MKHJ
วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม
MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURANAL

Journal homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/index

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษา

Perceived Social Support of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Case Study

อัชฌาณัฐ วังโสม[1]* วิลาวัลย์ อุดมการเกษตร[2] วันเพ็ญ ชำนาญธรรม[3]

Atchanat Wangsom[1]* Wilawan Udomkankaset[2] Wanpen Chamnantham[3]

[1*,2,3]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต จังหวัดปทุมธานี 12000

[1*,2,3]Lecturer, School of Nursing, Rangsit University, Province Pathum Thani 12000

Corresponding Author: *E-mail: atchanat.wa@rsu.ac.th

(Received: 3 November 2023 Revised: 18 March 2024 Accepted: 25 March 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม

รูปแบบการศึกษา : ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1 ราย ที่เข้ารับการตรวจติดตามอาการ ณ คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 76 ปี สถานภาพสมรสเป็นหม้าย พักอาศัยอยู่กับบุตรชายและครอบครัว ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนาน 10 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง สามารถทำกิจกรรมประจำวันทั่วไปได้เอง แต่รู้สึกเหนื่อยง่ายเมื่อต้องทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง คะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (21 คะแนน) โดยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ (26 คะแนน) มีคะแนนสูงสุด การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว (21 คะแนน) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (18 คะแนน) ตามลำดับ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการดูแลเอาใจใส่ การช่วยประเมินอาการผิดปกติ การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และช่วยเหลือด้านอุปกรณ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

สรุปผลการศึกษา : การประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมแต่ละราย เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลเพื่อการดูแลแบบองค์รวม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ABSTRACT

Objective : To assess perceived social support and support patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) to receive appropriate social support.

Methods : Assessment of perceived social support for a patient with COPD coming for follow-up at the Chest Clinic, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Data were collected from the patient's medical records, interviews with the patient and relatives using Gordon's functional health patterns and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Demographic data and perceived social support were analyzed to support patients with COPD in receiving proper social support.

Results : A 76-year-old male widowed patient with a 10-year history of COPD had non-adherence to COPD treatment and lived with his son and family. He was able perform the basic activities of daily living; was easily tired when performing activities involving physical exertion and needed care and support from the people around him. The patient had a low overall perceived social support score of 21 points. Perceived social support from medical personnel was highest at 26 points, perceived social support from family members was at 21 points and perceived social support from friends was at 18 points, respectively. Proper social support for patients with COPD comes from three sources: family members, friends, and healthcare providers. Providing support includes encouragement, observation of signs and symptoms, advice and suggestions, and support equipment for managing COPD.

Conclusion : Assessment of perceived social support and promotion of proper social support for each patient with COPD is an important role performed by nurses in holistic nursing care and can lead to improved health-related quality of life for patients.

Keywords : chronic obstructive pulmonary disease, perceived social support

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) จัดเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประชากรโลก[1] สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2565 คิดเป็นร้อยละ 0.40, 0.42 และ 0.41 ตามลำดับ และพบอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคิดเป็น 10.37, 10.29 และ 10.53 ต่อประชากรแสนราย ตามลำดับ[2]

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากหลอดลมอักเสบและตีบแคบร่วมกับความยืดหยุ่นของถุงลมสูญเสียไป การดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปจนเกิดทางเดินหายใจอุดกั้นอย่างถาวร ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และคุกคามต่อชีวิต[3] ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางจนถึงรุนแรงมาก มักแสดงอาการหายใจลำบาก ไอมีเสมะ และหายใจเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมที่ออกแรงมาก ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงจากภาวะพึ่งพาบุคคลรอบข้าง เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา จากอาการแสดงทั้งร่างกายและจิตใจส่งผลให้ผู้ป่วยลดการเข้าร่วมกิจกรรมและแยกตัวออกจากสังคม[3] ดังนั้นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งนำไปสู่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีระดับลดลง[4]

จากผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเพื่อบรรเทาอาการและป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute Exacerbation: AE) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) การได้รับดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์[5] ครอบคลุมด้านอารมณ์ การประเมินอาการ ข้อมูลข่าวสารและอำนวยความสะดวกทรัพยากรต่างๆ[6] การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ดีขึ้น[4] การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดอาการหายใจลำบาก เพิ่มความผาสุก และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม[7] แต่อย่างไรก็ตามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีข้อมูลที่จำกัดและเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ดังนั้นจึงสนใจประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม ผลการศึกษาเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์จากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ นำไปประยุกต์เป็นแนวทางการสนับสนุนทางสังคมสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม ลดอาการกำเริบเฉียบพลัน และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม

โรคปอดอุดกั้นเรื้องรังและผลกระทบของโรค

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง สาเหตุเกิดจากการสูบบุหรี่ สัมผัสควันพิษหรือควันจากการเผาไหม้ทุกชนิด สารเคมีที่ระคายเคืองทางเดินหายใจ ฝุ่นละออง และโรคการขาดอัลฟ่าวัน แอนตี้ทริปซิน (Alpha-1-Antitrypsin Deficiency) ซึ่งขาดโปรตีนที่ป้องกันการทำลายถุงลม อย่างไรก็ตามสาเหตุสำคัญมากกว่าร้อยละ 90 คือการได้รับควันบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานาน จนทำให้ทางเดิน

หายใจเกิดพยาธิสภาพอย่างถาวรไม่สามารถรักษาให้หายกลับคืนสู่สภาพปกติได้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) ผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะมาก อาการเป็นๆ หายๆ อย่างน้อย 3 เดือนและเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี และ 2) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) เป็นภาวะที่ถุงลมถูกทำลายจนเกิดการขยายโป่งพองอย่างถาวร ผู้ป่วยมักได้รับการวินิจฉัยว่ามีทั้งสองโรคนี้ร่วมกัน เนื่องจากอาการแยกออกจากกันได้ยาก[8] จากพยาธิสภาพดังกล่าวเกิดการเปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย ความผิดปกติเกี่ยวกับการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซของถุงลมปอด จากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมทำให้กล้ามเนื้อหลอดลมหนาตัวขึ้นเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดลมจึงแคบลงประกอบกับมีภาวะถุงลมสูญเสียความยืดหยุ่นและโป่งพอง ส่งผลให้ความเร็วของลมที่ไหลออกจากปอดลดลงและใช้เวลาในการหายใจยาวขึ้น[9] อีกทั้งการระคายเคืองเรื้อรังยังกระตุ้นให้ต่อมผลิตเยื่อเมือกออกมามากกว่าปกติ และเซลขนของหลอดลมทำหน้าที่ได้ลดลงจึงเกิดการคั่งค้างของเสมหะ ทำให้ผู้ป่วยไอเรื้อรังเพื่อขับเสมหะออกมาภายนอก ถ้ามีการกระตุ้นจากสารที่ก่อให้เกิดการแพ้หรือการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจจะทำให้หลอดลมหดเกร็งและหลอดลมตีบมากขึ้นอย่างกะทันหัน เรียกว่ามีภาวะกำเริบเฉียบพลัน ส่งผลให้การระบายอากาศบกพร่องเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) และมีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (Hypercapnia) ได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีผลต่อการเสื่อมของสมรรถภาพปอด ซึ่งสามารถตรวจด้วยเครื่อง Spirometer จะพบปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (Forced Expiratory Volume in one second: FEV_1) ลดลงน้อยกว่า 80% ของค่ามาตรฐาน หรือการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่อง Peak Flow meter จะพบอัตราการไหลของอากาศสูงสุดขณะหายใจออก (Peak Expiratory Flow Rate: PEFR) ลดลง[8]

