

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่ความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในอำเภอ เชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อ ดังนี้

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. คุณภาพชีวิต
3. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (Chronic Obstruction Pulmonary Disease) เป็นโรคที่มี ลักษณะ airflow limitation แบบ progressive และ not fully reversible ส่วนใหญ่เป็นผลจากการระคาย เคืองต่อปอดจากฝุ่นและก๊าซ ที่สำคัญที่สุดคือ คาร์บอนมอนอกไซด์ โดยทั่วไปมักหมายรวมถึง 2 โรค คือ Chronic bronchitis และ Pulmonary emphysema

Chronic bronchitis หรือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นชื่อโรคซึ่งนิยามขึ้นมาจากอาการทาง คลินิก กล่าวคือผู้ป่วยมีอาการไอและมีเสมหะเรื้อรังโดยมีอาการเป็นๆ หายๆ ปีละอย่างน้อย 3 เดือน และเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) สาเหตุการเกิดโรคยังไม่ ทราบแน่นอน แต่จากการทดลองและจากสถิติพบว่ามีสาเหตุเสริมการเกิดโรค คือ การสูบบุหรี่ สารเป็น พิษในอากาศที่หายใจ และการติดเชื้อในทางเดินหายใจบ่อยๆ (สุวรรณณี จรุงจิตราอารี, 2530) Pulmonary emphysema หรือ โรคถุงลมโป่งพอง เป็นชื่อโรคชนิดหนึ่งที่นิยามจากการที่มีพยาธิสภาพการทำลาย ของถุงลมและส่วนปลายสุดของหลอดลม (respiratory bronchiole) โดยมีการขยายตัวโป่งพองอย่าง ถาวร ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักพบโรคทั้งสองชนิดดังกล่าวอยู่ร่วมกัน และแยกออกจากกันได้ยาก (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548)

ในอดีตโรคหืด (asthma) ก็เคยถูกจัดรวมอยู่ในกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วย เนื่องจากว่าโรคหืดก็มีการอุดกั้นทางเดินหายใจเรื้อรังเหมือนกัน แต่เนื่องจากโรคหืดมีลักษณะหลายๆ อย่างที่แตกต่างจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กล่าวคือโรคหืดจะมีลักษณะที่เด่นของโรคคือมีหลอดลมที่ไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ (airway hyperresponsiveness) ซึ่งเกิดจากการอักเสบของหลอดลมทำให้เกิดหลอดลมตีบเมื่อเจอสิ่งกระตุ้น การอุดกั้นทางเดินหายใจในผู้ป่วยโรคหืดมักจะสามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้โดยการให้ยาขยายหลอดลม (reversible airway obstruction) ซึ่งต่างจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีหลอดลมกั้นบางส่วนที่ไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ (irreversible airway obstruction) ทำให้การพยากรณ์โรคของโรคหืดต่างกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้นปัจจุบันจึงไม่นับรวมโรคหืดไว้ในกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีกต่อไป (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2548)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นผลจากการระคายเคืองอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังทั้งในหลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือดปอด (pulmonary vasculature) โดยมีเซลล์สำคัญที่เกี่ยวข้องคือ T-lymphocyte (ส่วนใหญ่เป็น CD8), neutrophil และ macrophage ทำให้มีการหลั่ง mediator หลายชนิดที่สำคัญ ได้แก่ leukotriene B₄, interleukin 8 และ tumor necrosis factor alpha เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกระบวนการสำคัญที่มาเกี่ยวข้องกับพยาธิกำเนิดอีก 2 ประการ คือ การเพิ่มของ oxidative stress และความไม่สมดุลระหว่าง proteinases กับ antiproteinases (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมตั้งแต่ขนาดใหญ่ลงไปถึงขนาดเล็ก มีเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบแทรกในเยื่อหุ้มไปมี goblet cell เพิ่มขึ้น และ mucous gland ขยายใหญ่ขึ้น ทำให้มีการสร้าง mucus ออกมามากและเหนียวกว่าปกติ การอักเสบและการทำลายที่เกิดซ้ำๆ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผนังหลอดลม โดยเฉพาะหลอดลมส่วนปลายที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 2 มิลลิเมตร ทำให้มีการตีบของหลอดลม เนื้อปอดส่วน respiratory bronchiole และถุงลมที่ถูกทำลายและโป่งพอง มีลักษณะจำเพาะรวมเรียกว่า centrilobular emphysema โดยเริ่มจากปอดส่วนบนและลุกลามไปส่วนอื่นๆ ในระยะต่อมา สำหรับบริเวณหลอดเลือดปอดผนังมีการหนาตัวขึ้น มีการเพิ่มจำนวนของกล้ามเนื้อเรียบและเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบเรื้อรัง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548)

โดยสรุปกลไกการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548)

