ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

Predicting Factors of Quality of Life Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Chachoengsao Community Hospital

สลิลทิพย์ กมลศิริ[1*], วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี[2], สุนีย์ ละกำปั่น[3], ประศักดิ์ สันติภาพ[4], ณิชชาภัทร ขันสาคร[4]

[1]นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[2]รองศาสตราจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

[3]รองศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[4]อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[*]Email : salin_k@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 270 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยศึกษาระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2559–พฤษภาคม พ.ศ. 2560 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยเชิงเส้น โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตคือ พฤติกรรมการใช้ยา (B=-0.349,p<0.01) พฤติกรรมการออกกำลังกาย (B=-0.161,p<0.01) การได้รับคำแนะนำด้านการใช้ยา (B=-0.117,p<0.05) การได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกาย (B=-0.275,p<0.01) และความยากลำบากในการรับบริการ (B=-0.112,p<0.05) ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 47.7 จากผลการวิจัยนี้ มีข้อเสนอแนะ คือ ควรให้มีการแนะนำการออกกำลังกาย การใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาและการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม อีกทั้งควรจัดบริการให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการรับบริการ ตามปัจจัยที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้จากการศึกษานี้ ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

The aim of this study was to find the predictive factors of quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) that sought treatment in community hospitals in Chachoengsao province. Participants included a total of 270 COPD patients seeking treatment at community hospitals in Chachoengsao province in 2016. Participants were recruited through a multi-stage random sampling. Data were collected through interview forms from November 2016 to May 2017. Data were analyzed by descriptive statistic, Pearson's Product Moment Correlation and linear regression analysis. The level of statistical significance was set at 0.05.

The results showed that the factors that could work together to predict the quality of life among COPD patients included drug administration behavior (B=-0.349, $p<0.01$), exercise behavior (B=-0.161,$p<0.01$), receiving advice from health personnel on drug administration (B=-0.117,$p<0.05$), receiving advice on physical exercise (B=-0.275, $p<0.01$), difficulties in using health service (B=-0.112,$p<0.05$). They could work together to predict the quality of life of the samples as correctly as 47.7%. The suggestions consisted of advice about drug administration and exercise, that would lead to drug administration and correct and appropriate exercise. Another one was service care management to provide comfortable care for the patients. This was according to this research to improve quality of life among patients.

Keywords : quality of life, chronic obstructive pulmonary disease, community hospital

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (chronic obstructive pulmonary disease) เป็นหนึ่งในโรคเรื้อรัง โดยทั่วไปรวมโรค 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง มีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ และไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ สาเหตุหลักมาจากควันบุหรี่และมลพิษ ส่งผลให้มีการระคายเคืองอย่างต่อเนื่องของหลอดลมและเนื้อปอด[1] ในทั่วโลกมีผู้ที่ป่วยด้วย COPD จำนวน 329 ล้านคนหรือ

เกือบร้อยละ 5 ของจำนวนประชากร เมื่อปี ค.ศ. 2012 โรคนี้เป็นโรคอันดับที่สามที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ซึ่งคร่าชีวิตผู้คนจำนวนกว่า 3 ล้านคน[2] โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรัง จากอาการของโรคส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายใจจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ[3]ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคมต่อตัวผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีอาการหอบเหนื่อยรบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยแม้ออกแรงเพียงเล็กน้อย ผู้ที่มีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมทางกายมาก[4] ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลนั้น จะใช้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นเรื่อย ๆ[5] อันเป็นผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง[6] และจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะต่ำกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในทุกด้าน เนื่องจากต้องจำกัดความสามารถจากการหายใจลำบาก[7] ทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อความสูญเสียหน้าที่การงานและการมีกิจกรรมในสังคม[8] การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีเป้าหมายเพื่อคงสภาวะร่างกายในปัจจุบันให้ดีที่สุดและการป้องกันสิ่งที่จะเกิดในอนาคต[9] โดยเป็นการบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ เพิ่มความทนในการออกกำลัง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น และมีภาวะทางจิตใจที่ดี ลดอาการกำเริบ เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดอัตราการเข้ารักษา และลดการเสียชีวิต โดยการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นประกอบด้วย การใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้เป็นภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและสังคม เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการกำเริบของโรคเป็นระยะ และก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย รวมทั้งสร้างภาระให้แก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก[10] จากการที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นแกนหลักจึงจำเป็นต้องสนองตอบนโยบาย

จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นจังหวัดที่มีเขตพื้นที่ติดต่อกรุงเทพมหานคร มีนิคมอุตสาหกรรมอยู่ในเขตพื้นที่ มีโรงพยาบาลให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 11 แห่ง มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่งและมีโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง จำแนกเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 4 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 6 แห่ง การให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดฉะเชิงเทรามีความจำเป็นต้องจัดบริการระยะกลาง เนื่องจากการขาดแพทย์เฉพาะทาง จึงทำให้ไม่สามารถให้บริการผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้ ประกอบกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์มีอย่างจำกัด จึงต้องทำหน้าที่เป็นแกนหลักในการบริการเชื่อมระหว่างโรงพยาบาลศูนย์กับการบริการระดับปฐมภูมิและชุมชน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่พ้นวิกฤติแล้ว ดังนั้น ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสาเหตุ

พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการงดบุหรี่ การได้รับคำแนะนำด้านการใช้ยา การได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูปอด การได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกาย ความยากลำบากในการรับบริการ การได้รับการเยี่ยมบ้านในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงมีความน่าสนใจเพื่อเป็นแนวทางในการบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง

ระยะเวลาในการศึกษา 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 – 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีพ.ศ. 2559 จำนวน 270 ราย จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเมื่อทราบจำนวนประชากรที่แน่ชัด โดยใช้สูตรของ Daniel[11] โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัยมี 1,617 หน่วย ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ 5 เปอร์เซ็นต์ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์ แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

สูตรในการคำนวณ

$$n = \frac{Nz^2_{\alpha/2}pq}{d2\,(N-1) + z^2_{\alpha/2}pq}$$

N = จำนวนประชากรผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี 2559 จำนวน 1,617 ราย

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$Z_{0.05/2}$ = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติ เมื่อ d เท่ากับ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

p = สัดส่วนของจำนวนประชากรที่มีคุณภาพชีวิตระดับน้อยที่สุดจากการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกัจนา ภู่วิลัย[12] เท่ากับ 0.3

q = 1-p ซึ่งเท่ากับ 0.7

d = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร

$$\pi = \frac{(1{,}617)(1.96)^2(0.3)(0.7)}{(0.05)^2(1{,}616) + (1.96)^2(0.3)(0.7)}$$

$$= 269.41$$

จะได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 270 คน

การสุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มีวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ใช้หลักการจำแนกโรงพยาบาลชุมชนตามขนาดโรงพยาบาล โดยจำแนกโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดฉะเชิงเทราจำนวน 10 โรงพยาบาล เป็น 2 กลุ่ม คือโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 30-60 เตียง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 60-120 เตียง

ขั้นตอนที่ 2 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) ได้โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กจำนวน 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่จำนวน 1 แห่ง

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณจำนวนตัวอย่างของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในแต่ละโรงพยาบาล ตามสัดส่วนประชากรทั้งหมด และสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจาก เวชระเบียนของโรงพยาบาลที่ถูกคัดเลือกให้ครบตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณโดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ

เครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ชุด ประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยพัฒนาและประยุกต์ขึ้นและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองและหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โดยใช้แบบสอบถาม SGRQ-C ของโรงพยาบาลเซนต์จอร์จ[13]

แบบสอบถาม ปัจจัยของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล ผู้ดูแล การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการรักษา ระดับความรุนแรง การมีโรคร่วม เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิด มีจำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกำเริบของโรคในช่วงรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสาเหตุให้เกิดอาการกำเริบ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการงดบุหรี่ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 17-20 โดยดัดแปลงมาจากการศึกษาของพจนีย์ ขูลีลัง[14]

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อให้สอดคล้องกับโรคได้หรือไม่ เป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนเลย

2 หมายถึง ดูแลตนเองได้บ้าง แต่อาจปฏิบัติไม่ถูกต้องครบถ้วนในขั้นตอน หรือวิธีการ หรือระยะเวลา หรือจำนวนครั้ง

3 หมายถึง ดูแลได้ถูกต้อง โดยปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งขั้นตอน วิธีการ ระยะเวลา และจำนวนครั้ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ของผู้ป่วยโดยดัดแปลงมาจากการศึกษาของพจนีย์ ขูลีลัง[14]เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบคือ ได้รับและไม่ได้รับ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 21-23

ส่วนที่ 4 แบบวัดอาการหายใจลำบาก (dyspnea visual analogue scale) โดยประยุกต์จากแบบวัดของ Gift[15] เป็นมาตรแสดงการรับรู้อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยในขณะนั้น แบบวัดมีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว ทางด้านบนสุดที่ตำแหน่ง 100 หมายถึง มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ส่วนทางด้านล่างสุดที่ตำแหน่ง 0 หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย และตรงกึ่งกลางที่ตำแหน่ง 50 หมายถึงมีอาการหายใจลำบากปานกลางโดยผู้ป่วยจะเป็นผู้กำหนดตำแหน่งบนเส้นตรงนี้เพื่อเป็นเครื่องหมายที่แสดงความรู้สึกหายใจลำบากที่เกิดในขณะนั้น

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองและหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

โดยใช้แบบสอบถาม SGRQ-C (St. George's Respiratory Questionnaire - COPD) ของ Paul และ Ford[13] ซึ่งผู้วิจัยได้ขอแบบสอบถามที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยจากสมาคมอุรเวชช์ ประเทศไทยซึ่งได้รับอนุญาตจากมหาวิทยาลัยเซนท์จอร์จเป็นผู้แปล โดยมีจำนวน 14 ข้อ แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ด้านอาการแสดงของโรค จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-7 เป็นคำถามปัญหาการหายใจเกี่ยวกับความถี่ในการเกิดอาการของโรค เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ด้านการทำกิจกรรมและด้านผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8-14 เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาในสถานะปัจจุบัน โดยในด้านการทำกิจกรรมจะวัดปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ คะแนนข้อ 9 และ 12 ส่วนด้านผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคม จะวัดสภาพปัญหาทางด้านจิตใจและการทำหน้าที่ในสังคม ได้แก่ คะแนนข้อ 8, 10, 11, 13, 14

เมื่อตอบคำถามแล้วจะนำมาคิดคะแนน โดยการถ่วงน้ำหนักในคำตอบแต่ละข้อตามมาตรฐานของเครื่องมือที่กำหนดโดยค่าคะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ 0-100 คะแนน ค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นแสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลงสามารถแปลผลได้ดังนี้

ค่าคะแนน 0 – 20.00 หมายถึงมีระดับคุณภาพชีวิตดีมาก
ค่าคะแนน 20.01 – 40.00 หมายถึงมีระดับคุณภาพชีวิตดี
ค่าคะแนน 40.01 – 60.00 หมายถึงมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง
ค่าคะแนน 60.01 – 80.00 หมายถึงมีระดับคุณภาพชีวิตแย่
ค่าคะแนน 80.01 – 100.00 หมายถึงมีระดับคุณภาพชีวิตแย่มาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย โดยหาความตรงของเนื้อหาและการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ก่อนนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

การหาความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ ปรับแก้ไขความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของเนื้อหาปรับแก้ไขความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของเนื้อหาก่อนนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มที่จะทำการศึกษา ทั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) และเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 มาใช้เป็นข้อคำถามโดย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์ส่วนพฤติกรรมการป้องกันการกำเริบของโรค 0.90 แบบสอบถามการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ 0.80 แบบวัดอาการหายใจลำบาก 1.00 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองและหลอดลมอักเสบเรื้อรัง 1.00

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาได้แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 ตัวอย่าง โดยได้ไปเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient)[16] เพื่อศึกษาหาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้เกณฑ์ยอมรับที่ 0.7 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ส่วนพฤติกรรมการป้องกันการกำเริบของโรค 0.733 แบบสอบถามการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ 0.720 แบบวัดอาการหายใจลำบาก 0.820 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองและหลอดลมอักเสบเรื้อรัง 0.860

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษา อธิบายลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis statistics) ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation) และความสามารถในการทำนายของแต่ละตัวแปร วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้น (linear regression) ด้วยวิธี enter โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.4) มีอายุเฉลี่ย 64 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี ร้อยละ 31.5, มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.4, นับถือศาสนาพุทธถึงร้อยละ 98.5, จบการศึกษาชั้นประถม 4 ร้อยละ 58.9, และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.6 โดยอาชีพที่พบมากที่สุด คือ ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 22.2) รองลงมาคือเกษตรกร (ร้อยละ 19.3) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้อยู่ในช่วง 1,501-5,000 บาท (ร้อยละ 34.1) และมีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 47.8) มากที่สุด

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า ร้อยละ 41.9 อยู่ในระดับดีมาก รองลงมาคืออยู่ในระดับดี ร้อยละ 27.8 ระดับปานกลางร้อยละ 21.1 ระดับแย่ร้อยละ 8.1 และระดับแย่มาก ร้อยละ 1.1

และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านอาการ ด้านการทำกิจกรรม ด้านผลกระทบ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านอาการและด้านการทำกิจกรรมอยู่ในระดับดี และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านผลกระทบอยู่ในระดับดีมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวม (n=270)

คุณภาพชีวิต	Minimum	Maximum	Mean	SD	แปลผล
ด้านอาการ	.00	97.32	38.3368	22.76945	ระดับดี
ด้านการทำกิจกรรม	.00	100.00	31.2063	30.50006	ระดับดี
ด้านผลกระทบ	.00	84.10	24.4863	19.57498	ระดับดีมาก
คุณภาพชีวิตโดยรวม	.00	82.82	28.9984	20.67886	ระดับดี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสาเหตุ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการงดบุหรี่ การได้รับคำแนะนำด้านการใช้ยา การได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูปอด การได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกาย ความยากลำบากในการรับบริการ การได้รับการเยี่ยมบ้าน

พบว่า ในด้านพฤติกรรมการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องครบถ้วน (ระดับ 3) มากที่สุด ร้อยละ 54.4 รองลงมาเป็นทำได้บ้าง (ระดับ 2) ร้อยละ 38.1 และทำไม่ถูกต้องเลย (ระดับ 1) ร้อยละ 7.4

ด้านพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ถูกต้องครบถ้วน (ระดับ 3) มากที่สุด ร้อยละ 43.0 รองลงมาเป็นทำได้บ้าง (ระดับ 2) ร้อยละ 40.4 และทำไม่ถูกต้องเลย (ระดับ 1) ร้อยละ 16.7

ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ทำได้บ้าง (ระดับ 2) มากที่สุด ร้อยละ 44.8 รองลงมาเป็น ถูกต้องครบถ้วน (ระดับ 3) ร้อยละ 30.0 และทำไม่ถูกต้องเลย (ระดับ 1) ร้อยละ 25.2

ด้านพฤติกรรมการงดบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการงดบุหรี่ (ระดับ 3) มากที่สุด ร้อยละ 88.1 รองลงมาเป็นไม่สามารถงดบุหรี่ได้เลย (ระดับ 1) ร้อยละ 7.4 และงดบุหรี่ได้บ้าง (ระดับ 2) ร้อยละ 4.4

กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำในการใช้ยา ร้อยละ 88.9, ได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูปอด ร้อยละ 80.4, ได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายร้อยละ 78.9, ไม่มีความยากลำบากในการรับบริการ ร้อยละ 71.5 และไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 80.4 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมและการได้รับบริการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=270)

พฤติกรรม	จำนวน (ร้อยละ) ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
พฤติกรรมการใช้ยา	20 (7.4)	103 (38.1)	147 (54.4)
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสาเหตุ	45 (16.7)	109 (40.4)	116 (43.0)
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	68 (25.2)	121 (44.8)	81 (30.0)
พฤติกรรมการงดบุหรี่	20 (7.4)	12 (4.4)	238 (88.1)
ความยากลำบากในการรับบริการ	193 (71.5)	49 (18.1)	28 (10.4)

การได้รับบริการ	จำนวน (ร้อยละ) ได้รับ	ไม่ได้รับ
การได้รับคำแนะนำด้านการใช้ยา	240 (88.9)	30 (11.1)
การได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูปอด	217 (80.4)	53 (19.6)
การได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกาย	213 (78.9)	57 (21.1)
การได้รับการเยี่ยมบ้าน	53 (19.6)	217 (80.4)

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสาเหตุ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการงดบุหรี่ การได้รับคำแนะนำด้านการใช้ยา การได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูปอด การได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายและความยากลำบากในการรับบริการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิต

การได้รับการเยี่ยมบ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิต ($p>0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=270)

ตัวแปร	r	p-value
พฤติกรรมการใช้ยา	-0.601	0.000
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสาเหตุ	-0.369	0.000
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	-0.460	0.000
พฤติกรรมการงดบุหรี่	-0.134	0.028
การได้รับคำแนะนำด้านการใช้ยา	-0.398	0.000
การได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูปอด	-0.427	0.000
การได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกาย	-0.518	0.000
ความยากลำบากในการรับบริการ	-0.246	0.000
การได้รับการเยี่ยมบ้าน	0.009	0.881

เมื่อวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงเส้น ด้วยวิธี enter พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิต คือ พฤติกรรมการใช้ยา (β = -0.349, $p<0.01$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย (β = -0.161, $p<0.01$) การได้รับคำแนะนำด้านการใช้ยา (β = -0.117, $p<0.05$) การได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกาย (β = -0.275, $p<0.01$) และความยากลำบากในการรับบริการ (β = -0.112, $p<0.05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 47.7 (R^2= 0.477) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าความเชื่อมั่นและสัมประสิทธิ์ในการเขียนสมการในการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยเชิงเส้น (Linear Regression)

ตัวแปรอิสระ	Beta	t	p-value
Constant	103.826	11.501	0.000
พฤติกรรมการใช้ยา	-0.349	-6.447	0.000
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสาเหตุ	0.032	0.592	0.554
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	-0.161	-3.268	0.001

ตัวแปรอิสระ	Beta	t	p-value
พฤติกรรมการงดบุหรี่	-0.081	-1.764	0.079
การได้รับคำแนะนำด้านการใช้ยา	-0.117	-2.207	0.028
การได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูปอด	-0.027	-0.421	0.674
การได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกาย	-0.275	-4.156	0.000
ความยากลำบากในการรับบริการ	-0.112	2.403	0.017
R-square = 0.477			

สรุปและอภิปรายผล

การแปลผลคุณภาพชีวิตผกผันกับคะแนน นั่นคือ คะแนนน้อยมีคุณภาพชีวิตดี คะแนนมาก คุณภาพชีวิตไม่ดี

พฤติกรรมการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ผลการวิจัยดังกล่าวหมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องจะต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำและตรวจสอบการใช้ยาให้ถูกต้อง[17] ส่งผลให้การใช้ยาเกิดประสิทธิภาพในการรักษาสูงสุด และลดการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องครบถ้วน (ระดับ 3) มากที่สุด ร้อยละ 54.4 และกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในด้านการใช้ยา ร้อยละ 88.9 และมีระดับคุณภาพชีวิตด้านอาการและด้านกิจกรรมอยู่ในระดับดี ด้านผลกระทบอยู่ในระดับดีมาก ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง จึงสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วิระพล ภิมาลย์[18] ที่พบว่า การให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรักษาและการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความถี่ในการกำเริบของโรคลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำทั้งในด้านกายภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม

พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการกำเริบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังนั้น ผลการวิจัยดังกล่าว หมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการกำเริบที่ถูกต้อง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำเริบ เช่น ฝุ่นควัน มลพิษจะเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบขึ้นได้ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเกิดอาการน้อยลงหากอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปราศจากมลพิษ[19]เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นเพิ่มมากขึ้น หากได้รับสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยอาจเกิดอาการกำเริบได้ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้[1] ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ถูกต้อง

ครบถ้วน (ระดับ 3) มากที่สุด ร้อยละ 43.0 และถูกบ้าง (ระดับ 2) ร้อยละ 40.4 และกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตด้านอาการและด้านกิจกรรมอยู่ในระดับดี ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ถูกต้องจึงสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี

พฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังนั้น ผลการวิจัยดังกล่าว หมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องบ้าง (ระดับ 2) มากที่สุด ร้อยละ 44.8 และถูกต้องครบถ้วน (ระดับ 3) ร้อยละ 30.0 และกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตด้านกิจกรรมอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องจึงสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี กลุ่มตัวอย่างที่มีการออกกำลังกายจะทำให้มีความทนต่อการออกกำลังกายมากขึ้น อาการเหนื่อยจะน้อยลง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถทำให้อาการกำเริบหรือการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้นได้[14] สอดคล้องกับงานวิทยานิพนธ์ของ มณฑกานต์ เวชชาภินันท์[20] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความทนต่อการออกกำลังกายมากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่มีการทนต่อการออกกำลังกายได้น้อย เนื่องจากพยาธิสภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการทำลายความยืดหยุ่นของผนังถุงลม การขยายตัวของถุงลมเป็นไปอย่างผิดปกติ ส่งผลให้อาการของโรครุนแรงขึ้น มีอาการหายใจลำบาก ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้ การออกกำลังกายจะทำให้เกิดความทนต่อการออกกำลังกายได้มากขึ้น

พฤติกรรมการงดบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังนั้น ผลการวิจัยดังกล่าว หมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการงดบุหรี่ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการงดบุหรี่ (ระดับ 3) มากที่สุด ร้อยละ 88.1 และกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการงดบุหรี่จึงสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงสำคัญสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือการสูบบุหรี่[8] แนวโน้มในการพัฒนาโรคของปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากการได้รับฝุ่นควันจากการสูบบุหรี่ [21] ดังนั้น การหยุดสูบบุหรี่จึงสามารถชะลอการทรุดลงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[22]และสามารถลดอัตราการทำงานที่แย่ลงของปอดและชะลอการเริ่มต้นของความทุพพลภาพและการเสียชีวิต[8] ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

การได้รับคำแนะนำด้านการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$ ดังนั้น ผลการวิจัยดังกล่าว หมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำด้านการใช้ยาจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับยาเพื่อควบคุมอาการและการดำเนินของโรค จะมีการใช้ยาพ่นซึ่งเป็นการใช้ยาเทคนิคพิเศษที่ต้องอาศัยทักษะและการใช้ให้ถูกต้องยาจึงจะออกฤทธิ์และเกิดประสิทธิภาพ รวมถึงการใช้ยาอย่างถูกวิธียังช่วยลดผลข้างเคียงที่เกิดจากยาได้

เช่น การเกิดเชื้อราในช่องปาก ปากเป็นแผล เสียงแหบจากการใช้ยาสเตียรอยด์ เป็นต้น[1] จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำด้านการใช้ยา (ร้อยละ 88.9) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องครบถ้วน (ระดับ 3) มากที่สุด ร้อยละ 54.4 และมีระดับคุณภาพชีวิตด้านอาการและด้านกิจกรรมอยู่ในระดับดี ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำด้านการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์นั้น จะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของวิระพล ภิมาลย์[18] ที่พบว่า การให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรักษา และการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความถี่ในการกำเริบของโรคลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำทั้งในด้านกายภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม

การได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูปอด มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังนั้น ผลการวิจัยดังกล่าวหมายความว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูปอด จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น หากผู้ป่วยมีการกระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้ลดอาการหายใจลำบากได้ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนั้น จะเน้นการจัดการเพื่อลดอาการ เพิ่มความสามารถในการทำงานของร่างกายให้ได้ระดับสูงสุดเท่าที่จะทำได้[1]จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูปอด (ร้อยละ 80.4) และมีระดับคุณภาพชีวิตด้านอาการและด้านกิจกรรมอยู่ในระดับดี ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูปอด นั้นจึงสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์จิรา วิรัช[6] ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการออกกำลังกายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก ยังทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง สามารถเดินได้ไกลกว่าเดิม มีความทนต่อการออกกำลังกายมากขึ้น จึงทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีข้อจำกัดในเรื่องการหายใจ การออกกำลังกายบางชนิดจึงไม่เหมาะสม หากผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการ ออกกำลังกายที่ถูกต้องหรือออกกำลังกายมากเกินไป อาจเป็นอันตรายต่อปอดของผู้ป่วยได้ จึงต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้อย่างปลอดภัย

ความยากลำบากในการรับบริการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังนั้น ผลการวิจัยดังกล่าว หมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่มีความยากลำบากในการมารับบริการ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่มีความยากลำบากในการรับบริการ (ร้อยละ 71.5) และมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ด้านผลกระทบอยู่ในระดับดีมาก ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความยากลำบากในการรับบริการจึงสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี

เนื่องจากหากเกิดความยากลำบากในการรับบริการ อาจทำให้เกิดการขาดนัดกับแพทย์ ขาดยา ขาดการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง เกิดอาการกำเริบได้ ซึ่งอาจส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่แย่ลง[10]

จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้น โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ คือ พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย การได้รับคำแนะนำด้านการใช้ยา การได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกาย ความยากลำบากในการรับบริการโดยสามารถอธิบายความผันแปรของค่าตัวแปรที่ตอบสนองคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 47.7 แสดงว่า ปัจจัยทั้ง 5 ประการนี้มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และน่าจะมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่ไม่ได้นำมาศึกษา และการมีรูปแบบการให้บริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นองค์รวมไม่ได้ดูแลเพียงด้านใดด้านหนึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาในเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง โดยการใช้ปัจจัยที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้จากการศึกษานี้ ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย การได้รับคำแนะนำด้านการใช้ยา การได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกาย และความยากลำบากในการรับบริการเพื่อเป็นรูปแบบในการนำไปปรับใช้ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทราเท่านั้น จึงควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ครอบคลุมในส่วนภูมิภาคอื่น ๆ ทั้งเขตเมืองและชนบท เพื่อนำผลจากการศึกษาไปเป็นแนวทางการดำเนินการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในแต่ละพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2553.

2. World Health Organization [Internet]. Geneva. [updated 12 January 2017; cited 2 May 2018]. The 10 leading causes of death in world, 2000 and 2011; [about 4 screens]. Available from: http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/

3. Taylor EJ, Jone P, Bures M. Quality of life. Chronic illness impact and interventions. 4th ed. Boston: Bartlett publishers. 1998.

4. Jadwiga A, Wedzicha E. Exacerbation: Etiology and pathophysiologic mechanism. CHEST Journal. 2002;121(5):S136-41.

5. กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข 2554. [อินเทอร์เน็ต]. 2554. [วันที่สืบค้น 8 กรกฎาคม 2559]. เข้าถึงได้: http//:www.bhps.moph.go.th

6. จันทร์จิรา วิรัช. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.

7. Anto JM, Vermeire P, Vestbo J, Sunyer J. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J. 2001;17:982-94.

8. ทัศนวรรณ กันทาทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.

9. Global Initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Guidelines: global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2011. [Internet] 2011. [cited 2015 Dec 25]. Available from: http:// www. goldcopd.org

10. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2548). กรุงเทพมหานคร: สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548.

11. Daniel WW. Biostatistics: A foundation of analysis in health sciences. 9th ed. USA: John Wiley & Sons; 2010.

12. กัจนา ภู่วิลัย. ปัจจัยคัดสรรที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555:6(2):12-24.

13. Paul WJ, Yuonne F. St. George's Respiratory Questionnaire for COPD Patients(SGRQ-C) Manual. 2012;1(2):3-11.

14. พจนีย์ ขูลีลัง. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.

15. Gift GA. Validation of a vertical visual analog scale as a measure of clinical dyspnea. Rehabilitation Nursing Journal. 1989;14(6):323-5.

16. Cronbach LJ. Essentials of psychological testing. 5th ed. New York: Harper Collins Inc; 1990.

17. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2552.

18. วิระพล ภิมาลย์. ผลลัพธ์ของการให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยนอกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลท่าวังผา. [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2550.

19. Decramer M, Janssens W, Miravitlles M. Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet. 2012; 379(9823):1341–51.

20. มณฑกานต์ เวชชาภินันท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์]. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2553.

21. Goldman L, Andrew SI. Goldman's cecil medicine. 24th ed. Philadelphia: Elsevier. 2012.

22. Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO. Smoking cessation treatment for COPD smokers: the role of counselling. Monaldi Arch Chest Dis. 2013;79(1): 33–7.