีการออกกำลังกายอย่างหนัก มีอาการของโรคเพียงเล็กน้อย ไม่เคยมีอาการหอบกำเริบ และอาการไม่มีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน mMRC 0 – 1 ไม่มีการกำเริบเฉียบพลัน ผลการตรวจสอบสมรรถภาพปอดค่า FEV_1 ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

1.7.1.2 กลุ่มที่ 2 อาการปานกลาง (moderate) ประกอบด้วย มีอาการเหนื่อยเมื่อมีการออกกำลังกายปานกลาง มีการติดเชื้อทางระบบหายใจบ่อยครั้ง และอาการไม่มีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือมีผลเล็กน้อย mMRC 1 – 2 มีการกำเริบเฉียบพลัน แต่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะหรือสเตียรอยด์ ผลการตรวจสอบสมรรถภาพปอด ค่า FEV_1 ร้อยละ 50 ถึง 79

1.7.1.3 กลุ่มที่ 3 อาการรุนแรง (severe) ประกอบด้วย มีอาการเหนื่อยเมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย เหนื่อยแม้จะเดินบนทางราบ มีอาการไอและมีเสมหะบ่อยครั้ง และอาการเหนื่อยมีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน mMRC 2 – 3 มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ที่จะต้องใช้ยาปฏิชีวนะและ/หรือสเตียรอยด์อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี หรือกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ผลการตรวจสมรรถภาพปอด ค่า FEV₁ ร้อยละ 30 ถึง 49

1.7.1.4 กลุ่มที่ 4 อาการรุนแรงมาก (very severe) ประกอบด้วย มีอาการเหนื่อยตลอดเวลาแม้ในขณะพัก มีอาการไอเรื้อรัง ปริมาณเสมหะมาก อาการเหนื่อยมีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมาก mMRC 3 – 4 มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ที่จะต้องใช้ยาปฏิชีวนะและ/หรือสเตียรอยด์อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี หรือกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ผลการตรวจสมรรถภาพปอด ค่า FEV₁ น้อยกว่าร้อยละ 30

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป เนื่องจากมักจะพบอาการหายใจลำบากในระยะดังกล่าว

1.7.2 แนวทางการรักษาด้วยยาแบบขั้นบันได (stepwise approach to COPD treatment)

1.7.2.1 กลุ่มที่ 1 อาการน้อย (mild)

1.7.2.1.1 เริ่มการรักษาด้วยยาพ่นสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นไม่ว่าจะเป็นกลุ่ม beta2 agonist (SABA) หรือกลุ่ม anticholinergic (SAMA) หรือยาแบบผสมทั้ง 2 กลุ่ม (SABA+SAMA) เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อย

1.7.2.1.2 อาจพิจารณาเลือกให้ยาขยายหลอดลมชนิดรับประทาน theophylline ชนิดออกฤทธิ์นานในขนาดต่ำ (sustained-release theophylline) เป็นยาเดี่ยวหรือให้ร่วมกับยาพ่นสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น

1.7.2.2 กลุ่มที่ 2, 3, 4 อาการปานกลาง (moderate) อาการรุนแรง (severe) และ อาการรุนแรงมาก (very severe) เพื่อลดอาการของผู้ป่วย และป้องกันการกำเริบของโรค แนะนำให้เพิ่มยาดังต่อไปนี้

1.7.2.2.1 ยาพ่นสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวกลุ่ม anticholinergic (LAMA) และ/หรือกลุ่ม beta2 agonist (LABA)

1.7.2.3 ผู้ที่มีอาการกำเริบบ่อย (มีการกำเริบมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อปี หรือต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี) แนะนำให้เพิ่มยาดังต่อไปนี้

1.7.2.3.1 ยาพ่นสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวกลุ่ม beta2 agonist ผสมสเตียรอยด์ (LABA/ICS) และ/หรือกลุ่ม anticholinergic (LAMA)

1.7.2.3.2 พิจารณาเพิ่มยา กลุ่ม phosphodiesterase-4 (PDE-4) inhibitor (roflumilast) ในผู้ป่วยกลุ่มหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และมีค่า FEV₁ น้อยกว่าร้อยละ 50

1.7.2.3.3 พิจารณาเพิ่มยา azithromycin หรือยา mucolytics ที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ เช่น N-acetylcysteine, carbocysteine ในผู้ป่วยที่มีเสมหะมาก

1.7.3 การรักษาอื่น ๆ

1.7.3.1 ให้ผู้ป่วยรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (influenza vaccine) ปีละอย่างน้อย 1 ครั้ง และแนะนำประโยชน์ของการรับวัคซีนป้องกันปอดอักเสบ (pneumococcal vaccine)

1.7.3.2 ตรวจสอบเรื่องการสูบบุหรี่ แนะนำวิธีและสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่

1.7.3.3 เริ่มโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilitation) ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการ

1.7.3.4 ในผู้ป่วยกลุ่มอาการรุนแรง (severe) ขึ้นไป แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ออกซิเจนอย่างน้อยวันละ 15 ชั่วโมง แนะนำทางเลือกในการรักษาโดยการผ่าตัด ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และแจ้งการพยากรณ์โรค คุณถึงวาระสุดท้ายในชีวิตกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนชีวิตในอนาคต

1.7.3.5 แนะนำให้มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และปรับการใช้ชีวิต เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ (สืบตระกูล ต้นตลานุกูล และคณะ, 2560)

1.7.3.6 หลีกเลี่ยงการอยู่ในชุมชนแออัด หลีกเลี่ยงการสูดสิ่งที่มีระคายเคือง ได้แก่ น้ำหอม สเปรย์ และฝุ่นละออง หลีกเลี่ยงอากาศเย็นจัด ลมหนาว ควรปิดปากปิดจมูกด้วยผ้า

ออกป็นอกบ้าน (ปราณี ทัพไพเราะ, 2558)

1.8 การป้องกันการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์, 2560)

การกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผลเสียต่อผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตเลวลง เร่งการเสื่อมสมรรถภาพของปอด เพิ่มอัตราการทุพพลภาพและเสียชีวิต เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นอย่างมาก การป้องกันการกำเริบเฉียบพลันของโรคจึงมีความสำคัญ แนวทางการรักษาที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าลดการกำเริบของโรค ได้แก่ การเลิกบุหรี่ การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดภายใน 4 สัปดาห์หลังการกำเริบเฉียบพลัน และการใช้ยาตามแนวทางการรักษาด้วยยา

1.9 การประเมินและติดตามโรค

ในการประเมินผลการรักษาควรมีการประเมินทั้ง อาการผู้ป่วย และผลการตรวจ ประกอบด้วย การประเมินที่ควรทำทุกครั้งที่มาตรวจ และการประเมินที่ควรทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

1.9.1 การประเมินที่ควรทำทุกครั้งที่มาตรวจ

1.9.1.1 อาการเหนื่อยหอบที่มากขึ้นหรือน้อยลง อาจใช้ modified medical research council (mMRC) scale หรือ visual analogue scale หรือ COPD assessment test (CAT)

1.9.1.2 อาการไอ และ/หรือ ปริมาณเสมหะมากขึ้นหรือน้อยลง

1.9.1.3 การเปลี่ยนแปลงสีเสมหะ

1.9.1.4 ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (actual daily activity) และความสามารถในการออกกำลังกาย (exercise capacity)

1.9.1.5 สถานะของการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

1.9.1.6 ความสามารถและความถูกต้องในการใช้ยาสูดพ่น

1.9.1.7 ความสม่ำเสมอในการใช้ยาสูดพ่น (adherence)

1.9.1.8 ประเมิน SpO₂ วัดน้ำหนัก ส่วนสูง เพื่อประเมินค่า BMI

1.9.1.9 อาการหรืออาการแสดงของโรคร่วม (co - morbid disease) ที่พบบ่อย เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกระดูกและไขข้อ โรคต่อมลูกหมาก และโรคซึมเศร้า

1.9.2 การประเมินที่ควรทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

1.9.2.1 Spirometry, pre and post bronchodilator

1.9.2.2 คุณภาพชีวิต โดย St. George Respiratory Questionnaires (SGRQ) หรือ CAT

ในผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยจนคุณภาพชีวิตประจำวันควรประเมินเพิ่มเติมคือ

1.9.2.3 Six-minute walking distance (6MWD)

1.9.2.4 Arterial blood gases (กรณี SpO₂ < 92)

สรุปได้ว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง โรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการสูบบุหรี่ หรือมลภาวะทางอากาศ เกิดร่วมกับอาการหลักคือ อาการไอ มีเสมหะ และหายใจลำบาก โดยอาการจะรุนแรงมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย แต่สามารถป้องกันควบคุมโรคได้ แนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มีทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยส่วนใหญ่ใช้ยาขยายหลอดลม และเป้าหมายของการรักษาคือ ช่วยบรรเทาอาการของโรค ป้องกันการกำเริบเฉียบพลัน ฟื้นฟูระบบทางเดินหายใจ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การดูแลให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ และผู้ป่วยควรมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การงดสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสัมผัสสิ่ง

กระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม รวมถึงการดูแลด้านจิตใจ วิธีการผ่อนคลายความเครียด และการให้ความรู้กับ

ญาติหรือผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ ในการดูแลผู้ป่วยได้ เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ดีขึ้น

2. แนวคิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.1 ความหมายของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

WHO (2007) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การประพฤติปฏิบัติที่เคยชิน ในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดอาหาร การกำหนดว่าจะรับประทานหรือไม่ รับประทานอะไร และสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2552) ให้ความหมายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ได้แก่ การบริโภคอาหารมื้อหลัก การบริโภคอาหารว่าง ประเภท ของอาหาร รสชาติ ความถี่ในการบริโภคอาหารแต่ละประเภท และวิธีการปรุงอาหารที่รับประทาน เป็นประจำ

ผานิกา ทองสง และ กันตพร ยอดไชย (2561) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการ หมายถึง การรับรู้การปฏิบัติที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีภาวะขาดสารอาหารในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ครอบคลุมชนิดและปริมาณของ อาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน เพื่อให้สามารถควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ดีขึ้น

สุนีย์ สหัสโพธิ์ และ จักรกฤษณ์ ทองคำ (2562) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภค เกิด จากอิทธิพลของปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม พฤติกรรมการบริโภคบ่งชี้ถึงแบบแผนการ กินอาหารของคนเรา ซึ่งในแต่ละมื้อควรรับประทานอาหารรูปแบบใด เลือกรายการอาหารอะไรบ้าง สิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อการได้รับสารอาหารทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ พฤติกรรมการบริโภคถูก กำหนดโดยกระบวนการทางการตลาด การประชาสัมพันธ์ ความสะดวกรวดเร็ว และโอกาสเข้าถึง แหล่งอาหารที่หาได้ง่าย เช่น อาหารฟาสต์ฟู้ดส์ อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป และอาหารกึ่ง สำเร็จรูป เป็นต้น

ธนัชพร มุลิกะบุตร (2562) ให้ความหมายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การแสดงออกทั้งทางด้านการกระทำ ความคิด ความรู้สึก โดยเริ่มตั้งแต่การเลือกซื้ออาหาร การปรุง อาหาร การรับประทานอาหาร รวมถึงระบบคิดเกี่ยวกับอาหาร ทั้งในส่วนของรูปธรรมและนามธรรม ซึ่งเกิดจากปัจจัยหลายประการด้วยกัน ซึ่งพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละบุคคลอาจมีทั้ง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

กัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ (2563) ให้ความหมายพฤติกรรมการบริโภค หมายถึง แบบแผนการประพฤติปฏิบัติที่กระทำจนเป็นนิสัยในการรับประทานอาหาร ประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะทุพโภชนาการย้อนหลัง 24 ชั่วโมง ได้แก่ ประเภทสัดส่วนของอาหาร จำนวนมื้ออาหาร ลักษณะการบริโภคอาหาร เป็นการแสดงพฤติกรรมก่อน ขณะ และหลังบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะทุพโภชนาการ

Marijn Stok et al. (2018) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง กระบวนการตั้งแต่ก่อนรับประทานอาหารไปจนถึงส่วนประกอบของอาหารที่รับประทานเข้าไป การซื้ออาหาร การเข้าถึงอาหาร การเตรียมอาหาร รูปแบบอาหาร มื้ออาหาร และนิสัยการบริโภคอาหาร

Mouri, Hatamochi, Uchino, & Takayama. (2020) ให้ความหมายพฤติกรรมการบริโภค หมายถึง การกระทำการรับประทาน ที่เกิดจากการเรียนรู้ และคงอยู่เป็นเวลาหลายปี จนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง เป็นการปฏิบัติหรือการกระทำที่เกี่ยวกับการรับประทานโดยตั้งใจอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การกำหนดชนิดอาหาร และการกำหนดปริมาณอาหาร

2.2 ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างมาก การที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการทบทวนวรรณกรรม ส่วนใหญ่พบปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยที่มีอายุ 45 – 80 ปี การศึกษาในประเทศไทยของ กาญจนา ใจเย็น (2557) พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานกึ่งแห้ง ปลาเล็กปลาน้อยอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x} = 2.19$, $SD = 0.43$) ผู้ป่วยมีความไม่สะดวกในการรับประทานผัก 4-6 ทัพพีต่อวัน และยังมีบริโภคนิสัยที่ชอบรับประทานขนมหวาน ไม่สะดวกในการรับประทานอาหารน้อย ๆ วันละ 5-6 มื้อ มีคะแนนสูงที่สุดและอยู่ในระดับต่ำสุด ($\bar{x} = 1.81$, $SD = 0.61$) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่คุ้นเคยและไม่สะดวกในการรับประทานอาหารวันละหลาย ๆ มื้อ อีกทั้งวิธีการประกอบอาชีพจนไม่มีเวลาในการจัดเตรียมอาหาร จึงจำเป็นต้องจัดมื้ออาหารแบบมื้อหนักวันละ 3 มื้อ พฤติกรรมการนอนพักหลังรับประทานอาหารอยู่ในระดับไม่ดี และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสืบต่อทางวัฒนธรรมมากกว่าจะบริโภคเพื่อการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อังคณา บุญลพ (2558) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักชอบรับประทานอาหารประเภทแป้งซึ่งมีสารคาร์โบไฮเดรต และ ดารุณี เงินแท้ และคณะ (2560) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนวิธีการรับประทานอาหาร หรือประเภทอาหาร อาหารที่รับประทานมักเป็นเมนูซ้ำ ๆ เดิม ๆ ผานิกา ทองสง และ กัณฑ์

พร ยอดไชย (2561) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการรายด้าน ได้แก่ ด้านการกำหนดชนิดอาหารและด้านการกำหนดปริมาณอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายข้อด้านการกำหนดชนิดอาหาร พบว่า ผู้ป่วยมีการรับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ อยู่ในระดับไม่ดี และจำแนกรายข้อด้านการกำหนดปริมาณอาหาร พบว่า ผู้ป่วยมีการรับประทานข้าวแป้งมีธัญพืชไม่เกิน 1 ทัพพีอยู่ในระดับไม่ดี และรับประทานอาหารมีธัญพืชน้อย ๆ 5-6 มื้อต่อวัน อยู่ในระดับไม่ดี นอกจากนี้ กัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ (2563) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 90.24 มีการบริโภคสัดส่วนของอาหารจำแนกตามประเภท คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน ไม่เหมาะสม มีการบริโภคคาร์โบไฮเดรตสูงที่สุด ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับประทานคาร์โบไฮเดรตต่ำ ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับน้อย มีการบริโภคสัดส่วนเหมาะสมที่สุด ร้อยละ 10.11 รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง ร้อยละ 9.76 และผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง ร้อยละ 8.82 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 35.12 บริโภคจำนวนมื้อที่ไม่เหมาะสม โดยจำนวนมื้อที่เหมาะสม คือ มากกว่า 3 มื้อต่อวัน และผู้ป่วยมีพฤติกรรมขณะรับประทานอาหารที่ยังมีการรับประทานเร็วและเคี้ยวไม่ละเอียด พันธวิภา ท้วมไทย และ จอนณะจง เพ็งจาด (2565) พบว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง

การศึกษาในต่างประเทศของ Pirabbasi et al. (2012) พบว่า ทั้งผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและผู้สูงอายุมีการบริโภคพลังงานต่ำกว่าคำแนะนำการบริโภคอาหารตาม Recommended Nutrient Intake (RNI) ของมาเลเซีย มากกว่าร้อยละ 65 มีการบริโภคโปรตีน วิตามินอี และวิตามินซี ไม่เพียงพอ การบริโภควิตามินซีในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 95.2 น้อยกว่าในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย ร้อยละ 90.9 ($p < .05$) Lee et al. (2013) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วย 166 คน (ร้อยละ 66.1) มีการบริโภคอาหารน้อย โดยมีการรับประทานอาหารทางปากน้อยกว่าร้อยละ 75 ของพลังงานที่แนะนำสำหรับชาวเกาหลีใต้ การศึกษาของ Seo. (2014) พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับฟัน ทำให้มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร และบริโภคอาหารได้ 1,600 กิโลแคลอรี และเป็นสารอาหารที่ประกอบด้วยข้าว และเครื่องต้มเป็นหลัก Van de Bool et al. (2014) ศึกษาการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะรับประทานอาหารที่มีคุณภาพต่ำ Yilmaz et al. (2015) พบว่า ผู้ป่วยมีปริมาณการบริโภคพลังงานรวมเฉลี่ยคือ 1906.3 ± 567.4 กิโลแคลอรี ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมีการบริโภคพลังงานไม่เป็นไปตามระดับการบริโภคที่แนะนำต่อวัน การบริโภคผลิตภัณฑ์นมของผู้ป่วยต่ำกว่าระดับที่แนะนำ สำหรับการบริโภคผักและผลไม้ผู้ป่วยต่ำกว่าระดับที่แนะนำ และพบว่าการบริโภคนม โยเกิร์ต เนื้อแดง และผลไม้เฉลี่ยต่อวันต่ำ Shalit et al. (2016) พบว่า ผู้ป่วยมีการบริโภคนม ผลไม้ และผักไม่เพียงพอ การบริโภคโปรตีนโดย

เฉลี่ยต่ำกว่าคำแนะนำของ ESPEN ซึ่งสอดคล้องกับการที่ผู้ป่วยมีการบริโภคนม เนื้อปลา และไก่ที่น้อยและไม่เพียงพอ Yan et al. (2017) พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ Nguyen (2019) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีพลังงานและโปรตีนหลายชนิด หรือเพิ่มของว่างที่ไม่มีสารอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายระหว่างมื้อ และบริโภคเครื่องดื่มที่ไม่มีแคลอรีเป็นจำนวนมากทุกวัน และไม่กินอาหาร 3 มื้อต่อวัน ต่อมามีการศึกษาต่อยอดองค์ความรู้จากงานวิจัยเดิม พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างหลีกเลี่ยงอาหารที่อุดมด้วยโปรตีนหลายชนิด และ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารเพียง 2 มื้อต่อวัน (Nguyen et al., 2019) และ Holst et al. (2019) พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากอาหารลดลง รู้สึกหายใจถี่ และกลืนลำบาก ผู้ป่วยร้อยละ 69 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโปรตีนอย่างน้อย 1 ชนิด เช่น อาหารทะเล ร้อยละ 40.8 หลีกเลี่ยงเนื้อวัว ร้อยละ 36.6 หลีกเลี่ยงถั่วลิสงหรืองา ร้อยละ 25.4 หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ปีก เช่น ไก่หรือเป็ด ร้อยละ 7 หลีกเลี่ยงนมเพราะแพ้แลคโตส และผู้ป่วยไม่มีความสามารถที่จะรับประทานอาหารมากหรือทานอาหารมื้อใหญ่ได้ และผู้ป่วยร้อยละ 42.3 มีความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับอาหารเย็น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอรุนแรงขึ้น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การบริโภคอาหารในปริมาณที่ไม่เพียงพอซึ่งน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารหลาย ๆ มื้อ การรับประทานอาหารยังเป็นไปตามความสะดวกและความชอบ ไม่เป็นไปตามชนิดอาหารที่เหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อีกทั้งอาการหายใจลำบาก อาการไอ ยังเป็นอุปสรรคในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมด้วย

2.3 การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ของ กาญจนบุรี (2557) สร้างขึ้นตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) จำนวน 41 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 13 ข้อ ด้านโภชนาการ 20 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้งที่มีโอกาสหรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้งที่มีโอกาสหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้งที่มีโอกาสหรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้งที่มีโอกาสหรือ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ .87

2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะขาดสารอาหารของ ผานิกา ทองสง และ กันตพร ยอดไชย (2561) ดัดแปลงมาจาก

แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ของ กาญจนนา ไจเย็น (2557) จำนวน 20 ข้อ โดยให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคที่ผ่านมา ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ การปฏิบัติ กิจกรรมนั้น ๆ ทุกครั้งที่มีโอกาสหรือ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์ การปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ทุกครั้งที่มีโอกาส หรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ การปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ทุกครั้งที่มีโอกาสหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ การ ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ทุกครั้งที่มีโอกาสหรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ .80

3) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของ จักรกฤษณ์ วัชรราชูร์ และ คณะ (2561) ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การเลือกชนิดของอาหารและวัตถุดิบใน การประกอบอาหาร วิธีการประกอบอาหาร นิัยในการรับประทานอาหาร และความรู้ในการบริโภค จำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ได้ ค่า CVI เท่ากับ .81 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ .87

4) แบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ กัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ (2563) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบประเมินความต้องการพลังงานของร่างกาย ประเมินจากการ คำนวณโดยใช้สูตร The Harris-Benedict เป็นการคำนวณพลังงานพื้นฐาน (Basal Energy Expenditure: BEE) แบบบันทึกเมนูอาหาร จำนวนมื้อ และพลังงานที่ได้รับต่อวัน ใช้ในการบันทึก ปริมาณการบริโภคอาหารทั้งในมื้อหลักและระหว่างมื้อย้อนหลัง 24 ชั่วโมง และแบบสัมภาษณ์ ลักษณะการบริโภคอาหาร ข้อคำถามประกอบด้วย การปฏิบัติตัวก่อนการบริโภคอาหาร การปฏิบัติ ตัวในขณะที่บริโภคอาหาร และการปฏิบัติตัวหลังการบริโภคอาหาร แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา (Content validity) ได้ค่า CVI เท่ากับ .90

5) แบบสอบถามการบริโภคอาหารของ Shalit et al. (2016) เป็นการประเมิน โดยใช้แบบสอบถาม Food Frequency Questionnaire ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการคงที่ ข้อมูลของอาหารประกอบด้วย การกำหนดกลุ่มอาหาร และแปลงอาหารแต่ละประเภทให้เป็นปริมาณ กรัมต่อวัน โดยเทียบกับแนวทางการบริโภคอาหารที่เพียงพอของออสเตรเลียและคำแนะนำของ European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) และแบบสัมภาษณ์ถึง โครงสร้างตัวต่อตัว โดยมุ่งเน้นที่คำจำกัดความเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ พฤติกรรมการจัดเตรียมอาหาร การรับประทานอาหารที่มีอิทธิพลต่อการเลือกอาหาร และความคิด เกี่ยวกับการเปลี่ยนรูปแบบการรับประทานอาหารและอุปสรรคต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อ

สุขภาพ โดยการสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิดที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อความจำนวน 15 ข้อ

6) แบบสอบถามการบริโภคอาหารด้วยตนเองของ Nguyen (2019) ประกอบด้วยแบบสอบถามความถี่ในการรับประทานอาหารในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และ การสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น จำนวนมื้อต่อวัน การเว้นของมื้ออาหาร ถูกนำมาใช้ ร่วมกับการสอบถามการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง เพื่อให้ได้ข้อมูลลักษณะการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย ปริมาณการบริโภคพลังงานรวม การบริโภคโปรตีน การบริโภคไขมัน และการบริโภคคาร์โบไฮเดรต และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 6 ข้อ

7) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ Mouri, Hatamochi, Uchino, & Takayama. (2020) เป็นการสอบถามเกี่ยวกับการบริโภคพลังงานและความเหมาะสมของมื้ออาหาร ประกอบด้วย แบบสอบถามการบริโภคพลังงานที่ได้รับการประเมินโดยสรุปจากประวัติการรับประทานอาหารด้วยตนเอง และแบบสอบถามการประเมินความเหมาะสมของมื้ออาหาร จำนวน 8 ข้อ ให้คะแนนในระดับ 1 (ไม่ใช่เลย) ถึง 4 (เสมอ) คะแนนความเหมาะสมในการรับประทานอาหารคำนวณโดยการรวมคะแนนรายการทั้งหมด คะแนนอยู่ระหว่าง 8 ถึง 32 คะแนนที่สูง แสดงถึงมื้ออาหารที่เหมาะสม โดยแบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 1 คน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะขาดสารอาหารของ ผานิกา ทองสง และ กันตพร ยอดไชย (2561) ข้อคำถามสั้น และสะดวกในการนำไปใช้ ครอบคลุมความหมายและนิยามเชิงปฏิบัติการ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีการทดลองใช้ และได้ค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่

3.1 อายุ

3.1.1 อายุในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 5 ของประชากรไทยพบอายุเกิน 30 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระราชาูปถัมภ์, 2560) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายหลายระบบ ส่วนใหญ่อยู่ในฐานะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ผานิกา ทองสง และ กันตพร ยอดไชย, 2561) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัย เป็นผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ง่าย เมื่อเกิดโรคดังกล่าวแล้วกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัยยังส่งผลให้มีความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น (นรรัตน์ สายจันทร์ และคณะ, 2561) และผู้สูงอายุจะมีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับที่รุนแรง (นันทิตา ชุ่มวิเศษ, 2552)

3.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการศึกษาของ เมธิณี จันตียะ และคณะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาสุขภาพปากและฟัน ส่งผลให้ความต้องการการรับประทานอาหารลดลง ผนังรพ พลเทพ และคณะ (2556) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าสู่วัยสูงอายุจะมีกระบวนการเสื่อมถอยตามทฤษฎีสูงอายุในทุกด้าน โดยเฉพาะทางด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงของต่อมรับรสที่ลดลง ทำให้ความอยากรับประทานอาหารลดลง และผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาเรื่องฟัน ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง กาญจนา ใจเย็น (2557) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น สุขภาพและการทำงานของฟันจึงไม่มีประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหารที่มีลักษณะเป็นของแข็งหรืออาหารที่มีลักษณะเหนียว อีกทั้งการทำงานของระบบย่อยอาหารลดลง การรับประทานอาหารจึงทำได้ลำบาก การศึกษาของ Battaglia et al. (2011) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับข้อคำถามการบริโภคอาหารลดลงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเนื่องจากเบื่ออาหาร ปัญหาระบบทางเดินอาหาร การเคี้ยวหรือกลืนลำบาก ($r_s = -0.17$; $p < .001$) นอกจากนี้ De la Cruz & Cebrino (2021) ศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับข้อคำถามปริมาณของเหลวที่บริโภคต่อวัน ($r_s = -0.13$; $p = 0.03$) อายุมีความสัมพันธ์กับการเลือกคุณภาพอาหารที่ไม่ดี/ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 2.94$; $95\%CI = 2.03-4.24$, $p = .01$) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรสลดลง ฟันไม่ดี เคี้ยวอาหารลำบาก กลืนลำบาก หรือ ไม่ชอบอาหาร ทำให้มีการรับประทานอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (สุนทรี ภาณุทัต และคณะ, 2560)

3.2 รายได้ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.2.1 รายได้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเพียงพอของรายได้ในรายที่มีแหล่งรายได้หลักมากจากการประกอบอาชีพ (นรรัตน์ สายจันทร์ และคณะ, 2561) ในรายที่มีรายได้ต่ำกว่ารายได้เฉลี่ย เนื่องมาจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งเป็นอาชีพที่ได้ค่าตอบแทนน้อยและมีรายได้ไม่แน่นอน (กาญจนา ใจเย็น, 2557) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในรายไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากถ้าออกแรงจะแบกหาม จะรู้สึกเหนื่อย ประกอบกับหากเป็นวัยผู้สูงอายุ จึงทำให้ไม่สามารถทำงานหนักเหมือนในอดีต (เมธิณี จันตียะ และคณะ, 2554) แหล่งที่มาของรายได้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงมาจากเบี้ยผู้สูงอายุ

(จุฑามาศ ชื่นชม และคณะ, 2558) รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน อันเป็นสวัสดิการของรัฐบาล และจากที่บุตรหลานให้บางส่วน ทำให้ผู้ป่วยไม่เพียงพอดต่อการใช้จ่ายใช้สอยในทุก ๆ ด้าน (ปัญญภัทร ภัทรภัณฑาทกุล และ จินตนา ดอนลาว, 2560)

3.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการศึกษา Warahut (1999) พบว่า ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.244, p<.05$) ณัฐพล พลเทพ และคณะ (2556) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายใช้สอยในทุก ๆ ด้าน รวมทั้งด้านอาหาร ผู้ป่วยจึงนิยมรับประทานอาหารที่หามาได้ง่าย ๆ และสามารถทำเองได้ เช่น การรับประทานผักกับน้ำพริก หรืออาหารประเภทต้มแกง โดยมีส่วนประกอบเป็นผักพื้นบ้านเป็นหลักที่ไม่มีคุณค่าอาหารทางโภชนาการเพียงพอ รายได้จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ กาญจนา ใจเย็น (2557) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีรายได้น้อย ทำให้ค่าใช้จ่ายในส่วนของการนำมาซื้ออาหารจึงค่อนข้างจำกัด กัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ (2563) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกินครึ่งหนึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอ ส่งผลสำคัญต่อความสามารถด้านการจัดเตรียมอาหารและการบริโภคอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จุฑามาศ ชื่นชม และคณะ (2558) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ป่วยมีรายได้เพียงพอ ทำให้สามารถเลือกอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และ Yan et al. (2017) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อาศัยในเขตเมืองมีอัตราการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากกว่าชุมชนในชนบท (35.7% เทียบกับ 28.1%, $p <.001$)

3.3 อาการหายใจลำบาก

3.3.1 ความหมายของอาการหายใจลำบาก

อาการหายใจลำบาก เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความยากลำบากในการหายใจ และรู้สึกต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้น (อัชฌาณัฐ วังโสม, 2559)

อาการหายใจลำบาก เป็นประสบการณ์ทางความรู้สึกเฉพาะของแต่ละบุคคลที่เจ็บป่วยต่อการหายใจที่ผิดปกติและเป็นความรู้สึกที่บุคคลไม่พึงประสงค์ (สารนิตติ บุญประสพ, 2555)

อาการหายใจลำบาก เป็นความรู้สึกของความพยายามที่เพิ่มขึ้นในการหายใจ ความรู้สึกหิวอากาศ หรือหอบ คำนิยามที่ใช้อธิบายอาการหายใจลำบาก อาจแตกต่างกันไปตามการรับรู้ของบุคคลและวัฒนธรรม (GOLD, 2021)

ดังนั้นสรุปได้ว่า อาการหายใจลำบาก หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สุขสบาย เกี่ยวกับการหายใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3.3.2 อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นอาการที่ซับซ้อน และพบได้บ่อย จึงเป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไปว่าเป็นประสบการณ์ส่วนตัวของผู้ป่วยถึงความยากลำบาก ในการหายใจเนื่องจากข้อจำกัดของการไหลของอากาศ (Wangsom & Matchim, 2017) เป็น การรับรู้ของผู้ป่วยต่อความยากลำบากในการหายใจและผู้ป่วยรู้สึกต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้น (อัชฌาณัฐ วิงโสม, 2559) กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจจึงอ่อนแรง เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และเลวลงเรื่อยๆ (อาติละห์ สะไร, 2559) ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการจะเป็นผู้บอกลักษณะ และความรุนแรงของอาการ (สารนิตติ บุญประสพ, 2555) อาการหายใจลำบากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม เช่น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง แยกตัวออกจากสังคม รู้สึกท้อแท้หมดหวัง วิตกกังวล คุณภาพชีวิตลดลง (อัชฌาณัฐ วิงโสม, 2559) ไม่สุขสบาย อ่อนล้า และ หากอาการหายใจลำบากส่งผลให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวันได้ ก็จะมีอาการรุนแรงกว่าปกติ (สารนิตติ บุญประสพ, 2555)

3.3.3 การประเมินอาการหายใจลำบาก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีแบบ ประเมินอาการหายใจลำบาก ได้แก่

3.3.3.1) แบบสอบถามอาการหายใจลำบาก modified medical research council dyspnea scale (mMRC) (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระราชาูปถัมภ์, 2560) เป็น แบบสอบถามที่ประเมินเฉพาะการเสียความสามารถเนื่องจากอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย เท่านั้น โดยให้ผู้ป่วยตอบตามประสบการณ์การรับรู้ถึงระดับอาการหายใจลำบากหรือเหนื่อยหอบเมื่อ ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่เล็กน้อย (คะแนน 0) รู้สึกหายใจหอบเมื่อออก กำลังกายอย่างหนักเท่านั้นจนถึงรุนแรงที่สุด (คะแนน 4) เหนื่อยเกินกว่าที่จะออกจากบ้านได้ หรือ เหนื่อยเมื่อต้องใส่เสื้อผ้าถอดเสื้อ คะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งมีอาการมาก นั่นคือ มีความทนต่อการออก แรงทำกิจกรรมได้น้อย หรือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมาก ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ในคลินิกและการวิจัย และในการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ จเร บุญเรือง และคณะ (2559) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .98

3.3.3.2 แบบวัดอาการหายใจลำบากประเมินค่าเชิงเส้นตรง (Dyspnea Visual Analogue Scale: DVAS) เป็นแบบประเมินเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 ผู้ป่วยจะเป็นผู้กำหนดตำแหน่งบนเส้นตรง แล้วอ่านค่าตัวเลขแทนค่าอาการหายใจลำบากที่ประสบอยู่ ในขณะนั้น (Gift, 1989 อ้างถึงใน สารนิตติ บุญประสพ, 2555)

3.3.3.3 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก (Modified Borg Scale: MBS) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 จัดอันดับความรุนแรงตั้งแต่น้อยไปมาก โดยหากไม่มีอาการหายใจลำบาก = 0 คะแนน หากผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากที่สุดจะให้คะแนน = 10 (Kendrick et al., 2000)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามอาการหายใจลำบาก mMRC (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale) ของสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ (2560) เพื่อใช้ประเมินอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ประเมินการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สุขสบายเกี่ยวกับการหายใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยผู้ป่วยจะให้คะแนนที่เหมาะสมกับอาการหายใจลำบากของตนเองมากที่สุด เป็นแบบสอบถามมาตรฐาน ใช้ง่าย ใช้เวลาน้อยในการประเมินและมีความตรง เป็นที่ยอมรับและมีการใช้อย่างกว้างขวางในงานวิจัยทางการแพทย์และพยาบาลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งในประเทศ (จเร บุญเรือง และคณะ, 2559; วราภรณ์ ศรีวิชา และคณะ, 2560) และต่างประเทศ (Lee et al., 2013; Munari et al., 2018)

3.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบากและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาการหายใจลำบากพบบ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อัชฌาณัฐ วังโสม, 2559) จากการศึกษาของ อรุณวรรณ วงษ์เดิม และ สุภาภรณ์ ดั่งแพง (2557) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการหายใจลำบากมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.8 เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ร่างกายต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น อาการหายใจลำบาก ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรมหลายอย่างในชีวิตประจำวัน เช่น ทานข้าว (ธนชชา ไทยธนสาร และคณะ, 2560) อาการหายใจลำบากส่งผลให้ผู้ป่วยบริโภคปริมาณพลังงานที่ร่างกายได้รับต่อวันน้อยกว่าปริมาณพลังงานที่ร่างกายต้องการต่อวัน (กัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ, 2563) อาการหายใจลำบากขณะรับประทานอาหารส่งผลให้ผู้ป่วยมีการบริโภคพลังงานลดลง (Karabeleski et al., 2020) จากการศึกษาของ Warahut (1999) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 52 มีอาการหายใจลำบากขณะรับประทานอาหาร ร้อยละ 32 ต้องหยุดรับประทานอาหารเมื่อมีอาการหายใจลำบาก Grönberg et al. (2005) ศึกษาปัญหาการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการรุนแรง พบว่าอาการหายใจลำบาก คือ หนึ่งในปัญหาด้านการรับประทานอาหารที่มีการรายงานบ่อยที่สุด และการรายงานปัญหาด้านการรับประทานอาหารอย่างน้อยหนึ่งปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคพลังงานที่ลดลง การศึกษาเชิงคุณภาพของ Wong et al. (2014) พบว่า อาการหายใจลำบากหรือการหายใจไม่ออกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีผลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารและการศึกษาของ Odenchrants & Theander (2013) พบว่า อาการหายใจลำบากขณะรับประทานอาหาร

อาหารเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยบางราย ทำให้รับประทานอาหารในปริมาณน้อยและผู้ป่วยบางรายเกิดอาการเหนื่อยและหายใจลำบากจากการเตรียมอาหาร

3.4 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร

3.4.1 ความหมายของความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร

ความรู้ หมายถึง เป็นสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงทักษะและการปฏิบัติ หรือความเข้าใจที่ได้รับมาจากการประสบการณ์ หรือได้รับการได้ยิน การฟัง การคิด และการปฏิบัติ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

ความรู้ หมายถึง เป็นการจำหรือการรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการเรียนรู้มา (Bloom, 1956)

ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (นรรัตน์ สายจันทร์ และคณะ, 2561)

ดังนั้นสรุปได้ว่า ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร หมายถึง การเข้าใจและความสามารถในการจำที่เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยได้จากการเรียนรู้ ค้นคว้า รวมถึงการได้ยินได้ฟังมา ได้แก่ ประเภทของอาหารที่เหมาะสม อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ประโยชน์ของการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค และโทษที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม

3.4.2 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคนั้น มีความสำคัญกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากการมีความรู้จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค (นรรัตน์ สายจันทร์ และคณะ, 2561) มีทักษะในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ (อังคณา บุญลพ, 2558) และการปฏิบัติตัวในการเลือกรับประทานอาหารให้เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ (กนกวรรณ เลือดทหาร, 2558) โดยเน้นอาหารที่ใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญน้อยที่สุดและมีคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดจากการเผาผลาญน้อยที่สุด (อังคณา บุญลพ, 2558)

3.4.3 การประเมินความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร

3.4.3.1 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของ ศรีกัลยา เรื่อง เกษม และ ศรีประไพ ฉายถวิล (2561) โดยแบบสัมภาษณ์ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีการนำแบบสัมภาษณ์ไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดสอบด้วยวิธีของ Kuder-Richardson20 (KR 20) เท่ากับ .96

3.4.3.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมของโรคของ นรรัตน์ สายจันทร์ และคณะ (2561) เป็นแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ จารุณี วารหัท (2542) ซึ่งสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามประกอบด้วย ความรู้ในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 20 ข้อ การตอบแบบประเมินเป็นแบบ ใช่ ไม่ใช่ และ ไม่แน่ใจ โดยการให้คะแนนถ้าตอบใช่ ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน แบบสอบถามฉบับนี้มีผู้วิจัยนำไปใช้แล้ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่นำมาหาค่าความตรงซ้ำ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยสูตร KR-20 ของคูเดอริชาร์ดสัน เท่ากับ .82

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมของโรคของ นรรัตน์ สายจันทร์ และคณะ (2561) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สามารถใช้วัดความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยามเชิงปฏิบัติการ และได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้

3.4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการศึกษา Warahut (1999) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.296, p<.01$) อังคณา บุญลพ (2558) พบว่า เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้อง นรรัตน์ สายจันทร์ และคณะ (2561) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค มีคะแนนเฉลี่ย 3.92 (SD = 5.12) ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ในระดับต่ำ (ร้อยละ 85) เนื่องจากการมีความรู้จะทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการเลือกรับประทานอาหารให้ได้พลังงานและคุณค่าที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และผานิกา ทองสง และ กันตพร ยอดไชย (2561) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา อาจมีความรู้ไม่เพียงพอในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการที่ถูกต้อง การเพิ่มการสอนโดยการให้ความรู้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม สอดคล้องกับ Farooqi et al. (2011) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำด้านอาหารเป็นรายบุคคล มีการบริโภคปริมาณพลังงานและโปรตีนเฉลี่ยที่แสดงเป็นเปอร์เซ็นต์ของพลังงานและความต้องการโปรตีนเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 15 ของความต้องการพลังงาน, $p < 0.001$ และร้อยละ 5.6 ของความต้องการโปรตีน, $p = 0.09$, ตามลำดับ) และ Yulanda et al. (2017) พบว่า การให้ความรู้สามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

3.5 ภาวะทุพโภชนาการ

3.5.1 ความหมายของภาวะทุพโภชนาการ

ภาวะทุพโภชนาการ บ่งบอกถึงภาวะโภชนาการที่ไม่ดี ภาวะทุพโภชนาการหมายถึง การเบี่ยงเบนจากโภชนาการที่เพียงพอ ซึ่งรวมถึงภาวะขาดสารอาหาร ภาวะโภชนาการเกิน

และการขาดสารอาหารที่จำเป็นที่เฉพาะเจาะจง เช่น วิตามินและแร่ธาตุ (World Health Organization, 2007)

ภาวะทุพโภชนาการ หมายถึง ภาวะไม่สมดุลระหว่างสารอาหารและพลังงานที่ร่างกายได้รับกับความต้องการสารอาหารและพลังงานของร่างกาย หรือการสูญเสียสารอาหารออกจากร่างกาย ก่อให้เกิดปัญหาต่อระบบการทำงาน และโครงสร้างของร่างกาย ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ภาวะทุพโภชนาการ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน และภาวะโภชนาการเกิน (จินตนา สุวิทวัส, 2563)

สรุปได้ว่า ภาวะทุพโภชนาการ หมายถึง การไม่สมดุลของสารอาหารที่ได้รับกับความต้องการของร่างกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในลักษณะของภาวะขาดสารอาหาร

3.5.2 ภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวน้อย ($BMI \leq 18.5 \text{ Kg/m}^2$) และมีภาวะทุพโภชนาการ (Dhakar et al., 2015) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะทุพโภชนาการจะมีมวลไขมันในร่างกายลดลง (ผานิกา ทองสง และ กันตพร ยอดไชย, 2561) ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (ณัฐพล พลเทพ และคณะ, 2556) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะทุพโภชนาการ จะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2553)