1. การสร้าง mucus มากกว่าปกติ ร่วมกับการทำงานของ cilia ที่ผิวน้ำที่ไป ทำให้ผู้ป่วยไอเรื้อรังมีเสมหะ ซึ่งอาจเป็นอาการนำของโรคก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอื่นๆ
2. การตีบของหลอดลมร่วมกับการสูญเสีย elastic recoil ของเนื้อปอด ทำให้เกิด airflow

limitation และ air trapping

3. การตีบของหลอดลม การทำลายของเนื้อปอดและหลอดเลือดจะรบกวนการแลกเปลี่ยนก๊าซทำให้เกิดภาวะ hypoxemia และ hypercapnia ตามมา ซึ่งอาจทำให้เกิด pulmonary hypertension และ cor pulmonale ในที่สุด

สาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2548)

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

1.1 ลักษณะทางพันธุกรรม ที่สำคัญคือ ยีนที่ทำให้เกิดการขาดสารแอลฟาวัน แอนตี้ทริปซิน ซึ่งมีรายงานพบได้ในประเทศไทยแต่ยังไม่มียารายงานผู้ป่วยจากโรคนี้อันตราย ส่วนยีนอื่นๆ เช่น ทีเอ็นเอฟอัลฟา โปรโมเตอร์ ผลการศึกษายังไม่ชัดเจน

1.2 ภาวะ Bronchial hyperresponsiveness มีผลส่งเสริมให้เกิดโรคราง่ายขึ้น

1.3 การเจริญเติบโตของปอดในช่วงวัยเด็ก ถ้ามีปัจจัยรบกวนจะทำให้สมรรถภาพปอดผิดปกติเมื่ออายุมากขึ้น

2. ปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อม

2.1 ควันนุหรี เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของโรคนี พบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย COPD เกิดจากนุหรี แต่ผู้ที่สูบนุหรีจัดจะป่วยเป็น COPD ไม่ถึงร้อยละ 20 แสดงว่ามีปัจจัยอื่นเกี่ยวข้อง(สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2548) กลไกที่นุหรีทำให้เกิดโรคคือ ควันนุหรีที่สุดเข้าไปในหลอดลมจะกระตุ้นให้ neutrophils มาชุมนุมในหลอดลมมากขึ้นและหลั่งเอ็นไซม์ protease ออกมามากขึ้น และขณะเดียวกัน ควันนุหรีก็จะทำให้เอ็นไซม์ antiprotease ซึ่งมีหน้าที่ในการยับยั้งการทำงานของเอ็นไซม์ protease ลดลงทำให้เอ็นไซม์ protease มีมากเกินไปทำให้เกิดการย่อยของเนื้อปอดทีละน้อยๆ จนเกิดภาวะถุงลมปอดโป่งพองขึ้นในที่สุด แต่ระยะเวลาใช้ในการเกิดโรคจะนานประมาณ 10-20 ปี (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2548)

2.2 มลภาวะทั้งในบริเวณบ้าน ที่ทำงาน และที่สาธารณะ ที่สำคัญคือ การเผาไหม้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหาร (biomass fuel) และสำหรับขับเคลื่อนเครื่องจักรต่างๆ (diesel exhaust) เกี่ยวข้อง (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2548) ในเมืองที่มีมลภาวะทางอากาศจะพบว่าอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้น แต่บทบาทของมลภาวะทางอากาศเมื่อเทียบกับการสูบนุหรีแล้วจะมีบทบาทน้อยกว่าการสูบนุหรีมาก (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2548)

2.3 การติดเชื้อในระบบการหายใจในวัยเด็ก

2.4 เสริมฐานะ พบมีความชุกเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่มีเสริมฐานะต่ำ

การวินิจฉัยโรค

อาการ

อาการของผู้ป่วย ได้แก่ หอบเหนื่อยซึ่งจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ และ/หรือไอเรื้อรังมีเสมหะ โดยเฉพาะในช่วงเช้า ถ้าผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สำคัญคือการสูบบุหรี่มาก ควรทำการสืบค้นเพิ่มเติมต่อไปเพื่อวินิจฉัยโรค อาการอื่นที่พบได้ คือ แน่นหน้าอก หรือหายใจมีเสียงหวีด ในกรณีที่มีอาการอื่นๆ เช่น ไอออกเลือดหรือเจ็บหน้าอก จะต้องหาโรคร่วมหรือการวินิจฉัยอื่นเสมอ ที่สำคัญ คือ วัณโรค มะเร็งปอด และหลอดลมโป่งพอง (bronchiectasis)

อาการแสดง

การตรวจร่างกายในระยะแรกอาจไม่พบความผิดปกติ เมื่อการอุดกั้นของหลอดลมมากขึ้น อาจตรวจพบลักษณะของ airflow limitation และ air trapping เช่น prolonged expiratory phase, increased chest A-P diameter, hyperresonance on percussion และ diffuse wheezes ฯลฯ ในระยะท้ายของโรคอาจตรวจพบลักษณะของหัวใจด้านขวาโตขึ้น