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะแรกอาจยังไม่มีอาการผิดปกติชัดเจน แต่เมื่อมีการระคายเคืองและการอุดกั้นของหลอดลมมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงทางร่างกาย ได้แก่ มีไข้ ไอมีเสมหะ เหนื่อยหอบเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ หายใจมีเสียงหวีด (Wheeze) เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร หากตรวจร่างกายจะพบลักษณะทรวงอกกลม (Increase chest A-P diameter) มีช่วงการหายใจออกนานขึ้น (Prolong expiratory phase) ใช้กล้ามเนื้อคอ ไหล่ และหน้าท้องช่วยหายใจ (Accessory muscle use) และเมื่อเคาะทรวงอกจะได้เสียงก้องมากกว่าปกติ (Hyperresonance) ในระยะท้ายอาจพบภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง เกิดภาวะหัวใจห้องขวาโตและล้มเหลวขึ้นได้ เรียกว่าภาวะการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำงานของหัวใจเกี่ยวเนื่องจากปอด (Cor Pulmonale)[3,8]

การประเมินผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยองค์กรผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Global Initiative for Obstructive Lung Disease: GOLD) ปรับเปลี่ยนแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคและการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตาม GOLD Guideline 2023[3] โดยพิจารณาจากอาการในปัจจุบันจากแบบสอบถาม Modified Medical Research Council (mMRC) dyspnea scale หรือประเมินอาการของโรคจากแบบสอบถาม COPD Assessment Test (CAT) ร่วมกับ

ประวัติการกำเริบเฉียบพลันของโรคระดับปานกลางและรุนแรง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยปรับเปลี่ยนรวมผู้ป่วยจากกลุ่ม C และ D ตาม GOLD Guideline 2022[3] เป็นกลุ่ม E ดังนี้

กลุ่ม A เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับคะแนน mMRC 0-1 หรือ ระดับคะแนน CAT น้อยกว่า 10 คะแนน ร่วมกับมีประวัติการกำเริบเฉียบพลันน้อยกว่า 2 ครั้ง และไม่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยแสดงอาการผิดปกติเล็กน้อยและมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันระดับต่ำ เทียบเท่ากับความรุนแรงของโรคระดับน้อยถึงปานกลาง หรือ GOLD 1 - 2

กลุ่ม B เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับคะแนน mMRC มากกว่าหรือเท่ากับ 2 หรือ ระดับคะแนน CAT มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน ร่วมกับมีประวัติการกำเริบเฉียบพลันน้อยกว่า 2 ครั้ง และไม่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยแสดงอาการผิดปกติมากขึ้นแต่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันระดับต่ำ เทียบเท่ากับความรุนแรงของโรคระดับน้อยถึงปานกลาง หรือ GOLD 1 - 2

กลุ่ม E เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ไม่พิจารณาจากระดับคะแนน mMRC หรือระดับคะแนน CAT แต่พิจารณาจากประวัติการกำเริบเฉียบพลันมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง และมีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยแสดงอาการผิดปกติมากขึ้นและมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันระดับสูง เทียบเท่ากับความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก หรือ GOLD 3 - 4

ผลกระทบด้านจิตใจ จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ลดลง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษา การเตรียมอาหาร การใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัวเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลัน ความมั่นคงทางอารมณ์ลดลง รู้สึกหงุดหงิดง่าย และรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงจากภาวะพึ่งพาบุคคลรอบข้าง เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา[9] นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล หรือบุคคลรอบข้างเกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า นำไปสู่สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง[10]

ผลกระทบด้านสังคม เมื่อผู้ป่วยออกนอกบ้านหรือเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมที่มีสิ่งแวดล้อมที่แออัดและมีมลพิษทางอากาศ อาการหายใจลำบากจะรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมนอกบ้านได้ไม่นาน หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรม ลดบทบาทหน้าที่ในสังคม และแยกตัวออกจากสังคมตามมา

ผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง เพื่อบรรเทาอาการและป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จากทีมสหสาขาวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวรับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาได้ ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน และการให้ความเชื่อมั่นไว้วางใจ การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำต่างๆ การช่วยเหลือโดยการให้วัสดุ สิ่งของหรือบริการ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้หรือประเมินตนเอง[6] แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่กว้างและได้มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายโดยทั่วไป มีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย ดังนี้

Caplan (1974)[11] การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล สิ่งที่บุคคลได้รับอาจเป็นข่าวสาร เงิน แรงงาน อารมณ์ ความรู้สึก กำลังใจ คำแนะนำ ทำให้ผู้ได้รับรู้สึกว่าตนเองมีความมั่นคงและปลอดภัย

Cobb (1976)[12] การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับการห่วงใยและเป็นที่รัก เป็นที่ต้องการและมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายในการสื่อสารกันและมีปฏิสัมพันธ์กัน

House (1981)[6] การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล ถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของบุคคล ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี โดยมีกลไกที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล คือผลโดยตรงต่อสุขภาพ (Main effect/direct effect) ทำให้มีสุขภาพดีขึ้น และผลโดยอ้อมต่อสุขภาพ คือมีผลเป็นตัวบรรเทา (Buffering effect) หรือมีผลเป็นตัวกำกับ (Moderating effect) ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ โดยการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกัน มอบความเอาใจใส่ ความรักและความไว้วางใจต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อเป็นการเรียนรู้ตนเองและการประเมินตนเองทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารสื่อสาร การให้ข้อเท็จจริง การให้คำแนะนำเพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrument support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในบริการที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล และเป็นสิ่งที่จับต้องได้ สิ่งของ เงิน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญกับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียที่ต้องเผชิญปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมที่เกิดจากการดำเนินการของโรค และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ทำให้อาจเกิดปัญหาด้านการปรับตัว จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากแหล่งอื่นในสังคม เพื่อให้เกิดความรู้สึกถึงความปลอดภัย มั่นคง การยอมรับและมีคุณค่าในตนเอง โดยมีการสนับสนุนครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เพื่อช่วยให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียสามารถเผชิญกับสถานการณ์และดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม[13] สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 1) พัฒนาแนว

ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) การให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 3) จัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วย โดยผู้จัดการรายกรณีรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 4) การให้การสนับสนุนทางสังคม แหล่ง สนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ญาติผู้ป่วย บุคลากรทีมสุขภาพ ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือการให้บริการ และ 5) การติดตามเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วยในเขตพื้นที่ออกติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่สอง และโทรศัพท์ติดตามทุกสัปดาห์เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพยาบาลที่ใช้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างมาก หากได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมและเพียงพอจะทำให้เกิดการปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี รวมถึงสามารถลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้[7]

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ทั้ง 4 ด้านของ House (1981)[6] เป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก นอกจากนี้สิ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการสนับสนุนทางสังคม คือ แหล่งการสนับสนุนทางสังคม โดย House แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน โดยเพื่อนเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นส่วนตัวสูง 2) แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เป็นทางการ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้[6] ได้แก่ กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่น ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งการสนับสนุนทางสังคมตาม แนวคิดของ House โดยรวมอยู่ในระดับสูง คือทั้งจากการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลากรด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน[14]

ดังนั้นบุคคลากรทางการแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญ โดยควรประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) พัฒนาโดย Zimet, et al. (1988)[5] เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินการได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นที่มีความสำคัญต่อตนเองซึ่งโดยทั่วไปเป็นบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากบุคลากรทางการแพทย์จากทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในระยะเรื้อรังและระยะเฉียบพลัน

รูปแบบการศึกษา

ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1 ราย ที่เข้ารับการตรวจติดตามอาการ ณ คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยและได้รับความ

