

การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

(Social Support and Health Care Behaviors Among Patient with COPD)

อัมพวัน ศรีครุฑรณันท์ พ.บ.

Ampawan Sricruthanan M.D.

โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

Phayamengrai Hospital, Chiang Rai Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 130 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 39.72$, $SD = 10.21$) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 34.99$, $SD = 5.98$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .567$, $p < .001$) ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการกำหนดแนวทางโดยส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

The purpose of this study was to study the relationship among social support and health care behaviors of the patients with COPD. A purposive sample of 130 patients with COPD was recruited from Phayamengrai Hospital, Chiang Rai province. Research instruments used for data collection were: Personal data sheet, Social Support Questionnaire, and Health Care Behavior Questionnaire. Content validity of all instruments was judged by a panel of experts. The reliability of the questionnaires was also tested and each questionnaire was at an acceptable level. Data were analyzed by using descriptive statistics: frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson Product moment correlation coefficient

The result of the study revealed that: The total social support score was at a low level ($\bar{X} = 39.72$, $SD = 10.21$), The total health care behavior score was at a low level ($\bar{X} = 34.99$, $SD = 5.98$), and there was a significantly positive correlation between social support and health care behaviors ($r = .567$, $p < .001$) Social support of this study



could be used basic data as guidelines for health care providers to promote social support for the patients with COPD to modify health care behaviors.

Key words: Social Support, Health Care Behaviors, COPD

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจ ที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลก(WHO)ได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี ค.ศ 2020 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุของการทุพพลภาพและการเสียชีวิตของพลเมืองโลกเป็นอันดับที่ 5¹ สำหรับในประเทศไทยพบว่าในปี 2550 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากเป็นอันดับ 4 ในจำนวนโรคเรื้อรัง 5 อันดับแรก ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง²

จากสถิติของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล พญาเม็งราย ในปี 2549 ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวน 297 ราย และเพิ่มมากขึ้นในปี 2550 เป็นจำนวน 334 ราย และเพิ่มเป็น 428 รายในปี 2551 ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราเข้ารับการรักษาส่งรองลงจากโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคเอดส์ และเนื่องจากพยาธิสภาพความรุนแรงของโรค ในปี 2551 พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีจำนวนมากเป็นอันดับ 3 มีจำนวนวันนอนทั้งหมด 1,192 วัน วันนอนเฉลี่ย 3.21 วัน มีค่าใช้จ่ายสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคความดันโลหิตสูงคือ 1,751,420 บาท หรือ 5,029 บาท/ราย และมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาดำเนินโรงพยาบาลซ้ำเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 33.98³ โรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างเรื้อรัง ทำให้ปอดเสียหายที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานอย่างมาก ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง⁴

จากผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลรักษา เอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยเฉพาะอาการหายใจเหนื่อยหอบ หรืออาการหายใจลำบากซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการสูญเสียชีวิตได้⁵ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม กล่าวคือ ต้องการให้คู่สมรส บุตรหลาน ตลอดจนบุคลากรทางสุขภาพอยู่ดูแลใกล้ชิด และต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ นอกเหนือไปจากนี้ยังต้องการมีสัมพันธภาพพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นอยู่เสมอ ไม่ต้องการถูกแยกออกจากสังคมหรือถูกทอดทิ้ง แต่เมื่อความต้องการดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมอาจทำให้เกิดความเครียดที่จะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพ เกิดปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจได้⁶ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง และการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยบรรเทาความเครียดทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดี⁷

โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข



มีนโยบายในการให้บริการแก่ประชาชนด้วยการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน ให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุด โดยการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และต้องการการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงต้องการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางสำหรับพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2552 ถึงเดือนสิงหาคม 2552 จำนวน 130 ราย ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วนคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและความเจ็บป่วยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.96 และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์

ความสัมพันธ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล ตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 130 คน อัตราส่วนเพศชายและหญิงใกล้เคียงกันแยกเป็นเพศชายร้อยละ 50.8 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 69.69 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 56.2 ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 43.1 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรร้อยละ 49.2 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระหว่าง 1000-3,000 บาท สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 91.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง (n = 130)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	66	50.80
หญิง	64	49.20
อายุ (ปี) ($\bar{X} = 69.69$, S.D = 9.35)		
40 - 49	1	0.80
50 - 59	16	12.30
60 - 69	46	35.38
70 - 79	49	37.69
80 ปีขึ้นไป	18	13.83
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	56	43.10
ประถมศึกษา	73	56.20
มัธยมศึกษา	1	0.80
อาชีพ		
เกษตรกร	64	49.20
ค้าขาย	1	0.80
รับจ้าง	5	3.80
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	60	46.20