การตรวจทางรังสีวิทยา

ภาพรังสีทรวงอกมีประโยชน์น้อยสำหรับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่มีความสำคัญในการแยกโรคอื่น ในผู้ป่วย emphysema อาจพบลักษณะ hyperinflation คือ กระบังลมแบนราบและหัวใจมีขนาดเล็กในผู้ป่วยที่มี cor pulmonale จะพบว่าหัวใจห้องขวาและ pulmonary trunk มีขนาดโตขึ้น และ peripheral vascular marking ลดลง การตรวจ high resolution CT (HRCT) ไม่มีความจำเป็นในการวินิจฉัย COPD แต่อาจช่วยในการแยกโรคอื่น

การตรวจสมรรถภาพปอด

การตรวจสไปโรเมตรี มีความจำเป็นในการวินิจฉัยโรคและจัดลำดับความรุนแรง โดยจะพบลักษณะของ airflow limitation โดยค่า FEV₁/FVC หลังให้ยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 70 สำหรับค่า FVC ในระยะแรกจะปกติหรือลดลงเล็กน้อย ต่อมาเมื่อมี airflow limitation มากขึ้น ค่า FVC จะน้อยกว่าปกติได้ ในรายที่มีค่า FVC ลดต่ำมากโดยที่ค่า FEV₁ ลดลงไม่มากต้องหาสาเหตุร่วมอื่นๆ ด้วย การตรวจสมรรถภาพปอดอื่นๆ อาจพบมีการเพิ่มขึ้นของค่า residual volume (RV), total lung capacity (TLC) และ RV/TLC ส่วนค่า diffusing capacity คาร์บอนมอนอกไซด์ อาจลดลง

การตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง

การตรวจระดับก๊าซในเลือดแดงมีประโยชน์เพื่อช่วยประเมินความรุนแรงของโรค และวางแผนติดตามการรักษาในระยะแรกค่า PaO₂ จะปกติ เมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้น จะพบมีค่า PaO₂ ต่ำลง เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นอีก ค่า PaO₂ จะสูงขึ้น

การรักษา

จุดมุ่งหมายของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ เพื่อการบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง ป้องกันการกำเริบของโรค คงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้หรือให้เสื่อมลงช้าที่สุดและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2540) โดยแบ่งการรักษาเป็นช่วงระยะสงบ (stable COPD) และช่วงที่มีการกำเริบของโรค (acute exacerbation of COPD)

การรักษาในระยะสงบ

แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสงบ คือ การหยุดสูบบุหรี่และการรักษาด้วยยา รวมถึงมาตรการอื่นๆ การดูแลรักษาผู้ป่วยอาศัยการประเมินความรุนแรงของโรคตามอาการและความคิดปกติจากสไปโรเมทรีรี่ ประกอบกับการตอบสนองต่อการรักษา ปัจจัยอื่นที่นำมาใช้ประกอบในการประเมินความรุนแรงคือ ภาวะแทรกซ้อน ภาวะหายใจล้มเหลว โรคอื่นที่พบร่วม และสภาวะสุขภาพ (health status) โดยรวมของผู้ป่วยแต่ละราย การจัดแผนการรักษามีลักษณะเป็นขั้นขึ้นไปตามระดับความรุนแรง โดยต้องนำข้อมูลของระดับการศึกษา ความเชื่อและความเข้าใจต่อโรคของผู้ป่วยมาใช้ประกอบเชิงบูรณาการ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยและญาติที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเรียนรู้การใช้ชีวิตกับโรคนี้อย่างดี การเตรียมตัวเผชิญกับการกำเริบของโรค และการเตรียมการในกรณีที่โรคดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้าย

การรักษาทางยา ได้แก่

1. ยาขยายหลอดลม ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการตอบสนองต่อยาขยายหลอดลมน้อยตามเกณฑ์การตรวจสไปโรเมทรีรี่ก็ตาม แต่ยากลุ่มนี้ทำให้อาการและสมรรถภาพการทำงานของผู้ป่วยดีขึ้น ลดความถี่และความรุนแรงของการกำเริบ และเพิ่มคุณภาพชีวิต

2. คอร์ติโคสเตียรอยด์ สามารถลดการกำเริบของโรคที่มีอาการกำเริบบ่อยหรือรุนแรง และช่วยให้สภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น

3. ยาอื่นๆ

3.1 วัคซีน แนะนำให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง ระยะเวลาที่เหมาะสมคือ เดือนมีนาคมถึง

เมษายน แต่อาจให้ได้ตลอดทั้งปี

3.2 ยาลดอักเสบ อาจพิจารณาให้ในรายที่เสหะเหนียวขึ้นมา

3.3 ยา anti-oxidant กำลังอยู่ในระหว่างการประเมินผลในระยะยาวว่าสามารถลดการกำเริบของโรคได้หรือไม่

การรักษาอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา ได้แก่

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilitation) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนี้จะต้องครอบคลุมปัญหาที่เกี่ยวข้องด้วยคือ สภาพของกล้ามเนื้อที่ไม่ค่อยได้ใช้งาน สภาพอารมณ์และจิตใจที่ค่อนข้างซึมเศร้า และการแยกตัวจากสังคม รวมไปถึงน้ำหนักตัวที่ลดลง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยทุกรายที่เริ่มมีอาการ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประกอบด้วย (วีชรา บุญสวัสดิ์, 2548)

1.1 การให้ความรู้กับผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคและการใช้ยาชนิดต่างๆ อาการข้างเคียงจากการใช้ยา เทคนิคการหายใจพ่น การที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคอย่างละเอียดจะทำให้ผู้ป่วยลดความกังวลใจและร่วมมือในการรักษาดีขึ้น

1.2 กายภาพบำบัด (physiotherapy) การสอนการไอเพื่อกำจัดเสมหะ การหายใจโดยห่อปาก (pursed-lip breathing) การฝึกหายใจเข้าออกช้าๆ และการผ่อนคลาย (relaxation) ก็จะช่วยลดอาการเหนื่อยหอบได้

1.3 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น การออกกำลังกายที่เหมาะสมคือการเดินมากๆ นั้นเอง

1.4 การให้การสนับสนุนทางด้านสังคมและจิตใจ การให้กำลังใจผู้ป่วยจากบุคคลในครอบครัว แพทย์ พยาบาล ก็เป็นสิ่งที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ก็จะมีราคาแพง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการรักษาของผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องค่ารักษาพยาบาลก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีขึ้น

2. การให้การรักษาด้วยออกซิเจนระยะยาว การรักษาด้วยออกซิเจนเป็นระยะเวลามากกว่า 15 ชั่วโมงต่อวัน สามารถทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น โดยทำให้เกิดประโยชน์ต่อระบบโลหิตวิทยา ระบบการไหลเวียนโลหิต สมรรถภาพการออกกำลังกาย สภาวะจิตใจ และ lung mechanics

3. การผ่าตัดรักษา ได้แก่ Bullectomy, การผ่าตัดลดปริมาตรปอด, การผ่าตัดเปลี่ยนปอด ซึ่งการคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

การประเมินความรุนแรงของโรค (วีชรา บุญสวัสดิ์, 2548)

ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะใช้ค่า FEV₁ เทียบกับค่ามาตรฐานเป็นตัวแบ่งความรุนแรงของโรค เพราะว่าการลดลงของ FEV₁ จะสัมพันธ์กับอัตราการตาย ดังนั้นแนวทางการรักษา (guidelines) ต่างๆ จึงจำแนกความรุนแรงของโรคโดยการใช้นิยามค่า FEV₁ เป็นหลัก แต่ค่า FEV₁ ที่ใช้ในแต่ละ guidelines อาจจะแตกต่างกัน GOLD guidelines (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) ได้แบ่งความรุนแรงของโรคเป็น 5 ระดับ ตามตาราง

ตาราง 1 ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ระดับความรุนแรง			FEV ₁ % predicted
ระดับ 0	ระดับเสี่ยง	At risk	สมรรถภาพปกติ
ระดับ 1	รุนแรงน้อย	Mild	> 80 %
ระดับ 2	รุนแรงปานกลาง	Moderate	50 – 80 %
ระดับ 3	รุนแรงมาก	Severe	30 – 50 %
ระดับ 4	รุนแรงมากที่สุด	Very severe	< 30 %

สมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Lung Association, 1975 cited in Dudley, Glasser, Jorgenson, & Logan, 1980) ได้จัดระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ แบ่งได้เป็น 5 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย ไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือบันไดได้เท่ากับคนในวัยเดียวกัน

ระดับที่ 3 ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ไม่สามารถเดินในที่ราบได้เท่าคนวัยเดียวกัน แต่ช่วยเหลือตัวเองได้

ระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ และเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด เดินในแนวราบได้ไม่เกิน 100 หลา และ

ระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างมาก มีอาการเหนื่อยหอบเมื่อพูดหรือแต่งตัว

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น เป็นเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก และคาดว่าจะจะเป็นสาเหตุของ Disability-Adjusted Life Year ที่สำคัญเป็นอันดับที่ 3 ในอีก 15 ปีข้างหน้า (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย)

ไทย, 2548) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการตายและความพิการที่สำคัญ โรคนี้มักจะพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 8 - 10 เท่า เนื่องจากผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง เมื่อผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น กระทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง และจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาทางด้านครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจตามมา ในปัจจุบันนี้จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีมากขึ้นเนื่องจากปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้ คือ

1. อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีชีวิตยืนยาวขึ้นจากความก้าวหน้าในการรักษา
2. แพทย์สามารถค้นพบและวินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น
3. ชีวิตของมนุษย์ยืนยาวขึ้น

คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคล ในด้านร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ความสัมพันธ์ทางสังคม ความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม ความคาดหวัง มาตรฐาน และเป็นเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล (The WHOQOL, 1995 cited in Hertzberg, 1999) คุณภาพชีวิตเป็นคำที่เริ่มมีการใช้ครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 (Campbell, 1981) และมีความพยายามที่จะวัดคุณภาพชีวิตซึ่งได้เริ่มขึ้นเมื่อปี 1960 โดยคณะกรรมการแห่งชาติของรัฐบาลอเมริกา ต่อมาการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลและมีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงชีวิต โดยขึ้นกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สังคม การศึกษา ความเป็นอยู่ที่ดี ภาวะสุขภาพและฐานะทางเศรษฐกิจ (Weisgerber, 1991) คุณภาพชีวิตมีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางในหลายสาขาเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน โดยเชื่อว่าถ้าบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นมาตรฐานที่ดีเลิศของการประเมินผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วย (King, 1997) และเพราะคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิต และเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนาแม้ในภาวะเจ็บป่วยหรือพิการ คุณภาพชีวิตจึงได้รับความสนใจเป็นอย่างมากทั้งภาครัฐ เอกชน สังคม ตลอดจนบริการทางสุขภาพและมีจุดมุ่งหมายอันสูงสุด คือ มุ่งพัฒนาให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี คุณภาพชีวิตจึงเป็นคำที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด (พึงพิศ ศรีสืบ , 2543)

มีคำหลายคำที่เหมาะสมกับการให้ความหมายคำว่า คุณภาพชีวิต ได้แก่ ความพึงพอใจ ความสมบูรณ์ ภาวะสุขภาพ ความสุข ความมีคุณค่าในตัวเอง การปรับตัว คุณค่าของชีวิต ความหมายของชีวิต และสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย (Frank-stromberg cited in Canam, 1999) ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดีประจำบุคคลหรือสิ่งของ และ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525) นอกจากนี้ยังได้มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ เช่น

พัฒนา กิติพราภรณ์ (2531) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่าคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้ ชีวิตที่มีคุณภาพคือชีวิตที่มีความสุข ความสุขนี้เกิดได้จาก 1) ความสุขทางกาย หมายถึง การที่เรามีความเป็นอยู่ที่ดี อาทิเช่น มีที่อยู่อาศัยที่ดี มีสุขภาพและ health care ที่ดี มีสาธารณูปโภค เช่น การคมนาคมที่ดี มีสภาพแวดล้อมที่ดี เช่น น้ำ-อากาศบริสุทธิ์ และยังรวมถึงการพักผ่อนและสันทนาการที่ดีตามสมควรอีกด้วย 2) ความสุขทางใจได้มาจากการรู้จักความพอดี ความพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความรักอบอุ่นผูกพันกันในครอบครัวและเพื่อนมนุษย์ มีความอดทน เสียสละทำประโยชน์ให้แก่สังคม (พัฒนา กิติพราภรณ์, 2531) ซึ่งสอดคล้องกับ ทศนา หาญพล (2533) ที่กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ชีวิตที่มีคุณค่า ชีวิตที่มีคุณภาพ หรืออาจหมายถึงความเป็นอยู่ที่ดีตามสภาพของตน (ทศนา หาญพล, 2533) นอกจากนี้อาจกล่าวได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล เป็นความผาสุกโดยทั่วไป ซึ่งตัดสินและรับรู้โดยบุคคลนั้น ความผาสุกจะเกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดีและการมีแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอ (นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์, 2537) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความเป็นอยู่ของเขา ความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ ความสุข/ความทุกข์ที่เขาได้รับจากสภาพการดำรงชีวิตของเขาโดยรวม (Scheer, 1980 อ้างใน สุพรรณิ ไชยอำพร และสนธิ สัมภกรการ, 2534) เป็นการรับรู้ถึงภาวะที่ปรากฏอยู่ของตนเองซึ่งแสดงออกโดยความพึงพอใจ ความยินดี และการมีความสุขหรือแสดงออกโดยประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณในการบรรลุอุดมคติของตนเอง และการดำรงไว้ซึ่งความเป็นบุคคล (Orem, 1995)

นอกจากนี้ เบอร์ก (Meeberg, 1998) ได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อสรุปคุณลักษณะความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิตและได้เสนอไว้ 4 ประการ ได้แก่

1. เป็นความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตโดยทั่วไปของบุคคล
2. เป็นความสามารถทางความคิดต่อการประเมินชีวิตตนเองของบุคคล ในลักษณะของความ