เห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตามรหัสเลขที่ 027/ 2561

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 76 ปี มารับการตรวจติดตามอาการตามนัดที่ห้องตรวจโรค คลินิกโรคปอด ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา สัญญาณชีพแรกรับที่ห้องตรวจ อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O_2 saturation) 97% ขณะหายใจ Room air ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลแบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอนของกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แบบแผนสุขภาพ	ข้อมูลของกรณีศึกษา
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนาน 10 ปี รักษาโดยการรับประทานยาและพ่นยาขยายหลอดลม แต่รักษาไม่ต่อเนื่องเพราะคิดว่าการเจ็บป่วยไม่รุนแรง
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	รูปร่างผอม น้ำหนักตัว 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) 18.36 กิโลกรัมต่อตารางเมตร แปลผลเป็นมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ
3. การขับถ่าย	ขับถ่ายอุจจาระวันละ1 ครั้ง ปัสสาวะวันละ 4 - 5 ครั้ง สีเหลืองใส
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ค่าสมรรถภาพปอดจากการตรวจ Peak Flow Meter (Peak Expiratory Flow Rate: PEFR) 250 ลิตร/นาที ระดับคะแนน mMRC = 2 คะแนน เดินบนพื้นราบช้ากว่าคนในวัยเดียวกันเนื่องจากหายใจเหนื่อย และระดับคะแนน CAT = 22 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงมาก (Severe COPD) การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ประเมินจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (St. George's Respiratory Questionnaire for COPD Patients: SGRQ-C) พัฒนาโดย Jones (2016)[17] อธิบายเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยรับรู้การเปลี่ยนแปลงอาการของโรคการทำกิจกรรมและผลกระทบต่างๆ จากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยไม่มีประวัติการนอนรักษาในโรงพยาบาล แต่มีอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค 1 ครั้ง มาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หลังพ่นยาขยายหลอดลมอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ขณะอยู่ที่บ้านยังคงมีอาการไอแบบมีเสมหะสีขาวทุกวัน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรม ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถการทำกิจกรรมประจำวันทั่วไปได้เอง เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เป็นต้น แต่รู้สึกเหนื่อยง่ายเมื่อต้องทำกิจกรรมอย่างเร่งรีบ เดินแนวราบระยะมากกว่า 100 เมตรหรือเดินขึ้นลงบันไดมากกว่า 1 ชั้น ยกของหนักมากกว่า 5 กิโลกรัม และการออกแรงหรือการทำกิจกรรมกลางแจ้งเป็นเวลานาน
5. การพักผ่อน นอนหลับ	นอนพักผ่อนรวมประมาณวันละ 4-6 ชั่วโมง

แบบแผนสุขภาพ	ข้อมูลของกรณีศึกษา
6. สติปัญญาและการรับรู้	รู้สึกตัวดี ทำตามบอกได้ถูกต้อง พูดคุยสื่อสารเข้าใจ รับรู้ได้ปกติ
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	รับรู้ว่าตนเองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น การเดินซื้อของ ดายหญ้าเพื่อทำสวน เป็นต้น
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว พักอาศัยกับบุตรชายและครอบครัว ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ การเจ็บป่วยทำให้บุตรชายต้องหยุดงานพาผู้ป่วยมาตรวจที่คลินิกโรคปอด ณ โรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น
9. เพศและการเจริญพันธุ์	สถานภาพสมรสเป็นหม้าย การแต่งกายและการแสดงออกทางเพศอย่างเหมาะสม
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการมีกิจกรรมนอกบ้านหรือเข้าร่วมงานสังคมลดลง เช่น เลี่ยงการเที่ยวพักผ่อนต่างจังหวัดกับครอบครัวเนื่องจากรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อนั่งรถเป็นเวลานาน หลีกเลี่ยงการไปรับประทานอาหารนอกบ้านกับครอบครัว หรือเลี่ยงการร่วมงานกิจกรรมสังคมที่มีคนแออัด เนื่องจากไอมีเสมหะบ่อยครั้งกลัวบุคคลรอบข้างรังเกียจ และรู้สึกกังวลกลัวหายใจเหนื่อยหรือติดเชื้อทางเดินหายใจเมื่อสัมผัสมลภาวะนอกบ้าน
11. ค่านิยมและความเชื่อ	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ เชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นเรื่องของเวรกรรม

