

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลระนอง

Factors Related to Acute Exacerbation in Patients with Chronic
Obstructive Pulmonary Disease of Ranong Hospital.

วิภาพร เพชรเจริญ

Wipaporn Phetcharoen

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

(Received: September 30, 2025; Accepted: January 10, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ณ โรงพยาบาลระนอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันตามรหัส ICD-10 จำนวน 294 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง แบ่งเป็นส่วนข้อมูลทั่วไป ความรู้และการปฏิบัติ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC 0.67–1.00) และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ (KR-20 = 0.617 และ Alpha = 0.752) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.72) อายุเฉลี่ย 65.04 ปี ป่วยมาแล้ว 5–10 ปี (ร้อยละ 69.39) และมีความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง (ร้อยละ 80.27) ด้านระดับความรู้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 97.28) แต่ระดับการปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 94.90) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป การไม่ได้ทำงาน และรายได้ไม่เพียงพอ ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ และประวัติการพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา รวมถึงปัจจัยพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ในขณะที่ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา โรคร่วม และมลพิษจากการเผาขยะหรือการจุดธูป ไม่พบความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคในการศึกษานี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพควรให้ความสำคัญกับการประเมินและดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นการจัดการปัจจัยกระตุ้นและการจัดการกลุ่มอาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ควรจัดตั้งโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเพื่อชะลอความเสื่อมของสมรรถภาพปอด รวมถึงการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง อันจะช่วยลดอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การพยาบาล, โรงพยาบาลระนอง

Abstract

This descriptive research aimed to investigate factors associated with acute exacerbations among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at Ranong Hospital. The sample consisted of 294 patients primarily diagnosed with COPD and acute exacerbation (ICD-10 codes), selected through purposive sampling. Data collection was conducted from October to December 2024. The research instrument was a structured questionnaire comprising sections on general information, knowledge, and practices. The instrument's content validity was verified with an IOC range of 0.67–1.00, and reliability was acceptable with a KR-20 of 0.617 and Cronbach's Alpha of 0.752. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square tests.

The results revealed that the majority of the participants were female (52.72%) with an average age of 65.04 years. Most had been diagnosed for 5–10 years (69.39%) and exhibited a moderate level of disease severity (80.27%). Regarding knowledge and practice levels, most participants demonstrated high levels of knowledge (97.28%), but their self-management practices were predominantly at a moderate level (94.90%). Factors significantly associated with acute exacerbations ($p < .05$) included demographic factors (age over 60 years, unemployment, and insufficient income), clinical factors (history of pneumonia and emergency nebulization within the past year), and behavioral/environmental factors (smoking and having family members who smoke). Conversely, gender, education level, comorbidities, and exposure to pollution from burning waste or incense showed no significant association with exacerbations in this study.

Recommendations from this research suggest that nurses and multidisciplinary teams should prioritize holistic patient assessment and care, focusing on both physical and psychological symptom management. Pulmonary rehabilitation programs should be established to delay lung function decline. Additionally, providing education to family members to reduce secondhand smoke exposure is essential to decrease exacerbation rates and enhance long-term patient safety.

Keywords : Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) patients, Nursing, Ranong Hospital