พึงพอใจ

3. เป็นความสามารถที่ยอมรับสภาพของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของบุคคลที่ต้องการประเมิน

4. สามารถประเมินด้านวัตถุพิสัย (objective assessment) โดยบุคคลอื่นซึ่งผู้ถูกประเมินมีการดำเนินชีวิตอย่างเพียงพอและปราศจากภัยคุกคามต่อชีวิต

คุณภาพชีวิตนั้นเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความสำเร็จในการใช้ความพยายามของบุคคล และการมีแหล่งประโยชน์ต่างๆ อย่างเพียงพอ (ฟังพิศ ศรีสืบ, 2543) เป็นภาวะที่มีสุขภาพกาย สุขภาพใจดี ซึ่งรวมถึงการที่บุคคลรู้สึกปลอดภัย มีความพอใจ มีความสุข มีอารมณ์และสังคมดี สามารถดำรงชีวิตในระดับที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสภาพการณ์ที่ปรากฏอยู่จริง แสดงออกและตัดสินใจโดยบุคคลนั้น นอกจากนี้บุคคลจะสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ แม้จะมีความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย (นัยนา พิพัฒน์วิชชา, 2535) นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังเกี่ยวข้องกับความรู้สึก และความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย เช่น ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย ความรู้สึกต่อคุณค่าของตนเอง สัมพันธภาพของตนเองกับครอบครัว และการทำงานวัตรประจำวัน (Devinsky, 1995) ดังนั้นคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลแต่ละคน และยังสัมพันธ์กับทั้งสิ่งแวดล้อมทางวัตถุและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อสิ่งแวดล้อมนั้น (McDowel & Newell cited in Canam, 1999)

การรับรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบสามารถวัดได้ทั้งแบบรูปธรรม (objective) เป็นการวัดระดับสุขภาพ และแบบนามธรรม (subjective) เป็นการวัดระดับความรู้ และความคาดหวัง ซึ่งความคาดหวังของผู้ป่วยต่อสุขภาพและความสามารถที่มีจำกัด มีผลกระทบต่อ การรับรู้ด้านสุขภาพ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต บุคคลที่มีสุขภาพเหมือนกันอาจจะให้ความหมายของคุณภาพชีวิตแตกต่างกันจากอาการของความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำหน้าที่ และความพิการ (Testa & Simonson, 1996) องค์การอนามัยโลกได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 6 องค์ประกอบ ดังนี้ (The WHOQOL group, 1994)

1. ด้านสุขภาพกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อน รวมทั้งการรับรู้เรื่อง การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล เป็นต้น

3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพายาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality/religion/personal beliefs) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้มีการศึกษา ถึงความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 102 ราย ในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสำคัญและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์, 2544) การศึกษาของ Jie Hu และคณะ (2005) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 58 ราย พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับอาการหายใจหอบเหนื่อย ความหวัง และความวิตกกังวล (Jie Hu R.N. et al., 2005)

การประเมินคุณภาพชีวิต

แวร์ (Ware, 1984 cited in Frank-stromborg, 1992) ได้ให้แนวคิดที่โดยทั่วไปแล้วเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตมักประกอบไปด้วย ความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำหน้าที่ ความผาสุกด้านจิตใจและความเครียด การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และบทบาทหน้าที่ในสังคม ซึ่งในวงการสุขภาพนั้นบุคลากรทางการแพทย์มักจะเน้นให้ความเจ็บป่วยเป็นศูนย์กลางเนื่องจากเป็นมุมมองที่ชัดเจนที่เราให้ความสนใจและใกล้ชิดที่สุด ในการประเมินอาการของโรคควรใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นสำหรับอาการนั้นๆ โดยเฉพาะ เนื่องจากโรคแต่ละชนิดย่อมมีอาการสำคัญที่แตกต่างกันไป (Frank-stromborg, 1992) สำหรับการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นการประเมินในลักษณะของความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรม ด้านความผาสุกด้านจิตใจและความเครียด ควรวัดสถานะหรือสภาพทางด้านจิตใจโดยเฉพาะ การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปนั้นควรให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินการรับรู้ความผาสุกในด้านนี้ด้วยตนเอง และด้านบทบาทหน้าที่ในสังคมนั้นควรหมายถึงความสามารถในการดำรงบทบาทและความสัมพันธ์ของผู้ป่วยที่มีต่อสังคมและคนในครอบครัว และคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่บุคคลผู้เป็นเจ้าของชีวิตเท่านั้นที่จะเป็นผู้กำหนดหรืออธิบายได้ด้วยตัวเองว่าเป็นอย่างไร (Ebersole, 1995)

เบอร์ก (Meeberg, 1993) ได้เสนอแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 แนวทาง คือ

1. ด้านวัตถุพิสัย (objective indicator) ศึกษาข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็นได้ วัดได้ เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่ด้านร่างกาย เป็นต้น ซึ่งสามารถประเมินโดยบุคคลอื่น
2. ด้านจิตพิสัย (subjective indicator) เป็นข้อมูลที่เป็นนามธรรมทางด้านจิตวิทยาของบุคคล ซึ่งบ่งบอกถึงความรู้สึก ประสบการณ์ชีวิตเป็นการรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่หรือการดำรงชีวิต เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ภาวะสุขภาพ ความสุข การมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ซึ่งเป็นการประเมินด้วยตัวบุคคลนั่นเอง

ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตจึงควรเป็นการประเมินด้วยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามการเลือกเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตนั้นย่อมขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยด้วยเช่นกัน (Frank-stromborg, 1992)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้สร้างเครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากลขึ้นในปี 1991 ประกอบด้วยข้อคำถาม 277 ข้อ จนกระทั่งปี ค.ศ. 1994 เครื่องมือได้ปรับปรุงจนมีความเหมาะสมในการนำไปใช้มากขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 100 ข้อ เรียกว่า WHOQOL-100 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่

ต้องพึงพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล นับว่าเป็นเครื่องมือที่มีความครอบคลุมด้านเนื้อหา มีความละเอียดและไวในการวัดสูง (กิติกร มีทรัพย์, 2537) ต่อมาได้มีการพัฒนาเครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ เรียกว่า WHOQOL-BREF-THAI โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 คำถาม หลังจากนั้นได้นำไปปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาและทดสอบซ้ำ โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทย ซึ่งเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ได้แบ่งข้อคำถามเป็น 2 ชนิดคือ แบบ ภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิต 4 ด้านจาก 6 ด้าน โดยรวมด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence) ไว้กับด้านร่างกาย (physical domain) และด้านความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality / religion / personal beliefs) รวมกับด้านจิตใจ (psychological domain) ดังนี้ (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540)

1. ด้านสุขภาพกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกระทัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึง ความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อ การดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI มาใช้ โดยมีองค์ประกอบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 4 ด้าน ใน ซึ่งผู้ศึกษาได้นำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและตัดข้อคำถามที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ออกจากข้อคำถาม 26 ข้อ เหลือ 25 ข้อ

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านตัวบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาคัดเลย์ และคณะ (1980) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และระดับความรุนแรงของโรค เป็นต้น (Dudley et al., 1980)

ปัจจัยด้านตัวบุคคล

อายุ

ผลการศึกษาของ แอนเดอร์สัน (1995) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุมากมักจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า บุคคลจะสามารถปรับตัวเข้าสู่สถานการณ์ต่างๆ ได้ดีเมื่ออายุมากขึ้น และสามารถปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเองหรือสามารถปรับปรุงให้เกิดความพอดีระหว่างความต้องการของตัวกับบทบาทหรือสถานะสภาพความเป็นจริงในชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนั้น (Anderson, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ จินางกูร (2530) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าผู้ที่มีอายุ 30 - 50 ปี และอายุมากกว่า 50 ปี เหตุผลเพราะผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี เป็นวัยที่เริ่มมีกิจกรรมมากมาย และเป็นวัยที่เริ่มสร้างหลักฐาน การเจ็บป่วยและการรักษามีผลกระทบต่อโครงสร้างหลักฐานอย่างมาก ส่วนผู้ป่วยวัยกลางคน

ส่วนใหญ่และโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี หรือผู้ที่เกษียณอายุ ถึงแม้จะมีสุขภาพเลวลงและต้องการพักผ่อน แต่ผู้ป่วยก็มีความมั่นคงและหลักฐานชีวิตที่ดีกว่า (ทัศนีย์ จินางกูร, 2530)

เพศ

การศึกษาของสนธยา พิชัยกุล (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิต ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า เพศหญิงมีระดับการรับรู้ความฉลาดในปัจจุบันสูงกว่าเพศชาย ซึ่งสรุปได้ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (สนธยา พิชัยกุล, 2533) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ที่ศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุมากกว่า 50 ปี ทำให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตใกล้เคียงกัน (ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, 2532)

ระดับการศึกษา

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ดังนั้นระดับการศึกษาของผู้ป่วยอาจเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะมีผลต่อการเรียนรู้ให้เกิดการปฏิบัติตัวเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กล่าวคือผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับสูงอาจมีการเรียนรู้ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า (จันทร์จิรา วิรัช, 2544) นอกจากนี้การศึกษายังสัมพันธ์กับรายได้ กล่าวคือผู้ที่มีการศึกษาสูงมักได้ประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้สูง ขณะที่ผู้มีการศึกษาต่ำ มักมีรายได้ต่ำ ผู้ที่มีรายได้สูงจะสามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการที่จะส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ (Hanucharumkul, 1988)

สถานภาพสมรส

การ์เซีย และคณะ (1983) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด คู่สมรส ผู้ที่รับเลี้ยงไว้เป็นบุตรบุญธรรม หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน (Garcia, Shelton, Brody, 1983) สถานภาพสมรสและผู้ที่อยู่อาศัยกับผู้ป่วยเป็นส่วนที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือการได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส การรับรู้ถึงการมีแหล่งสนับสนุนจะช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจ คู่สมรสสามารถให้ความกำลังใจ จึงส่งผลต่ออารมณ์โดยรวมของบุคคล กล่าวคือ ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ได้รับกำลังใจ มีความมั่นคงในอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลบั้นปลายคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (นัยนา พิพัฒน์วนิชชา, 2535) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญบา ต้นดีศักดิ์ (2535) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรค เอส แอล อี พบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีการรับรู้คุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า หรือ

แยกกัน (บุษบา ตันติศักดิ์, 2535)

ระดับความรุนแรงของโรค

นิรามัย ใช้เทียมวงศ์ (2535) พบว่าระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ลักษณะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการดำเนินของโรคในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยมีการปรับตัว พัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแลตนเองตามระยะเวลาในการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น เพื่อให้ชีวิตอยู่รอดและปลอดภัย และยังพบว่าระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (นิรามัย ใช้เทียมวงศ์, 2535) นอกจากนี้ ดัดเลย์และคณะ (1980) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และ 2 จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 ขึ้นไป (Dudley et al., 1980) การศึกษาของ พริกิตาโน ไรท์ และเลวิน (1984) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคไม่มาก ร่างกายจะมีหน้าที่การทำงานและการปรับตัวค่อนข้างปกติ (Prigatano, Wright & Lavin, 1984)

ระยะเวลาการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากแพทย์

การศึกษาของ จันทรจิรา วิรัช (2544) ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80 จะเป็นมามากกว่า 10 ปี ซึ่งได้ให้เหตุผลว่าเป็นระยะนานพอที่จะทำให้การดำเนินของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น (จันทรจิรา วิรัช, 2544) นอกจากนี้ระยะเวลาการเจ็บป่วย ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว โดยการปรับตัวมีผลต่อการคงไว้ซึ่งสภาวะทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมให้มีความสมดุล อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (ฉลาด แสงอาทิตย์, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของฟราลีย์ (1992) ซึ่งเชื่อว่าระยะเวลาการเป็นโรคนานจะทำให้เกิดผลกระทบต่อการปรับตัวในด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย (Fralely, 1992)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ผู้ที่อยู่อาศัยกับผู้ป่วย

การศึกษาของ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ที่ศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และการศึกษาของ สนธยา พิชัยกุล (2533) ที่ศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งพบว่า ในสภาพของวัฒนธรรมไทยที่มีความรักผูกพัน ความใกล้ชิดในหมู่เครือญาติ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวนอกเหนือจากคู่สมรส (ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, 2532 และ สนธยา พิชัยกุล, 2533)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์ (2537) ศึกษา ผลของการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 40 ราย ในโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี พบว่า ภายหลังจากเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวม และรายด้าน คือด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด ด้านการคงความสามารถในการประกอบ กิจกรรม ด้านการคงสภาวะโภชนาการ ด้านการปฏิบัติตัวในขณะที่ได้รับยาและแผนการรักษา และด้าน การป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งคุณภาพชีวิต ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการเตรียมผู้ป่วย และครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์, 2537) จันทร์จิรา วิรัช (2544) ศึกษา ถึง ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 40 ราย ในจังหวัดลำพูน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากลดลง และมีความแตกต่างกับ กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จันทร์จิรา วิรัช, 2544) John R. Hurst และ คณะ (2004) ศึกษา อาการของระบบหายใจส่วนต้นและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดย ทำการศึกษาในประเทศอังกฤษ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 65 คน ที่มีระดับความรุนแรงปานกลาง ถึงรุนแรงมาก พบว่าอาการของระบบหายใจส่วนต้นเป็นสาเหตุให้เกิดความบกพร่องของคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Hurst et al., 2004)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการปรับตัว ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 75 ราย ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการสนับสนุนทางสังคมของ ครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง และมีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมของ ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบว่า ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ร้อยละ 10.87 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ภาวดี มโนหาญ, 2536)

กรอบแนวคิดการศึกษา

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

- เพศ
- อายุ
- สถานภาพสมรส
- ระดับการศึกษา
- ระยะเวลาการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากแพทย์ระดับ
- ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- โรคประจำตัว

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โดยรวมและองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่

1. องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย
2. องค์ประกอบด้านจิตใจ
3. องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม
4. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

- รายได้
- มลภาวะ สิ่งแวดล้อม
- ผู้ที่อยู่อาศัยกับผู้ป่วย