3.5.3 การประเมินภาวะทุพโภชนาการ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการประเมินภาวะทุพโภชนาการที่หลากหลาย ได้แก่

3.5.3.1 จากการศึกษาของ ปัญญภัทร ภัทรกัณฑ์กุล และ จินตนา ดอนลาว (2560) ประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ

Short Nutrition Assessment Questionnaire (SNAQ) เครื่องมือมีความเชื่อมั่น (reliability) ที่.85

3.5.3.2 จากการศึกษาของ ผานิกา ทองสง และ กันตพร ยอดไชย (2561) ประเมินผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะขาดสารอาหารโดยใช้ BMI ภาวะดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร คือ ภาวะขาดสารอาหาร ตามเกณฑ์มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

3.5.3.3 จากการศึกษาของ กัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ (2563) ประเมินผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะทุพโภชนาการ แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการตามค่าดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ภาวะทุพโภชนาการของ (Eriksson et al., 2016; Seo, 2014) ค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่ามาตรฐานคือ $< 20 \text{ กิโลกรัม/เมตร}^2$ ภาวะทุพโภชนาการ ระดับน้อย (Mild) = 18-19.99 กิโลกรัม/เมตร² ภาวะทุพโภชนาการ ระดับปานกลาง (Moderate) = 16-17.99 กิโลกรัม/เมตร² และภาวะทุพโภชนาการ ระดับรุนแรง (Severe) = $< 16 \text{ กิโลกรัม/เมตร}^2$

3.5.3.4 แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ Nutrition Triage (NT 2013) ของ วิบูลย์ ตระกูลสุน และ บุชชา พราหมณสุทธิ์ (2563) โดยจะมี 8 กรอบ ในแต่ละกรอบจะแสดงปัจจัย หรือภาวะต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพโภชนาการ โดยแต่ละปัจจัยจะมีการจำแนกคะแนน ออกเป็น 4 ระดับ คือ 0, 1, 2, 3 ตามลำดับ โดยคะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีสภาวะของปัจจัยนั้น ๆ คะแนน 1 หมายถึง สภาวะของปัจจัยนั้น ๆ มีผลกระทบเล็กน้อย ส่วนคะแนน 2 จะมีผลกระทบมากขึ้นในระดับปานกลาง สำหรับคะแนน 3 หมายถึง มีผลกระทบมากขึ้นในระดับรุนแรง

3.5.3.5 แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Alert Form) ของ Surat Komindr et al. (2013) ดัดแปลงจากแบบประเมิน SGA มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ แบบประเมินนี้ ทำการตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือจาก 210 โรงพยาบาลในประเทศไทย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ NT 2013 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่แนะนำโดย Society of Parenteral and Enteral Nutrition of Thailand (ขวัญชนก เจนวิระนนท์, 2560; ดร.ณิวิทย์ วโรตมวิจิตร และคณะ, 2562) ใช้ในการประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน (Gold standart) เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ และมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย เนื่องจากสามารถประเมินได้ง่าย ใช้เวลาไม่มาก และเหมาะสมสำหรับการประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ วารณี บุญช่วยเหลือ และคณะ, (2562) ที่พบว่าวิธีการที่นิยมใช้ประเมินภาวะทุพโภชนาการ คือ เครื่องมือที่เป็นแบบวัด

3.5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทุพโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการศึกษาของ Pirabbasi et al. (2012) พบผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ ได้มากขึ้น ร้อยละ 52.4 ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 3 และ 4 และพบได้ ร้อยละ 26.2 ในความรุนแรงของโรคระดับ 1 และ 2 การศึกษาของ กัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ (2563) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกระดับความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการ ได้รับปริมาณพลังงานต่อวัน น้อยกว่าพลังงานที่ต้องการต่อวัน ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับน้อย มีการบริโภคสัดส่วนของอาหารจำแนกตามประเภท คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เหมาะสมที่สุด ร้อยละ 10.11 รองลงมา คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง ร้อยละ 9.76 และผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง ร้อยละ 8.82 ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรงมีพฤติกรรมการบริโภคสัดส่วนอาหารไม่เหมาะสมมากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น และผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง มีการบริโภคพลังงานที่ร่างกายได้รับต่อวันน้อยที่สุด คือ 765 แคลอรีต่อวัน รองลงมา คือ ผู้ป่วยที่มี

ภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง 797 แคลอรีต่อวัน และผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับน้อย 819 แคลอรีต่อวัน ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรงบริโภคจำนวนมื้อเหมาะสมมากที่สุด ร้อยละ 70.59 รองลงมา คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับน้อย ร้อยละ 65.17 และผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง ร้อยละ 62.20 Cochrane & Afolabi (2004) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะทุพโภชนาการได้รับพลังงานและโปรตีนที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ Ting et al. (2020) กล่าวว่า ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะขาดสารอาหารจะพบการบริโภคอาหารที่ลดลงได้บ่อย และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารสูง มักได้รับพลังงานและโปรตีนต่ำ

3.6 การสนับสนุนทางสังคม

3.6.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เกิดจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 บุคคลขึ้นไป ทำให้บุคคลนั้น ๆ เกิดความรู้สึกของความเป็นเจ้าของ การยอมรับ และความรู้สึกมีคุณค่า (House, 1981)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ความไว้วางใจ และความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรสุขภาพ ที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีคุณค่าในตนเอง (อรุณวรรณ วงษ์เต็ม และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2557)

แรงสนับสนุนของครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเป็นเจ้าของ การยอมรับ การยกย่อง ความรู้สึกมีคุณค่า และการตอบสนองความต้องการจากครอบครัวในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร (กาญจนา ใจเย็น, 2557)

การได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากบุคคลภายในครอบครัว สังคม หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (นรรัตน์ สายจันทร์ และคณะ, 2561)

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร ได้แก่ ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือในด้านการเลือกซื้ออาหาร การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำแนะนำ

3.6.2 การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การสนับสนุนทาง

สังคม เช่น การสนับสนุนทางด้านการช่วยเหลือดูแล การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทาง

ข้อมูล และการสนับสนุนสิ่งของ ทั้งจากครอบครัว องค์กรต่าง ๆ ของรัฐบาลและเอกชน (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2553) การสนับสนุนทางสังคมในทุก ๆ ด้าน เป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก ช่วยให้ผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดำเนินชีวิตร่วมกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการรู้สึกมีส่วนร่วมและมีตัวตน ในสังคม รู้สึกปลอดภัย และมีความสุข (เพิ่มพูน บุญมี และคณะ, 2559) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 1 และระดับ 2 สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้เอง (นรรรัตน์ สายจันทร์ และคณะ, 2561) และผลจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อการดูแลตนเอง บางส่วน ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับความช่วยเหลือทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลใกล้ชิดใน ครอบครัว (สีบตระกูล ต้นตลานุกุล และคณะ, 2560)

3.6.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

3.6.3.1 แบบประเมินแรงสนับสนุนของครอบครัวของ กาญจนา ใจเย็น (2557) ซึ่งผู้วิจัยนำแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของ (วันดี คหะวงศ์, 2548) มาปรับใช้ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจหรือเฉย ๆ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .92

3.6.3.2 แบบประเมินการได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของ นรรรัตน์ สายจันทร์ และคณะ (2561) เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ จารุณี วารหัส (2542) ซึ่งสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม โดยลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .82

3.6.3.3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ พวงเพชร ใจคำ และคณะ, (2563) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้อง จำนวน 12 ข้อ เป็นลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ 4 = เห็นด้วยมาก 3 = เห็นด้วยปานกลาง 2 = เห็นด้วยน้อย 1 = ไม่เห็นด้วย แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า CVI เท่ากับ .94 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .96

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินแรงสนับสนุนของครอบครัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ กาญจนา ใจเย็น (2557) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนในการรับประทานอาหารจากสมาชิกในครอบครัว ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .82 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และผู้วิจัยได้ดัดแปลงเพิ่มเติมในส่วนของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้สามารถประเมินการสนับสนุนได้ครอบคลุม

3.6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การศึกษาในประเทศไทย จากการศึกษา Warahut (1999) พบว่า การได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.243, p<.05$) ณัฐพล พลเทพ และคณะ (2556) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตรที่อยู่ในวัยทำงาน จึงไม่มีเวลาจัดหาอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมตามหลักโภชนาการให้แก่ผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ กาญจนา ใจเย็น (2557) พบว่า แรงสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านโภชนาการ ($r = .394, p < .001$) ผานิกา ทองสง และ กัณฑพร ยอดไชย (2561) ศึกษาโดยให้ญาติ/ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านการซื้ออาหาร คอยจัดหาอาหาร ประุงอาหาร จัดเมนูอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า และมีกำลังใจการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ นรรัตน์ สายจันทร์ และคณะ (2561) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการพักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูกหลาน ได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.8) รองลงมา ได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ในระดับน้อย (ร้อยละ 35.8) กล่าวได้ว่า ผู้ดูแลสามารถจัดหาอาหารและดูแลเรื่องการรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ อนันต์ศักดิ์ จันทศรี และคณะ (2562) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 61.3 อาศัยอยู่กับคู่สมรส แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีคู่สมรสช่วยจัดหาอาหารให้ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจึงมีความแข็งแรง เมื่อผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จะทำให้ผู้ป่วยมีการได้รับอาหารอย่างเพียงพอกับความต้องการใช้พลังงานของร่างกาย รวมทั้งการเข้าถึงอาหารของผู้ป่วยโดยวิธีต่าง ๆ จุฑามาศ ชื่นชม และคณะ (2558) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัว จึงเอื้ออำนวยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกอาหารและได้รับการจัดหาอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสม อังคณา บุญลพ (2558) พบว่า จากการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและญาติมีความรู้และทักษะในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเน้นอาหารที่ใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญน้อยที่สุด ซึ่งก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมักชอบรับประทานอาหารประเภทแป้งซึ่งมีสารคาร์โบไฮเดรต และสอดคล้องกับ อุษา วรรณม่วง และ อรสา พันธุ์ภักดี (2555) ที่กล่าวว่า หากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องไป การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากครอบครัวของผู้ป่วย จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้

การศึกษาในต่างประเทศของ Battaglia et al. (2011) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยลำพัง หรือรับประทานอาหารตามลำพัง และไม่สามารถดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารได้ จะบริโภคอาหารและได้รับพลังงานลดลง สอดคล้องกับ Bloom et al. (2020) พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมที่มากขึ้น และความสัมพันธ์ทางสังคมที่เข้มแข็งขึ้นจะช่วยลดอุปสรรคในการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูงอายุได้ และ Mouri, Hatamochi, Uchino, & Takayama (2020) กล่าวว่า การเตรียมความรู้เกี่ยวกับการเลือกอาหารและวิธีการเตรียมอาหารให้กับครอบครัวของผู้ป่วย จะปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้

4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนี้

4.1 บทบาทการเป็นผู้ให้การดูแล

การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรมีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เช่น การประเมินและป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีน้ำหนักน้อย มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้น (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์, 2560) ดังนั้น การประเมินภาวะโภชนาการเป็นประจำมีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Ting et al., 2020) ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินและคัดกรองภาวะโภชนาการเพื่อระบุผู้ที่ต้องการการส่งเสริมด้านโภชนาการ (Lee et al., 2013) ควรทำในผู้ป่วยทุกราย (Benedik et al., 2011) และทำในระยะเริ่มต้นของการเกิดโรค (Mete et al., 2018) เพื่อประเมินภาวะทุพโภชนาการ (Bhakare et al., 2016) วิธีการประเมินภาวะโภชนาการ ได้แก่ การตรวจวัดองค์ประกอบของร่างกาย เช่น ส่วนสูง น้ำหนักตัว การคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI) มวลไขมัน (Ingadottir et al., 2018) และการประเมินโดยใช้เครื่องมือที่เป็นแบบวัด เช่น Mini Nutrition Assessment (MNA), Subjective Global Assessment (SGA) (Yuceege et al., 2013) และแบบประเมินที่มีการนำมาใช้กับคนไทย มีอยู่ 2 แบบประเมินด้วยกัน คือ Nutrition Triage และ Nutrition Alert Form (NAF) (ฐนิต วิจิจจะกุล, 2560) การดูแลด้านโภชนาการ ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อร่วมกันในการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีแก่ผู้ป่วย (เมธิณี จันตียะ และคณะ, 2554) ส่งเสริมให้มีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษาด้านการรับประทานอาหาร (พนาวรรณ บุญพิมล และคณะ, 2558) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรรับประทานอาหารเพื่อให้มีน้ำหนักตัวคงที่ (รพีพร โรจน์แสงเรือง, 2561) กำหนดชนิดของอาหารและปริมาณแคลอรีที่เหมาะสม เพื่อให้ได้รับสารอาหารและพลังงานเพียงพอ (ปัญญภัทร ภัทรกัณฑ์กุล และ จินตนา ดอนลาว, 2560) แนะนำให้รับประทานโปรตีน 1.2 – 1.7 กรัม/

กิโลกรัม/วัน (รพีพร โรจน์แสงเรือง, 2561) จัดอาหารที่มีแคลอรีสูง (Itoh et al., 2013; Nguyen et al., 2019) แคลเซียมสูง (กาญจนา ใจเย็น, 2557) รับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงในตอนเช้า เลือกรับประทานอาหารอ่อน โดยไม่ต้องเคี้ยวมาก เช่น ซุป ไข่เจียว โยเกิร์ต จำกัดการรับประทานอาหารที่มีคาเฟอีน รับประทานในทำนองเพื่อให้ปอดทำงานได้ดี เคี้ยวช้า ๆ เพื่อให้ละเอียด (รพีพร โรจน์แสงเรือง, 2561) รับประทานอาหารเช้าครั้งละน้อย ๆ บ่อย ๆ ครั้ง วันละ 5-6 มื้อ รับประทานผักและผลไม้หลากหลายชนิด (กาญจนา ใจเย็น, 2557) ส่งเสริมการได้รับวิตามิน กรดอะมิโน และกรดไขมันไม่อิ่มตัว (Itoh et al., 2013) ดื่มน้ำอย่างน้อย 3,000 มิลลิลิตรต่อวัน (ปราณี ทุไฟเราะ, 2558) ดื่มน้ำที่มีพลังงาน เช่น นมหรือช็อกโกแลต (รพีพร โรจน์แสงเรือง, 2561) หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากเกินไป (ฐนิต วิณิชจะกุล, 2560) เน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้า (กาญจนา ใจเย็น, 2557) ส่วนอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ถั่วลิสง แดงโม กะหล่ำปลี กะหล่ำดอก ข้าวโพด แดงกว่าหอมใหญ่ อาหารทอด ข้าวเหนียว น้ำอัดลม เป็นต้น เนื่องจากอาหารดังกล่าว ทำให้เกิดแก๊สจะทำให้ผู้ป่วยท้องอืด (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2553 อ้างถึงใน สารนิติ บุญประสพ, 2555) และ การป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (Almagro & Castro., 2013) พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย โดยประเมินระดับความรุนแรงของโรค ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม และความต้องการของผู้ป่วยและญาติ วางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตลอดจนการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยในการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (พรรณิภา สีสสุข, 2554)

4.2 บทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้ สอน ชี้แนะ

พยาบาลต้องมีการให้ความรู้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสม ส่งเสริมลักษณะการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง (กัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ, 2563) การดูแลสุขภาพปากและฟันสำหรับผู้ป่วย (เมธิณี จันตียะ และคณะ, 2554) การปรับรูปแบบการดำเนินชีวิต การรับประทานอาหารเช้า (พรรณิภา สีสสุข, 2554) เพื่อการให้ร่างกายได้รับสารอาหารและพลังงานให้เพียงพอ จะช่วยสามารถป้องกันความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน (ผานิกา ทองสง และ กัณฑพร ยอดไชย, 2561) และป้องกันภาวะเสื่อมของสภาพของร่างกาย (Mouri, Hatamochi, Uchino, & Takayama., 2020) รวมถึงการให้ความรู้เรื่องอาหารแก่ผู้ป่วยและญาติ ประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้ (จิราพร รักษายศ และ ศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ, 2556) อธิบายให้ทราบถึงความสำคัญของการได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2560)

4.3 บทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาและการประสานงาน

พยาบาลควรเป็นที่ปรึกษา ควรรับฟัง ตั้งคำถาม และชี้แนะการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมกรรมการบริโภค (บุชชา พรหมณสุทธิ์, 2558) ให้กำลังใจ ให้การสนับสนุน ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติ รวมถึงเป็นผู้ประสานงานในการดูแลผู้ป่วย (สงศรี แก้วถนอม, 2560) โดยเป็นสื่อกลาง ระหว่างผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน และทีมบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น หาปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และสิ่งแวดล้อมมาช่วยส่งเสริมให้เกิดการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร (นุชธิดา สมัยสงฆ์, 2020) ตลอดจนการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยในการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ปรับกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม (พรธนิภา สืบสุข, 2554)

4.4 บทบาทการเป็นผู้วิจัย

พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ทำวิจัย และนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาแนวทาง ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังอาจนำผลงานวิจัยที่ได้มามาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับด้านโภชนาการมา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ทันสมัยอยู่เสมอ (สงศรี แก้วถนอม, 2560) รวมถึง พัฒนาการดูแลด้านโภชนาการร่วมกับวิชาชีพอื่น (บุชชา พรหมณสุทธิ์, 2558)

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า พยาบาลควรให้ความสำคัญในการดูแล ส่งเสริม พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร ตลอดจนส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ ควรหลีกเลี่ยง เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และพยาบาลควรเป็นที่ปรึกษา รวมทั้งนำ ผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดอัตราการตาย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กาญจนา ใจเย็น (2557) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ทั้งหมด 6 แห่ง จำนวน 129 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.41$, $SD = 0.28$) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.27$, $SD = 0.39$) ด้าน โภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.30$, $SD = 0.19$) และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.05$, $SD = 0.45$) สำหรับปัจจัยคัดสรร กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัวอยู่ใน ระดับสูง ($\bar{x} = 4.85$, $SD = 0.11$) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.26$, $SD = 0.16$) และการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.91$, $SD = 0.13$) ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r = .394$, $.400$ และ $.536$, $p = .000$ ตามลำดับ)

นรรรัตน์ สายจันทร์ และคณะ (2561) ศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 120 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปกติ ระดับความรุนแรงของโรค และความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -2.8, p < .01$ และ $r = .21, p < .05$)

ผานิกา ทองสง และ กันตพร ยอดไชย (2561) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะขาดสารอาหาร ที่โรงพยาบาลทุติยภูมิในภาคใต้ จำนวน 57 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับภาวะโภชนาการในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการกับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)

กัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ (2563) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะทุพโภชนาการตามระดับความรุนแรง ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 205 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 90.24 บริโภคสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน ในสัดส่วนที่ไม่เหมาะสม กลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรงบริโภคอาหารน้อยกว่าปริมาณที่ร่างกายต้องการต่อวัน กลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง มีค่ามัธยฐานปริมาณพลังงานที่ร่างกายได้รับต่อวันต่ำสุด รองลงมา ระดับรุนแรง และระดับน้อย 765.00 (IQR = 446.63), 797.00 (IQR = 385.05) และ 819.00 (IQR = 376.75) แคลอรีต่อวัน ตามลำดับ ร้อยละ 64.88 บริโภคจำนวนมือเหมาะสม ทุกกลุ่มบริโภคจำนวนมือไม่แตกต่างกัน ก่อนรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างบ้วนปาก ล้างหน้า แปรงฟันมากที่สุด ร้อยละ 66.82 ขณะรับประทานอาหาร พบการรับประทานอาหารช้า ๆ มากที่สุด ร้อยละ 39.51 หลังรับประทานอาหาร พบนั่งพักมากที่สุด ร้อยละ 53.17

de Batlle et al. (2009) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และประเมินความเพียงพอตามคำแนะนำด้านอาหาร ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของสเปน จำนวน 275 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังบริโภคปริมาณเฉลี่ยของเนื้อสัตว์ สัตว์ปีก และไข่สูงกว่าที่แนะนำเล็กน้อย (เฉลี่ย 108 กรัมต่อวัน) ปลาและหอย (86 กรัมต่อวัน) รวมทั้งผักและผลไม้เพียงพอ (567 กรัมต่อวัน) ปริมาณพลังงานที่ได้รับเฉลี่ย 2033 Kcal/d สัดส่วนของพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตต่ำกว่า (39%) ในขณะที่บริโภคโปรตีนและไขมันสูงกว่าที่แนะนำ (20% และ 35% ตามลำดับ) ร้อย

ละ 80 ของผู้ป่วยยังบริโภคแอลกอฮอล์โดยบริโภคปริมาณแอลกอฮอล์ < 30 g การบริโภคกรดไขมัน วิตามิน และแร่ธาตุเพียงพอ ยกเว้นการขาดวิตามินดี (4.5microg/d)