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง (n = 130) ต่อ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	3	2.30
สถานภาพสมรส		
คู่	72	55.40
หม้าย	50	38.50
หย่าหรือแยกกันอยู่	5	3.80
ผู้ดูแลหลัก		
สามี/ภรรยา	51	39.20
บุตร	66	50.80
หลาน	5	3.80
อื่นๆ	8	6.20
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน		
1,000 – 3,000 บาท	110	84.70
3,000 – 5,000 บาท	18	13.80
5,000 – 8,000 บาท	2	1.50
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
ชำระเงินเอง	2	1.50
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	119	91.50
มีสิทธิเบิก	7	5.40
อื่นๆ	2	1.50

ระยะเวลาที่เป็นโรคส่วนใหญ่ช่วงเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 56.2 รองลงมา 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.80 และ 6-10 ปี ร้อยละ 23.10 ตามลำดับ ประวัติการสูบบุหรี่เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว ร้อยละ 75.4 ยังสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน ร้อยละ 13.1 และประวัติไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 11.5 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่เป็นโรค และ ประวัติการสูบบุหรี่ (n = 130)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นโรค		
1-5 ปี	73	56.20
6-10 ปี	27	20.80
10 ปีขึ้นไป	30	23.10
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	15	11.50
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว	98	75.40
ยังสูบบุหรี่อยู่	17	13.10

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย ร้อยละ 80.80 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของการสนับสนุนทางสังคม (n = 130)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X} = 39.72, SD = 10.21$)		
- ระดับน้อย(24-48 คะแนน)	105	80.80
- ระดับปานกลาง(49-72 คะแนน)	23	17.70
- ระดับมาก(73-96 คะแนน)	2	1.50

ส่วนระดับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างรายด้านในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าร้อยละ 63.80 มีการสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน สิ่งของ และบริการน้อยที่สุด ด้านที่น้อยรองลงมาได้แก่การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ร้อยละ 60.80 การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร พบร้อยละ 60.00 และการสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่าร้อยละ 59.20 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน (n = 130)

การสนับสนุนทางสังคม	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
- ด้านอารมณ์	3(2.30)	48(36.90)	79(60.80)	0
- ด้านข้อมูลข่าวสาร	3(2.30)	17(13.10)	78(60.00)	3(2.30)
- ด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานหรือบริการ	2(1.50)	25(19.20)	83(63.80)	20(15.40)
- ด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า	0	53(40.80)	77(59.20)	0

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จากการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 56.20 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (n = 130)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ($\bar{X}$ = 34.99, SD = 5.89)		
ระดับน้อย(21-35คะแนน)	73	56.20
ระดับปานกลาง(36-49 คะแนน)	54	41.50
ระดับมาก(50-63 คะแนน)	3	2.30

การศึกษาครั้งนี้แม้จะพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับน้อย แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งได้แก่ คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 94.60ด้านการผ่อนคลายร้อยละ 68.50 และด้านการบริหารการหายใจและการออกกำลังกายร้อยละ 65.40 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้าน (n=130)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	มาก	ปานกลาง	น้อย
-ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	6(4.60)	123(94.60)	1(0.80)
-ด้านการผ่อนคลาย	9(6.90)	89(68.50)	32(24.60)
-ด้านบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย	27(20.80)	85(65.40)	18(13.80)

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ($r = .567$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ตัวแปร	การสนับสนุนทางสังคม	ระดับความสัมพันธ์
-พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	.567 **	ปานกลาง (0.30-0.69)

** Correlation is significant at the 0.01 level

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และอาจมีอาการเหนื่อยหอบกำเริบได้บ่อยครั้ง ร่วมกับผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า คับข้องใจ เหนื่อยล้า และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง⁸ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมากตามที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ แต่ในความเป็นจริงนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านในระดับน้อย โดยร้อยละ 60.80 มีการสนับสนุนทางสังคมด้าน



อารมณ์น้อยที่สุด อาจอธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นบุตรนั้นยังอยู่ในวัยทำงานร้อยละ 50.80 ต้องออกนอกบ้านเพื่อประกอบอาชีพหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว จึงไม่ค่อยมีเวลาเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บที่กำลังประสบอยู่ ในกลุ่มตัวอย่างรายที่ไม่มีบุตรหลานอยู่ด้วยผู้ดูแลคือสามีหรือภรรยาที่ต้องทำงานหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัวเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น วัยสูงอายุ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นผู้สูงอายุคืออายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปพบถึงร้อยละ 86.90 ซึ่งในวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และวิถีการดำเนินชีวิต ทำให้สูญเสียสถานภาพทางสังคม รายได้ลดลง การสมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง ทำให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ลดลงด้วย⁹

การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย 2 ปัจจัยคือปัจจัยภายในบุคคล เช่น อายุ รายได้ ความรู้ ทักษะ การดำเนินของโรค และปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนทางสังคม¹⁰ การศึกษาครั้งนี้แม้จะพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับน้อย แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งได้แก่คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 94.60 ด้านการผ่อนคลายร้อยละ 68.50 และด้านการบริหารการหายใจและการออกกำลังกายร้อยละ 65.40 ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้ว่าการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพสูงนั้นเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง ได้รับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากบุคลากรทีม

สุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงฝุ่นละออง ควัน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติของตนเองเป็นต้น ส่วนรองลงมาได้แก่คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการผ่อนคลาย เช่น การพักผ่อน โดยวิธีต่างๆ เช่น การดูโทรทัศน์ การฟังเพลง การอ่านหนังสือ การทำงานอดิเรก ตลอดจนการพูดคุยกับบุตรหลาน เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุคลายความเครียด หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค เมื่อเกิดปัญหาสามารถระบายความรู้สึกกับบุคคลที่ไว้วางใจ มีการนั่งสมาธิ สวดมนต์ไหว้พระ หรือปฏิบัติตามกิจกรรมตามศาสนาที่ตนเองนับถือศรัทธา จะส่งผลจิตใจสงบ สุขภาพจิตดีขึ้น¹¹

พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการบริหารการหายใจและการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกันน้อยที่สุด จากการศึกษาของอัมพรพรรณ ธีรานันทร และคณะ¹² ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 100 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ 78 ราย พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอดโดยการบริหารการหายใจ และด้านการคงความสามารถในการประกอบกิจกรรมโดยการออกกำลังกายมีคะแนนในระดับน้อย สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ค่อยออกกำลังกายเนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก และไม่มั่นใจว่าถ้าออกกำลังกายแล้วจะทำให้อาการเหนื่อยหอบกำเริบมากขึ้นหรือไม่ และจากข้อจำกัดของผู้สูงอายุในการบกพร่องด้านการได้ยิน การมองเห็น การรับรู้ และความจำ ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดการออกกำลังกายหรือการบริหารการหายใจ¹³

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง



ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ($r = .567$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากจะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี และหากกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยก็จะมีแนวโน้มของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ดีด้วย การศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

1. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นบุคลากรด้านสาธารณสุขจึงควรตระหนักถึงความสำคัญของแนวคิดนี้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

2. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพมากที่สุด น่าจะเป็นช่องทางในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่กลุ่มตัวอย่างและญาติในเชิงรุกได้ดี

3. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ บุตรมากที่สุด ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุตรมีส่วนร่วมในการดูแล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแก่ผู้ดูแลหลัก เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพญาเม็งรายที่ช่วยเก็บข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. National Heart, Lung, and Blood Institute Fact Book. Statistics about obstructive Pulmonary. [serial online]2007 [cited 2008 November 8] . Available from URL: http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/lung/other-copd_fact.pdf.
2. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก; 2550.
3. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลพญาเม็งราย. สถิติผู้ป่วยประจำปี 2551.โรงพยาบาลพญาเม็งราย; 2551.
4. Leupoldt A, Dahme B. Psychological aspect in the perception of dyspnea in obstructive pulmonary disease. Respiratory Medicine; 2007; 101: 411-412.
5. Schlecht NF, Schwartzman K, Bourbeau J. Dyspnea as a clinical indicator in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Chronic Respiration Disease; 2005; 2(4): 183-191.
6. Tipe BL. Review: Disease management of COPD with pulmonary rehabilitation. Chest; 1997; 112:1630-1656.
7. Mohta M, Sethi, AK, Tyagi, A, Mohha, A. (2003). Psychological care in trauma patients. Journal of injured; 2003; 34(1): 17-25.
8. Elkington H, White P, Addington-Hall J, Higgs R, Pettinari C. The last year of life of COPD: A qualitative study for symptom and services. Respiratory Medicine; 2004; 98(5): 439-445.



9. Barnett M. Chronic obstructive pulmonary disease: A phenomenological study of patients, experiences. *Journal of Clinical Nursing*; 2005; 27(2): 67-73.
10. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health – relate function of social support. *Journal of Behavioral Medicine*; 1987; 4(4): 381-406.
11. O' Neill E. Illness representations and coping of women with chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study. *Heart & Lung*; 2002; 31: 294-302.
12. อัมพรพรรณ ชีรานุตร, วัชรนา บุญสวัสดิ์, สุวรรณ บุญยะดีพรหม, เจียมจิต แสงสุวรรณ, วลัยพร นันทศุภวัฒน์, อุไรวรรณ แซ่ฮุย. รายงานวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2539
13. Wigal JK, Creer TL, Kotses H. The COPD self-efficacy scale. *Chest*; 1991; 99: 1193-1196.