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง โดยสถานการณ์ในประเทศไทยระหว่างปี 2561–2565 พบว่าประชากรกลุ่มอายุ 30–69 ปี มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังต่อประชากรแสนคนในระดับที่สูงคือ ร้อยละ 24.8, 24.7, 25.0, 26.8 และ 26.3 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2566) ประเด็นที่น่ากังวลอย่างยิ่งคือภาวะอาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute Exacerbation) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งการหายใจลำบาก หายใจเร็วสั้นและตื่นเหนื่อยหอบแม้ในขณะที่พัก มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจมากขึ้นร่วมกับภาวะกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง หัวใจเต้นเร็ว ไอเรื้อรัง ปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นและมีลักษณะคล้ายหนอง ตลอดจนมีอาการซึม สับสน หรือหมดสติ ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด หากเกิดอาการกำเริบขึ้นบ่อยครั้งจะส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิต เนื้อปอดถูกทำลายจนนำไปสู่ภาวะความดันในปอดสูง เกิดโรคหัวใจโตจากปอด (Cor Pulmonale) และภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิต (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2565; นภารัตน์ อมรพุดิสถาพร, ม.ป.ป.)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันประกอบด้วยหลายมิติ โดยมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุดและส่งผลให้เกิดความผิดปกติในทางเดินหายใจสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (กนกวรรณ อนุศักดิ์, 2564) รวมถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม (สมคิด ข้าทอง และคณะ, 2562) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอกและสิ่งแวดล้อมที่เป็น

ตัวกระตุ้นสำคัญ อาทิ มลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 คิวบิกเมตรจากท่อไอเสีย รวมถึงวิถีชีวิตในเขตชนบทที่ยังคงมีการใช้เตาถ่านทำอาหารและการเผาพื้นที่การเกษตร (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2565) เป้าหมายหลักของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นการบรรเทาอาการและป้องกันความเสี่ยงในอนาคต โดยเฉพาะการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะกำเริบเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อน (ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์, 2566)

สำหรับสถานการณ์ในระดับประเทศ ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ระหว่างปี 2564–2566 พบจำนวนผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยในปี 2566 พบผู้ป่วยรายใหม่สูงถึง 13,522 ราย (คลังข้อมูลสุขภาพ HDC, 2567) เช่นเดียวกับจังหวัดระนองที่มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2564–2566 พบผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีอาการกำเริบจำนวน 1,086 คน, 1,206 คน และ 1,302 คน ตามลำดับ (คลังข้อมูลสุขภาพ HDC, 2567) โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลระนองซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 324 เตียง และเป็นศูนย์กลางการรับส่งต่อผู้ป่วยในจังหวัด พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคในระบบทางเดินหายใจที่ติดอันดับ 1 ใน 5 ของโรคที่ผู้ป่วยต้องรับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยใน (โรงพยาบาลระนอง, 2567)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข ในการวางแผนการรักษาและการติดตามผลอย่างเป็นระบบ เพื่อ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรงพยาบาลระนอง



ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดอาการกำเริบซ้ำ และเสริมสร้างความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

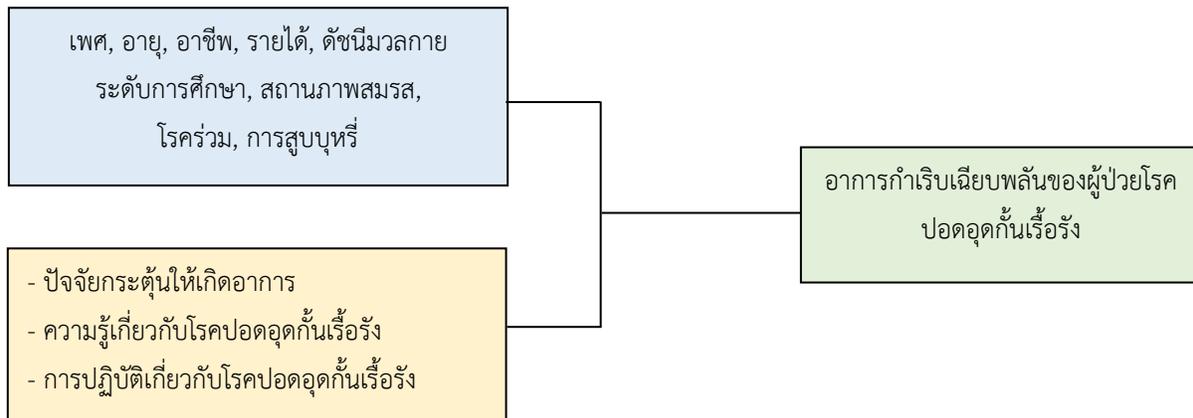
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระนอง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยผู้ช่วยวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันตามรหัส ICD-10 ณ โรงพยาบาลระนอง ระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม

ขั้นตอน และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมได้ลงนามในใบยินยอมหลังสิ้นสุดข้อซักถาม ทั้งนี้ โครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระนอง (เลขที่ COE_RNH_EC 009/2568 เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2567) โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกจัดเก็บอย่างปลอดภัย จำกัดสิทธิ์การเข้าถึงและทำลายข้อมูลระบุตัวตนหลังเสร็จสิ้นการวิจัยตามระเบียบที่กำหนด

พ.ศ. 2567 ข้อมูลที่ศึกษาประกอบด้วยลักษณะทางประชากร ประวัติโรคประจำตัว ปัจจัยทางคลินิก และผลการรักษา เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลระนอง ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 1,276 คน (อ้างอิงข้อมูลจากระบบ HDC)

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยที่มีความพร้อมและยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Finite Population Proportion ผ่านแอปพลิเคชัน N4Studies กำหนดความชุกที่ร้อยละ 54.9 (อ้างอิงจากการศึกษาของ ปิยะวรรณ กุลย์รัตน์ และคณะ, 2560) ซึ่งพบปัจจัยสัมพันธ์สำคัญ ได้แก่ เพศชาย การสูบบุหรี่ ค่า FEV1 และ PEFr ค่า ระดับความรุนแรงของโรค และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นได้น้อย ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 294 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลัน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระนอง ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง มีนาคม 2568 (2) ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารและทำความเข้าใจภาษาไทยได้ดี (3) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมหรือขอลถอนตัวจากการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (Structured Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดจากการศึกษาของ อรวรรณ เกียรติกุลพงศ์

(2566) และปรับปรุงข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยกระตุ้น ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ และระดับการศึกษา ร่วมกับแบบประเมินปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจำนวน 16 ข้อ ซึ่งครอบคลุมด้านดัชนีมวลกาย โรคร่วม ประวัติการเจ็บป่วยและรับวัคซีน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การสูดดมควันจากการเผาขยะหรือการจุดธูปภายในที่พักอาศัย

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแบบทดสอบความรู้จำนวน 10 ข้อ มีตัวเลือกตอบ 2 ระดับ (ใช่/ไม่ใช่) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนนเมื่อตอบถูก และ 0 คะแนนเมื่อตอบผิด โดยจัดระดับความรู้ตามเกณฑ์ร้อยละ (ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์, 2559) ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (8-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) และระดับต่ำ (0-5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติเพื่อจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแบบวัดการปฏิบัติจำนวน 15 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามความถี่ในการปฏิบัติจริง (ปฏิบัติเป็นประจำ 7 วัน/สัปดาห์ จนถึงไม่ปฏิบัติเลย) การให้คะแนนแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก (5 ถึง 1 คะแนน) และข้อคำถามเชิงลบ (1 ถึง 5 คะแนน) การแปลผลคะแนนใช้วิธีคำนวณช่วงพิสัยแบ่งความเหมาะสมของการปฏิบัติออกเป็น 3 ระดับ (อรวรรณ เกียรติกุลพงศ์, 2566) คือ ระดับสูง (60-75 คะแนน) ระดับปานกลาง (45-59 คะแนน) และระดับต่ำ (15-44 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามเพื่อให้มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นตามหลักวิชาการ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษจากโรงพยาบาลระนอง พร้อมด้วยผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) รายข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์การยอมรับ (มากกว่า 0.50) ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

2. การทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) นำ

แบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลกระบรี จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความชัดเจนของภาษาและความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติจริง

3. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยจำแนกตามลักษณะของแบบประเมิน ดังนี้ (1) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค วิเคราะห์ด้วยสูตร Kuder-Richardson (KR-20) พบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.617 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (2) ด้านการปฏิบัติ วิเคราะห์ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.752 ซึ่งอยู่ในระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่เป็นระบบ เริ่มจากการขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระนองเพื่อออกหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยอย่างเป็นทางการ พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดและแนวทางการดำเนินงานแก่หัวหน้าหน่วยงานในจุดบริการที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สมัครใจเข้าร่วมตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เมื่อสิ้นสุดกระบวนการ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุดก่อนนำไปประมวลผลและวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยดำเนินการนำข้อมูลที่ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วเข้าสู่กระบวนการประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วนหลัก ดังนี้

(1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics): ใช้เพื่ออธิบายลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยกระตุ้น ระดับความรู้ และระดับการปฏิบัติ โดยนำเสนอในรูปของจำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

(2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics): ใช้เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค โดยเลือกใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson

Correlation) สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ เพื่อตรวจสอบความเกี่ยวข้องกันของตัวแปรตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 52.72 และเพศชาย จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 47.28 โดยมีอายุเฉลี่ย 65.04 ปี (S.D. = 12.58) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 35.37 ด้านอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 47.28 รองลงมาคือเกษตรกรกรรมและรับจ้างทั่วไปในสัดส่วนที่เท่ากันคือร้อยละ 16.33 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในระดับพอใช้ถึงเหลือเก็บ ร้อยละ 74.83 และมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียน ร้อยละ 85.03 สำหรับข้อมูลทางคลินิก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหรือโรคร่วม ร้อยละ 64.63 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉลี่ยอยู่

ที่ 5-10 ปี ร้อยละ 69.39 และมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง (GOLD 2) สูงถึงร้อยละ 80.27 ด้านประวัติสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่เคยได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 73.81 และวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 56.12 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบเหนื่อย ร้อยละ 95.24 และมากกว่าครึ่งหนึ่งเคยมีประวัติพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 56.80 ในส่วนของปัจจัยเสี่ยงและสิ่งแวดล้อม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 62.59 ส่วนกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 37.41 นั้นปัจจุบันได้เลิกสูบแล้วถึงร้อยละ 79.09 อย่างไรก็ตาม ยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นในที่พักอาศัย โดยส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 68.71 และมีการจุดธูปภายในบ้านบ่อยครั้ง ร้อยละ 63.61 สำหรับการมาโรงพยาบาลในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาด้วยอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 62.59 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=294)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	139	47.3
หญิง	155	52.7
อายุ		
< 40 ปี	8	2.7
40-49 ปี	22	7.5
50-59 ปี	55	18.7
60-69 ปี	104	35.4
70-79 ปี	68	23.1
80 ปีขึ้นไป	37	12.6
(M=65.04, S.D.=12.581, Min=25, Max=95)		
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	139	47.3



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เกษตรกรรม	48	16.3
รับจ้างทั่วไป	48	16.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11	3.7
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	42	14.3
ข้าราชการ/ลูกจ้างของรัฐ	6	2.0
รายได้ (เฉลี่ยต่อเดือน)		
ไม่มีรายได้-ไม่พอใช้	74	25.2
พอใช้-เหลือเก็บ	220	74.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน-ประถมศึกษา	250	85.0
มัธยมศึกษา-อนุปริญญา	40	13.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	1.4
โรคประจำตัว (โรคร่วม)		
ไม่มี	104	35.4
มี	190	64.6
ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
< 5 ปี	53	18.0
5-10	204	69.4
11 ปี ขึ้นไป	37	12.6
ระดับความรุนแรงของโรค		
รุนแรงน้อย (GOLD 1)	36	12.2
รุนแรงปานกลาง (GOLD 2)	236	80.3
รุนแรงมาก (GOLD 3)	22	7.5
เคยมีประวัติเป็นโควิด		
ไม่มี	206	70.1
มี	88	29.9
เคยรับวัคซีนโควิด		
ไม่เคย	129	43.9
เคย	165	56.1
เคยมีอาการป่วยปอดบวม/ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ		
ไม่มี	225	76.5
มี	69	23.5