Van de Bool et al. (2014) ศึกษาการบริโภคอาหารที่สัมพันธ์กับมวลน้ำหนักตัวที่ไม่รวมไขมันต่ำ และโรคอ้วนลงพุงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจากโรงพยาบาลทั่วไปแถบตะวันออกเฉียงใต้ของเนเธอร์แลนด์ จำนวน 564 ราย พบว่า การบริโภคธาตุอาหารหลักแสดงถึงอาหารตะวันตกทั่วไป การบริโภคธาตุอาหารรอง ซึ่งประกอบด้วยวิตามินดี และแคลเซียม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (> ร้อยละ 75) บริโภคได้ต่ำกว่าระดับที่แนะนำในผู้ป่วย ในขณะที่มากกว่าหนึ่งในสาม มีการรับประทานวิตามินเอ ซี และอีต่ำกว่าระดับที่แนะนำในผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับวิตามินดีไม่เพียงพอมีรายงานว่าเนื่องจากการบริโภคปริมาณโปรตีน ($p = 0.02$) และธาตุอาหารรองน้อย ($p < .001$) ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลน้ำหนักตัวที่ไม่รวมไขมันต่ำ (FFMI) มักมีปริมาณการบริโภคโปรตีนต่ำ ในขณะที่ผู้ป่วยที่เป็นโรคอ้วนลงพุง มักจะมีการบริโภคโปรตีนต่ำ และมีธาตุอาหารรองส่วนใหญ่ ($p < 0.05$) ทั้งผู้ป่วยที่มี FFMI ต่ำ และโรคอ้วนลงพุงมักจะรับประทานอาหารที่มีคุณภาพต่ำ

Nordén et al. (2015) ศึกษาอาการ และอาการที่มีผลกระทบทางโภชนาการ (Nutrition Impact Symptoms) และหาความสัมพันธ์ระหว่าง NIS กับการสูญเสียมวลน้ำหนักตัวที่ไม่รวมไขมันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย Sahlgrenska ในประเทศสวีเดน จำนวน 169 คน พบว่า อาการที่มีความชุกสูงสุด ได้แก่ อาการปากแห้ง (ร้อยละ 71) และอาการปวดท้อง (ร้อยละ 39) อาการปวดหรืออาการปวดเมื่อยที่มีผลต่อความอยากอาหาร (ร้อยละ 36) รองลงมาคือ อาการท้องผูก (ร้อยละ 35) ปัญหาเกี่ยวกับอาการท้องร่วงและความรู้สึกที่ไม่ได้กลิ่นนั้นพบในผู้หญิงมากกว่าในผู้ชาย ($p < 0.05$) ผู้ป่วยร้อยละ 36 มีการลดลงของ (ดัชนีมวลน้ำหนักตัวที่ไม่รวมไขมัน (Fat Free Mass Index) < 15 กก. / ม.² ในผู้หญิง และ FFMI < 16 กก. / ม.² ในผู้ชาย) ในผู้ป่วยที่มี NIS มากขึ้น ($p < 0.05$) และผู้ป่วยที่มีอาการที่ส่งผลกระทบต่อโภชนาการจะให้คะแนนความอยากอาหารและรสชาติของอาหารแย่งมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ ($p < 0.05$)

Shalit et al. (2016) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหารในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการคงที่ จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย (\pm SD) เป็น 26.6 ± 7.6 กิโลกรัม / เมตร² ผู้ป่วยมีการบริโภคคนม ผลไม้ และผักไม่เพียงพอต่อวัน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหาร ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนเพลียที่ส่งผลกระทบต่อความอยากอาหาร การกลืนอาหารลำบาก การขาดการสนับสนุนทางสังคมและรายได้ที่ไม่เพียงพอ การขาดแรงจูงใจในการบริโภคอาหาร และความรู้ที่จำกัดเกี่ยวกับผลกระทบของอาหารที่มีต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Holst et al. (2019) ศึกษาการบริโภคพลังงานและโปรตีน และหาความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรม ในผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

จากทั้งหมด 5 เขตเทศบาลในเดนมาร์ก จำนวน 79 คน พบว่า ผู้ป่วย 79 ราย (เป็นเพศชายร้อยละ 41 เป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73) ร้อยละ 96 มี FEV1 ต่ำกว่าร้อยละ 80 ร้อยละ 59 มีคะแนน mMRC 3 + และ ร้อยละ 14 มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 20 กก./ตร.ม. ผู้ป่วยร้อยละ 51 ได้รับโปรตีนไม่เพียงพอ และร้อยละ 41 ได้รับพลังงานไม่เพียงพอ ซึ่งหมายถึงการบริโภคโดยเฉลี่ยต่ำกว่า ร้อยละ 75 ของที่แนะนำ แสดงให้เห็นว่าการบริโภคอาหารโปรตีนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 30s-CST ($p = 0.012$) และ 6MWT ($p = 0.024$)

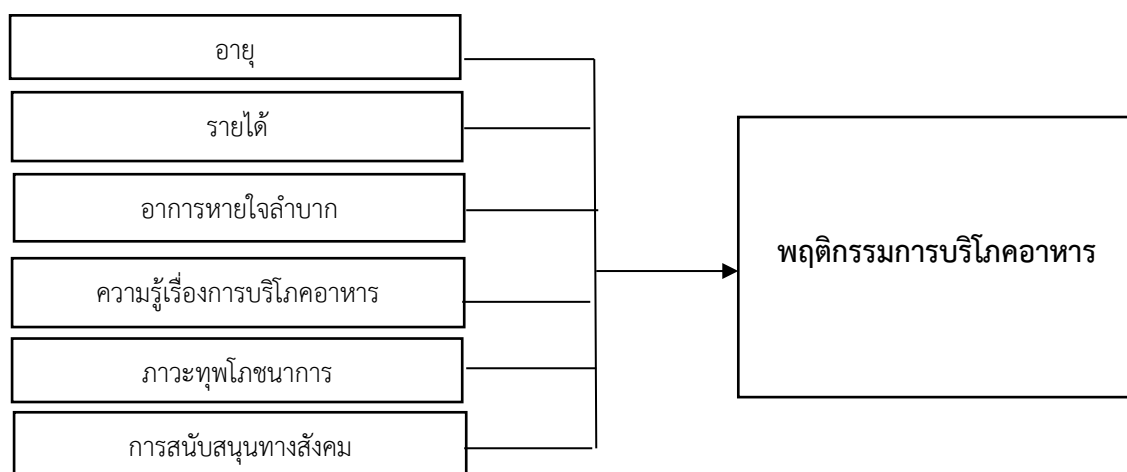
Nguyen (2019) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในฮานอย ประเทศเวียดนาม การวิจัยประกอบด้วย 3 การศึกษา ได้แก่ การสำรวจลักษณะการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความสุขของภาวะทุพโภชนาการและความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผลของการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการที่เหมาะสม สามารถช่วยให้การบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ การทำหน้าทีของร่างกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของเวียดนามได้หรือไม่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการบริโภคพลังงานและโปรตีนไม่เพียงพอ หลีกเลียงอาหารที่มีพลังงานและโปรตีนหลายชนิดจากความเชื่อดั้งเดิม ไม่รับประทานอาหาร 3 มื้อต่อวัน บริโภคเครื่องดื่มที่ไม่มีพลังงานเป็นจำนวนมากทุกวัน ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง มีการบริโภคอาหารลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และภายหลังให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ กลุ่มทดลองบริโภคพลังงานและโปรตีนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI 0.5-1.5; $p < .001$)

Nguyen et al. (2019) ศึกษาสำรวจภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหาร และความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ฮานอยประเทศเวียดนาม จำนวน 302 คน พบว่า ผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 168 รายที่เกี่ยวข้องในการศึกษา 3 ใน 4 ของผู้ป่วย (ร้อยละ 74.4) ได้รับการวินิจฉัยว่าขาดสารอาหาร และ ร้อยละ 81.5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับพลังงานและโปรตีนเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย (ร้อยละ 85.7 และร้อยละ 89.9 ตามลำดับ) ภาวะทุพโภชนาการมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค ($p = 0.039$) และอัตราส่วนของการบริโภคโปรตีนต่อความต้องการของร่างกายอย่างมีนัยสำคัญ (95%CI = 0.75-0.97, $p = < .019$) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านโภชนาการอย่างดี และมีความรุนแรงของโรคน้อยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ($p = 0.006$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) การเพิ่มมื้ออาหารต่อวันผู้ป่วยมีภาวะขาดสารอาหารลดลง 5.6

เท่า ($p < 0.05$) และ SGRQ รวมลดลง 3.61 คะแนน ($p < 0.05$) บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

Mouri, Hatamochi, Uchino, & Takayama. (2020) ศึกษาผลของการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยการส่งเสริมทัศนคติของผู้ป่วย อิทธิพลทางสังคม และความสามารถในตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเชิงบวกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพศชาย จากคลินิกผู้ป่วยนอกของประเทศญี่ปุ่น จำนวน 22 คน ระยะเวลาติดตามผลประมาณ 15 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นทั้งความเหมาะสมของมื้ออาหารและการบริโภคพลังงาน โดยมีการบริโภคพลังงานเพิ่มขึ้นจาก 1,505 กิโลแคลอรีต่อวัน เป็น 1,754 กิโลแคลอรีต่อวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่างานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่อนข้างจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคไต เป็นต้น ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในรูปแบบการหาความสัมพันธ์กับอาการ การจัดการตนเอง การสำรวจภาวะโภชนาการและการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ ซึ่งยังไม่มีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ อายุ ความเพียงพอของรายได้ อาการต่าง ๆ ความรุนแรงของโรค โรคร่วม ความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น และจากการศึกษาในอดีตพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ จึงอาจยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้ถูกศึกษา จึงต้องการศึกษาเพิ่มเติม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัย ได้แก่ อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และความสามารถในการทำนายของ อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพศชายและหญิง อายุ 40 ปีขึ้นไป เข้ารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไปและคลินิกโรคปอดในโรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

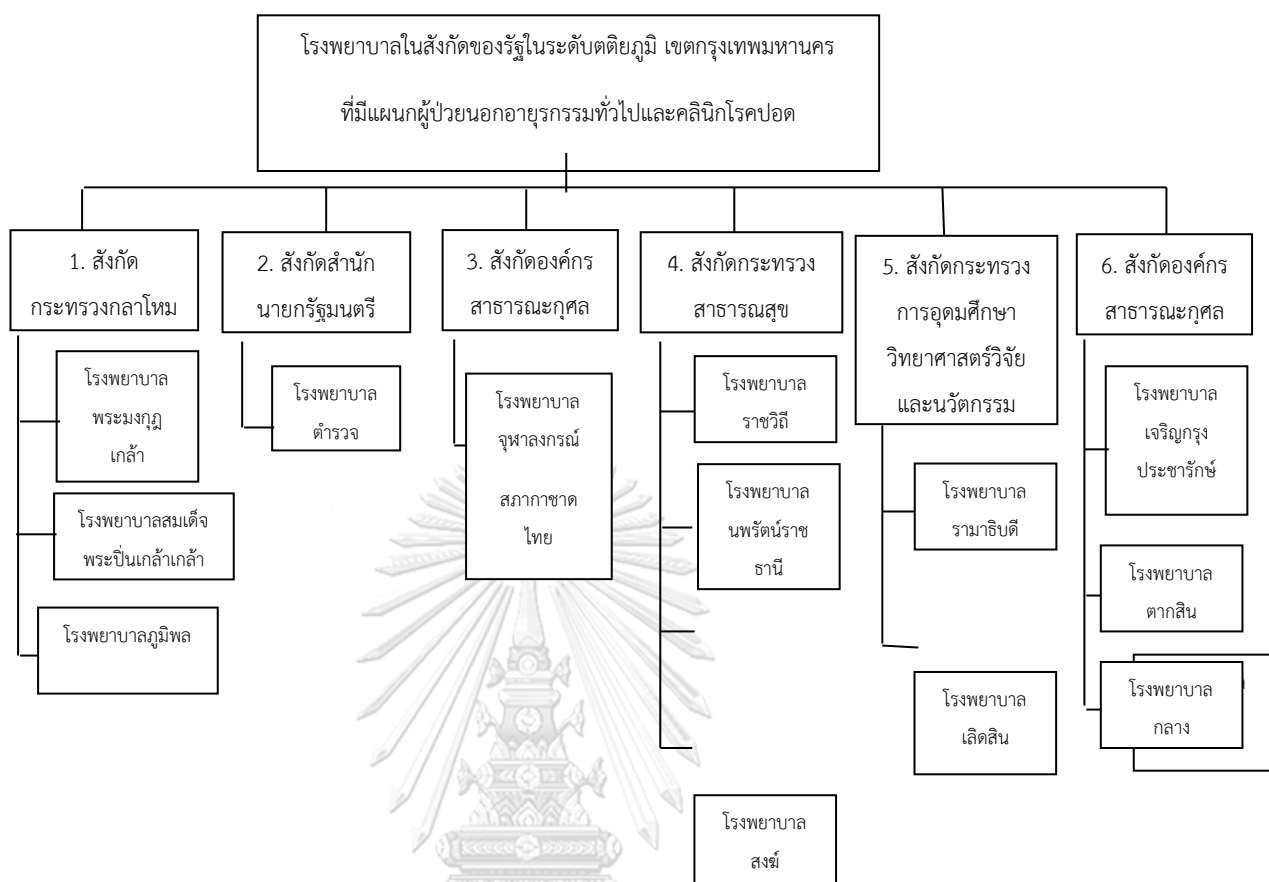
วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (Thorndike, 1973 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) โดยมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ $n = 10K + 50$ โดย n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง K คือ ตัวแปรอิสระมีทั้งหมด 6 ตัวแปร ดังนั้นจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ $(10 \times 6) + 50 = 110$ คน และพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Dillman, 2000) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 132 คน

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้

1. กำหนดโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐในระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร ที่มีแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไปและคลินิกโรคปอด



ภาพที่ 2 แผนผังการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

2. สุ่มตามสังกัดมา 2 สังกัดโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้ 2 สังกัด คือ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรสาธารณกุศล

3. สุ่มโรงพยาบาลแต่ละสังกัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้สังกัดละ 1 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งจนครบ 132 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น COPD ระดับความรุนแรงของโรคระดับที่ 2, 3 และ 4 (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์, 2560)
2. ไม่มีอาการหรืออาการแสดงที่เป็นอุปสรรคในการตอบแบบสอบถาม
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย มีอาการกำเริบของโรคอย่างฉับพลัน

หรือมีอาการที่เสี่ยงต่ออันตรายถึงชีวิตต้องเข้ารับการรักษาย่างเร่งด่วน และไม่สามารถเข้าร่วมโครงการอีกต่อไป เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่าง

2. แบบสอบถามอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการหายใจลำบาก mMRC (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale) ของสมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ (2560) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 โดยกลุ่มตัวอย่างตอบตามประสบการณ์การรับรู้ถึงระดับอาการหายใจลำบาก แบ่งเป็น 5 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- คะแนน 0 หมายถึง รู้สึกหายใจหอบขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น
- คะแนน 1 หมายถึง หายใจหอบเหนื่อยเมื่อเดินอย่างรีบบนพื้นราบ หรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน
- คะแนน 2 หมายถึง เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ใกล้เคียงกันเพราะหายใจหอบหรือต้องหยุดเพื่อหายใจเมื่อเดินตามปกติบนพื้นราบ
- คะแนน 3 หมายถึง ต้องหยุดเพื่อหายใจหลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือหลังจากเดินได้บนพื้นราบ
- คะแนน 4 หมายถึง หายใจหอบมากเกินไปที่จะออกจากบ้านหรือหอบมากขณะแต่งตัวหรืออาบน้ำ

3. แบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ นรรัตน์ สายจันทร์ และคณะ (2561) มีข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นถูก ไม่ถูก/ไม่แน่ใจ เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่า KR-20 เท่ากับ .82

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- ถ้าตอบ ถูก ให้ 1 คะแนน
- ถ้าตอบ ไม่ถูก/ไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน

4. แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการของ วิบูลย์ ตระกูลสุน และ บุชชา พรหมณสุทธิ์ (2563) มีลักษณะข้อคำถามเป็น 8 กรอบ Nutrition Triage

(NT 2013) ในแต่ละกรอบจะแสดงปัจจัยหรือภาวะต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ ประวัติการได้รับอาหารซึ่งจะเป็นข้อมูลที่นำมาใช้ประเมินพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับจริงเปรียบเทียบกับปริมาณที่ผู้ป่วยควรได้รับใน 4 ลักษณะร่วมกัน คือ ประเภท ปริมาณ คุณภาพของอาหารที่ได้รับ และระยะเวลาของความผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวว่าเพิ่มขึ้น คงที่ ลดลงไปเท่าไร ภาวะบวม น้ำหรือ น้ำคั่งโดยการตรวจร่างกาย ระดับการสูญเสียมวลไขมัน ระดับการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ สมรรถภาพกล้ามเนื้อ ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และเจ็บป่วยเฉียบพลัน

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 0	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่มีสภาวะของปัจจัยนั้น ๆ	คะแนน 0
คะแนน 1	หมายถึง	สภาวะของปัจจัยนั้น ๆ มีผลกระทบเล็กน้อย	
คะแนน 2	หมายถึง	จะมีผลกระทบมากขึ้นในระดับปานกลาง	
คะแนน 3	หมายถึง	มีผลกระทบมากขึ้นในระดับรุนแรง	

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยการนำคะแนนมารวมกัน คะแนนเต็มของแบบประเมินอยู่ในช่วง 0 - 25คะแนน โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

ไม่มี หรือ มีความเสี่ยงของภาวะทุพโภชนาการ	0 - 4 คะแนน
มีภาวะทุพโภชนาการเล็กน้อย	5 - 7 คะแนน
มีภาวะทุพโภชนาการปานกลาง	8 - 10 คะแนน
มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง	> 10 คะแนน

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินการสนับสนุนของ ครอบครัวของ กาญจนา ใจเย็น (2557) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 เลือกใช้เฉพาะข้อคำถามการสนับสนุนของครอบครัวที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามและข้อคำตอบให้เหมาะสมกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้สอดคล้องกับค่านิยมศัพท์เชิงปฏิบัติการ จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด	ค่าคะแนน	5
มาก	ค่าคะแนน	4
ปานกลาง	ค่าคะแนน	3
น้อย	ค่าคะแนน	2

น้อยที่สุด ค่าคะแนน 1

6. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะขาดสารอาหารของ ผานิกา ทองสง และ กันตพร ยอดไชย (2561) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตอบแบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ผ่านมาในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ข้อคำถามเป็นการเลือกชนิดของอาหาร 14 ข้อ การกำหนดปริมาณอาหาร 6 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18 และ 19 เป็นข้อคำถามทางลบ 11 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 17 และ 20 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ทุกครั้งที่มีโอกาสหรือ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์	5	1
ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เกือบทุกครั้งที่มีโอกาสหรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	4	2
ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้งที่มีโอกาสหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	3	3
ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้งที่มีโอกาสหรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน	2	4
ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย	1	5

การแปลผลคะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม การใช้ภาษา และความเหมาะสมของมาตรวัด จากนั้นนำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่

- 1) แพทย์อายุรศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคปอด 1 คน
- 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอด 1 คน

3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโภชนบำบัด 1 คน

4) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงแขนงโรคเรื้อรัง 1 คน

5) นักโภชนาการที่มีความเชี่ยวชาญด้านโภชนบำบัด 1 คน

1.2 เมื่อผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ .80 (Polit & Beck, 2010)

$$\text{จากสูตร CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ภายหลังผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำชุดเครื่องมือวิจัยที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้แสดงความคิดเห็นมาหาค่า Content Validity Index (CVI) ซึ่งแบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของชุดแบบสอบถามเท่ากับ 0.81 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของชุดแบบสอบถามเท่ากับ 0.96 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของชุดแบบสอบถามเท่ากับ 1.0 ส่วนแบบสอบถามการหายใจลำบาก และแบบประเมินภาวะทุพโภชนาการเป็นแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐาน และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ได้ข้อคำถามที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น ดังนี้

1) แบบสอบถามอาการหายใจลำบาก ไม่มีการปรับปรุงหรือแก้ไขข้อคำถาม มีจำนวนข้อคำถามเท่าเดิม คือ 1 ข้อ

2) แบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยได้ปรับแก้คำในคำถาม ข้อที่ 1, 2, 8, 9, 10, 14, 15 และข้อ 16 มีจำนวนข้อคำถามเท่าเดิม คือ 20 ข้อ

3) แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ ไม่มีการปรับปรุงหรือแก้ไขข้อคำถาม มีจำนวนข้อคำถามเท่าเดิม คือ 8 ข้อ

4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ปรับแก้คำในคำถาม ข้อที่ 18 มีจำนวนข้อคำถามเท่าเดิม คือ 20 ข้อ

5) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ไม่มีการปรับปรุงหรือแก้ไขข้อคำถาม มีจำนวนข้อคำถามเท่าเดิม คือ 20 ข้อ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องที่ปรับแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมและคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 30 คนจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค ส่วนแบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหารหาค่า KR-20 โดยคำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค หากมีค่าเท่ากับ .65 - .70 แสดงว่ายอมรับได้ในระดับที่ต่ำ หากมีค่าเท่ากับ .70 - .80 แสดงว่า ยอมรับได้ และหากมีค่าเท่ากับ .80 - .90 แสดงว่าค่าอยู่ในระดับดีมาก (DeVelis, 2012 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม	วิธีการตรวจสอบความเที่ยง	ทดลองใช้ (n = 30)	เก็บข้อมูลจริง (n = 132)
1. แบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร	KR-20	0.74	0.71
2. แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ	Cronbach's alpha	0.72	0.69
3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	Cronbach's alpha	0.95	0.96
4. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	Cronbach's alpha	0.87	0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างรพพที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมและคลินิกโรคปอด โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที และอ่านข้อคำถามทุกข้อให้กลุ่มตัวอย่างตอบรายบุคคล ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหนังสือได้ด้วยตนเองได้ สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามเอง 38 คน อีกจำนวน 94 คน ต้องให้อ่านแบบสอบถามให้ตอบ เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงมีปัญหาการมองไม่เห็น มือสั่น และส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา จึงมีข้อจำกัดเรื่องการอ่านและเขียน นอกจากนี้ไม่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างมีผลข้างเคียงจากการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น กลุ่มตัวอย่างเหนื่อยมากจนไม่สามารถให้ข้อมูลต่อไปได้ มีเพียงกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สมัครใจในการตอบแบบสอบถาม 1 คน และขณะผู้วิจัยรอเข้าพบ

กลุ่มตัวอย่าง ญาติแจ้งว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อย ใจสั่นจนต้องไปห้องฉุกเฉิน 1 คน ภายหลังจากตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

1. ขั้นตอนการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือการขอรับรองการพิจารณาจริยธรรมจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อให้ออกหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

1.2 ผู้วิจัยยื่นเรื่องขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

1.3 ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

1.4 ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานเพื่อขอเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และหัวหน้าคลินิกโรคปอดของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ศึกษาประวัติผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาตรงตามนัด ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรคอายุรกรรมและคลินิกโรคปอด และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของวิจัยครั้งนี้ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมขอความร่วมมือในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียด และให้เซ็นชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลที่ละ 1 ราย โดยการจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้องที่เตรียมไว้ตามความเหมาะสม และมีความเป็นส่วนตัว จากนั้นผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามให้ครบคลุมทั้ง 6 ชุด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุหรือไม่สามารถอ่านออกเขียนได้หรือมีปัญหาเรื่องสายตา ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามแต่ละส่วนให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้เลือกตอบ พร้อมกับผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลลงใน

แบบสอบถามแต่ละส่วนตามคำตอบที่ได้รับอย่างถูกต้องและเป็นจริง เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

2.5 นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมเรียบร้อยแล้ว และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จำนวน 132 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในวันที่ 31 มกราคม 2565 (COA No. 024/65) ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2565 (COA No. 0179/2022) และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี ในวันที่ 16 มีนาคม 2565 (049/2565) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการทำวิจัย โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลและเวลาที่เพียงพอในการตัดสินใจอย่างอิสระ ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการ หรือการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับตามสิทธิ และชี้แจงเพื่อให้เกิดความมั่นใจกับผู้ป่วยถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลต่อบุคคลอื่นว่าเป็นข้อมูลของใคร ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุลที่แท้จริง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลาในขณะดำเนินการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการดำเนินการวิจัยโดยทันที และผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในการศึกษานี้ ไม่พบว่ามียุติการดำเนินการวิจัยจากอาการผิดปกติจากการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive) ในการแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ อารมณ์หายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) เนื่องจากทุกตัวแปร มีระดับมาตราวัดตัวแปรเป็น Ratio และเป็นตัวแปรลักษณะต่อเนื่องในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ Salkind & Neil (2002 อ้างถึงใน อวยพร เรื่องตระกูล, 2553)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.0 – 0.2	มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก
0.2 – 0.4	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
0.4 – 0.6	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.6 – 0.8	มีความสัมพันธ์กันสูง
0.8 – 1.0	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

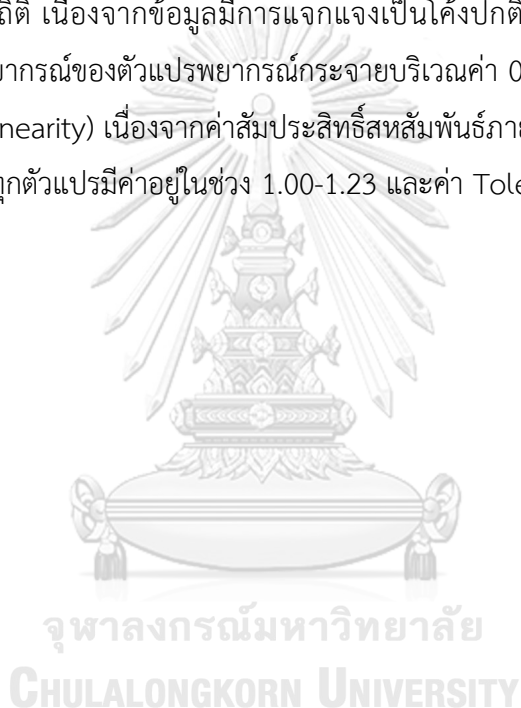
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) มีดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear relationship) พิจารณาได้จากลักษณะการกระจายของข้อมูลในภาพการกระจาย ดังรายละเอียดในภาคผนวก ฉ
2. ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ทดสอบโดยใช้ข้อมูลจากภาพ Histogram ดังรายละเอียดในภาคผนวก ฉ
3. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) พิจารณาจากภาพการกระจาย (Scatter plot) โดยพิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่าง Regression Standardized Predicted Value (ค่าประมาณ Y ในรูปคะแนนมาตรฐาน) กับ Regression Standardized Residual Value (ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์กระจายบริเวณค่า 0 ดังรายละเอียดในภาคผนวก ฉ
4. ไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) โดยตัวแปรอิสระแต่ละคู่จะต้องมีความสัมพันธ์กันเองน้อยกว่า 0.60 (DeVellis, 2012) ร่วมกับการวิธีการตรวจสอบด้วย

ค่า variance inflation factor (VIF) จะต้องมีย่านน้อยกว่า 10 และค่า tolerance ทุกค่าจะต้องอยู่ระหว่าง 0 – 1 ดังรายละเอียดในภาคผนวก ฉ

5. การตรวจสอบความเป็นอิสระกันของความคลาดเคลื่อน (Durbin-Watson) มีค่าอยู่ระหว่าง 1.5 – 2.5 แสดงว่าไม่เกิดภาวะ autocorrelation คือค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีความเป็นอิสระต่อกัน (กัลยา วิณิชย์บัญชา, 2555) สำหรับการวิจัยครั้งนี้พบว่าค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.005

จากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติ เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์กระจายบริเวณค่า 0 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (multicollinearity) เนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในอยู่ระหว่าง 0.29-0.42 และการพิจารณาค่า VIF ทุกตัวแปรมีค่าอยู่ในช่วง 1.00-1.23 และค่า Tolerance อยู่ในช่วง .80-1.0



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคม จากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพศชายและหญิง อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไปและคลินิกโรคปอดในโรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 132 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 3 ตอน ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตารางที่ 3

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคม ตารางที่ 5

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัย ได้แก่ อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตารางที่ 6

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=132)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
40-49 ปี	3	2.3
50-59 ปี	17	12.9
60-69 ปี	43	32.6
มากกว่า 70 ปีขึ้นไป	69	52.3
	$\bar{x} = 70.53$	S.D. = 10.90
เพศ		
ชาย	116	87.9
หญิง	16	12.1
สถานภาพสมรส		
สมรส	99	75.0
โสด	11	8.3
หม้าย/หย่า/แยก	22	16.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	1.5
ประถมศึกษา	55	41.7
มัธยมศึกษา	44	33.3
อนุปริญญา	15	11.4
ปริญญาตรี	16	12.1
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	83	62.9
เกษตรกร	1	0.8
รับจ้างทั่วไป	29	22
ธุรกิจส่วนตัว	5	3.8
รับราชการ	5	3.8

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อาชีพ(ต่อ)		
พนักงานบริษัทเอกชน	2	1.5
อื่น ๆ	7	5.3
รายได้		
ไม่มีรายได้	4	3.0
1 - 5,000 บาท	85	64.4
5001 – 10,000 บาท	26	19.7
10,001 – 15,000 บาท	10	7.6
15,001 บาทขึ้นไป	7	5.3
ความเพียงพอของรายได้กับ		
ค่าใช้จ่าย		
เพียงพอ	68	51.5
ไม่เพียงพอ	64	48.5
ผู้ดูแล		
สามี/ภรรยา	59	44.7
บุตร	42	31.8
บุตรหลาน	13	9.8
พี่น้อง	15	11.4
เพื่อน	1	0.8
ไม่มี	2	1.5
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	30	22.7
เคยสูบ		
แต่เลิกสูบบุหรี่ < 5 ปี	33	25.0
แต่เลิกสูบบุหรี่ 6 - 10 ปี	23	17.4
แต่เลิกสูบบุหรี่ > 10 ปี	37	28.0
ยังสูบบุหรี่	9	6.8

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
1 – 5 ปี	61	46.2
6 – 10 ปี	52	39.4
> 10 ปี	19	14.4
ระดับความรุนแรงของโรค		
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
ระดับ 2	62	47.0
ระดับ 3	38	28.8
ระดับ 4	32	24.2

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69 ($\bar{x} = 70.53$, $SD = 10.90$) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานภาพสมรส มีระดับการศึกษา ประถมศึกษามากที่สุด รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ 1 – 5,000 บาทมากที่สุด รองลงมาคือ 5,001 – 10,000 บาท กลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลเป็นคู่สมรสมากที่สุด รองลงมาคือ บุตร มีประวัติการสูบบุหรี่แต่เลิกสูบบุหรี่แล้วมากกว่า 10 ปีมากที่สุด ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1-5 ปี และความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับ 2 มากที่สุด รองลงมาคือ ระดับ 3 และระดับ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($n = 132$)

ตัวแปร	Mean	SD	Min	Max	ระดับ
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	65.22	6.55	49	81	ดี

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 65.22$, $SD = 6.55$) แสดงให้เห็นว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสม

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product correlation) (n = 132)

ตัวแปรต้น	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	แปลผล
อายุ	.038	.665	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้	.054	.541	ไม่มีความสัมพันธ์
อาการหายใจลำบาก	-.077	.377	ไม่มีความสัมพันธ์
ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร	.571*	.000	ปานกลาง
ภาวะทุพโภชนาการ	-.268*	.002	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม	.560*	.000	ปานกลาง

*p < .05

จากตารางที่ 5 พบว่าความรู้เรื่องการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .571$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .560$) ส่วนภาวะทุพโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.268$)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัย ได้แก่ อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) (n = 132)

ตัวทำนาย	b	Std. Error	β	t	p-value
(Constant)	2.424	.098		24.759	.000
ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร	.822	.141	.407	5.811	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.151	.029	.366	5.135	.000
ภาวะทุพโภชนาการ	-1.96	.092	-.140	-2.132	.035

Overall F = 38.533 (p = .000), R = .689, R² = .475, Adjusted R² = .462,
Durbin-Watson = 2.005

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

ตัวแปรทำนาย ได้แก่ ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การสนับสนุนทางสังคม และภาวะทุพโภชนาการสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ร้อยละ 47.5 (R² = .475, p < .05) และเมื่อพิจารณาจากค่า β พบว่าความรู้เรื่องการบริโภคอาหารมีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด (β = .407, p < .05) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม (β = .366, p < .05) และภาวะทุพโภชนาการ (β = -.140, p < .05) ตามลำดับ ดังนั้นสามารถเขียนสมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\hat{Z}_{\text{พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร}} = .407Z_{\text{ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร}} + .366Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} - .140Z_{\text{ภาวะทุพ}}$$

โภชนาการ

จากสมการคะแนนมาตรฐานพบว่า คะแนนมาตรฐานของความรู้เรื่องการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น .407 หน่วย คะแนนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น .366 หน่วย และคะแนนมาตรฐานของภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลง .140 หน่วย

เมื่อพิจารณาการเพิ่มขึ้นของค่า R^2 (ภาคผนวก ฉ) พบว่าประสิทธิภาพการทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยตัวแปรทำนายความรู้เรื่องการบริโภคอาหารมีค่า $R^2 = .326$ หรือ 32.6% ร่วมกับตัวแปรทำนายการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ค่า R^2 เพิ่มขึ้น 13.0% ส่วนการเพิ่มตัวแปรทำนายภาวะทุพโภชนาการ สามารถเพิ่มค่า R^2 ได้ในระดับต่ำ คือ 1.9%



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ รายได้ อารมณ์ ใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 132 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ใช้แบบสอบถาม ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามอาการหายใจลำบาก 3) แบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร 4) แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ 6) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ของ แบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 0.81, 0.96 และ 1.00 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามอาการหายใจลำบากและแบบประเมินภาวะทุพโภชนาการเป็นแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐาน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไปและคลินิกโรคปอดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราคของ แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ .74, .95 และ .87 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหารมีค่าความเที่ยง KR-20 เท่ากับ .72

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ รายได้ อากาศหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต่อน (Stepwise multiple regression)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69 (\bar{x} = 70.53, SD = 10.90) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 87.9 สถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.0 รองลงมาคือหม้าย/หย่า/แยก และโสด คิดเป็นร้อยละ 16.7 และ 8.3 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 12.1 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 62.9 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 22 มีรายได้ 1 – 5,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.4 รองลงมาคือ 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 19.7 กลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลเป็นคู่สมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.7 รองลงมาคือ บุตรและพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 31.8 และ 11.4 ตามลำดับ มีประวัติการสูบบุหรี่แต่เลิกสูบบุหรี่แล้วมากกว่า 10 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28 รองลงมาคือ เคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบบุหรี่น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.0 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.2 รองลงมาคือ เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 6-10 ปี และมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.4 และ 14.4 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.0 รองลงมาคือ ระดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 28.8 และระดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 24.2

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับดี (\bar{x} = 65.22, SD = 6.55) เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อคำถามที่ 4 (\bar{x} = 4.30, SD = 8.54) ฉ้นรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม บูด แกงไตปลา ผักผลไม้ดอง เป็นต้น รองลงมา คือ ข้อคำถามที่ 8 (\bar{x} = 3.93, SD = 8.67) ฉ้นรับประทานเครื่องในสัตว์ เช่น ตับ หัวใจ ลำไส้ กระเพาะ ซุปเครื่องในวัว เป็นต้น และข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ

ข้อ 13 ($\bar{x} = 1.73$, $SD = 1.10$) ฉันทับประทานอาหารมื้อละน้อย ๆ 5-6 มื้อต่อวัน แสดงให้เห็นว่า การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสม

3. ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .571$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .560$) ส่วนภาวะทุพโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.268$) และเมื่อพิจารณาตัวแปรทำนาย ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การสนับสนุนทางสังคม และภาวะทุพโภชนาการสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ร้อยละ 47.5 ($R^2 = .475$, $p < .05$) ดังนั้นสามารถเขียนสมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z_{\text{พฤติกรรมการบริโภคอาหาร}} = .407Z_{\text{ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร}} + .366Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} - .140Z_{\text{ภาวะทุพ}}$$

โภชนาการ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัยและประเด็นที่พบได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมกับโรค อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีระยะเวลาการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 – 5 ปี จึงเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์การเจ็บป่วยรวมถึงการได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้การศึกษานี้ทำการศึกษาในเขตเมือง คือ กรุงเทพมหานคร ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารจากสื่อต่าง ๆ ได้มาก จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยส่วนมากมีโทรศัพท์มือถือเพื่อสืบค้นข้อมูลต่าง ๆ ได้ตลอดเวลา จึงสามารถตัดสินใจและเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม อีกทั้งยังมีผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่ออยู่บ้าน จึงมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และมีการปรับตัวด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นไปในทิศทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Warahut (1999) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ จุฑามาศ ชื่นชม และคณะ (2558) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี

โดยกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำในการไม่รับประทานของทอดหรือของที่ปรุงด้วยกะทิ ไม่รับประทานอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซ แต่รับประทานอาหารประเภทปลาและอาหารที่มีกากใยหรือเส้นใย และการศึกษาของ de Batlle et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสเปนที่มีระดับความรุนแรงของโรคปานกลางถึงรุนแรง ได้รับสารอาหารหลัก วิตามินและแร่ธาตุอย่างเพียงพอตามคำแนะนำในท้องถิ่น ยกเว้นวิตามินดี ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องรักษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อรักษามวลกล้ามเนื้อและป้องกันการลดลงของน้ำหนัก (Mouri, Hatamochi, Uchino, & Takayama., 2020)

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.1 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .571$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 หมายถึง หากผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร อาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง จะทำให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมและถูกต้องทางกลับกันถ้าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารต่ำ จะทำให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารต่ำตามไปด้วย การศึกษาครั้งนี้ ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร หมายถึง การเข้าใจและความสามารถในการจำที่เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยได้จากการเรียนรู้ ค้นคว้า รวมถึงการได้ยินได้ฟังมา ได้แก่ ประเภทของอาหารที่เหมาะสม อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ประโยชน์ของการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค และโทษที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับประทานอาหารดิบหรือปรุงไม่สุก ช่วยเพิ่มความอยากอาหาร ($\bar{x} = 0.82$, $SD = 0.38$) รองลงมา คือ อาหารประเภทแป้ง ข้าว เป็นแหล่งพลังงานหลักของร่างกาย แต่ไม่ควรรับประทานมากเกินไป ($\bar{x} = 0.77$, $SD = 0.42$) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้าใจและสามารถจำที่เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสม และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจึงมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Warahut (1999) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารปานกลาง และความรู้เกี่ยวกับการ

รับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ มีคะแนนความรู้เรื่องการบริโภคอาหารโดยเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 11.90 (SD = 3.24) คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ และ นรรัตน์ สายจันทร์ และคณะ (2561) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และเป็นผู้สูงอายุ จึงอาจยังมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ มีความรู้จำกัดเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรค

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .560$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง จะทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูง การศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร ได้แก่ ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือในด้านการเลือกซื้ออาหาร การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำแนะนำ จากผลการศึกษา เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ สมาชิกในครอบครัว จัดหาหรือซื้ออาหารที่มีประโยชน์มาให้ฉันรับประทาน ($\bar{x} = 3.26$, SD = 1.17) รองลงมา คือ ฉันได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคจากบุคลากรสุขภาพ ($\bar{x} = 3.21$, SD = 1.17) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ในด้านการเลือกซื้ออาหาร การได้รับข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลที่เป็นสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 44.7 รองลงมาคือ บุตร คิดเป็นร้อยละ 31.8 คอยช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและสามารถมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกายหลายระบบ จึงได้รับความช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานอาหารจากสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลเป็นผู้คอยจัดหาอาหารและส่งเสริม ให้กำลังใจให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Warahut (1999) พบว่า การได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และของกาญจนา ใจเย็น (2557) ศึกษาพบว่า แร่งสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ

ภาวะทุพโภชนาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.268$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการน้อย จะทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงในการศึกษาครั้งนี้ ภาวะทุพโภชนาการ หมายถึง การไม่สมดุลของสารอาหารที่ได้รับกับความต้องการของร่างกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ ประวัติการได้รับอาหาร การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ภาวะบวม น้ำ ระดับการสูญเสียมวลไขมัน ระดับการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ สมรรถภาพกล้ามเนื้อ ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ทั้งนี้รูปแบบในการคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการมีความหลากหลาย การเลือกใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย (ขวัญชนก เจนวีระนนท์, 2560) และการศึกษาแต่ละงานอาจใช้เกณฑ์ต่างกัน จึงอาจทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวต่างกันได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนรรัตน์ สายจันทร์ และคณะ (2561) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 31.7 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 2 ซึ่งเป็นระดับความรุนแรงของโรคในระดับต่ำที่ไม่มีหรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมน้อย และส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1-5 ปี จึงยังสามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสามารถจัดหาอาหารเองด้วยตัวเองได้ และรพีพร โรจน์แสงเรือง (2561) ที่กล่าวว่า อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะแย่ลงไปตามกาลเวลาก็ทำให้ร่างกายเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการเพิ่มขึ้น ประกอบกับส่วนใหญ่มีคู่สมรสและบุตรเป็นผู้ดูแล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย นอกจากนี้ กัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ (2563) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับน้อยจะบริโภคสัดส่วนอาหารเหมาะสมที่สุด และ Cochrane & Afolabi (2004) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะทุพโภชนาการ มักประสบปัญหาด้านอาหารมากกว่า และรับประทานอาหารได้น้อยกว่า

และจากผลการศึกษานี้ พบว่า ตัวแปรที่ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย ได้แก่

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทางสถิติ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เพราะผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกาย ได้แก่ ความเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ นอกจากนี้ยังพบภาวะโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกพรุน (เหมือนแพร รัตนศิริ, 2561) ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ในการพัฒนาความสามารถในการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค และผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อย ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถเข้าถึงอาหารได้ด้วยตนเอง ทำให้สามารถดูแลตนเองในการรับประทานอาหารได้

