

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการ โรงพยาบาลสระบุรี

เมธิณี จันทิยะ* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อ** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ผุสดี คุณาพันธ์*** พย.บ., รป.ม.

บทคัดย่อ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง ก่อให้เกิดผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม เศรษฐกิจ ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวมและรายด้าน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี จ.สระบุรี ในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2552 จำนวน 75 ราย โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 ส่วน คือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตของนิรามัย ใช้หียมวงศ์ ที่แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต ของพาติลลาและแกรนท์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลสระบุรี มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและรายด้านพบว่าด้านความผาสุกทางร่างกายอยู่ในระดับดี ด้านความผาสุกด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคมอยู่ในระดับดี ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง และด้านภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษานี้จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการจัดบริการ ในการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คุณภาพชีวิต ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม

*Corresponding author, อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี E-mail: kookwpp@hotmail.com

**อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

***พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ ห้องตรวจอายุรกรรม ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสระบุรี

ความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease [COPD]) เป็นกลุ่มโรคที่มีภาวะตีบแคบทางเดินหายใจจะเกิดมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามการดำเนินของโรค โดยทั่วไปมักหมายถึงรวมถึงโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรัง จากอาการของโรคส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ (Taylor, Jones, & Bures, 1998) ในปี ค.ศ. 2004 รัฐบาลประเทศสหรัฐอเมริกาต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 37.2 ล้านดอลลาร์ต่อปี ในจำนวนนี้เป็นค่าใช้จ่ายโดยตรงในการรักษา 28.3 ล้านดอลลาร์ต่อปี และค่าใช้จ่ายทางอ้อมซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่เกิดจากการรักษาโดยตรง เช่น การสูญเสียรายได้ของครอบครัวผู้ป่วย 8.9 ล้านดอลลาร์ต่อปี (American Lung Association [ALA], 2006) สำหรับในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2550 พบว่ารัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 7,714.88 ล้านบาทต่อปี เฉลี่ยคนละ 12,357.47 บาทต่อคนต่อปี (Jittrakul, Wimol, & Eugene, 2007)

จากการสำรวจในประเทศไทยพ.ศ. 2547 พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ในเพศชาย (ร้อยละ 5.9) และอันดับ 6 ในเพศหญิง (ร้อยละ 3.4) มีรายงานสถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งประเทศ ในเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 31,171 ราย มีอัตราป่วย 49.61 ต่อประชากรแสนคน และในจำนวนนี้ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในร้อยละ 53.46 (สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2550) จากการติดตามสถิติผู้รับบริการด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับบริการ โรงพยาบาล

สระบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคกลางขนาด 680 เตียง ให้บริการผู้ป่วยครอบคลุมทุกกลุ่มโรค บริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ พบว่ามีสถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ในแต่ละปี โดยมีจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก 1,439 ครั้ง/ปี 1,472 ครั้ง/ปี 1,674 ครั้ง/ปี และจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับรักษาแผนกผู้ป่วยในจำนวน 503 ราย 556 ราย 567 ราย ในปีพ.ศ 2549 พ.ศ 2550 และ พ.ศ 2551 ตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะวิกฤติที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจเป็นส่วนใหญ่ ได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดสระบุรีและจังหวัดใกล้เคียง (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลสระบุรี, 2551)

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะมีอาการหอบเหนื่อยรบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยแม้ออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของปอดอุดกั้นเรื้อรังมากจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย และส่งผลกระทบต่อการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศและความต้องการทางเพศลดลง (Jadwiga & Wedzicha, 2002; Koseoglu et al., 2005) ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Dudley, Glasser, Jorgenson, & Logan, 1980: นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์, 2537) พบว่าอายุเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมที่มีนัยสำคัญทางสถิติและคุณภาพชีวิตจะลดลงในผู้ป่วยที่อายุมากขึ้น (ประกาย สัญญะชนวิทย์, สุวิมล แทนพระเดช, สว่าง แสงหิรัญวัฒนา, และสไบทิพย์ จูทะกาญจนา, 2545)

มีการศึกษาของนักวิจัยหลายๆ ท่านพบว่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่ำกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในทุกด้าน เนื่องจากต้องถูกจำกัดความสามารถจากอาการหายใจลำบาก มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่าง (Anto, Vermeire, Vestbo, &