ตารางที่ 2 ข้อมูลการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ด้านการสนับสนุนทางสังคม	คะแนนการสนับสนุนทางสังคม	ระดับการสนับสนุนทางสังคม
1) การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว	21 คะแนน	ระดับน้อย
2) การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	18 คะแนน	ระดับน้อย
3) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์	26 คะแนน	ระดับปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมภาพรวม	คะแนนเฉลี่ย 21 คะแนน	ระดับน้อย

อภิปรายผลการศึกษา

ผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง จากการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พักอาศัยในเขตบริการสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย พบว่ามีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สำคัญที่สุด โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว รองลงมาเป็นบุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อนตามลำดับ[4, 7] แต่อย่างไรก็ตามไม่สอดคล้องกับกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ประเมินจากแบบสอบถามการ

สนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (MSPSS) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้การสนับสนุนทางสังคมภาพรวมจัดอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 21 คะแนน) ได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างครอบคลุมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ และครอบคลุมการสนับสนุนด้านอารมณ์ การประเมินอาการ ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากรต่างๆ ดังนี้

1) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยรับรู้การได้รับสนับสนุนหรือการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเพียงระดับน้อย (21 คะแนน) ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับบุตรชาย ลูกสะใภ้ และหลาน รวมสมาชิกในบ้าน 6 คน โดยสมาชิกในครอบครัวมีภาระหน้าที่ ช่วงกลางวันผู้ป่วยพักอยู่บ้านเพียงลำพัง ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันทั่วไปได้เอง แต่ต้องพึ่งพาให้บุตรชายและลูกสะใภ้ช่วยดูแลกิจกรรมงานบ้านต่างๆ ที่จำเป็นต้องออกแรงมาก เช่น ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน ทำอาหาร ทำสวนรอบบ้าน เป็นต้น ซึ่งเป็นการดูแลที่ไม่สม่ำเสมอและไม่เพียงพอ บางครั้งผู้ป่วยไม่ได้มาตรวจตามแพทย์นัดเพราะเกรงใจบุตรชายที่ต้องลางานเพื่อขับรถพามาโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ค่อยได้พูดคุยในเรื่องที่ไม่สบายใจกับสมาชิกในบ้าน และสมาชิกครอบครัวไม่ได้พาผู้ป่วยออกไปรับประทานอาหารหรือทำกิจกรรมนอกบ้านเพราะไม่มีเวลาว่าง โทรศัพท์คุยกันบ้างเป็นบางครั้ง

โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักคาดหวังการได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวเป็นอันดับแรก โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้การสนับสนุนการดูแลและช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวระดับสูง พบว่าส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวมีการศึกษาระดับสูง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนระดับสูง และมีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลให้กำลังใจ ช่วยเหลือการสังเกตอาการที่ผิดปกติ ช่วยหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และพาไปตรวจที่โรงพยาบาล[4,15] ในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่มีการรับรู้การสนับสนุน การดูแลและช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวระดับน้อย พบว่าส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวมีการศึกษาระดับประถมศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เพียงพอ โดยสมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่บ้านตามลำพังในช่วงกลางวัน ต้องทำกิจกรรมช่วยเหลืองานบ้านด้วยตนเอง และบางครั้งผู้ป่วยไม่ได้ไปตรวจตามนัดเนื่องจากขาดการเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งต้องออกไปทำงานเพื่อประกอบอาชีพ[4,15]

2) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ผู้ป่วยรับรู้การได้รับสนับสนุนหรือการดูแลจากเพื่อนระดับน้อย (18 คะแนน) ผู้ป่วยเคยประกอบอาชีพเป็นพนักงานรักษาความปลอดภัย ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว แต่มีติดต่อกับเพื่อนทางโทรศัพท์นานๆ ครั้ง ปัจจุบันมีเพื่อนบ้าน พูดคุยทักทาย และมาเยี่ยมบ้าง แต่ไม่ได้ไปร่วมงานกิจกรรมนอกบ้านกับเพื่อนหรือกิจกรรมทางสังคมอื่น ๆ เช่น งานบุญ งานสังสรรค์ต่าง ๆ เนื่องจากหายใจเหนื่อยง่าย ไอมีเสมหะบ่อยครั้ง และหากพูดคุยเป็นเวลานานจะมีอาการหายใจเหนื่อย ผู้ป่วยสังเกตเห็นว่าเพื่อนบ้านจะหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ใกล้ ๆ ตนเองหรือไม่ได้ชวนไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เพราะกลัวทำให้ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจเหนื่อยหรือเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค

3) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยรับรู้ว่าการได้รับสนับสนุนหรือการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ระดับปานกลาง โดยบุคลากรทางการแพทย์สามารถช่วย บรรเทาอาการและป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค บุคลากรทางการแพทย์ที่คลินิกโรคปอดให้การดูแลเอาใจใส่ แต่ใช้เวลาการรอตรวจนานและมีโอกาสพบแพทย์ช่วงเวลาสั้น ๆ จนบางครั้งตนเองตัดสินใจไม่ได้มาตรวจตามนัดและเลือกจะมาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเมื่อมีอาการหายใจหอบเหนื่อย หรือเมื่อเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค บ่อยครั้งอาการไม่ดีขึ้นจนต้องนอนพักในโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์จึงพร้อมทั้งการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรค เช่น แพทย์ให้การตรวจรักษาที่ครอบคลุมและนัดตรวจ

ติดตามอาการเป็นระยะ พยาบาลแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เภสัชกรแนะนำการรับประทานยาและการพ่นยาที่ถูกวิธี และนักกายภาพบำบัดแนะนำการสงวนพลังงานในการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

สำหรับประเทศไทยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่รับรู้การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ในระดับสูง โดยผู้ป่วยได้รับการตรวจที่คลินิกเฉพาะทางโรคปอด ซึ่งมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและเภสัชกร ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าเมื่อตนเองมีอาการกำเริบเฉียบพลันหรือรู้สึกเจ็บป่วย สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อบรรเทาอาการได้ ร่วมกับได้รับการตรวจติดตามอาการที่คลินิกโรคปอดอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค[4] แต่อย่างไรก็ตามบางครั้งการมาตรวจติดตามอาการใช้ระยะวลาการรอตรวจค่อนข้างนาน หรือมีข้อจำกัดการเดินทางมาโรงพยาบาล จึงทำให้ผู้ป่วยบางรายตัดสินใจไม่มาตรวจติดตามอาการ และผู้ป่วยบางส่วนไม่กล้าสอบถามอาการหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคและการรักษาเนื่องจากมีข้อจำกัดเกี่ยวกับระยะเวลาพบแพทย์[15 – 16]

กรณีศึกษารายนี้รับรู้ว่าสิ่งสนับสนุนต่อการสนับสนุนทางสังคม โดยสมาชิกในครอบครัวรับผิดชอบช่วยเหลือกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก ช่วยค่าใช้จ่ายบางส่วนควบคู่กับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ บุตรชายพามาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลัน ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลจากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยรับรู้อุปสรรคต่อการสนับสนุนทางสังคมเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาดูแล ไม่มีผู้ดูแลเป็นหลักจนบางครั้งผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เพียงพอ ไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือเรื่องการรับประทานยา และรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ลดการติดต่อกับเพื่อนๆ เนื่องจากหายใจเหนื่อยง่ายและกลัวเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน นอกจากนี้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการต้องรอเป็นเวลานาน จึงเลือกไม่มาตรวจตามนัดและเลือกมาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉพาะเมื่อเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคเท่านั้น ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่เกิดอาการรุนแรงของโรคและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงได้

สรุปผลการศึกษา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลรอบข้างเพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต จากกรณีศึกษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผู้ป่วยรับรู้การสนับสนุนทางสังคมภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุน การดูแลช่วยเหลือด้านอารมณ์จากให้กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ ด้านการประเมินค่าจากการช่วยประเมินความผิดปกติต่างๆ ด้านข้อมูลข่าวสารจากคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค และด้านทรัพยากรจากการช่วยเหลืออุปกรณ์ หรือค่าใช้จ่ายในการักษาพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดไม่สม่ำเสมอ ตัดสินใจมาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉพาะเมื่อเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคเท่านั้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่เกิดอาการรุนแรงของโรคมากขึ้นและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับน้อย

จากข้อมูลรับรู้การสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว บุคลากรทางการแพทย์ได้วางแผนร่วมกันดูแลผู้ป่วยโดยรับฟังปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม แนะนำสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านอารมณ์ การประเมินอาการ ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากร ควบคู่กับทางคลินิกโรคปอดอำนวยความสะดวกจัดคิวตรวจที่เป็นระบบ ทำให้สะดวกรวดเร็วและผู้ป่วยมีเวลาพบแพทย์ตามความ

เหมาะสม รวมถึงประสานงานกับหน่วยเวชกรรมสังคมเพื่อให้มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมสุขภาพและการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์ควรประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญการวางแผนดูแลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสมแต่ละราย สามารถบรรเทาอาการและป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. 2020 [Cited 2020 Dec. 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก http://www.thaincd.com/2016/mission3
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. 2023 [Cited 2023 Aug. 25]. Available from: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2023/03/GOLD-2023-ver-1.3-17Feb2023_WMV.pdf
4. Wangsom A, Othaganont P, Ladores S. The factors predicting the health-related quality of life among persons with chronic obstructive pulmonary disease in Public Health Region 4, Thailand: A mixed-methods study. The Open Public Health J. 2020, 13(1): 105-113.
5. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. J. Pers. Assess. 1988, 52(1): 30-41.
6. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley. 1981.
7. นวลตา โพธิ์สว่าง, สุดใจ ศรีสงค์, เพชราภรณ์ สุพร. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้การสนับสนุนทางสังคม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2558, 33(1): 50-62.
8. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์ จำกัด. 2565.
9. พวงรัตน์ มณีวงศ์, นันทิดา จุไรทัศนีย์, นิชธิมา เสรีวิชยสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560, 31(3): 163-175.
10. ดลฤทัย บุญชู, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, วิไลวรรณ ทองเจริญ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2558, 35(2): 61-78.
11. Caplan, G. Support systems and community mental health. New York: Behavioral Publication. 1974.
12. Cobb, S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine. 1976, 38: 300–314.

13. วสันต์ ศรีแดน, ศุภรดา วงค์จำปา, ชนิชา ไชยต้นเทือก. บทบาทพยาบาลในปัจจุบันต่อการสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2563, 4: 21-34.
14. อรุณวรรณ วงษ์เดิม, สุภาภรณ์ ด้วงแพง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2557, 9(3): 120-128.
15. Yadav, UN, et al. Facilitators and barriers to the self-management of COPD: A qualitative study from rural Nepal. BMJ open. 2020, 10(3): 1-13.
16. Russell, S, et al. Qualitative systematic review of barriers and facilitators to self-management of chronic obstructive pulmonary disease: views of patients and healthcare professionals. NPJ primary care respiratory medicine. 2018, 28(1): 1-13
17. Jones PW. St. George's respiratory questionnaire for COPD patients (SGRQ-C): manual, version 1.3. London: St. George's University of London [Internet]. 2016 [Cited 2019 Sep. 11]. Available from: https://www.sgul.ac.uk/research/research-operations/research-administration/st-georges-respiratory-questionnaire/docs/sgrq-c-manual-april-2012.pdf