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทางสถิติ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ไม่ได้ประกอบอาชีพ และอยู่บ้าน มีรายได้จากการรับเงินผู้สูงอายุ มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ทำให้ลดภาระในการเสียค่าซื้ออาหาร และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ มีสวัสดิการการรักษาพยาบาลเป็นบัตรประกันสุขภาพ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จึงสามารถเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นผู้สูงอายุมีผู้ดูแล จึงมีผู้ที่สามารถจัดหาอาหารให้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬามาศ ชื่นชม และคณะ (2558) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอ

อาการหายใจลำบาก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 – 5 ปี และระดับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 2 อาการปานกลาง (Moderate) มีอาการเหนื่อยเมื่อออกกำลังกายปานกลาง (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์, 2560) คือ ผู้ป่วยอาจมี/ไม่มีอาการเหนื่อยหอบกำเริบเฉียบพลัน (Acute Exacerbation) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องทำให้มารักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือนอนพักในโรงพยาบาล ซึ่งยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตัวเอง เช่น สามารถรับประทานอาหารได้เอง ช่วยเหลือตัวเองได้เอง และอาการหายใจลำบากจึงไม่เป็นอุปสรรคในการรับประทานอาหาร จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถจัดหาอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมรับประทานได้เอง

2.2 เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการศึกษานี้พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร มีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด ($\beta = .407, p < .05$) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .366, p < .05$) และภาวะทุพโภชนาการ ($\beta = -.140, p < .05$) ตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 47.5 โดยตัวแปรความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งถูกคัดเข้าสู่สมการตัวแรก ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเป็นอันดับที่สอง และภาวะทุพโภชนาการตามลำดับ ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรู้เรื่อง

การบริโภคอาหาร มีการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม มีภาวะทุพโภชนาการที่ดี จะส่งผลให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดีเช่นกัน ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร สามารถทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้มาก จะมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ดีตามไปด้วย ดังเช่นการศึกษาของ ญัฐพล พลเทพ และคณะ (2556) ที่มีการให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ในการเลือกชนิดอาหาร และกำหนดปริมาณอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานเนื้อปลา ผัก ผลไม้ และนม เป็นส่วนใหญ่ และเลิกดื่มชา กาแฟ และน้ำอัดลม Yulanda et al. (2017) ศึกษาพบว่าระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สามารถพัฒนาความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ โดยเฉพาะความรู้ด้านการรับประทานอาหาร ความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริโภคอาหารจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mouri, Hatamochi, Uchino, & Takayama. (2020) ที่ให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยได้รับพลังงานเพิ่มมากขึ้น และมีความเหมาะสมของมื้ออาหารเหมาะสมมากขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมที่ดี การได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว การมีผู้ดูแล การมีสมาชิกในครอบครัวคอยดักเตือน ดิชม คอยให้กำลังใจคอยแนะนำในเรื่องของการรับประทานอาหาร จึงเอื้ออำนวยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกอาหารและได้รับการจัดหาอาหาร และบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (จุฑามาต ชื่นชม และคณะ, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของผานิกา ทองสง และ กันตพร ยอดไชย (2561) โดยให้ญาติ/ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านการซื้ออาหาร คอยจัดหาอาหาร ประุงอาหาร เป็นผู้นำการบริหารมื้ออาหารแก่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรู้สึกมีคุณค่า ทำให้มีกำลังใจและมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการมีบุคลากรทางสุขภาพคอยให้คำแนะนำอาหารที่เหมาะสม และที่ควรหลีกเลี่ยง จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดีเช่นกัน

ภาวะทุพโภชนาการ สามารถทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการจะมีประวัติอาหารและสารอาหารที่ได้รับเปลี่ยนแปลงไป มีการขาดสมดุลด้านอาหารหรือสารอาหาร ประเภท ปริมาณ คุณภาพของอาหารที่ได้รับและระยะเวลาของความผิดปกติ หรือมีความผิดปกติของน้ำหนักตัว หรือปริมาณมวลกล้ามเนื้อที่

สูญเสียไป (วิบูลย์ ตระกูลสุน และ บุชชา พรหมณสุทธิ์, 2563) จากการศึกษาของ กัลญารัตน์ ทองวิเศษ และคณะ (2563) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกระดับความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการได้รับปริมาณพลังงานต่อวันน้อยกว่าพลังงานที่ต้องการต่อวัน มีพฤติกรรมการบริโภคสัดส่วนของอาหารแต่ละประเภทไม่เหมาะสม คือ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดให้ และมีพฤติกรรมการบริโภคจำนวนมื้อไม่เหมาะสม กลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยปริมาณพลังงานที่ร่างกายได้รับต่อวันน้อยที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง และระดับน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Nguyen et al. (2019) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะทุพโภชนาการได้รับอาหารในแต่ละวันน้อยกว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติ และความชุกของภาวะทุพโภชนาการในระดับปานกลางและรุนแรงพบมากในกลุ่มที่บริโภคอาหารน้อยกว่า 3 มื้อต่อวัน ภาวะทุพโภชนาการจึงสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ดังเช่น ผานิกา ทองสง และ กันตพร ยอดไชย (2561) ที่ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะขาดสารอาหารหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการกำหนดชนิดอาหารและการกำหนดปริมาณอาหารเพิ่มขึ้น

ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อายุ รายได้ และอาการหายใจลำบาก ทั้งนี้เนื่องจาก

อายุ อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.53 ปี แต่ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับน้อย จึงยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม และยังมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด อายุจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รายได้ ไม่มีผลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ส่งผลให้มีกำลังทรัพย์ในการซื้ออาหาร รวมทั้งมีสวัสดิการต่าง ๆ ของรัฐที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่าย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลคอยจัดหาซื้ออาหาร อีกทั้งได้รับประทานอาหารที่หลากหลาย รายได้จึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาการหายใจลำบาก อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากเล็กน้อย คะแนน MMRC เท่ากับ 2 คิดเป็นร้อยละ 35.6 รองลงมา คะแนน MMRC เท่ากับ 3 คิดเป็นร้อยละ 25.0 มีอาการของโรคยังไม่รุนแรงมาก ทำให้อาจไม่เกิดปัญหาในการรับประทานอาหารมากนัก อาการหายใจลำบากที่แสดงออกมาไม่ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังการศึกษาของ ดารุณี เงินแท้ และคณะ (2560) ที่ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ยัง

ทำอาหารกินเอง บางรายซื้ออาหารถุงที่ปรุงสำเร็จแล้วมารับประทาน ดังนั้น อาการหายใจลำบากจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยไปพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม

2. เป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการประเมินความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละราย เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีศึกษาเชิงทดลองเพื่อพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งเสริมการสนับสนุนของครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้านการบริโภคอาหาร และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะทุพโภชนาการให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

2. เนื่องจากปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการศึกษาครั้งนี้สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ร้อยละ 47.5 เพราะฉะนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหลืออีก 52.5 อาจเป็นผลจากปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

บรรณานุกรม

กาญจนา ใจเย็น. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY





ประกาศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์

ครั้งที่ 3/2564 ประจำปีการศึกษา 2564

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต 6270013036
 ชื่อ-นามสกุล นางสาวรัชณี พระราช
 สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
 ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ
 ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก รองศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย อรทัย
 ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 PREDICTING FACTORS OF DIETARY BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH
 CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
 ครั้งที่อนุมัติ 3/2564
 ระดับ ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต 6270020436
 ชื่อ-นามสกุล นางสาวเสาวนีย์ บุตรหาญ
 สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
 ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
 ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก รองศาสตราจารย์ ดร. ธีระ สิ้นเดชารักษ์
 ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก
 THE EFFECT OF CONCRETE-OBJECTIVE INFORMATION PROGRAM ON
 ANXIETY IN PATIENTS UNDERGOING CATARACT SURGERY
 ครั้งที่อนุมัติ 3/2564
 ระดับ ปริญญาโท

จากมติคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 16/2564 วันที่ 14 กันยายน 2564

ประกาศ ณ วันที่ 15 กันยายน 2564

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. ผศ. พิเศษ นพ. สมคิด อุ่นเสมอธรรม | หัวหน้างานโรคปอด กลุ่มงานอายุรศาสตร์
โรงพยาบาลราชวิถี |
| 2. อ. ดร. พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิตร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอนภาค
วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ) หัวหน้างานวิจัย ผลงาน
วิชาการ และวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
กรุงเทพ |
| 3. อ. ดร. สุนทรี เจียรวิทยกิจ | อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ
ผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 4. นางสาวลาวัลย์ แจ่มประเสริฐ | นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี |
| 5. นางสาวธีราพร ชมภูแสง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหน่วยโภชนบำบัด
ทางการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี |



ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๗๗๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวรัชณี พระราช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตดสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิเศษ นายแพทย์ สมคิด อุ่นเสมอธรรม หัวหน้างานโรคปอด
กลุ่มงานอายุรศาสตร์
๒. นางสาวลาวัลย์ แจ่มประเสริฐ นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานโภชนศาสตร์
๓. นางสาวธีราพร ชมภูแสง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้าหน่วยโภชนบำบัดทางการพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิเศษ นายแพทย์ สมคิด อุ่นเสมอธรรม, นางสาวลาวัลย์ แจ่มประเสริฐ
และ นางสาวธีราพร ชมภูแสง

ฝ่ายวิชาการ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๒

ข้อนี้ติดต่อ นางสาวรัชณี พระราช โทร. ๐๖-๑๙๖๑-๖๓๘๖

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๗๘๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวรัชณี พระราช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.พนารัตน์ วิศเวทพนมิตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) หัวหน้างานวิจัย ผลงานวิชาการ และวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.รัตันศิริ ทาโต)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร.พนารัตน์ วิศเวทพนมิตร

ฝ่ายวิชาการ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๘๓๓-๔๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๒

ชื่อนิสิต นางสาวรัชณี พระราช โทร. ๐๖-๑๙๖๑-๖๓๘๖

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๗๘๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชนิ พระราช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.สุนทรี เจียรวิทย์กิจ อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนา ศรี ทาโต)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร.สุนทรี เจียรวิทย์กิจ

ฝ่ายวิชาการ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๒

ชื่อนิสิต นางสาวชนิ พระราช โทร. ๐๖-๑๙๖๑-๖๓๘๖

ข้อความใหม่

ลบ เก็บถาวร จัดเป็นขยะ ล้าง

โพลเดอร์

กล่องจดหมาย... 60

อีเมลขยะ

แบบร่าง

รายการที่ส่ง

รายการที่ถูกลบ

เก็บถาวร

บันทึกย่อ

Conversation ...

โพลเดอร์ใหม่

กลุ่ม

กลุ่มใหม่

อัปเดตเป็น Microsoft 365 ด้วย พีเจอาร์ Outlook แบบพรีเมียม

← สอบถามเรื่องแบบประเมินอาการหายใจลำบาก mMRC 3

สไอ สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ <Thaitst@gmail.com>
ส 16/10/2021 16:47
ถึง: คุณ

เรียน คุณรัชนี้

ทาง อ.นิธิพัฒน์ แจ้งว่า ใช้ได้เลยค่ะ และช่วยอ้างที่มาให้ด้วยค่ะ

ขอบคุณค่ะ

ในวันที่ พท. 14 ต.ค. 2021 เวลา 13:55 Snimmer_Uho <num-nimm@hotmail.com> เขียนว่า:

เรียน ท่านผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสอบถามเรื่องแบบประเมินอาการหายใจลำบาก mMRC ค่ะ

เนื่องจากได้ศึกษาข้อแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560 ของทางสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่ได้กล่าวว่า ให้ใช้แบบประเมิน mMRC (modified medical research council scale) ในการประเมินผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดิฉันนางสาวรัชนี้ พระราช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความสนใจในการใช้แบบประเมินนี้ เพื่อเป็นเครื่องมือในการวิจัย จึงใคร่ขอสอบถามว่า ต้องมีการขออนุญาตใช้เครื่องมือนี้ก่อนหรือไม่ หรือสามารถใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐานนี้ได้เลย ในการนี้ ดิฉันได้แนบรูปแบบประเมินดังกล่าวมาให้ ตามที่ได้ติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์มาก่อนหน้านี้

ด้วยความเคารพ

รัชนี้ พระราช

ข้อความใหม่

 ...

โฟลเดอร์

- กล่องจดหมาย... 60
- อีเมลขยะ
- แบบร่าง
- รายการที่ส่ง
- รายการที่ถูกลบ
- เก็บถาวร
- บันทึกย่อ
- Conversation ...
- โฟลเดอร์ใหม่
- กลุ่ม
- กลุ่มใหม่

ขออนุญาตใช้เครื่องมือ NT2013 ค่ะ

2563 NT- ถึง รชนี. pdf
5 เมกะไบต์

เรียน คุณ รชนี พระราช

ผม และ นอ. ญ. บุชชา พรหมณสุทธ์ (พยาบาลผู้ร่วมพัฒนาแบบประเมินคัดกรองฯ NT 2013) มีความยินดี และ ขอขอบคุณ ในการนำแบบฯ ไปใช้ในงานวิทยานิพนธ์ฯ พร้อมกันนี้ได้แนบไฟล์ (เนื้อหาที่พิมพ์อยู่ในวารสารโภชนบำบัด 2563) มาด้วย ถ้ามีข้อซักถามปรึกษาได้ ก็ยินดีนะคะ

ขอบคุณครับ วิบูลย์ ตระกูลสุน

ขอบคุณครับ วิบูลย์ ตระกูลสุน

ในวันที่ ส. 20 พ.ย. 2021 เวลา 07:36 Snimmer_Uho <nimm@hotmail.com> เขียนว่า:

เรียน พล. อ. ต. นพ. วิบูลย์ ตระกูลสุน

ดิฉันนางสาวรชนี พระราช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง" โดยมี ผศ. ดร. นรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดิฉันขออนุญาต ใช้แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ NT 2013 เป็นเครื่องมือในการวิจัย ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอาจารย์ ขออนุญาต ใช้เครื่องมือนี้ค่ะ

ด้วยความเคารพ

รชนี พระราช

อัปเดตเป็น Microsoft 365 ด้วย ไฟเจอร์ Outlook แบบพรีเมียม

1 จาก 2



ที่ อว ๘๑๓๗/ ๑๙๕๐

คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขรับที่: 2118
วันที่: 3 พฤศจิกายน 2564 เวลา: 15:43

มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลพทบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓

๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๘๒๕ ลงวันที่ ๒๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ตามที่ นางสาวรัชณี พระราช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์คือ “แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” จากวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” ของคุณนรรัตน์ สาจันทร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วณิชชา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก เพื่อนำไปใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” ตามความทราบแล้วนั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยบัณฑิตวิทยาลัยอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้อ้างอิงงานวิจัยดังกล่าวด้วย รวมถึงจัดส่ง “แบบฟอร์มรับรองการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์” ไปยังบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th (สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://grd.buu.ac.th/wordpress/?page_id=3717)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย

เรียน รองคณบดี

เพื่อทราบ และเห็นควรสำเนาเอกสารให้บัณฑิตวิทยาลัยดำเนินการต่อไป

30 พฤศจิกายน 2564 เวลา 11:21

สำเนาเรียน นางสาวรัชณี พระราช

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗, ๗๐๑, ๐๖๕๘๕๓๘๒๗๐
อีเมล grd.buu@go.buu.ac.th

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

รับทราบ และโปรดแจ้งนิสิตทราบ
เพื่อดำเนินการต่อไป

11 พฤศจิกายน 2564 เวลา 17:19



ที่ อว ๒๘๐๑๘/๒๔.๕๒๑

อุทยานวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาเขตหาดใหญ่ส่วนขยาย
ต.ทุ่งใหญ่ อ.หาดใหญ่
จ.สงขลา ๙๐๑๑๐

๑๐ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้ลิขสิทธิ์ในเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือเลขที่ อว ๒๔.๑๑/๐๐๗๘๒ ลงวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๔

ตามที่ นางสาวรัชณี พระราช นิลิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยเรื่อง “แบบประเมินแรงสนับสนุนของครอบครัว” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้” ของ นางสาวกาญจนา ใจเย็น คณะพยาบาลศาสตร์ และเป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อประกอบการทำวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” นั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้พิจารณาแล้วมีความเห็นว่าควรอนุญาตให้ทาง นางสาวรัชณี พระราช ใช้ผลงานลิขสิทธิ์ดังกล่าวโดยไม่มีค่าตอบแทนและใช้สิทธิได้เฉพาะ การทำวิจัยในเรื่องดังกล่าวข้างต้น เท่านั้น ทั้งนี้จะต้องมีการอ้างถึงมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และชื่อผู้สร้างสรรค์ผลงานให้เป็นที่ประจักษ์ในการใช้ผลงานดังกล่าวด้วย หากมีผู้ประสงค์จะใช้งานในผลงานอันมีลิขสิทธิ์ดังกล่าวนอกเหนือจากที่ได้อนุญาตไว้ จำต้องมีการขออนุญาตและได้รับการอนุญาตจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ก่อนทุกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คำรณ พิทักษ์)

รักษาการแทนผู้อำนวยการอุทยานวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



อุทยานวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

• Professional • Science • Unity •

อุทยานวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Prince of Songkla University Science Park

Tels. 0 7428 9333 • E-mail: psusp@psusp.or.th • Website: www.psusp.or.th

"Where Science and Technology Harmonizes with Business"



ที่ อว ๒๘๐๑๘. / ๑๐๒๐๓.๙

อุทยานวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาเขตหาดใหญ่ส่วนขยาย
ต.ทุ่งใหญ่ อ.หาดใหญ่
จ.สงขลา ๙๐๑๑๐

๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้ลิขสิทธิ์ในเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือเลขที่ อว ๒๔.๑๑/๐๐๗๘๔ ลงวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๔

ตามที่ นางสาวชณี พระราช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยเรื่อง “แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะขาดสารอาหาร” ของ นางสาวผวนิกา ทองสง คณะพยาบาลศาสตร์ และเป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อประกอบการทำวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” นั้น

ในกรณี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้พิจารณาแล้วมีความเห็นว่าควรอนุญาตให้ทาง นางสาวชณี พระราช ใช้ผลงานลิขสิทธิ์ดังกล่าวโดยไม่มีค่าตอบแทนและใช้สิทธิได้เฉพาะ การทำวิจัยในเรื่องดังกล่าวข้างต้น เท่านั้น ทั้งนี้จะต้องมีการอ้างถึงมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และผู้สร้างสรรค์ผลงานให้เป็นที่ยอมรับในการใช้ผลงานดังกล่าวด้วย หากมีผู้ประสงค์จะใช้งานในผลงานอันมีลิขสิทธิ์ดังกล่าวออกเหนือจากที่ได้อนุญาตไว้ จึงต้องมีการขออนุญาตและได้รับการอนุญาตจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ก่อนทุกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คำนม พิทักษ์)

รักษาการแทนผู้อำนวยการอุทยานวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



อุทยานวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
• Professional • Science • Unity •

อุทยานวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Prince of Songkla University Science Park

Ins. 0 7428 9333 • E-mail: psusciencelpark@gmail.com • Website : www.psu.or.th

"Where Science and Technology Harmonizes with Business"






คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 02-218-3202, 02-218-3049 Email: eccu@chula.ac.th

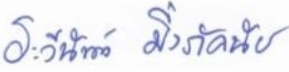
COA No. 024/65

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 640236 : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ผู้วิจัยหลัก : นางสาว รชนี พระราช
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณาโดยใช้หลักของ Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOM) 2016, มาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ค.) 2560, นโยบายแห่งชาติ และแนวทางปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์ 2558 อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม 
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ปรีดา ทิศนประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม 
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ระวีรัตน์ มิ่งกัณนี)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 31 มกราคม 2565

วันหมดอายุ : 30 มกราคม 2566

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

1. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
2. โครงการวิจัย
3. แผนการดำเนินการ
4. ประวัติและคุณสมบัติ
5. งบประมาณ
6. เครื่องมือวิจัย

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการวิจัยจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน หรือส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประกาศคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. หากยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนดต้องแจ้งคณะกรรมการฯ ภายใน 2 สัปดาห์พร้อมคำชี้แจง
8. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 01-15) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
9. โครงการวิจัยที่มีหลายระยะ จะรับรองโครงการเป็นระยะ เมื่อดำเนินการวิจัยในระยะแรกเสร็จสิ้นแล้ว ให้ดำเนินการส่งรายงานความก้าวหน้า พร้อมโครงการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องในระลอกถัดไป
10. คณะกรรมการฯ สงวนสิทธิ์ในการตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามการดำเนินการวิจัย
11. สำหรับโครงการวิจัยจากภายนอก ผู้บริหารส่วนงาน กู้ใช้การดำเนินการวิจัย



เลขที่โครงการวิจัย 640236
วันที่รับรอง 31 ม.ค. 2565
วันที่หมดอายุ 30 ม.ค. 2566

Digital Certificate



COA No. 0179/2022

IRB No. 1015/64

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมแบบเร่งด่วน

(COA No. 0179/2022)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวรัชณี พระราช

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

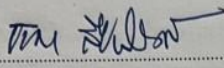
เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 2 Date 1/2/65
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1 Date 12/12/64
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2 Date 1/2/65
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 1 Date 12/12/64
5. แบบสอบถาม Version 1 Date 22/12/64
6. Curriculum Vitae and GCP Training
 - Miss Ratchanee Pharach

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



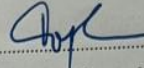
- Asst.Prof. Dr. Noraluk Ua-Kit

ลงนาม 

(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม 

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชาญญา ทองตัน)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 4 กุมภาพันธ์ 2565

วันหมดอายุ : 3 กุมภาพันธ์ 2566

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



เอกสารเลขที่ 049/2565

เอกสารรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี

16 มีนาคม 2565

ชื่อโครงการ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
(PREDICTING FACTORS OF DIETARY BEHAVIORS AMONG PATIENTS
WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)

รหัสโครงการ 65030

ผู้วิจัยหลัก นางสาวรัชณี พระราช ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ผู้ร่วมวิจัย ผศ.ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ ตำแหน่ง อาจารย์

สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 16 มีนาคม 2565
2. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล ฉบับที่ 2 วันที่ 16 มีนาคม 2565
3. ประวัติผู้วิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2565
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form) ฉบับที่ 1 วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2565
5. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet) ฉบับที่ 2 วันที่ 16 มีนาคม 2565

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี ได้ดำเนินการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในคน โดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยตามหลักสากล

ลงนาม.....