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคยรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่		
ไม่เคย	77	26.2
เคย	217	73.8
เคยมีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบเหนื่อย		
ไม่มี	14	4.8
มี	280	95.2
เคยมีประวัติมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่มี	127	43.2
มี	167	56.8
เคยสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	184	62.6
เคยสูบบุหรี่	110	37.4
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ (110 คน)		
เลิกสูบบุหรี่	87	79.1
ยังคงสูบบุหรี่	23	20.9
มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่		
ไม่มี	92	31.3
มี	202	68.7
บริเวณรอบๆ บ้านหรือพื้นที่ใกล้เคียงมีการเผาไหม้ เช่น ขยะ ใบไม้		
ไม่มี	213	72.4
มี	81	27.6
ภายในบ้านของผู้ป่วยมีการจุดธูปบ่อยๆ		
ไม่มี	107	36.4
มี	187	63.6
ท่านมาโรงพยาบาลครั้งนี้ ด้วยอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน		
ไม่ใช่	110	37.4
ใช่	184	62.6

จากการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 294 ราย พบผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ใน ระดับสูง อย่างชัดเจน โดยมีจำนวนถึง 286 คน คิดเป็นร้อยละ 97.28 รองลงมาคือ

ระดับปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 2.04 และระดับต่ำเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.68 ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 9.59 คะแนน (S.D. = 0.79) จากคะแนน

เต็ม 10 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 4 คะแนน และ
คะแนนสูงสุดอยู่ที่ 10 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=294)

ระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (8-10 คะแนน)	286	97.3
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	6	2.0
ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	2	0.7
M=9.59, S.D.=0.787, Min=4, Max=10	294	100

จากการวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติในการจัดการโรคของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 294 ราย พบผลการศึกษาดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 279 คน คิดเป็นร้อยละ 94.90 รองลงมาคือระดับต่ำ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.42 และ

ระดับสูงเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.68 เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 51.33 คะแนน (S.D. = 3.79) โดยมีคะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 37 คะแนน และคะแนนสูงสุดอยู่ที่ 71 คะแนน จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=294)

ระดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (60-75)	2	0.7
ระดับปานกลาง (45-59)	279	94.9
ระดับต่ำ (15-44)	13	4.4
M=51.33, S.D.=0.3.789, Min=37, Max=71	294	100

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระนอง พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านหลักดังนี้

1. ด้านข้อมูลส่วนบุคคลและเศรษฐกิจสังคม
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 ได้แก่ อายุ ($\chi^2 = 6.32, p = 0.01$) โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันร้อยละ 67.86 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี (ร้อยละ 52.04) อาชีพ ($\chi^2 = 5.99, p = 0.01$) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงานมีอัตราการกำเริบสูงถึงร้อยละ 70.29 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ยังทำงานอยู่ (ร้อยละ 55.77) และ รายได้ ($\chi^2 = 6.51, p = 0.01$) โดยกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีอัตราการกำเริบสูงกว่า



กลุ่มที่มีรายได้พอใช้ (ร้อยละ 75.68 และ 62.60 ตามลำดับ)

2. ด้านปัจจัยทางคลินิกและประวัติการเจ็บป่วย:พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง ($p < 0.01$) คือ ประวัติการป่วยเป็นปอดบวมหรือภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ($\chi^2 = 18.97, p = 0.00$) โดยผู้ที่มีประวัติป่วยมีโอกาสเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันสูงถึงร้อยละ 85.51 ในขณะที่กลุ่มไม่มีประวัติมีเพียงร้อยละ 55.56 นอกจากนี้ ประวัติการพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ($\chi^2 = 19.14, p < 0.001$) ยังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มที่มีประวัติพ่นยา มีอัตราการกำเริบสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติอย่างชัดเจน (ร้อยละ 73.65 และ 48.03 ตามลำดับ) 3. ด้านพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม: พฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน

อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 4.65, p = 0.03$) โดยผู้ที่สูบบุหรี่มีอัตราการกำเริบเฉียบพลันร้อยละ 70.91 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 57.61) นอกจากนี้ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ($\chi^2 = 6.86, p = 0.01$) ยังส่งผลต่อการเกิดอาการกำเริบ โดยพบว่าผู้ป่วยที่พกอาศัยร่วมกับผู้สูบบุหรี่มีอัตราการกำเริบสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ (ร้อยละ 67.82 และ 51.09 ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยด้านเพศ, ระดับการศึกษา, การมีโรคประจำตัว, ระยะเวลาที่เป็นโรค, ประวัติการติดเชื้อโควิด-19, การได้รับวัคซีน (โควิด-19 และไขหวัดใหญ่) รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอย่างการเผาขยะรอบบ้านและการจัดรูปภายในบ้าน ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ ($p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลระนอง

ตัวแปร	อาการกำเริบเฉียบพลัน		χ^2	df	p
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เกิดอาการ	เกิดอาการ			
เพศ			0.015	1	0.903
ชาย	51 (36.7)	88 (63.3)			
หญิง	59 (38.1)	96 (61.9)			
อายุ			6.320	1	0.012*
<60 ปี	47 (48.0)	51 (52.0)			
60 ปีขึ้นไป	63 (32.1)	133 (67.9)			
อาชีพ			5.988	1	0.014*
ไม่ได้ทำงาน	41 (29.7)	97 (70.3)			
ทำงาน	69 (44.2)	87 (55.8)			
รายได้			6.509	1	0.011*
ไม่มีรายได้-ไม่พอใช้	18 (24.3)	56 (75.7)			

ตัวแปร	อาการกำเริบเฉียบพลัน		χ^2	df	p
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เกิดอาการ	เกิดอาการ			
พอใช้-เหลือเกิน	92 (41.8)	128 (62.6)			
ระดับการศึกษา			0.000	1	0.989
ไม่ได้เรียน	32 (36.8)	55 (63.2)			
เรียน	78 (37.7)	129 (62.3)			
โรคประจำตัว			0.426	1	0.514
ไม่มี	42 (40.4)	62 (59.6)			
มี	68 (35.8)	122 (64.2)			
ระยะเวลาเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง			0.725	1	0.394
<10 ปี	99 (38.5)	158 (61.5)			
10 ปีขึ้นไป	11 (29.7)	26 (70.3)			
มีประวัติเป็นโควิด-19			0.141	1	0.708
ไม่มี	79 (38.3)	127 (61.7)			
มี	31 (35.2)	57 (64.8)			
มีประวัติป่วยปอดบวม/ปอดติดเชื้อ			18.972	1	<0.001**
ไม่มี	100 (44.4)	125 (55.6)			
มี	10 (14.5)	59 (85.5)			
เคยรับวัคซีนโควิด-19			0.003	1	0.955
ไม่เคย	49 (38.0)	80 (62.0)			
เคย	61 (37.0)	104 (63.0)			
เคยรับวัคซีนไขหวัดใหญ่			0.007	1	0.932
ไม่เคย	28 (36.4)	49 (63.6)			
เคย	82 (37.8)	135 (62.2)			
มีประวัติฟันยาที่ห้องฉุกเฉิน 1 ปีที่ผ่านมา			19.144	1	<0.001**
ไม่มี	66 (52.0)	61 (48.0)			
มี	44 (26.3)	123 (73.7)			
สูบบุหรี่			4.648	1	0.031*
ไม่สูบ	78 (42.4)	106 (57.6)			
สูบ	32 (29.1)	78 (70.9)			
สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่			6.862	1	0.009*
ไม่สูบ	45 (48.9)	47 (51.1)			
สูบ	65 (32.2)	137 (67.8)			

ตัวแปร	อาการกำเริบเฉียบพลัน		χ^2	df	p
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เกิดอาการ	เกิดอาการ			
รอบๆ บ้านเผาไหม้ ขยะ ใบไม้			1.681	1	0.195
ไม่มี	85 (39.9)	128 (60.1)			
มี	25 (30.9)	56 (69.1)			
ในบ้านจุดธูปบ่อยๆ			0.784	1	0.376
ไม่มี	36 (33.6)	71 (66.4)			
มี	74 (39.6)	113 (60.4)			

อภิปรายผลการศึกษา

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลระนอง ตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ปัจจัยด้านประชากรและเศรษฐกิจสังคมผลการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรวรรณ เกียรติกุลพงศ์ (2566), ศุภนิดา คำนิยม (2567) และอุษา เอี่ยมลออ และคณะ (2562) เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น สมรรถภาพทางกายและระบบภูมิคุ้มกันมักลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคได้ง่ายขึ้น ในส่วนของ อาชีพ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 47.30) ซึ่งอาจสะท้อนถึงภาวะสุขภาพที่ไม่เอื้ออำนวยจนต้องหยุดทำงาน เช่นเดียวกับรายได้ ที่พบว่า มีผลต่อการกำเริบของโรค โดยผู้ที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้ อาจประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่ารักษาพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพและคนใกล้ชิด การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบ

เฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ ปิยวรรณ กุลลัยรัตน์ และคณะ (2560) และอุษา เอี่ยมลออ และคณะ (2562) แม้จะขัดแย้งกับการศึกษาของ ศุภนิดา คำนิยม (2567) และสมคิด ขำทอง และคณะ (2562) ที่พบว่า การสูบบุหรี่ไม่มีผลในการศึกษานั้นๆ นอกจากนี้ยังพบว่า การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งตอกย้ำว่าควันบุหรี่มือสองเป็นสิ่งกระตุ้นสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น

3. ปัจจัยทางคลินิกและสิ่งแวดล้อมประวัติการป่วยเป็นปอดบวมหรือปอดติดเชื้อ และ ประวัติการพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงในอดีตมีแนวโน้มที่จะกำเริบซ้ำได้สูง อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาพบว่า เพศ (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.70) และ การมีโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ อรรวรรณ เกียรติกุลพงศ์ (2566) และปิยวรรณ กุลลัยรัตน์ และคณะ (2560) ที่พบความสัมพันธ์ในตัวแปรดังกล่าวสำหรับปัจจัยด้านมลพิษทางอากาศ เช่น การเผาขยะ/ใบไม้ หรือ การจุดธูปภายในบ้าน ในการศึกษาพบว่าไม่มี

ความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยการระบายอากาศในพื้นที่หรือความถี่ในการสัมผัสที่แตกต่างกันในแต่ละบริบทการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่พบว่า อายุ อาชีพ รายได้ ประวัติปอดอักเสบ ประวัติการพ่นยาฉุกเฉิน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

(1) การประเมินและดูแลแบบองค์รวมพยาบาลควรตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและปัจจัยสนับสนุนทางสังคม โดยต้องประเมินและวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการจัดการกลุ่มอาการ (Symptom Management) ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

(2) การจัดการปัจจัยกระตุ้น ควรจัดตั้งหน่วยงานหรือโปรแกรมให้ความรู้เชิงรุกเกี่ยวกับการ

ดูแลตนเองเมื่อเผชิญปัจจัยกระตุ้นอาการหายใจลำบาก เพื่อลดโอกาสการเกิดอาการกำเริบซ้ำ

(3) การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด พัฒนารูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมและโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary Rehabilitation) เพื่อชะลอความเสื่อมของสมรรถภาพปอดและลดความรุนแรงของโรคในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

(1) การศึกษาเชิงลึก ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในมิติที่หลากหลายมากขึ้น เช่น ปัจจัยด้านความเข้มแข็งทางจิตใจ หรือการจัดการตนเองในบริบทวัฒนธรรม

(2) การวิจัยเชิงพัฒนา ควรวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เน้นการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และการสร้างเครือข่ายดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อลดอัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำและลดความก้าวหน้าของโรคอย่างยั่งยืน

อ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2566). *รายงานประจำปี 2566*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/4155620240314033823.pdf>
- กนกวรรณ อนุศักดิ์, รัตนนุช มาธนะสารวุฒิ, โภคิน ศักรินทร์กุล, และ วิชิตา จิรพรเจริญ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลลำพูน. *วารสารกรมการแพทย์*, 46(4), 67–73.
- ครุรุณีใหม่. (2564). *ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม*. <https://www.krumaiiam.com/?p=1212>
- ชมขวัญ แก้วพลางาม, ญัฐวดี อินทแสน, ภาณุพงษ์ อุ่นเรือนงาม, และ ปาริชาติ นิยมทอง. (2565). ปัจจัยพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 30(1), 99–111.

- ฉัตรมงคล จินตนาประวาสี. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก ปี พ.ศ. 2565. <https://shorturl.asia/2wno5>
- ธีระภัทรา เอกผาชัยสวัสดิ์ และ ธีระภัทร กิจจารักษ์. (2565). แนวทางการพัฒนาผลงานทางวิชาการด้วยแนวคิดอนุกรมวิธานของบลูม. *วารสาร Lawarath Social E-Journal*, 4(1), 183–201.
- นภารัตน์ อมรพุดิสถาพร. (ม.ป.ป.). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. <https://shorturl.asia/eobaG>
- ปิยะวรรณ กุวลัยรัตน์, กมลพร มากภิรมย์, และ สุธฤทัย รัตนโสภาส. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบและมารักษาที่แผนกฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(2), 29–41.
- พัชรี วงศ์ผืน. (2560). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ: การประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE Framework*. ใน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, *ศาสตร์พระราชเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน: รวมบทความวิจัย บทความวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ประจำปี พ.ศ. 2560* (หน้า 345–358). <http://cmuir.cmru.ac.th/handle/123456789/1677>
- พิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ. (2552). การเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครนายก. *ไทยเภสัชสาร*, 3(1), 73–79.
- เพิ่มพูล บุญมี, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และ เขมวาที มาสิงบุญ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(2), 59–69.
- พรทิพย์ นูหนอง. (2567). ปัจจัยที่เป็นสาเหตุการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ในโรงพยาบาลนาบอน. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข*, 2(1), 29–46.
- โรงพยาบาลระนอง. (2567). *ระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลระนอง*.
- ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]*.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565*.
- สมคิด ขำทอง, ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร, และ ยุยงศ์ จันทรวิจิตร. (2562). ปัจจัยทำนายการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 46(1), 126–136.
- สาธิต สุทธิวรรณ. (2566). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร]*.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. (2567). *ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ประจำปี 2564–2566*. <https://shorturl.asia/js9JA>
- อรวรรณ เกียรติกุลพงศ์. (2566). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกคนรักปอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ*. <https://shorturl.asia/g8H5i>



อัญชนา พงศ์พันธ์, บรรณวิชญ์ สภาพทรัพย์, ภูมิพัฒน์ ทองน้อย, และ อรรถกร อ่อนคำ. (2566). *การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตาม Gold Guideline 2023*. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

อุษา เอี่ยมละออ, เยาวเรศ สายสว่าง, ปิยะลักษณ์ ฉายสุวรรณ, และ อารีย์ โกพัฒนกิจ. (2562). *อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลอ่างทอง*. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 12(2), 240–252.

Bloom's Taxonomy of Learning. (ม.ป.ป.). <https://shorturl.asia/h5z6E>