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลสระบุรี

Sunyer, 2001) มีอาการหอบเหนื่อยรบกวนการทำงาน กิจกรรมประจำวัน ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว ต้องพึ่งพาผู้อื่นและอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียภาพลักษณ์ ทั้งยังมีผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติเป็นอย่างมาก (ALA, 2006; Godoy & Godoy, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของนิรามัย ใช้เทียมวงศ์ (2535) พบว่าระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ลักษณะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการดำเนินของโรคในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยปรับตัว พัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแลตนเองตามระยะเวลาในการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น เพื่อให้ชีวิตอยู่รอดและปลอดภัย และยังพบว่าระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต และจากการศึกษาของแอนเดอร์สัน (Anderson, 1995) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุมากมักจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า บุคคลจะสามารถปรับตัวเข้าสู่สถานการณ์ต่างๆ ได้ดีเมื่ออายุมากขึ้น สามารถปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสถานภาพความเป็นจริงในชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนั้น และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรืออัตราการตายภายใน 1 ปีได้ (Fan, Curtis, Tu Shi-Ping, McDonell, & Fihn, 2002; Osman, Godden, Friend, Legge, & Douglas, 1997)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่างานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต แต่ยังไม่พบว่ามีงานวิจัยส่วนน้อยที่ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายด้านอันเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะประกอบให้เกิดคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดี และในการจัดระบบบริการสุขภาพเป้าหมายสำคัญอีกประการ

หนึ่งคือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งโดยรวมและรายด้าน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลสระบุรี อันจะเป็นแนวทางในการนำผลของการศึกษา เพื่อนำไปประยุกต์ในการวางแผนการให้บริการ การดูแล และนำไปปรับปรุงรูปแบบการบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งการส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการบริการที่โรงพยาบาลสระบุรี

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือ COPD เป็นโรคที่มีลักษณะภาวะตีบแคบของทางเดินหายใจจะเกิดมากขึ้นเรื่อยๆ ตามการดำเนินของโรคและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้เอง ส่วนใหญ่เป็นผลจากการระคายเคืองต่อปอดจากฝุ่นและก๊าซ ที่สำคัญที่สุดคือ คาร์บอนุหรี (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2003) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยคือเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาหายขาด มีการดำเนินของโรคค่อยๆ เลวลงไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ จึงก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ในผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคโดยมีความเสื่อมของปอดอย่างเรื้อรัง และมีการตีบแคบของทางเดินหายใจ ทำให้มีแรงต้านในทางเดินหายใจสูงมากในช่วงการหายใจออก ผู้ป่วยต้องพยายามใช้แรงในการหายใจมากขึ้น ทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบและต้องเพิ่มการใช้กล้ามเนื้อ

เนื้อที่คอ ไหล่ และหน้าท้อง ทำให้กล้ามเนื้อเหล่านี้อ่อนเปลี้ย น้ำหนักร่างกายลดลง เมื่อมีอาการเหนื่อย หอบมากขึ้นส่งผลต่อการลดลงของความทนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Barnett, 2006; Fabbi, Rennard, Leff, & Connor, 2002) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีข้อจำกัดทางกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจด้วย ผู้ป่วยรู้สึกท้อทุกข์ทรมาณ มีความกลัวอย่างรุนแรงต่อการเกิดอาการหายใจลำบาก ไม่กล้าวางแผนอนาคต คาดว่าอาการของตนจะเลวลงเรื่อยๆ (ALA, 2011) นอกเหนือจากที่กล่าวมา ผู้ป่วยยังได้รับผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยพบได้ว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและบทบาทสำคัญในสังคม เช่น บทบาทในด้านอาชีพ สังคม ทำให้ผู้ป่วยมีการจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมจากโรคที่มีความก้าวหน้ามากขึ้น (อัมพรพรรณธร ธีรานูตร, 2542) และผู้ป่วยบางรายต้องออกจากอาชีพการทำงาน ก่อนเวลาอันควร ทำให้มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งผลกระทบต่างๆ เหล่านี้จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้ (Hodgkin, Celli, & Connors, 1998)

แนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง ป้องกันการกำเริบของโรคคงสมรรถภาพการทำงานของปอดให้เสื่อมช้าลง เพิ่มสภาวะสุขภาพ ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนป้องกันและรักษาอาการกำเริบ และลดอัตราการตาย โดยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการและอาการแสดงของโรคในแต่ละระดับแตกต่างกัน การดูแลรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยชะลอความรุนแรงของโรค และช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น วิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วย การรักษาโดยการเข้ายาและวิธีที่ไม่เข้ายา เช่น การให้ความรู้และทักษะการดูแลตนเอง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (ชัยวัฒน์ บำรุงกิจ, 2545;

สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548; GOLD, 2003)

คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ได้กล่าวว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ความผาสุกด้านร่างกาย 2) ความผาสุกด้านจิตใจ 3) ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ 4) ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา 6) ภาวะโภชนาการ (nutrition) สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้การประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ซึ่งเป็นการประเมินเชิงจิตวิสัย มีมาตรวัดเชิงปริมาณ โดยใช้แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งนิรามัย ใช้เทียมวงศ์ (2535) ตัดแปลงมาจากสมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (สมจิต หนูเจริญกุล, พวงทอง ไกรพิบูลย์, บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, และแสงอรุณ สุขเกษม, 2534) ที่ได้แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) ของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) มาแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย เพื่อนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตของนิรามัย ใช้เทียมวงศ์ เป็นการประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิตและความรู้สึกว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนั้นเปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ของผู้ป่วย ซึ่งประกอบเป็น 6 ด้านด้วยกัน คือ ด้านที่ 1 ความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ด้านที่ 2 ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) คือ การรับรู้สภาพทางจิตของตนเอง ด้านที่ 3 ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (body image concerns) คือ การรับรู้สภาพตนเองประสบอยู่และความสามารถ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลสระบุรี

ในการปรับตัวให้เข้ากับโรคที่เป็นอยู่ มีผลต่อการดำเนินชีวิต ด้านที่ 4 ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม (social concerns) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่นในสังคม ด้านที่ 5 การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา (response to diagnosis/treatment) เป็นการรับรู้ในเรื่องของการรักษา การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเจ็บปวดของร่างกายได้ และด้านที่ 6 ภาวะโภชนาการ (nutrition) เป็นการรับรู้ถึงความต้องการด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งทั้ง 6 ด้านเหล่านี้มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาก

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ คลินิกโรคทรวงอกของโรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างเดือนมิถุนายน-เดือนกันยายน พ.ศ.2552 ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 75 รายโดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) สามารถเข้าใจภาษาไทย สื่อความหมายเข้าใจกันได้ มีการรับรู้ที่ดี และ 3) ไม่อยู่ในภาวะวิกฤตและ 4) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการเลิกสูบบุหรี่ ระยะเวลาในการเลิกสูบบุหรี่

ระดับความรุนแรงของโรค การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ให้คำแนะนำ

ตอนที่ 2 แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต

เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งนิรามัย ใช้เทียมวงศ์ (2535) ดัดแปลงมาจากสมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2534) ที่ได้แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) ของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) มาแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย เพื่อนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา (Padilla & Grant, 1985 อ้างใน นิรามัย ใช้เทียมวงศ์, 2535) มีเป็นข้อคำถามในด้านบวก 15 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 7 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ใน 6 ด้าน ดังนี้ 1) ความผาสุกทางร่างกาย จำนวน 5 ข้อ 2) ความผาสุกด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ จำนวน 4 ข้อ 4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม จำนวน 3 ข้อ 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา จำนวน 2 ข้อ 6) ภาวะโภชนาการ จำนวน 2 ข้อ มีการคำนวณหาความสอดคล้องภายในค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้นำไปหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย แล้วนำไปคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต เท่ากับ .82 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 คน แล้วนำไปคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85

ลักษณะการตอบแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Linear analogue scale) มีตัวเลขกำกับค่าเฉลี่ยบนเส้นตรงอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน

มีเลขกำกับช่วงละ 10 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดีเลย 100 คะแนนหมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีมาก ผู้ป่วยจะเป็นผู้ประมาณค่าตามการรับรู้ของตนเอง แล้วเขียนเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรง และเขียนระบุคะแนนกำกับทำให้คะแนนข้อคำถามในด้านลบจะกลับคะแนนก่อนนำมารวมกับข้อคำถาม คำถามในด้านบวก จากนั้นหาค่าเฉลี่ยของคุณภาพของผู้ป่วยแต่ละรายโดยนำคะแนนรวมทั้งหมดของผู้ป่วยแต่ละรายหารด้วยจำนวนของข้อคำถามทั้งหมด การแปลผลโดยผู้วิจัยกำหนดเป็น 5 ระดับ ค่าเฉลี่ยคะแนน 0-20 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับไม่ดีหรือน้อยมาก คะแนน 21-40 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับน้อย คะแนน 41-60 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 61-80 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับที่ดี คะแนน 81-100 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อยู่ในระดับที่ดีมาก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรีและทำหนังสือขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผ่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรีถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี และผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งจะอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการทำวิจัย ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการประเมินตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และสิทธิที่จะขอถอนตัวจากการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการ พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลนี้เป็น

ความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลต่อบุคคลอื่นว่าเป็นข้อมูลของใคร เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนให้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการเข้าร่วมการวิจัย (informed consent)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างรพพบแพทย์ โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามซึ่งใช้เวลาประมาณ 20 นาที และอ่านข้อคำถามทุกข้อให้กลุ่มตัวอย่างตอบรายบุคคล ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหนังสือด้วยตนเองได้ หลังการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 75 คน เป็นเพศชายร้อยละ 96 อายุเฉลี่ย 72.40 ปี (SD 4.17) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 70-79 ปี มีร้อยละ 74.70 ซึ่งมากที่สุด และช่วงอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 66.70 และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 78.70 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 90.70 แต่มีความเพียงพอของรายได้ที่ได้รับร้อยละ 90.70 พบว่าส่วนใหญ่มีบุตรหลานเป็นผู้ดูแลคิดเป็นร้อยละ 92 รองลงมาคือดูแลตนเองคิดเป็นร้อยละ 6.70

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลสระบุรี

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีประวัติการสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 64 มีระยะเวลาการเลิกสูบบุหรี่มากที่สุดคือ 6-10 ปี รองลงมาร้อยละ 22.70 สูบบุหรี่มากกว่า 10 ปี ส่วนระดับความรุนแรงของโรคพบร้อยละ 68 มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 3 รองลงมาร้อยละ 24 มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 4 ร้อยละ 82.70 เคยได้รับคำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเป็นร้อยละ 17.30 ไม่เคยได้รับคำแนะนำซึ่งบุคคลที่ให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแก่กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ พยาบาลคิดเป็นร้อยละ 72.59 รองลงมาคือ แพทย์คิดเป็นร้อยละ 24.19 และผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากญาติ พี่น้อง เพื่อนและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านคิดเป็นร้อยละ 1.61 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68 มีระดับความรุนแรงของโรคที่ระดับ 3 เคยได้รับ

คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 82.70 และได้รับคำแนะนำจากแพทย์ผู้ตรวจร้อยละ 49

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง (M = 56.46, SD = 9.64) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความผาสุกด้านร่างกาย (M = 61.1, SD = 8.59) อยู่ในระดับดี ความผาสุกด้านจิตใจ (M = 59.44, SD = 9.81) อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (M = 42.05, SD = 10.52) อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม (M = 61.75, SD = 13.00) อยู่ในระดับดี ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา (M = 59.2, SD = 10.34) อยู่ในระดับปานกลางและด้านโภชนาการ (M = 54.33, SD = 8.62) อยู่ในระดับปานกลาง (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยรวมและรายด้าน (N = 75)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
โดยรวม	56.46	9.64	ระดับปานกลาง
รายด้าน			
ความผาสุกด้านร่างกาย	61.60	8.59	ระดับดี
ความผาสุกด้านจิตใจ	59.44	9.81	ระดับปานกลาง
ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์	42.05	10.52	ระดับปานกลาง
ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม	61.75	13.00	ระดับดี
การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา	59.20	10.34	ระดับปานกลาง
ภาวะโภชนาการ	54.33	8.62	ระดับปานกลาง

หมายเหตุ ระดับไม่ดีหรือน้อยมาก = 0-20 ระดับน้อย = 21-40 ระดับปานกลาง 41-60 ระดับดี 61-80 ระดับดีมาก 81-100

เมธินี จันทิยะ และคณะ

หากพิจารณารายชื่อของแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 22 ข้อ ได้เรียงลำดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ช่วงระหว่าง 35.50 ถึง 72.10 คะแนน ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือข้อที่ 1 ซึ่งเกี่ยวกับความสามารถทำงานบ้านหรือทำงานประจำได้มากน้อยเพียงใด มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 72.10 คะแนน (SD = 12.56) ซึ่งในข้อดังกล่าวจำแนกในด้านความผาสุกด้านร่างกาย ในลำดับรองลงมาตาม

ลำดับคือ ข้อที่ 2 ซึ่งเกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพด้านร่างกาย เป็นอย่างไรในปัจจุบันมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 68.60 คะแนน (SD = 12.02) และข้อ 3 เกี่ยวกับการมีเวลาเป็นส่วนตัวมากน้อยเพียงใด มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 68.52 คะแนน (SD = 10.05) แต่พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือข้อ 22 ซึ่งเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตมากน้อยเพียงใดในปัจจุบัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ M = 35.50 คะแนน (SD = 10.96) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกรายชื่อ (N=75)

รายชื่อ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ท่านสามารถทำงานบ้านหรือทำงานประจำได้มากน้อยเพียงใด	72.10	12.56
2. ปัจจุบันนี้สุขภาพร่างกายของท่านเป็นอย่างไร	68.60	12.02
3. ท่านมีเวลาเป็นส่วนตัวของท่านมากน้อยเพียงใด	68.52	10.05
4. ท่านคิดว่าปัจจุบันท่านมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากน้อยเพียงใด	67.14	9.51
5. ท่านปรับตัวได้ดีเพียงใดต่อการเจ็บป่วยที่ท่านเป็นอยู่	65.11	9.35
6. ท่านมีความถี่ของการเกิดอาการหายใจลำบากบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใด	63.30	9.54
7. ตั้งแต่เจ็บป่วยท่านได้พักผ่อนหย่อนใจบ่อยครั้งเพียงใด	59.47	8.93
8. ท่านมีความวิตกกังวลกับอาการไอมากน้อยเพียงใด	59.45	9.04
9. ท่านมีความรู้สึกที่ท่านถูกทอดทิ้งบ่อยครั้งเพียงใด	59.32	9.04
10. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์มากน้อยเพียงใด	58.50	9.01
11. ท่านมีกำลังมากน้อยเพียงใด	58.30	8.45
12. ท่านรับประทานอาหารได้เพียงพอกับความต้องการของท่านมากน้อยเพียงใด	57.50	8.99
13. ท่านนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอกับความต้องการของท่านมากน้อยเพียงใด	56.40	8.84
14. ท่านมีการสังสรรค์กับเพื่อนและคนในครอบครัวบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใด	55.23	8.97
15. ท่านมีความรุนแรงของการเกิดอาการหายใจลำบากมากน้อยเพียงใด	55.10	9.11
16. ท่านมีอาการเหนื่อยง่ายบ่อยครั้งเพียงใด	52.60	11.04
17. ท่านมีความมร่อยในการรับประทานอาหารมากน้อยเพียงใด	51.21	8.59
18. ท่านมีความพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของท่านมากน้อยเพียงใด	48.58	9.44
19. ท่านรู้สึกหนักใจ กลัว หรือเป็นทุกข์กับโรคของท่านมากน้อยเพียงใด	46.15	10.10

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลสระบุรี

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกรายข้อ (N=75) (ต่อ)

รายชื่อ	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
20. ปัจจุบันท่านคิดว่าท่านมีความสุขมากน้อยเพียงใด	44.01	8.89
21. ในปัจจุบันน้ำหนักตัวของท่านมีปัญหามากน้อยเพียงใด	40.01	8.75
22. ปัจจุบันท่านมีความพึงพอใจในชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด	35.50	10.96

หมายเหตุ: ด้านความผาสุกด้านร่างกายคือข้อ 1, 2, 11, 13 และ 16; ด้านความผาสุกด้านจิตใจคือข้อ 4, 5, 7, 8, 9, 19; ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์คือข้อ 18, 21, 20, 22; ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ข้อ 3, 10, 14; ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษาข้อ 6, 15; ด้านภาวะโภชนาการข้อ 12, 17

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 75 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ชายอายุเฉลี่ย 72.40 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 มากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากถ้อออกแรงจะแบกหามก็รู้สึกเหนื่อย ประกอบกับเป็นวัยผู้สูงอายุจึงทำให้ไม่สามารถทำงานหนักเหมือนในอดีต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่ให้เหตุผลว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการหอบเหนื่อยขณะทำงาน จึงไม่ได้ประกอบอาชีพ (จันทร์จิรา วิรัช, 2544 ; สิรินาถ มีเจริญ, 2541) กลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐบาลเนื่องจากมีบัตรประกันสุขภาพผู้สูงอายุ บางรายมีสิทธิเบิกค่ารักษาได้ และผู้สูงอายุมีสวัสดิการจากภาครัฐอีก 500 บาทต่อคนต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะรายได้ที่ได้รับความเพียงพอคิดเป็นร้อยละ 90.70 ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ได้รับจากบุตรที่เป็นผู้ดูแลหลักคิดเป็นร้อยละ 92

กลุ่มตัวอย่างทุกคนเคยสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันได้เลิกหมดแล้ว ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการเลิกบุหรี่ 6-10 ปี

และมีความรุนแรงของโรคระดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 68 และ ระดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 24 จากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลิกบุหรี่เนื่องจากตนเองมีอาการหายใจลำบากเหนื่อยหอบง่ายจึงมาพบแพทย์เพื่อรักษาอาการดังกล่าวและได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่จากแพทย์และพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุหรี่เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณมากหรือระยะเวลาการสูบบุหรี่ยานจะเกิดอาการรุนแรงกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณน้อยหรือสูบบุหรี่ในระยะเวลาสั้นกว่า และพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่อยู่ จะมีค่าปริมาตรอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มที่ภายใน 1 วินาที (forced expiratory volume [FEV₁]) ลดลง 150 มล.ต่อปี หรือลดลงกว่าคนปกติที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 30-45 มล.ต่อปี ซึ่งเมื่อคนเหล่านี้อายุถึง 65 ปี จะเริ่มมีอาการเหนื่อยง่ายเพราะค่า FEV1 ที่ต่ำลงนั่นเอง (อัมพรพรรณ ชีรบุตร, 2542)

ผลการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวมและรายด้าน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสระบุรี พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแบ่ง

ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (ALA, 1975 as cited in Dudley, Glaser, & Logan, 1980) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ความรุนแรงของโรคในระดับ 2 (ร้อยละ 8) ระบุว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคในกลุ่มตัวอย่างระดับ 3 (ร้อยละ 51) และ 4 (ร้อยละ 18) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ระบุว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 3 ขึ้นไป มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่ชัดเจนขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดัดเลย์และคณะ (Dudley et al., 1980) ที่ได้กล่าวถึงระดับความรุนแรงของโรคที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และ 2 จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 ขึ้นไป สอดคล้องกับงานวิจัยของไลดี (Leidy, 1995) ที่ได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมากขึ้นและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงอย่างมาก ส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง

เมื่อพิจารณาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรายด้าน พบได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 2 (ร้อยละ 8) มีระดับคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับที่ดี แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 3 (ร้อยละ 51) และ 4 (ร้อยละ 18) พบได้ว่าคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านแตกต่างกัน กล่าวคือ คุณภาพชีวิตในด้านความผาสุกด้านร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี แม้ว่าจะมีข้อจำกัดในการทำงาน แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่ 1 เรื่องความสามารถทำงานบ้านหรือทำงานประจำได้มากน้อยเพียงใด มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูง

อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ายังสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมที่สามารถทำเองได้ เช่น ทำงานบ้าน ดังคำกล่าวของผู้ป่วยที่ว่า “ไม่อยากจะอยู่เฉยๆ เดียวจะเป็นอะไรมากกว่านี้ ทำอะไรได้ก็ทำ” ซึ่งไม่เพียงแต่สะท้อนถึงสมรรถภาพด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงความต้องการให้เกิดคุณค่าในตนเองอีกด้วย ส่วนความผาสุกด้านจิตใจ คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอภิปรายผลได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเองถึงการรับรู้อาการหายใจลำบากที่กำเริบขึ้นจนไม่สามารถควบคุมและจัดการได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกตื่นกลัวและรู้สึกถูกคุกคามต่อชีวิตจนทำให้เกิดความวิตกกังวล การดำเนินชีวิตที่มีผลรบกวนต่อความสบายของผู้ป่วยได้แก่ อาการหายใจลำบาก ซึ่งอาการหายใจลำบากยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากที่สุด (Gift & Cahill, 1990) สอดคล้องกับการศึกษาของแอนเดอร์สัน (Anderson, 1995) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการของโรคระดับรุนแรงทำให้ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายและจิตใจลดลง ส่งผลให้การรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยลดลงและจากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของฟิตซ์ซิมมอนและคณะ (Fitzsimon et al., 2007) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะสุดท้าย เมื่อช่วยเหลือตนเองได้ลดลง ผู้ป่วยจะเกิดมีอารมณ์หงุดหงิด ซึมเศร้าและรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของอังสตรอมและคณะ (Engström, Persson, Larsson, & Sullivan, 2001) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระบุว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายและด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำจนถึงปานกลาง และทั้งสองด้านมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังนั้นในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรทำการศึกษาต่อเนื่อง ทั้งนี้ เพราะมีความเกี่ยวข้องกันระหว่างสมรรถภาพปอด ความสามารถในการทำกิจกรรมและความผาสุก อย่างไรก็ตาม งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลสระบุรี

แบบภาคตัดขวาง ซึ่งควรมีการศึกษาในระยะยาวต่อไปในอนาคต

ในด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคระดับ 3 และระดับ 4 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ อาจพบว่ามีความน้ำหนักของร่างกายลดลงจากความบกพร่องในกระบวนการเผาผลาญสารอาหารที่ต้องใช้พลังงานที่สูงขึ้นจากการใช้แรงในการหายใจในขณะที่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อาการและอาการแสดงของโรคเช่น การไอมีเสมหะ ออกมาตลอด (American Thoracic Society, 1999) จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้มีข้อจำกัดทั้งในการทำกิจกรรมส่วนตัวและการเข้าสังคมและมีโอกาสการกำเริบของโรคที่บ่อยมากขึ้นส่งผลต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ในผู้ป่วยบางรายให้ข้อมูลว่าหากจำเป็นต้องไปร่วมงานพิธีที่สำคัญก็ต้องพกพายุพ่นยากินไว้ตลอด แต่หากไม่จำเป็นก็จะไม่เข้าร่วมงานต่างๆ เพราะกังวลว่าอาจจะเกิดอาการเหนื่อยหอบขึ้นมาแล้ว จะไม่สามารถควบคุมอาการได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภาวดี มโนหาญ (2536) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พบว่ามีความไม่มั่นใจในภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง รู้สึกอับอายเสียใจที่ดั่งวิตหรืออาการหายใจหอบที่สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกสถานที่และทุกเวลารวมทั้งการไอบ่อยๆ และน้ำหนักลดเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยบางรายคิดว่าตนเองเป็นโรคติดต่อที่น่ารังเกียจจึงแยกตัวเองและหลีกเลี่ยงการพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น ซึ่งในด้านนี้จำเป็นต้องได้รับการจัดการช่วยเหลือที่เหมาะสมจากทีมสุขภาพเพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและยอมรับในภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงของตนเอง

ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย และส่วนใหญ่บุตรสาวหรือภรรยาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดรวมทั้งเป็นผู้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครบถ้วน

สอดคล้องกับบริบทของวัฒนธรรมของประเทศไทย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของอัจฉรา ใจประเสริฐสวัสดิ์ (2531) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมจากกลุ่มเครือญาติ ซึ่งประกอบด้วย คู่สมรส บุตรหลาน และญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิด ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตได้ (Padilla & Grant, 1985) ในด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมี คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 57.9$, $SD = 11.42$) กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการเกิดภาวะหายใจลำบากเป็นระยะๆ ต้องเข้ารับการรักษาอาการดังกล่าวเป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูงจะมีความรุนแรงและความถี่ของอาการหายใจลำบากมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระยะแรกๆ (Dudley et al., 1980) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.70 เคยได้รับคำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับโรค จากพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 72.59) การให้ความรู้และการสอนทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย สามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ลดการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพ และผู้ป่วยมีสภาวะด้านสุขภาพที่ดีขึ้น (Jean et al., 2003)

สำหรับในด้านภาวะโภชนาการ ผลการศึกษามีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 3 และ 4 ดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาที่หลากหลายชนิด ซึ่งส่งผลให้ความต้องการของการรับประทานอาหารลดลง เนื่องจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน อีกทั้งปัญหาสุขภาพปากและฟัน ที่ไม่ได้ดูแลเนื่องจากมีอาการหายใจเหนื่อย ทำให้ความอยากอาหารลดลง (May, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้มีปัญหาสุขภาพปากและฟัน และสอดคล้องกับการศึกษาของโอเดเนครอนและคณะ

(Odenrants, Ehnfors, & Grobe, 2005) ที่พบว่าภาวะโภชนาการของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่ได้เกิดจากการรับประทานอาหารได้ยากลำบากอย่างเดียว แต่ยังมี ความเกี่ยวข้องกับการพึ่งพาผู้อื่น ความสามารถในการทำกิจกรรม ความอยากอาหาร ความหิว และความ ต้องการเวลาในการรับประทานอาหาร ดังนั้นภาวะโภชนาการจึงมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างมาก จำเป็นต้องมีการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสม ปัญหาสุขภาพปากและฟันสำหรับผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อร่วมกันในการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีแก่ผู้ป่วย

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความ ผาสุกทางร่างกายอยู่ในระดับดี ความผาสุกด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม อยู่ในระดับดี ด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง และด้านภาวะโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในการเก็บรวบรวมข้อมูลทำให้ได้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยจึงอาจไม่ได้เป็นตัวแทนของประชากรของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมด แต่ผลการวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะร่วมกำหนดนโยบายแก่สถานพยาบาลในด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อที่ตอบสนองความต้องการครอบคลุมทุกมิติของผู้ป่วย รวมทั้งการร่วมมือในการวางแผนของทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ตรวจความตรงของเครื่องมือและเนื้อหา บุคลากรโรงพยาบาลสระบุรี กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- จันทรจิรา วิรัช. (2544). *ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชัยวัฒน์ บำรุงกิจ. (2545). การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน ชายชาญ โพธิรัตน์, เฉลิม ลือศรีสกุล, ชัยวัฒน์ บำรุงกิจ, และ อรรถวุฒิ ตีสมิโชค (บก.), *หลุมพรางทางอายุรศาสตร์ 2002* (หน้า B3-15-B3-19). เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- นิรามัย ใช้เทียมวงศ์. (2535). *แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์. (2537). *ผลของการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประกาย สัญญชนวิทย์, สุวิมล แทนพระเดช, สว่าง แสงทัญญู วัฒนา, และสไบทิพย์ จุฑะกาญจน์. (2545). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกนอกเวลา โรงพยาบาลรามธิบดี. *วารสารโรคและโรคแทรกซ้อน*, 23(3), 143-150.
- ภาวดี มโนหาญ. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลสระบุรี

- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ (2551). รายงานสถิติผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน. สระบุรี: งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสระบุรี.
- สมจิต หนูเจริญกุล, พวงทอง ไกรพิบูลย์, บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์, ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, และแสงอรุณ สุขเกษม. (2534). ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. *พยาบาลสาร*, 18(4), 19-35.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ฉบับปรับปรุง. (2548). *แนวทางการวินิจฉัย และรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- สิรินาด มีเจริญ. (2541). ผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความสบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2550). *รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547*. Retrieved March 15, 2007, from <http://thaibod.org/documents/THBOD2004-20Report2.pdf>
- อัจฉรา ใจประเสริฐสวัสดิ์. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัมพรพรรณ อีรานูตร. (2542). *โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ*. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท.
- American Lung Association. (2006). Chronic bronchitis and emphysema. Retrieved August 8, 2006, from <http://www.lungusa.org>
- American Lung Association. (2011). *Chronic obstructive pulmonary disease fact sheet*. Retrieved May 28, 2011, from <http://www.lungusa.org>
- American Thoracic Society. (1999). Pulmonary rehabilitation: 1999. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*, 159, 1666-1682.
- Anderson, K. L. (1995). The effect of chronic obstructive pulmonary disease on quality of life. *Research in Nursing & Health*, 18, 547-556.
- Anto, J. M., Vermeire, P., Vestbo, J., & Sunyer, J. (2001). Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Journal*, 17, 982-994.
- Barnett, M. (2006). *Providing palliative care in end stage COPD within primary care*. San Mateo, CA: Camino Real in San Mateo.
- Dudley, L. D., Glasser, M. E., Jorgenson, B. N., & Logan, D. L. (1980). Psychosocial concomitants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease: Part 1: Psychosocial and psychological considerations, *Chest*, 77, 413-419.
- Engström, C. P., Persson, L. O., Larsson, S., & Sullivan, M. (2001). Health-related quality of life in COPD: Why both disease specific and generic measures should be used. *European Respiratory Journal*, 18, 69-76.
- Fabbi, L., Rennard, S., Leff, A., & Connor, B. O. (2002). *Advances in the understanding and future therapy of COPD*. Malden, MA: Blackwell Science.
- Fan, V. S., Curtis, R. J., Tu, S. P., McDonnell, M. B., & Fihn, S. D. (2002). Using quality of life to predict hospitalization and mortality in patients with obstructive lung disease. *Chest*, 122, 429-436.
- Fitzsimons, D., Mullan, D., Wilson, J. S., Conway, B., Corcoran, B., Dempster, M., et al. (2007). The challenge of patients' unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Palliative Medicine* 2007, 21(4): 313-322.
- Gift, A. G., & Cahill, C. A. (1990). Psychophologic aspects of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study. *Heart & Lung*, 19, 252-257.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2003). *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. (updated 2003) NHLBI/WHO workshop report. April 2001.
- Godoy, D. V., & Godoy, R. F. (2003). A randomized controlled trial of the effect of psychotherapy on anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease patient. *Achieves of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84, 1154-1157.
- Hodgkin, J. E., Celli, B. R., & Connors, G. L. (1998). *Pulmonary rehabilitation: Guideline to success*. Philadelphia: Lippincott.

- Jadwiga, A., & Wedzicha, E. (2002). Exacerbation: Etiology and pathophysiologic mechanism. *Chest*, 121(5), S136 - S141.
- Jittrakul, L., Wimol, N., & Eugene, S. (2007). The economic burden of smoking-related disease in Thailand: A prevalence-based analysis. *Journal of Medicine Association Thailand*, 90(9), 1925-1929.
- Koseoglu, N., Koseoglu, H., Ceylan, E., Cimrin, H., Ozalerli, S., & Esen, A. (2005). Erectile dysfunction prevalence and sexual function status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The Journal of Urology*, 174(1), 249-252.
- Leidy, K. N. (1995). Functional performance in people with chronic obstructive pulmonary disease. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 27, 23-33.
- May, D. F. (1991). Introduction and review. In J. W. Youtsey (Ed.), *Rehabilitation and continuity of care in pulmonary disease* (pp. 1-9). St. Louis: Mosby.
- Odenrants, S., Ehnfors, M., & Grobe, S. J. (2005). Living with chronic obstructive pulmonary disease: Part I. Struggling with meal-related situations: Experiences among persons with COPD. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 230-239. doi: 10. 1111/j. 1471-6712.2005.00345.x
- Osman, L. M., Godden, D. J., Friend, J. A. R., Legge, J. S. & Douglas, J. G. (1997) . Quality of life and hospital re-admission in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 52, 67-71.
- Padilla, G. V. & Grant, M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*, 8, 45-60.
- Taylor, E. J., Jone, P. & Bures, M. (1998). Quality of life. In I. M. Lubkin, & P. D. Larser (Eds.), *Chronic illness impact and interventions*. (4th ed.) Boston: Jones & Bartlett.

The Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Saraburi Hospital

Methinee Jantiya M.N.S. (Adult Nursing)*

*Panitnat Chamnansua** M.N.S. (Adult Nursing)*

*Pussadee Kunapan*** R.N., M.P.A*

Abstract: Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is challenging as the disease dramatically impacts the physical, psychological, spiritual, social and economic aspects, which reflect the quality of life. The purpose of this descriptive study was to examine quality of life among patients with COPD. Purposive sampling was used to recruit 75 patients with COPD who sought treatment at Saraburi Hospital, Saraburi Province during June 2009 to September 2009. The instrument used for data collection included the Demographic Data Record Form and the Quality of life Questionnaire developed by Padilla and Grant, which was translated into Thai. The data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percent, mean, and standard deviation. The result data of this study revealed that the quality of life among patients with COPD at Saraburi Hospital were at a moderate level. When each aspect was analyzed, the result showed that only the physical well-being was at a high level. On the other hand, psychological well-being, social well-being, body image concerns, the response to diagnosis/treatment, and the nutritional aspect were at a moderate level. The finding from this study provides basic knowledge for planning the nursing service system to promote the quality of life of patients with COPD.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, Quality of life, Physical well-being, psychological well-being, social well-being

*Corresponding author, Nursing Instructor, Boromarajonnani College of Nursing, Saraburi, E-mail: kookwpp@hotmail.com

**Nursing Instructor, Boromarajonnani College of Nursing, Saraburi

***Registered Nurse, Outpatient Department, Saraburi Hospital