(ศ.คลินิก นพ.วิระศักดิ์ ศรีนนท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



รับรองตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม 2565 ถึงวันที่ 15 มีนาคม 2566

การพิจารณา Expedited review วันที่รายงานความก้าวหน้า 16 มีนาคม 2566

การรายงานความก้าวหน้า ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขบังคับที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวรัชณี พระราช นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำงาน เลขที่ 2 โรงพยาบาลราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2062900 ต่อ 10310, 10311

โทรศัพท์มือถือ 061-961-6386

E-mail : Num-nimm@hotmail.com

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้โดยละเอียดรอบคอบ เพื่อให้ท่านได้ทราบเหตุผลและรายละเอียดของโครงการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยจะอธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจอย่างชัดเจน

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนาย ได้แก่ อายุ รายได้ อาการหายใจลำบาก ความรู้เรื่องกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. กระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งจะให้ข้อมูลโดยผู้วิจัย ที่จะเข้าไปคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทำการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคปอด และหากผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ขอให้ท่านลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. ผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคปอดของโรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 132 ราย เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับที่ 2, 3 และ 4 และไม่มีอาการหรืออาการแสดงที่เป็นอุปสรรคในการตอบแบบสอบถาม เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย มีอาการกำเริบของโรคอย่างฉับพลัน หรือมีอาการที่เสี่ยงต่ออันตรายถึงชีวิตต้องเข้ารับการรักษารวดด่วน และไม่สามารถเข้าร่วมโครงการอีกต่อไป เป็นต้น

4. วิธีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลราชวิถี และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยขออนุญาตใช้แฟ้มประวัติผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยจะขออนุมัติจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากพยาบาลตลอดจนแพทย์ ประจำคลินิก โรคปอด โรงพยาบาลราชวิถี และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นผู้ประสานงานโดยการสอบถามความสนใจแก่ผู้ป่วยโรคปอดอดุกันเรื้อรังในการเข้าร่วมโครงการวิจัย หากมีผู้ป่วยมีความสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย พยาบาลผู้ประสานงานจะขออนุญาตแนะนำผู้ป่วยให้ผู้วิจัยเข้าพบ

5. เมื่อท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถาม แจ้งสิทธิที่ควรได้รับในการวิจัยแก่ท่านและญาติ ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลราชวิถี และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยแบบสอบถามมีจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 6 ส่วน มีคำถามทั้งหมด 79 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามอาการหายใจลำบาก ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ ผู้วิจัยเป็นผู้ถามและให้คะแนนตามแบบประเมิน ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 30-45 นาที หากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านหนังสือไม่ได้ มองไม่เห็น ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟังทีละข้อและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวเองให้มากที่สุด ผู้วิจัยจะบันทึกคำตอบตามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือก

6. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลทันที และแจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์ หรือพยาบาลประจำแผนกทราบทันที และจะดำเนินการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับการเห็นชอบจากแพทย์แล้วเท่านั้น

7. ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยตรง แต่เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย ผลการศึกษาที่ได้จากงานวิจัยนี้ จะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอดุกันเรื้อรัง และเป็นข้อมูลในการพัฒนางานวิจัยในอนาคต

8. ข้อมูลใด ๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลโดยภาพรวมจะสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

9. เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกทำลาย

10. เนื่องจากงานวิจัยนี้ เป็นเพียงการตอบแบบสอบถามเท่านั้น และจะไม่ได้รับคำตอบแทนใด ๆ ในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ นอกจากคำขอบคุณที่ท่านสละเวลามาร่วมงานวิจัย และผู้วิจัยจะมอบแผ่นพับอาหารสำหรับโรคปอดอดุกันเรื้อรังให้ผู้เข้าร่วมตอบในครั้งนี้ โดยเป็นความรู้ที่ถูกต้องจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคปอดอดุกันเรื้อรัง

11. การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการได้รับบริการในโรงพยาบาล

12. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ตลอดเวลาที่หมายเลขโทรศัพท์ 061-9616386 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

13. หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-3202, 0-2218-3049 E-mail : eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย และเข้าใจข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทุกประการแล้ว จึงลงนามเข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และได้รับเอกสารไว้ 1 ชุดแล้ว

.....
 (.....) (.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

CHULALONGKORN UNIVERSITY

.....
 (.....) (.....)

พยาน

พยาน

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....



ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำราและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2. แบบสอบถามอาการหายใจลำบาก mMRC (Modified Medical Research Council Dyspnea Score) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่เล็กน้อย (คะแนน 0) รู้สึกหายใจหอบเมื่อออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้นจนถึงรุนแรงที่สุด (คะแนน 4)

3. แบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภค โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่

4. แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วน 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

6. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ทุกครั้งที่มีโอกาสหรือ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์ ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เกือบทุกครั้งที่มีโอกาสหรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้งที่มีโอกาสหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้งที่มีโอกาสหรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย (v) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมค่าลงในช่องว่างตามข้อคำถามที่กำหนดให้

1. อายุ.....ปี
2. เพศ
 ชาย หญิง
3. สถานภาพสมรส
 สมรส โสด หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา
 ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 อนุปริญญา ปริญญาตรี มากกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เกษตรกร
 รับจ้างทั่วไป ธุรกิจส่วนตัว
 รับราชการ พนักงานบริษัทเอกชน
 อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้ (ต่อเดือน).....บาท
 ความเพียงพอของรายได้อีกกับค่าใช้จ่าย
 เพียงพอ ไม่เพียงพอ
7. ผู้ดูแล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
สามี/ภรรยา บุตร
 บุตรหลาน พี่น้อง
 เพื่อน ไม่มี
8. ประวัติการสูบบุหรี่
 ยังสูบบุหรี่ เคยสูบ แต่เลิกสูบบุหรี่.....ปี
 ไม่เคยสูบ
9. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....ปี
10. ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 ระดับ 1 ระดับ 2 ระดับ 3 ระดับ 4

2. แบบสอบถามอาการหายใจลำบาก

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ เพียง 1 ข้อ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย

Grade	อาการหายใจลำบาก	ทำเครื่องหมาย ✓ เพียง 1 ข้อ
0	รู้สึกหายใจหอบ ขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น	
1	หายใจหอบเหนื่อยเมื่อเดินอย่างรีบบนพื้นราบ หรือ เมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน	
2	เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกันเพราะหายใจหอบ หรือต้องหยุดเพื่อหายใจเมื่อเดินตามปกติบนพื้นราบ	
3	ต้องหยุดเพื่อหายใจ หลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือหลังจากเดินได้บนพื้นราบ	
4	หายใจหอบมากเกินกว่าที่จะออกจากบ้าน หรือ หอบมากขณะแต่งตัวหรืออาบน้ำ	

3. แบบสอบถามความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่กำหนดให้โดยตรงกับความเข้าใจของท่าน โดยตอบตามความเป็นจริง และเลือกเพียงคำตอบเดียว

ถูก หมายถึง เมื่อเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง
 ไม่ถูก/ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อเห็นว่าข้อความนั้นผิด

ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร	ถูก	ไม่ถูก/ ไม่แน่ใจ
1. อาหารประเภทแป้ง ข้าว เป็นแหล่งพลังงานหลักของร่างกาย แต่ไม่ควรรับประทานมากเกินไป		
2. ปลาเป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง ช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อ ทำให้การหายใจดีขึ้น		
3. การรับประทานอาหารหวานจำนวนมาก เพิ่มโอกาสการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง		
4. การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ช่วยป้องกันอาการท้องผูก		
5. ดื่มน้ำ 8-10 แก้วต่อวัน สามารถช่วยเพิ่มการขจัดเสมหะออกในปอด		
6. การรับประทานอาหารปริมาณมาก เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้น		
7. การรับประทานอาหาร 5-6 มื้อต่อวันช่วยรักษาสุขภาพ		
8. การรับประทานอาหารอ่อน ช่วยลดการใช้พลังงานในการย่อยอาหาร		
9. การรับประทานอาหารที่มีแก๊สมาก เพิ่มแรงดันที่กระบังลม ทำให้หายใจลำบาก		
10. การรับประทานอาหารเค็ม ทำให้ร่างกายบวมน้ำและหายใจเหนื่อยขึ้น		
11. การดูแลความสะอาดช่องปาก ก่อน-หลังรับประทานอาหารเพิ่มความอยากอาหาร		
12. การรับประทานวิตามินเอ สามารถลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ		
13. การรับประทานวิตามินซีสามารถช่วยลดการทำลายเนื้อเยื่อ		
14. การนอนหลังการรับประทานอาหารสามารถช่วยให้ระบบการย่อยอาหารทำงานดีขึ้น		
15. การรับประทานอาหารดิบหรือปรุงไม่สุก ช่วยเพิ่มความอยากอาหาร		
16. การรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ช่วยให้การรับประทานอาหารได้มากขึ้น		
17. น้ำมันพืช เหมาะสมสำหรับการปรุงอาหาร		
18. การรับประทานอาหารที่หลากหลายเป็นพฤติกรรมบริโภคที่ดี		
19. การรับประทานอาหารไม่เพียงพอทำให้มีอาการหายใจลำบาก		
20. การดื่มกาแฟ และชา เพิ่มโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ		

4. แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ (NT 2013 : Nutrition Assessment)

คำชี้แจง ประเมินโดยการให้คะแนนลงในช่องว่าง และบวกคะแนนที่ได้

น้ำหนัก.....กิโลกรัม

ส่วนสูง.....เซนติเมตร

BMI.....

1. ประวัติการได้รับประทานอาหาร หรือ สารอาหาร พิจารณารวมทั้ง ประเภท-ปริมาณ-คุณภาพของสารอาหาร และระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลง		คะแนน.....		
ประเภท/ปริมาณ/คุณภาพ	ระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลง/คะแนน ใส่เครื่องหมาย (✓) ที่เลือก			
() กินเอง () TF () PN () IV	≤7 วัน	8-14 วัน	≥14 วัน	
() Combination	()	()	()	
() <10% (NPO ได้รับแต่น้ำเกลือ)	(1) (2)	(2) (3)	(3) (4)	
() 10-25% ของปริมาณปกติหรือแคลอรีที่ต้องการ	(0) (1)	(1) (2)	(2) (3)	
() 25-50% ของปริมาณปกติหรือแคลอรีที่ต้องการ	(0)	(0) (1)	(1) (2)	
() 50-75% ของปริมาณปกติหรือแคลอรีที่ต้องการ	(0)	(0)	(1)	
() 75-100% ของปริมาณปกติหรือแคลอรีที่ต้องการ (NPO ได้รับแต่น้ำเกลือ)	(0)	(0)	(0)	

2. การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว () เท่าเดิม หรือ () เพิ่มขึ้น.....กก./ เวลา..... (คะแนน = 0) () ลดลง.....% ในระยะเวลา.....เดือน หรือ.....สัปดาห์		คะแนน.....		
ระยะเวลา	% น้ำหนักที่ลดลง			
	เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง	
คะแนน	(1)	(2)	(3)	
() 1 สัปดาห์	<1%	1-2%	>2%	

2. การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว (ต่อ)			
() เท่าเดิม หรือ () เพิ่มขึ้น.....กก./ เวลา..... (คะแนน = 0)			
() ลดลง.....% ในระยะเวลา.....เดือน หรือ.....สัปดาห์		คะแนน.....	
ระยะเวลา	% น้ำหนักที่ลดลง		
	เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง
คะแนน	(1)	(2)	(3)
() 2-3 สัปดาห์	<2%	2-3%	>3%
() 1 เดือน	<4%	4-5%	>5%
() 3 เดือน	<7%	7-8%	>8%
() > 5 เดือน	<10%	10%	>10%

3. ภาวะบวมน้ำ (Fluid accumulation)	คะแนน.....
พิจารณา ตำแหน่ง (เฉพาะที่-หลายแห่ง/ กตบุ้ม (มาก-น้อย)	คะแนน
ไม่บวม (มือ-แขน ทั้ง 2 ข้าง-หน้าอก-ลำตัว-ท้อง-ขา ทั้ง 2 ข้าง)	0
บวมเล็กน้อย บางแห่ง; ระดับ 1 ⁺ – 2 ⁺ (รอยบวมลึก 2-4 มม.)	1
บวมปานกลาง มือ-แขน หรือขาทั้งสองข้าง; ระดับ 2 ⁺ – 3 ⁺	2
บวมทั่วตัว ระดับ 3 ⁺ – 4 ⁺ (รอยบวมลึก 6-8 มม.)	3

4. ระดับการสูญเสียมวลไขมัน (Body fat loss) ประเมินเฉลี่ยทั่วร่างกาย	0	1	2	3
0 = ปกติ, 1 = มีไขมันน้อย, 2 = มีไขมันน้อยมาก, 3 = หนังหุ้มกระดูก				

5. ระดับการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (Body fat loss) ประเมินเฉลี่ยทั่วร่างกาย	0	1	2	3
0 = ปกติ, 1 = กล้ามเนื้อน้อยลง, 2 = กล้ามเนื้อลีบ, 3 = หนังหุ้มกระดูก				

6. สมรรถภาพกล้ามเนื้อ (ประเมินเฉลี่ยทั่วร่างกาย)	0	1	2	3
0 = ระดับ 4-5 (strong), 1 = ระดับ 2-3, 2 = ระดับ 1, 3 = ระดับ 0 (no strong)				
7. ประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (≥3 เดือน)				

ที่มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ และเมตาบอลิซึม 0 = ไม่มี, 1 = เล็กน้อย, 2 = ปานกลาง, 3 = รุนแรง	คะแนน.....			
โรค และ โรคร่วม ตัวอย่างเช่น	คะแนน			
โรคมะเร็ง (stage I=0, II=1, III=2, IV=3)	0	1	2	3
โรคปอด (TB, COPD,)	0	1	2	3
โรคไต (ไตวายเรื้อรัง แต่ยังมีปัสสาวะ = 2, HD/PD = 3)	0	1	2	3
โรคตับ (Hepatic Encephalopathy = 3)	0	1	2	3
HIV (มีอาการ+น้ำหนักลด \leq 10% = 1-2, นน.ลด $>$ 10%+wasting=3)	0	1	2	3
โรค/ ภาวะอื่น ๆ (eg. Short bowel.....)	0	1	2	3
ท้องมาน (น้ำประมาณระดับสะดือ = 2, เต็มท้อง = 3)	0	1	2	3
แผลกดทับ (พิจารณาความกว้าง-ลึกถึงไขมัน = 2, กล้ามเนื้อ = 3)	0	1	2	3
แผลเรื้อรังอื่นๆ	0	1	2	3
หมายเหตุ ให้คะแนนแต่ละภาวะ แล้วรวมคะแนน แต่ผลรวมสุดท้ายไม่เกิน 3				

8. ประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือกึ่งเฉียบพลัน ที่มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ และเมตาบอลิซึม 0 = ไม่มี, 1 = เล็กน้อย, 2 = ปานกลาง, 3 = รุนแรง	คะแนน.....			
Stress : severity of hypermetabolism/catabolism อุบัติเหตุ, บาดเจ็บ, การอักเสบ/ติดเชื้อ, Burn ตัวอย่างเช่น	คะแนน			
Non Neurological trauma.....	1	2	3	
Head injury, Acute spine injury(GCS15=0, 14-13=1,12-8=2,7-3=3)	1	2	3	
โรคตับ (Hepatic Encephalopathy = 3)	1	2	3	
Burn (minor: \leq 15%; mod: $>$ 5%; major: $>$ 20%/ $>$ 10%)	1	2	3	
โรค/ ภาวะอื่น ๆ (eg. Short bowel.....)	1	2	3	
Recent major operation (1-2 wk)	1	2	3	
Acute pancreatitis, Hepatitis, Peritonitis, Necrotizing facilitis.....	1	2	3	
Disease/other condition (eg.MI, GI Bleed, shock,severe diarrhea)	1	2	3	

หมายเหตุ ให้คะแนนแต่ละภาวะ แล้วรวมคะแนน แต่ผลรวมสุดท้ายไม่เกิน 3		
9. สรุปคะแนนรวม (ข้อ 1+2+3+4+5+6+7+8 = ข้อ 9)		คะแนน.....
ระดับภาวะทุพโภชนาการ	ช่วงคะแนนรวม	การปฏิบัติ
() NT-1 (ไม่มี หรือ มีความเสี่ยง)	0 - 4 คะแนน	ติดตามประเมิน ทุก 6 - 8 สัปดาห์
() NT-1 (เล็กน้อย)	5 - 7 คะแนน	ติดตามประเมิน ทุก 4 - 6 สัปดาห์
() NT-1 (ปานกลาง)	8 - 10 คะแนน	ควรเริ่มให้โภชนบำบัด ประเมินทุก 3 - 7 วัน
() NT-4 (รุนแรง)	> 10 คะแนน	พิจารณา ส่งปรึกษาโภชนบำบัด

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ว่าท่านมีความคิดเห็นกับข้อความดังต่อไปนี้อย่างไร

โดยตอบตามความเป็นจริง

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านทั้งหมด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเล็กน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

การสนับสนุนทางสังคม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การสนับสนุนจากครอบครัว					
1. สมาชิกในครอบครัวคอยเตือนเมื่อฉันปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม เช่น รับประทานข้าว และแบ่งมากเกินไป เป็นต้น					
2. สมาชิกในครอบครัว ช่วยหาข้อมูลหรือหนังสือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีมาให้ฉัน เช่น การรับประทานอาหาร					
3. ฉันได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสม					
4. สมาชิกในครอบครัว จัดหาหรือซื้ออาหารที่มีประโยชน์มาให้ฉันรับประทาน					
5. สมาชิกในครอบครัวจัดหาอาหารที่มีแป้งน้อย หวานน้อย ให้ฉัน					
6. สมาชิกในครอบครัวคอยสอบถามเกี่ยวกับการปัญหาในการรับประทานอาหารเช้าของฉัน					
7. สมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือดูแลฉันตลอดในการรับประทานอาหารเช้า					
8. สมาชิกในครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสนับสนุนให้ฉันสามารถรับประทานอาหารเช้าได้					
9. สมาชิกในครอบครัวคอยให้กำลังใจในการรับประทานอาหารเช้า					

การสนับสนุนทางสังคม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
10. สมาชิกในครอบครัวกล่าวชมเมื่อฉันรับประทานอาหารได้เหมาะสม					
การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ					
11. ฉันได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคจากบุคลากรสุขภาพ					
12. การที่ฉันได้รับความรู้จากบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ฉันสามารถรับประทานอาหารได้เหมาะสมมากขึ้น					
13. การฉันได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพให้รับประทานผักหลายชนิด และผลไม้ ทำให้ฉันตื่นตัวในการรับประทานมากขึ้น					
14. เมื่อฉันรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค ฉันจะถูกท้วงติงจากบุคลากรสุขภาพ					
15. ฉันไว้วางใจบุคลากรสุขภาพ และสามารถพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับการบริโภคอาหารได้ทุกเมื่อ					
16. ฉันได้รับคำแนะนำในการรับประทานอาหารทุกครั้งเมื่อมารับการตรวจรักษาตามนัด					
17. ฉันปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคจากบุคลากรสุขภาพอย่างเคร่งครัด					
18. บุคลากรทางสุขภาพช่วยเหลือฉันในการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร					
19. ฉันได้รับกำลังใจจากบุคลากรสุขภาพในการรับประทานอาหารให้เหมาะสม					
20. เมื่อฉันมีข้อซักถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร บุคลากรสุขภาพสามารถตอบคำถามฉันได้ตรงประเด็น และฉันเข้าใจ					

6. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

คำชี้แจง ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติพฤติกรรมต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบ ดังนี้

- 5 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ทุกครั้งที่มีโอกาสหรือ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์
- 4 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เกือบทุกครั้งที่มีโอกาสหรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้งที่มีโอกาสหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 2 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้งที่มีโอกาสหรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน
- 1 หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	5	4	3	2	1
1. ฉันทรับประทานข้าวแป้ง เช่น ข้าวสวย บะหมี่ และเผือก มือละไม่เกิน 1 ทัพพี					
2. ฉันทรับประทานขนมหวานรสหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง กะละแม ยาหนม ขนมหม้อแกง เป็นต้น					
3. ฉันทรับประทานอาหารประเภทถั่วต่าง ๆ กะหล่ำปลี หัวหอม หัวหอมใหญ่ มะม่วงดิบ พริกทอง แดงกวา					
4. ฉันทรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม บูดู แกงไตปลา ผักผลไม้ดอง เป็นต้น					
5. ฉันทรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ลองกอง ทุเรียน ขนุน จำปาตะ มะม่วงสุก น้อยหน่า ละมุด เป็นต้น					
6. ฉันทรับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้น้ำมันถุงหรือน้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว					
7. ฉันทรับประทานอาหารที่มีไขมันหรือกะทิเป็นส่วนผสม เช่น แกงมัสมั่นไก่ แกงเทโพ แกงเขียวหวาน เป็นต้น					
8. ฉันทรับประทานเครื่องในสัตว์ เช่น ตับ หัวใจ ลำไส้ กระเพาะ ชูป เครื่องในวัว เป็นต้น					
9. ฉันทรับประทานอาหารทะเล ยกเว้นปลา เช่น ไข่ปลา หอย กุ้ง ปลาหมึก เป็นต้น					
10. ฉันทดื่มน้ำอัดลม น้ำชา กาแฟ					
11. ฉันทรับประทานผัก 4 – 6 ทัพพีต่อวัน					

พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร	5	4	3	2	1
12. ฉันทับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด เช่น ส้ม ส้มโอ ฝรั่ง เป็นต้น					
13. ฉันทับประทานอาหารมื้อละน้อย ๆ 5-6 มื้อต่อวัน					
14. ฉันทับประทานปลา ทั้งปลาน้ำจืดและปลาน้ำเค็ม 6-12 ซ่อนกิน ข้าวต่อวัน					
15. ฉันทับประทานกุ้งแห้ง ปลาเล็กปลาน้อยหรือปลาไส้ตัน งา ลูก เตี๋ย ใบชะพลู ใบยอ ผักกะเฉด สะเดา มะเขือพวง ขี้เหล็ก กระจิน ตำลึง					
16. ฉันทดื่มน้ำอุ่นอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว					
17. ฉันทดื่มนมพร่องมันเนยหรือนมขาดมันเนย					
18. ฉันทับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ					
19. ฉันทับประทานผักหลากหลายชนิด เช่น ผักสุก หรือ ผักนึ่งจน นิ่ม เป็นต้น					
20. ฉันทดื่มน้ำชา กาแฟ โอวัลติน ไมโล ที่ใส่นมและ/หรือน้ำตาล เกิน 1 แก้วต่อวัน					



ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการหายใจลำบาก (n = 132)

แบบสอบถาม	\bar{x}	SD
อาการหายใจลำบาก	1.39	1.03

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร (n = 132)

ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร	\bar{x}	SD
1. อาหารประเภทแป้ง ข้าว เป็นแหล่งพลังงานหลักของร่างกาย แต่ไม่ควรรับประทานมากเกินไป	0.77	0.42
2. ปลาเป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง ช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อ ทำให้การหายใจดีขึ้น	0.71	0.45
3. การรับประทานอาหารหวานจำนวนมาก เพิ่มโอกาสการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง	0.36	0.48
4. การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ช่วยป้องกันอาการท้องผูก	0.73	0.44
5. ดื่มน้ำ 8-10 แก้วต่อวัน สามารถช่วยเพิ่มการขจัดเสมหะออกในปอด	0.73	0.44
6. การรับประทานอาหารปริมาณมาก เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้น	0.40	0.49
7. การรับประทานอาหาร 5-6 มื้อต่อวันช่วยรักษาสุขภาพ	0.27	0.44
8. การรับประทานอาหารอ่อน ช่วยลดการใช้พลังงานในการย่อยอาหาร	0.63	0.48
9. การรับประทานอาหารที่มีแก๊สมาก เพิ่มแรงดันที่กระบังลม ทำให้หายใจลำบาก	0.67	0.47
10. การรับประทานอาหารเค็ม ทำให้ร่างกายบวม น้ำและหายใจเหนื่อยขึ้น	0.72	0.45
11. การดูแลความสะอาดช่องปาก ก่อน-หลังรับประทานอาหารเพิ่มความอยากอาหาร	0.48	0.50
12. การรับประทานวิตามินเอ สามารถลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ	0.54	0.50
13. การรับประทานวิตามินซีสามารถช่วยลดการทำลายเนื้อเยื่อ	0.53	0.50

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร (n = 132) (ต่อ)

ข้อความ	\bar{x}	SD
14. การนอนหลังการรับประทานอาหารสามารถช่วยให้ระบบการย่อยอาหารทำงานดีขึ้น	0.70	0.45
15. การรับประทานอาหารดิบหรือปรุงไม่สุก ช่วยเพิ่มความอยากอาหาร	0.82	0.38
16. การรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น	0.32	0.46
17. น้ำมันพืช เหมาะสมสำหรับการปรุงอาหาร	0.82	0.38
18. การรับประทานอาหารที่หลากหลายเป็นพฤติกรรมบริโภคที่ดี	0.62	0.48
19. การรับประทานอาหารไม่เพียงพอทำให้มีอาการหายใจลำบาก	0.39	0.49
20. การดื่มกาแฟ และชา เพิ่มโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	0.68	0.46
โดยรวม	11.90	3.24

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะทุพโภชนาการ (n = 132)

ภาวะทุพโภชนาการ	\bar{x}	SD
1. ประวัติการได้รับประทานอาหาร หรือ สารอาหาร	0.39	0.67
2. การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว	0.39	0.65
3. ภาวะบวมหน้า	0.08	0.27
4. ระดับการสูญเสียมวลไขมัน	0.26	0.48
5. ระดับการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ	0.28	0.48
6. สมรรถภาพกล้ามเนื้อ	0.22	0.41
7. ประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง	0.23	0.44
8. ประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือกึ่งเฉียบพลัน	0.00	0.00
โดยรวม	1.84	1.87

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม (n = 132)

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{x}	SD
1. สมาชิกในครอบครัวคอยเตือนเมื่อฉันปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม เช่น รับประทานข้าว และแป้งมากเกินไป เป็นต้น	3.04	1.20
2. สมาชิกในครอบครัว ช่วยหาข้อมูลหรือหนังสือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีมาให้ฉัน เช่น การรับประทานอาหาร	1.89	1.10
3. ฉันได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารที่เหมาะสม	2.61	1.24
4. สมาชิกในครอบครัว จัดหาหรือซื้ออาหารที่มีประโยชน์มาให้ฉัน รับประทาน	3.26	1.17
5. สมาชิกในครอบครัวจัดหาอาหารที่มีแป้งน้อย หวานน้อยให้ฉัน	2.71	1.10
6. สมาชิกในครอบครัวคอยสอบถามเกี่ยวกับการปัญหาในการ รับประทานอาหารของฉัน	2.48	1.13
7. สมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือดูแลฉันตลอดในการรับประทาน อาหาร	2.77	1.23
8. สมาชิกในครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสนับสนุนให้ฉัน สามารถรับประทานอาหารได้	2.33	1.08
9. สมาชิกในครอบครัวคอยให้กำลังใจในการรับประทานอาหาร	2.27	0.98
10. สมาชิกในครอบครัวกล่าวชมเมื่อฉันรับประทานอาหารได้ เหมาะสม	2.23	1.01
11. ฉันได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับ โรคจากบุคลากรสุขภาพ	3.21	1.17
12. การที่ฉันได้รับความรู้จากบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการ รับประทานอาหาร ฉันสามารถรับประทานอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น	2.73	1.08
13. การฉันได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพให้รับประทานผัก หลายชนิด และผลไม้ ทำให้ฉันตื่นตัวในการรับประทานมากขึ้น	2.52	0.91
14. เมื่อฉันรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค ฉันจะถูกท้วงติง จากบุคลากรสุขภาพ	2.49	0.92
15. ฉันไว้วางใจบุคลากรสุขภาพ และสามารถพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับการ บริโภคอาหารได้ทุกเมื่อ	2.89	1.13

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม (n = 132) (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{x}	SD
16. ฉันได้รับคำแนะนำในการรับประทานอาหารทุกครั้งเมื่อมารับการตรวจรักษาตามนัด	3.33	1.17
17. ฉันปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคจากบุคลากรสุขภาพอย่างเคร่งครัด	2.56	0.95
18. บุคลากรทางสุขภาพช่วยเหลือฉันในการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร	1.95	0.85
19. ฉันได้รับกำลังใจจากบุคลากรสุขภาพในการรับประทานอาหารให้เหมาะสม	2.22	0.88
20. เมื่อฉันมีข้อซักถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร บุคลากรสุขภาพสามารถตอบคำถามฉันได้ตรงประเด็น และฉันเข้าใจ	2.63	1.06
โดยรวม	52.13	15.88

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (n = 132)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	\bar{x}	SD
1. ฉันรับประทานอาหารข้าวแป้ง เช่น ข้าวสวย บะหมี่ และเผือก มือละไม้เกิน 1 ท็อปปี	3.58	1.60
2. ฉันรับประทานอาหารขนมหวานรสหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ผอยทอง กะละแม ยาหนม ขนมหม้อแกง เป็นต้น	3.86	0.93
3. ฉันรับประทานอาหารประเภทถั่วต่าง ๆ กะหล่ำปลี หัวหอม หัวหอมใหญ่ มะม่วงดิบ ฟักทอง แดงกวา	3.05	0.99
4. ฉันรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม บูดูแกงไตปลา ผักผลไม้ดอง เป็นต้น	4.30	0.85
5. ฉันรับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ลองกอง ทุเรียน ขนุน จำปาตะ มะม่วงสุก น้อยหน่า ละมุด เป็นต้น	3.70	0.93
6. ฉันรับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้ไขมันถั่วหรือน้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว	3.64	1.01
7. ฉันรับประทานอาหารที่มีไขมันหรือกะทิเป็นส่วนผสม เช่น แกงมัสมั่นไก่ แกงเทโพ แกงเขียวหวาน เป็นต้น	3.73	0.79

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (n = 132) (ต่อ)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	\bar{x}	SD
8. ฉันทรับประทานเครื่องในสัตว์ เช่น ตับ หัวใจ ลำไส้ กระเพาะ ชุป เครื่องในวัว เป็นต้น	3.93	0.86
9. ฉันทรับประทานอาหารทะเล ยกเว้นปลา เช่น ไข่ปลา หอย กุ้ง ปู ปลาหมึก เป็นต้น	3.65	0.61
10. ฉันทดื่มน้ำอัดลม น้ำชา กาแฟ	2.99	1.73
11. ฉันทรับประทานผัก 4 – 6 ทักษีต่อวัน	3.63	1.10
12. ฉันทรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด เช่น ส้ม ส้มโอ ฝรั่ง เป็นต้น	3.30	0.97
13. ฉันทรับประทานอาหารมื้อละน้อย ๆ 5-6 มื้อต่อวัน	1.24	0.73
14. ฉันทรับประทานปลา ทั้งปลาน้ำจืดและปลาน้ำเค็ม 6-12 ช้อนกิน ข้าวต่อวัน	3.45	1.03
15. ฉันทรับประทานกุ้งแห้ง ปลาเล็กปลาน้อยหรือปลาไส้ตัน งา ลูก เต๋อย ใบชะพลู ใบยอ ผักกะเฉด สะเดา มะเขือพวง ขี้เหล็ก กระจิน ตำลึง	1.91	0.89
16. ฉันทดื่มน้ำอุ่นอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว	3.30	1.63
17. ฉันทดื่มนมพร่องมันเนยหรือนมขาดมันเนย	3.86	1.23
18. ฉันทรับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ	1.73	1.10
19. ฉันทรับประทานผักหลากหลายชนิด เช่น ผักสุก หรือ ผักนึ่งจมน้ำ เป็นต้น	3.35	1.07
20. ฉันทดื่มน้ำชา กาแฟ โอวัลติน ไมโล ทีใส่นมและ/หรือน้ำตาล เกิน 1 แก้วต่อวัน	3.03	1.70
โดยรวม	65.22	6.55

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

	1	2	3	4	5	6	7
1 Behavior	1.000						
2 Age	.038	1.000					
3 Income	.054	-.060	1.000				
4 MMRC	-.077	.029	.016	1.000			
5 Knowledge	.571**	-.005	.012	.093	1.000		
6 Malnutrition	-.268**	.054	.079	.292**	-.120	1.000	
7 Soc	.560**	.091	.047	-.034	.402**	-2.17*	1.000

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

จากตารางพบว่า ตัวแปรทำนายคู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($r = .571, p < .01$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($r = .560, p < .01$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicollinearity) พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในอยู่ระหว่าง 0.29-0.42 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.60 (DeVellis, 2012) แสดงว่าไม่มีตัวแปรทำนายมีความสัมพันธ์กันเองสูงจนทำให้เกิดปัญหา multicollinearity ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

Model Summary^d

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.571 ^a	.326	.321	.27012	.326	62.877	1	130	.000	
2	.675 ^b	.456	.448	.24361	.130	30.833	1	129	.000	
3	.689 ^c	.475	.462	.24033	.019	4.547	1	128	.035	2.005

a. Predictors: (Constant), Knowledge

b. Predictors: (Constant), Knowledge, SocialSupport

c. Predictors: (Constant), Knowledge, SocialSupport, Malnutrition

d. Dependent Variable: Behavior

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4.588	1	4.588	62.877	.000 ^b
	Residual	9.485	130	.073		
	Total	14.073	131			
2	Regression	6.417	2	3.209	54.070	.000 ^c
	Residual	7.655	129	.059		
	Total	14.073	131			
3	Regression	6.680	3	2.227	38.553	.000 ^d
	Residual	7.393	128	.058		
	Total	14.073	131			

a. Dependent Variable: Behavior

b. Predictors: (Constant), Knowledge

c. Predictors: (Constant), Knowledge, SocialSupport

d. Predictors: (Constant), Knowledge, SocialSupport, Malnutrition

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	2.574	.090		28.681	.000		
	Knowledge	1.154	.145	.571	7.929	.000	1.000	1.000
2	(Constant)	2.341	.091		25.676	.000		
	Knowledge	.833	.143	.412	5.814	.000	.838	1.193
	SocialSupport	.163	.029	.394	5.553	.000	.838	1.193
3	(Constant)	2.424	.098		24.759	.000		
	Knowledge	.822	.141	.407	5.811	.000	.837	1.195
	SocialSupport	.151	.029	.366	5.135	.000	.809	1.236
	Malnutrition	-.196	.092	-.140	-2.132	.035	.952	1.051

a. Dependent Variable: Behavior

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2.6900	3.8217	3.2614	.22582	132
Residual	-.64297	.48898	.00000	.23756	132
Std. Predicted Value	-2.530	2.481	.000	1.000	132
Std. Residual	-2.675	2.035	.000	.988	132

a. Dependent Variable: Behavior

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Unstandardized Residual	.063	132	.200*	.986	132	.220
Standardized Residual	.063	132	.200*	.986	132	.220

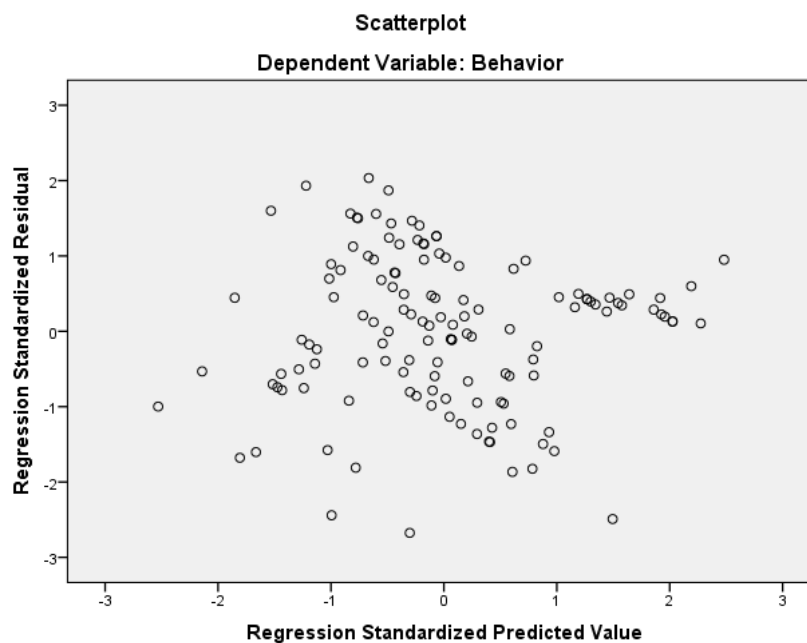
*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ มีรายละเอียดดังนี้

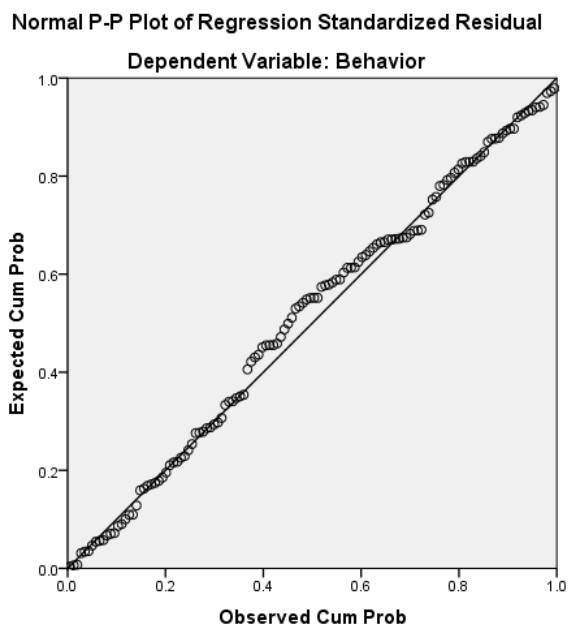
1. ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity)

ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ โดยพิจารณาการกระจาย (scatter plot) พบว่า ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ส่วนใหญ่กระจายบริเวณค่า 0 ดังแสดง

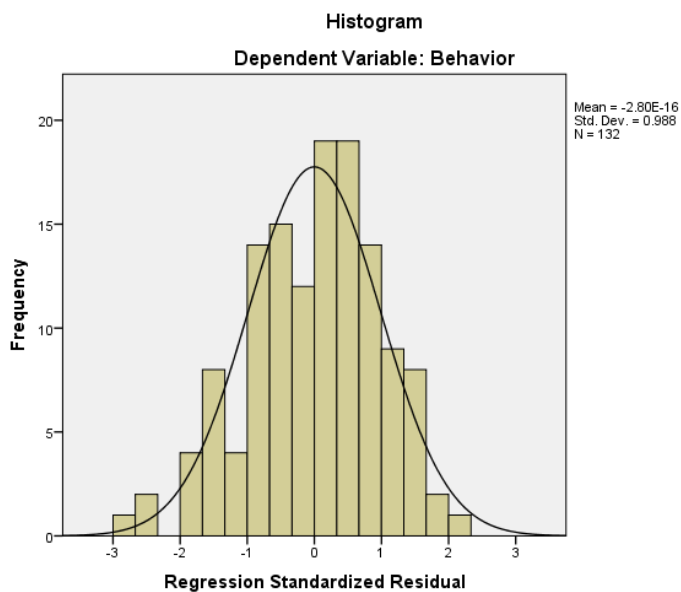


2. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity)

รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ (x) และตัวแปรตาม (y) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ดังแสดง



3. ตรวจสอบว่ามีการแจกแจงของประชากรเป็นการแจกแจงปกติหรือไม่ ด้วยการทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยกราฟฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (normality) ดังแสดง



4. เมื่อพิจารณาค่า tolerance ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน ค่า tolerance มีค่าอยู่ระหว่าง 0 – 1 ค่ายิ่งใกล้ 0 แสดงว่าตัวแปรอิสระ (ตัวแปรทำนาย) มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระอื่น ๆ ค่า tolerance ที่ต่ำกว่า 0.10 ตัวแปรอิสระจะมีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือมีลักษณะเป็น multicollinearity เมื่อพิจารณาค่า variance inflation factor (VIF) ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอีกวิธีหนึ่ง VIF มีค่ามากกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระจะมีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือมีลักษณะเป็น multicollinearity (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552) จากตารางที่แสดงพบว่ามีค่า tolerance และค่า VIF มีค่าอยู่ในเกณฑ์ข้อตกลงเบื้องต้น

5. เมื่อพิจารณาค่า Durbin-Watson มีค่าเท่ากับ 2.005 ซึ่งเป็นการตรวจสอบความเป็นอิสระกันของความคลาดเคลื่อน มีค่าอยู่ระหว่าง 1.5 – 2.5 แสดงว่าไม่เกิดภาวะ autocorrelation คือค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีความเป็นอิสระต่อกัน (กัลยา วิณิชย์บัญชา, 2555)



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวรัชณี พระราช
วัน เดือน ปี เกิด	2 พฤศจิกายน 2528
สถานที่เกิด	จังหวัดสกลนคร
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรี ราช จังหวัดราชบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2551 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ปี พ.ศ. 2556



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY