

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเครือข่ายทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เครือข่ายทางสังคม
 ความหมายของเครือข่ายทางสังคม
 แนวคิดทฤษฎีเครือข่ายทางสังคม
 ประเภทของเครือข่ายทางสังคม
 หน้าที่ของเครือข่ายทางสังคม
3. แรงสนับสนุนทางสังคม
 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม
 ความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม
 การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม
4. การศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการศึกษา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD]) หมายถึง ภาวะที่มีความจำกัดของการไหลเวียนของอากาศในปอด จากการที่มีการอุดกั้น การอักเสบ และการตอบสนองที่ผิดปกติของปอดต่อสิ่งที่เป็นมลพิษต่างๆ ประกอบด้วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) ทำให้ขัดขวางการระบายอากาศที่ผ่านเข้าและออกจากปอด เกิดการอุดกั้นท่อทางเดินอากาศขนาดเล็กและช่องว่างระหว่างถุงลม มีการทำลายสารเคลือบเนื้อเยื่อปอดและสูญเสียการยึดหยุ่นของถุงลม การดำเนินของโรคจะค่อยๆ เพลวลง โดยไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ (Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2001)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การสูบบุหรี่ มลภาวะทางอากาศ และฝุ่นที่เกิดจากการทำงาน การเป็นหอบหืดเรื้อรัง การติดเชื้อของหลอดลมเรื้อรังและภาวะขาดเอนไซม์ แอลฟาวัน-แอนตีทริปซิน (α_1 - antitrypsin) (ชัยเวช นุชประยูร, 2542) จากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่ถึง ร้อยละ 80-90 (สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2544) และข้อมูลจากการศึกษาผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลรามาริบดีพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 10 ไม่เคยสูบบุหรี่ สำหรับในประเทศไทยยังไม่เคยมีรายงานว่า พบผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีสาเหตุจากภาวะขาด เอนไซม์แอลฟาวัน-แอนตีทริปซิน (α_1 - antitrypsin) (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

พยาธิสภาพและกลไกการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีพยาธิสภาพของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังร่วมกับโรคถุงลมโป่งพอง โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ การสูบบุหรี่ เพราะในควันบุหรี่ประกอบด้วยสารเคมีหลายชนิด เช่น อัลดีไฮด์ (aldehyde) เมอร์คิวรี เบนซ์ไพรีน (mercury benzpyrene) ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (hydrogen cyanide) ไฮโดรเจนซัลไฟด์ (hydrogensulphide) และคาร์บอนมอนอกไซด์ (carbonmonoxide) (Clowley, 1991) โดยเมื่อสูดหายใจเอาสารพิษต่างๆ เป็นระยะเวลานานๆ ควันบุหรี่และก๊าซพิษเหล่านั้นจะทำลายเซลล์ขนกวัด (cilia) ที่เยื่อหลอดลมให้ทำงานช้าลง ทำให้การกำจัดสารพิษและสิ่งแปลกปลอมภายในปอดและหลอดลมไม่เป็นไปตามปกติ จึงทำให้เกิดการระคายเคืองต่อหลอดลม กระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของหลอดลม โดยต่อมมูก (goblet cell) ภายในหลอดลมจะขยายขนาดโตและเพิ่มจำนวนมากขึ้นหลังมูกมากกว่าปกติ กล้ามเนื้อหลอดลมมีขนาดใหญ่และหดตัวหนาขึ้นส่งผลให้ท่อหลอดลมตีบแคบลง (Clowley, 1991) ส่วนโรคถุงลมโป่งพองมีผลมาจากควันบุหรี่และก๊าซพิษจะทำให้เกิดการอักเสบของหลอดลมฝอยส่วนปลาย (peripheral airways) บริเวณหลอดลมเล็กขนาดน้อยกว่า 2 มิลลิเมตร ลงไปถึงระดับ บรอนชีโอล (bronchiole) ทำให้ถุงลมถูกทำลายและขาดแรงยึดเหนี่ยวกับหลอดลมขนาดเล็ก การอักเสบจะลุกลามจนถึงเนื้อปอด (lung parenchyma) (พูนเกษม เจริญพันธุ์, 2539) โดยที่พยาธิสภาพของทั้งสองโรคมักเกิดร่วมกันเมื่อมีการสะสมของสารพิษต่างๆอยู่เป็นเวลานาน เกิดการอักเสบของทางเดินหายใจ เนื้อเยื่อและหลอดเลือดบริเวณนั้น จึงทำให้เกิดการทำลายโครงสร้างและเนื้อเยื่อของปอดและหลอดลมบริเวณทางเดินหายใจ มีการทำลายถุงลมปอดอย่างถาวร ปอดเสียความ



สมาคมโรคปอดแห่งอเมริกา (American Lung Association[ALA], 2004) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการวัดระดับอาการหายใจลำบากภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ซึ่งจากการรับรู้ของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงการอุดกั้นของทางผ่านอากาศ โดยเริ่มมีอาการหายใจลำบากเหนื่อยหอบตั้งแต่ระดับ 3 และเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค สะท้อนถึงประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคได้ 5 ระดับ ดังนี้

- ระดับ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ โดยไม่เหนื่อยหอบ
- ระดับ 2 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเล็กน้อยไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันไดเท่ากับคนวัยเดียวกัน
- ระดับ 3 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ ไม่สามารถเดินในแนวราบได้เท่ากับคนวัยเดียวกัน
- ระดับ 4 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ และเคลื่อนได้ในขอบเขตจำกัดเดินในที่ราบไม่เกิน 100 หลา
- ระดับ 5 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมากมีอาการเหนื่อยหอบเมื่อพูดหรือแต่งตัว เดินเพียง 2-3 ก้าวหรือลุกนั่งก็เหนื่อย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ในการศึกษาครั้งนี้ยึดการแบ่งเกณฑ์ของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (ALA, 2004) เนื่องจากสามารถประเมินได้ง่ายไม่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ใดๆ สอดคล้องกับ

อาการและอาการแสดง

อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะค่อยเป็นค่อยไป เมื่อเริ่มแรกอาจยังไม่มีอาการ อาการมักเริ่มในวัยกลางคนอายุประมาณ 50 ปีขึ้นไป (พูนเกษม เจริญพันธุ์, 2539) แต่ในระยะต่อมาเมื่อปอดถูกทำลายมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการไอแบบมีเสมหะเรื้อรังซึ่งมักจะเป็นมากในตอนเช้าและเสมหะมีลักษณะเป็นมูกสีขาว (mucooid) แต่ปริมาณไม่มาก แต่จะเปลี่ยนสีเป็นมูกหนองสีเขียวข้นหรือสีเหลืองถ้ามีการติดเชื้อร่วมด้วย โดยเฉพาะจะมีอาการมากในเวลาอากาศหนาว เมื่อมีการติดเชื้อในทางเดินหายใจจะมีอาการไอมากและมักเกิดอาการเหนื่อยหอบรุนแรงตามมา ใช้เวลาในการรักษานานกว่าที่อาการจะดีขึ้น ซึ่งมักเรียกอาการดังกล่าวว่า ภาวะกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) (Calverley & Macnee, 2003) อาการหลักของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดคือ อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก โดยเฉพาะขณะประกอบกิจกรรมต่างๆ และเมื่อโรคเพิ่มความรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจะต้องใช้กล้ามเนื้อส่วนอื่นๆช่วยในการหายใจได้แก่ กล้ามเนื้อคอ ไหล่ หน้าท้อง และช่วงเวลาในการหายใจออกจะนานผิดปกติ หายใจมีเสียงวี๊ด (wheezing) น้ำหนักลด ทรวงอกมีลักษณะเป็นรูปถังเบียร์ หน้าอกยกในท่าหายใจเข้า หลังโก่ง ผู้ป่วยมักหายใจออกโดยการห่อปาก แรงดันภายในทรวงอกเพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดดำที่คอโป่งขณะหายใจออกและแฟบขณะหายใจเข้า (พูนเกษม เจริญพันธุ์, 2539) ส่วนในระยะท้ายของโรคจะพบอาการของระบบหายใจมีอาการของก๊าซออกซิเจนในเลือดต่ำ เช่น ปวดศีรษะ ซิฟเจอร์เพิ่ม ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ริมฝีปากและเล็บเขียว หรืออาการของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง เช่น มือเท้าอู่น มือสั่น กล้ามเนื้อกระตุก ง่วงซึม ปวดศีรษะจากหลอดเลือดในสมอง เกิดภาวะกรดในเลือด ในที่สุด หัวใจห้องล่างขวาทำงานล้มเหลวและอาจถึงแก่กรรมได้ (Harrell, 1997)

การดำเนินของโรคแบ่งอาการและการแสดงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 2 ระยะ คือ อาการระยะสงบหรือคงที่และระยะอาการกำเริบเฉียบพลัน (GOLD, 2001)

อาการในระยะสงบหรือคงที่ (stable stage) ในระยะนี้จะมีอาการไอมีเสมหะสีขาวในตอนเช้าแต่ไม่มาก เหนื่อยหอบเพียงเล็กน้อยรู้สึกเพลียเมื่อเดินขึ้นบันไดซึ่งในระยะนี้ถ้าผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดก็จะสามารถควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เหนื่อยหอบรุนแรงตามมาได้ แต่ถ้าผู้ป่วยพร่องความรู้และขาดแรงสนับสนุนทางสังคมในการที่จะควบคุมโรค ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากมากขึ้นและบ่อยครั้งขึ้นแม้ในขณะที่รับประทานอาหาร

อาการในภาวะกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) ภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการคงที่หรือดีมาตลอด และได้รับการรักษาต่อเนื่อง แต่อาจเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ หรือภาวะหัวใจล้มเหลว หรือปัจจัยอื่นที่ทำให้อาการมากขึ้นกว่าที่เคยเป็นอยู่ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบเพิ่มขึ้นกว่าเดิมมากขึ้น ปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นและเปลี่ยนสี ในระยะนี้ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากการหายใจลำบาก เหนื่อยหอบ เป็นภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวนร้อยละ 3-4 ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลและร้อยละ 24 ของผู้ป่วยเหล่านี้ต้องพักรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (GOLD, 2001) โดยผู้ป่วยมักมีอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้คือ หายใจเหนื่อยหอบมาก มีอัตราการหายใจมากกว่า 26 ครั้งต่อนาที และมีอัตราชีพจร มากกว่า 110 ครั้งต่อนาที

ในการศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรที่อยู่ในระยะสงบหรือคงที่ เพราะถ้าผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคไม่ให้ก้าวหน้ารุนแรงขึ้น และยังสามารถลดผลกระทบต่างๆ ทั้งทางด้าน ร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ทำให้โครงสร้างและหน้าที่ในการทำงานของระบบทางเดินหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะการหายใจเป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ ความผิดปกติใดๆที่ทำให้เกิดความขัดข้องต่อระบบหายใจมีผลทำให้อวัยวะ เนื้อเยื่อและเซลล์ต่างๆของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ (พูนเกษม เจริญพันธุ์, 2539) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพเป็นเวลานานและมากขึ้นเรื่อยๆทำให้ความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยลดลง ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตอย่างถาวร แบบแผนการดำเนินชีวิตบางอย่างเปลี่ยนแปลงไปจากที่เคยปฏิบัติ เนื่องจากไม่สามารถทำงานหรือประกอบกิจวัตรประจำวันในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ครอบครัว และเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย จากการสำรวจผลกระทบจากอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประเทศไทยข้อมูลจากโรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปางพบว่า ผู้ป่วยชายอายุ 45- 50 ปีจะต้องทน

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ จากอาการหายใจลำบากทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ซึมเศร้า บางรายอาจมีความรู้สึกโกรธแค้น กระวนกระวายใจ มีอารมณ์กดดันและทำให้สติปัญญาความคิด ความจำเสื่อมถอย (อัมพรพรรณ ชีรานุตร, 2542) ซึ่งการหายใจจะเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะอารมณ์ ของบุคคล อารมณ์ที่รุนแรง เช่น ความ โกรธ ความวิตกกังวล ทำให้ร่างกายมีเมตาบอลิซึม (Metabolism) เพิ่มขึ้นต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นเกินกว่าออกซิเจนที่มีสำรองในร่างกาย จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก ในทางตรงกันข้ามมีอารมณ์บางชนิด เช่น อารมณ์ซึมเศร้า กลับทำให้ผู้ป่วยหายใจช้าลง ทำให้การระบายอากาศไม่เพียงพอเช่นกัน จากการสำรวจผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผลกระทบจากอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด ผู้ป่วยร้อยละ 58 บอกว่ารู้สึกตกใจและกลัวทุกครั้งที่เกิดอาการเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยร้อยละ 52 บอกว่า กลัวว่าอาการจะไม่สามารถควบคุมได้ (ATS, 2002a)

3. ด้านสังคม เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องใช้เวลานานในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยต้องดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังไปตลอดชีวิต ทำให้แบบแผนและบทบาทดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนไป สถานภาพและบทบาททางสังคมถูกจำกัด ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าคุณสมบัติต่างๆที่เคยปฏิบัติได้จะลดลง ทำให้เบื่อหน่าย แยกตัว และปฏิเสธการเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ เพราะกลัวถูกรังเกียจ จากการสำรวจผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ความจำกัดทางด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียความสามารถในการทำงาน ถูกจำกัดกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 53 และรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย ร้อยละ 50 (GOLD, 2006)

4. ด้านครอบครัว เมื่อมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดในบ้าน บทบาทของสมาชิกแต่ละคนย่อมมีการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดความยุ่งยาก ผลัดเปลี่ยนกันหยุดงานหรือจ้างผู้อื่นมาดูแลแทน ระบบครอบครัวถูกกระทบทั้งระบบ อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ เพื่อให้เหมาะสมกับข้อจำกัดที่มีอยู่ เช่น ผู้ป่วยอาจต้องเดินให้ช้าลงหรือใช้เวลามาก

5. ด้านเศรษฐกิจ จากความจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องหยุดงานและออกจากงานก่อนเวลาอันสมควร มีรายงานว่าในสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ.1995 มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อายุมากกว่า 65 ปี ประมาณร้อยละ 65 ของโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย 372 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และร้อยละ 14 ของผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการแสดงของโรคอยู่ในขั้นรุนแรงต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและไปพบแพทย์อยู่บ่อย ๆ ร้อยละ 51 ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ร้อยละ 70 จำกัดการออกกำลังกาย จนเป็นสาเหตุให้ถูกออกจากงาน (GOLD, 2006) และในปี ค.ศ. 1994 จากจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในวัยทำงานทั้งหมด 904 ล้านคนในจำนวนนี้ 366,600 คน ต้องถูกเลิกจ้างงาน สูญเสียรายได้ของรัฐไป 9.9 พันล้านเหรียญสหรัฐ (ATS, 2002a) ส่วนของประเทศไทยค่าใช้จ่ายในการพักรักษาตัวที่แผนกผู้ป่วยหนักและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ วันละประมาณ 7,000 บาทสำหรับโรงพยาบาลของรัฐ และ 10,000 บาท สำหรับโรงพยาบาลเอกชน เฉลี่ยวันพักรักษาตัว 14 วันต่อคน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) นับเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัวและของชาติเป็นอย่างมาก

การรักษาผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะสงบ จะมีอาการหายใจเหนื่อยหอบเพียงเล็กน้อย สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ ส่วนใหญ่ ไม่จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยจุดมุ่งหมายของการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้คือ การควบคุมและบรรเทาอาการของโรคให้น้อยลง การป้องกันภาวะเหนื่อยหอบเฉียบพลัน การคงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้ให้เสื่อมลงช้าที่สุดทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (ชัยเวช นุชประยูร, 2539) รวมทั้งการให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งบทบาทในด้านต่าง ๆ เหล่านี้พยาบาลสามารถประเมินชี้แจง แนะนำส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติอย่างถูกต้อง (อัมพรพรรณ ธีรานุตร, 2542) ประกอบด้วย การลดปัจจัยเสี่ยง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การประเมินและการติดตามโรค การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยวิธีให้ออกซิเจนระยะยาว การรักษาดูแลทางโภชนาการ การดูแลช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การลดปัจจัยเสี่ยง โดยสิ่งที่สำคัญคือ การแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด ซึ่งเป็นวิธีที่ลดทั้งโอกาสการเกิดโรคและชะลอหรือหยุดการดำเนินของโรค ดังนั้นกระบวนการให้คำแนะนำการหยุดสูบบุหรี่จึงมีความสำคัญมาก ได้มีการกำหนดแนวทางสำหรับกระบวนการให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อการหยุดสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพและยังมียาสำหรับการเลิกบุหรี่ที่ใช้ได้ผลดี มีหลักฐานการวิจัยรองรับ ซึ่งจะใช้ในกรณีที่การให้คำปรึกษาและแนะนำแล้วไม่ประสบความสำเร็จ (สุริย์ สมประดิษฐ์, 2546; GOLD, 2001) นอกจากนั้นการหลีกเลี่ยงไม่เข้าไปในสถานที่ที่มีควันไฟ และมลภาวะอากาศเป็นพิษต่างๆ เช่น ย่านโรงงานอุตสาหกรรม สถานที่ชุมชนหรือผู้คนแออัด ก็จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงลงได้ การติดตามดูแลโดยทีมบุคลากรวิชาชีพขณะพักรักษาอยู่ที่บ้านเพื่อให้ความรู้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องสร้างพลังอำนาจและขวัญกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงประสานงานกับเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่นในการดูแลสภาพแวดล้อม ไม่ให้มีฝุ่นควันและมีการกำจัดขยะอย่างเหมาะสม

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการออกกำลังกาย หมายถึง การฝึกกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อทรวงอก กล้ามเนื้อหน้าท้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดและกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ (ATS,2002) โดยเน้นการออกกำลังกายแบบกล้ามเนื้อใหญ่ และทรวงอกเพื่อช่วยลดความอ่อนล้าในการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ รวมถึงการออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายมีความทนในการทำกิจกรรมต่างๆ สามารถทำงานด้วยตนเองมากขึ้น และการทำทางเดินหายใจให้โล่งด้วยการไออย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการบริหารการหายใจ (ดลรวี ลีลารุ่งระยับ, 2549) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะมีแบบแผนการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ กล้ามเนื้อที่ใช้ช่วยหายใจอ่อนแอลง ปอดขยายใหญ่และมีความยืดหยุ่นลดลง มีความผิดปกติในการแลกเปลี่ยนก๊าซ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการฝึกการหายใจเพื่อจะเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ อาการหายใจเหนื่อยหอบและอาการกำเริบลดลง และการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหวังผลในการช่วยลดอาการหายใจลำบาก ให้ผู้ป่วยมีความทนและมีความสามารถในการทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ขณะออกกำลังกายถ้าหากเหนื่อยหอบมาก หายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็วและแรงให้หยุดพัก พักผ่อนก่อนและหลังออกกำลังกายอย่างน้อย 15-30 นาที ควรทำอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 – 5 ครั้ง สถานที่ออกกำลังกายควรมีอากาศปลอดโปร่ง โล่ง มีแสงสว่างพอ (ดลรวี ลีลารุ่งระยับ, 2549) จากการศึกษาของจันทร์จิรา วิรัช (2544) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีอาการหายใจลำบากลดลง และคุณภาพชีวิตดีขึ้น จากการทบทวนงานวิจัยของศักรินทร์ สุวรรณเวหา (2548) พบว่า มิงงานวิจัยบางส่วนที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อระยะการมีชีวิตรอด (survival) และการใช้ประโยชน์จากการให้การดูแลสุขภาพ

3. การประเมินอาการและการติดตามโรค พยาบาลในฐานะที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ควรติดตามและประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในด้านการดำเนินของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน การติดตามผลของการใช้ยา ทั้งในด้านผลการรักษา และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนการใช้ยาอย่างเหมาะสม รวมทั้งต้องประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย วิธีการใช้ยา เทคนิคการใช้อุปกรณ์พิเศษต่าง เช่น อุปกรณ์เกี่ยวกับยาพ่น ร่วมกับการปรึกษาแพทย์ และเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย (GOLD, 2001) ติดตามประวัติการมีอาการกำเริบของโรคอื่นๆ ที่อาจเป็นร่วมและทำให้ส่งผลกระทบต่อความเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยความผิดปกติเกี่ยวกับกับการหายใจ หรือโรคอื่นที่เป็นโรคร่วมซึ่งอาจกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (GOLD, 2001) รวมถึงการให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นไม่ให้เกิดการกำเริบ และส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

4. การรักษาด้วยยา เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่รักษาไม่หาย และผู้ป่วยมักจะมีการตอบสนองต่อการใช้ยาก่อนข้างต่ำ (พูนเกษม เจริญพันธุ์, 2547) ดังนั้นยาที่ใช้ในผู้ป่วยจึงมีวัตถุประสงค์เพียงเพื่อป้องกัน บรรเทา ควบคุมอาการ ลดความถี่และความรุนแรงของการกำเริบของโรค และรักษาภาวะแทรกซ้อน โดยทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น เพิ่มความทนของปอดต่อการใช้กำลัง และไม่มียาชนิดใดที่แก้ไขภาวะหน้าที่การทำงานของปอดลดลงได้ในระยะยาว (GOLD, 2001) โดยมากแพทย์มักเลือกใช้ยาดังนี้คือ

4.1 ยาขยายหลอดลม จัดเป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมี

เป้าหมายเพื่อลดอาการของผู้ป่วย และควรใช้ยาขยายหลอดลมเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น

4.2 กลูโคคอร์ติโคสเตียรอยด์ (glucocorticosteroids) มักใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากและมีภาวะกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation)

4.3 รักษาด้วยยาต้านจุลชีพ เมื่อมีการอักเสบติดเชื้อ

ยาชนิดอื่น เช่น วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (influenza vaccine) สามารถลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ร้อยละ 50 (GOLD, 2001)

5. การรักษาด้วยวิธีให้ออกซิเจนระยะยาว

การให้ออกซิเจนระยะยาว จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการมากหรือมีความดันของ

6. การดูแลรักษาทางโภชนาการ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการคงที่ที่ได้รับประทานอาหารที่ง่าย มือละพอ อิ่ม แต่อาจรับประทานบ่อยครั้งขึ้น จำนวนมื้ออาหารอาจเป็น 5-6 มื้อต่อวัน เพื่อลดอาการเหนื่อย หอบหลังรับประทานอาหารหนักหรือย่อยยากเนื่องจากต้องใช้ออกซิเจนมากในการเผาผลาญอาหาร การจัดหาอาหารให้แก่ผู้ป่วยต้องคำนึงถึงจำนวนแคลอรีที่ได้ให้เพียงพอและได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ การเลือกอาหารสำหรับผู้ที่ป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรพิจารณาผลต่ออัตราส่วนออกซิเจนที่ใช้ต่อคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดขึ้น Respiratory Quotient : R.Q) สารอาหารที่ดีควรให้ R.Q ต่ำและ ปริมาณน้ำที่ควรได้รับอย่างน้อยวันละมากกว่า 2,000 มิลลิลิตร ยกเว้นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน (อัมพรพรรณ ธีรานุตร, 2542)

7. การดูแลช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคม

เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและเครือข่ายทางสังคมช่วย สนับสนุนความต้องการด้านต่างๆ เพื่อให้บรรลุจุดหมายช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกที่มีความรัก ความหวัง ความสงบสุข ความพึงพอใจในชีวิต ยกกระดับสุขภาพให้ดีขึ้น ตลอดจนช่วยลดความรุนแรงของโรคหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถลดปัจจัยเสี่ยงช่วยควบคุมอาการของ โรคได้มีร่างกายแข็งแรงและสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้น ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (อรรถวุฒิ ดีสมโชค, 2545) แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลง ในชีวิตหรือภาวะเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีความมั่นคง ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างถูกต้องและเหมาะสม ความช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ทำให้เกิด ความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนาและเห็นคุณค่าในตนเอง (Weinert & Brandt, 1987) และเพนเดอร์ (Pender, 1996) พบว่า เครือข่ายทางสังคม



กล่าวโดยสรุปจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมีการดำเนินของโรคจะค่อยเป็นค่อยไป และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติการรักษาพยาบาลเป็นเพียงการควบคุมอาการของโรคมิให้เลวลงอย่างรวดเร็วหรือเกิดภาวะกำเริบคุกคามบ่อยครั้งเนื่องจากมีอาการเหนื่อยหอบจึงมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ต้องพึ่งพาผู้อื่น หากเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ จากเครือข่ายทางสังคม จะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงต่อการเผชิญกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเองช่วยลดหรือขจัดผลของความเครียดที่มีต่อร่างกาย ทำให้บุคคลรู้จักการแก้ไขปัญหาและสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้

ลิขสิทธิ์ © by Chiang Mai University
All rights reserved

เครือข่ายทางสังคม

ความหมายของเครือข่ายทางสังคม

ชาติชาย ณ เชียงใหม่ (2533) ได้อธิบายแนวคิดเครือข่ายทางสังคมว่า หมายถึง สายใยของความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อมระหว่างบุคคลคนหนึ่งกับบุคคลอื่นๆ หลายนาน คน เช่น รู้จักผ่านคนอื่น เครือข่ายทางสังคมจึงมีหลายระดับของความชิดใกล้และความห่าง เครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม ช่วยให้ให้เห็นพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลในสังคมที่มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ในหลายๆ ด้าน ดังนั้นแนวคิดเครือข่ายทางสังคมจึงเน้นให้เห็นถึงพฤติกรรมของบุคคลด้วย ในลักษณะที่เคลื่อนไหว เปลี่ยนแปลงและหลากหลาย

พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2530) ให้ความหมายว่า เครือข่ายทางสังคม คือ กลุ่มของความสัมพันธภาพทางสังคมที่บุคคลกลุ่มหนึ่งมีต่อกันและกัน และลักษณะของความสัมพันธภาพทางสังคมที่เกิดขึ้นดังกล่าวสามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้นได้

แบรนต์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981) ให้ความหมายว่าเครือข่ายทางสังคม หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งมีทั้งบุคคลภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัว เพื่อให้ความช่วยเหลือบุคคลหนึ่งในสถานการณ์ปัญหาต่างๆ ที่กำลังเผชิญอยู่

โบเชแวง (Boissevain, 1974 อ้างใน พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530) ได้กล่าวว่า เครือข่ายทางสังคม คือ การมีบุคคลคนหนึ่งเป็นศูนย์กลางและต้องตัดสินใจว่า เครือข่ายของบุคคลนั้นจะครอบคลุมขอบเขตกว้างขวางเพียงใด นอกจากนั้นจะต้องดูเกี่ยวกับประเภทของบุคคลต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ด้วย ซึ่งแบ่งออกไปตามความห่างเหินทางสังคม (social distance)

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า เครือข่ายทางสังคม หมายถึง บุคคลและกลุ่มบุคคลต่างๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางสังคมต่อกันทั้งทางตรงและทางอ้อมระหว่างบุคคลคนหนึ่งกับบุคคลอื่นๆ หลายนานในสังคมที่เขาอาศัยอยู่ ซึ่งมีทั้งบุคคลภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัว เพื่อให้ความช่วยเหลือบุคคลหนึ่งในสถานการณ์ปัญหาต่างๆ ที่กำลังเผชิญอยู่

แนวคิดเชิงทฤษฎีของเครือข่ายทางสังคม

แนวคิดของเครือข่ายทางสังคม เป็นการอธิบายถึง ความสัมพันธ์ของปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลกับระบบสังคม เพราะเครือข่ายทางสังคมโดยความหมายเปรียบเสมือนวงจรการสื่อสาร จะบ่งบอกว่าบุคคลใดติดต่อสื่อสารกับบุคคลใดบ้าง มีสมมุติฐานเบื้องต้นว่า ในสังคม

ทฤษฎีสัญญลักษณ์การ (Symbolic Theory)

นักสังคมวิทยาในกลุ่มสัญญลักษณ์การมีความเห็นว่า สังคมถูกสร้างขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์มากกว่าสถาบันทางสังคมต่างๆ อธิบายได้ว่า สังคมมนุษย์ประกอบด้วยสายใยของความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่ซับซ้อนและเกี่ยวข้งกัน สังคมจะอยู่ได้โดยการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จึงทำให้สังคมประกอบด้วยเครือข่ายของการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่างๆในสังคม หรือในชุมชนของตน เช่น การที่บุคคลคนหนึ่งป่วย เพื่อนและคนรู้จักจะไปเยี่ยมเยียนสอบถามอาการและแนะนำวิธีการปฏิบัติตัว ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ถ้าต้องการเข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมของเขาด้วย เพราะพฤติกรรมของบุคคลออกมาในลักษณะเชื่อมโยงกับแบบแผนของเครือข่ายทางสังคม พฤติกรรมของบุคคลจึงเป็นผลจากการประสานกิจกรรมของทุกฝ่ายที่อยู่ในสังคมเข้าด้วยกัน

ทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (Exchange Theory)

เมื่อพิจารณาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายทางสังคมแล้วจะพบว่า ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนสามารถให้คำอธิบายในประเด็นนี้ได้ กล่าวคือ บุคคลมิใช่เพียงแต่ปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทที่คาดหวังไว้ในสังคมหรือตามแบบที่ได้รับการอบรมถ่ายทอดมาเท่านั้น แต่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่บนพื้นฐานการตัดสินใจในการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่างคู่ที่มีความสัมพันธ์กันทั้งในด้านวัตถุและที่ไม่ใช่วัตถุ เช่น ความช่วยเหลือ ความผูกพันทางใจ หนี้บุญคุณ ดังนั้นการที่บุคคลหนึ่งมีความสัมพันธ์กับอีกบุคคลหนึ่ง ย่อมหมายถึงการได้รับประโยชน์ตอบแทนจากความสัมพันธ์ดังกล่าว เช่น การตอบแทนบุญคุณต่อผู้มีพระคุณ และการไม่เลือกคบหาสมาคมกับบุคคลที่ไม่ให้ความช่วยเหลือ กระบวนการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลต่อบุคคลจึงเป็นหัวใจสำคัญของเครือข่ายทางสังคม นั่นคือทฤษฎีการแลกเปลี่ยนสามารถวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมได้อย่างชัดเจน (เจษฎากร โนอินทร์, 2546) จากแนวคิดเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ได้แสดงให้เห็นว่า การแลกเปลี่ยนทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล ซึ่งจะออกมาในรูปแบบของการติดต่อสื่อสาร การเศรษฐกิจ และการสังคมในรูปแบบอื่นๆ

กล่าวโดยสรุปแนวคิดทฤษฎี อธิบายได้ว่าบุคคลมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันทั้งในด้านวัตถุและที่ไม่ใช่วัตถุ สังคมจะอยู่ได้โดยการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของบุคคล และการช่วยเหลือตามความต้องการอย่างเหมาะสม สำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแนวคิดทฤษฎีที่เหมาะสมคือ ทฤษฎีสัญญลักษณ์การ ซึ่งเป็นการได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม

ขอบเขตของเครือข่ายทางสังคม

โบเซแวง (Boissevain อ้างใน พิมพ์วัลย์ ปริดาสวัสดิ์, 2530) วิเคราะห์เครือข่ายทางสังคม โดยใช้เกณฑ์ลักษณะ โครงสร้างและลักษณะความสัมพันธ์กำหนดขอบเขตของเครือข่ายทางสังคม อธิบายให้เราทราบถึงพฤติกรรมและเนื้อหาของความสัมพันธ์กันภายในเครือข่ายทางสังคมของบุคคล การที่บุคคลจะมีเครือข่ายทางสังคมมากหรือน้อยเกี่ยวข้องกับลักษณะ โครงสร้างและลักษณะความสัมพันธ์ ดังนี้คือ

1. ขนาดของกลุ่มสังคม

หมายถึง จำนวนคนในกลุ่มสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กัน ขนาดของกลุ่มสังคมจะเล็กหรือใหญ่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ชนิดของความสัมพันธ์ ลักษณะความห่างไกลทางภูมิศาสตร์ ลักษณะวัยของบุคคลในกลุ่ม จากการศึกษาพบว่า ขนาดของกลุ่มบุคคลที่เล็ก บุคคลในกลุ่มสังคมจะประกอบด้วยญาติ ร้อยละ 80 เมื่อขนาดของกลุ่มใหญ่ขึ้น จำนวนร้อยละของเพื่อนก็จะมากขึ้น และขนาดของกลุ่มสังคมในวัยเด็กจะมีลักษณะเพิ่มขึ้น โดยในช่วงแรกจะมีความสัมพันธ์กับพ่อแม่ และต่อมากับบุคคลอื่นที่แวดล้อม การเข้าสู่สังคมจะเป็นไปในลักษณะการสร้างเพื่อน การเป็นสมาชิกกลุ่ม และการได้รับการยอมรับจากกลุ่ม เมื่อถึงวัยผู้ใหญ่ขนาดของสังคมค่อนข้างคงที่ และขนาดสังคมจะเล็กลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ (ดวงฤทัย พงศ์เชี่ยวบุญ, 2537)

2. ลักษณะของความสัมพันธ์

เป็นความผูกพันซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่มสังคม ลักษณะของบุคคลที่ผูกพันด้วย หมายถึง คุณสมบัติเฉพาะบุคคลซึ่งสัมพันธ์กัน ความผูกพันต่อกันนี้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1) กลุ่มเครือญาติ เป็นกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์กันทางชีวภาพและตามกฎหมาย สมาชิกในกลุ่มนี้จะใช้เวลาร่วมกันมาก มีชนิดของกิจกรรมและปฏิสัมพันธ์หลายชนิด อาจมีความถึในการติดต่อสูง มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารซึ่งกันและกัน กลุ่มเครือญาติในครอบครัวไทยนับเป็นกลุ่มสังคมที่มีบทบาทสำคัญต่อบุคคล เนื่องจากครอบครัวจัดเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดของสังคม

2) กลุ่มไม่ใช่ญาติ เป็นบุคคลที่เรามีสิทธิในการเลือกคบด้วยเหตุผลส่วนตัว เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน คนข้างเคียงที่ต้องพบปฏิสัมพันธ์กันบ่อย หรือมีความสนใจร่วมกัน หรือมีค่านิยมร่วมกัน กลุ่มเพื่อนเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้มีอายุ เพศ และระดับการดำเนินชีวิตคล้ายคลึงกัน ในด้านคุณภาพของความสัมพันธ์นั้น แบ่งเป็น ความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นซึ่งเป็นที่ใกล้ชิดสนิทสนมต่อกัน และความสัมพันธ์ที่ไม่แน่นแฟ้นเป็นความสัมพันธ์อันผิวเผิน ไม่ลึกซึ้งระหว่างบุคคล เป็นความสัมพันธ์ที่พบได้ในสังคมอุตสาหกรรม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชีวิตในเมืองมากกว่าชีวิตในชนบท ประธานพร วังสุริยพันธ์ (2546)

พิมพัลย์ ปรีคาสวัสดิ์ (2530) กล่าวว่า ลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมกรเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตนเองนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะของเครือข่ายทางสังคมดังนี้

- 1) ระดับของความเกี่ยวพันกันภายในเครือข่าย เช่น ผู้ป่วยที่มีเครือข่ายทางสังคมแบบเหนียวแน่น มักมีแนวโน้มที่จะรักษาเยียวยากันเองภายในก่อนที่จะไปปรับการรักษาอื่นๆ
- 2) จำนวนและความหลากหลายทางสังคมของบุคคลภายในเครือข่าย จะมีความเกี่ยวพันกันอย่างหละหลวม เปิดโอกาสรับการรักษาทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบใหม่
- 3) แบบแผนของแรงสนับสนุนทางสังคมภายในเครือข่ายสังคม ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายของตนต่ำมักมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดสูง รับรู้การผิดปกติที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงสูงกว่า ย่อมผลักดันไปหาบุคลากรสาธารณสุขมากกว่าการรักษาตนเอง ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายของตนสูง มีแนวโน้มที่จะดูแลรักษาตนเองมากกว่า

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อ

ระยะเวลาที่บุคคลรู้จักหรือติดต่อกันเป็นช่วงเวลาที่บุคคลเริ่มทำความรู้จักกัน และดำเนินชีวิตสัมพันธ์ภาพต่อกันเรื่อยมา คุชฎี รุจจนเวท (2540) กล่าวว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อซึ่งกันและกัน แสดงให้เห็นถึงความมั่นคงต่อกัน หากบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างแน่นแฟ้นและคบหากันเป็นเวลานานก็จะทำให้ได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น

4. ความถี่ในการติดต่อ

ความถี่ในการติดต่อกันเป็นความบ่อยครั้งที่บุคคลติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อกันจะแสดงให้เห็นถึงความมั่นคงของกลุ่มนั้นๆ จากการศึกษาของเจษฎากร โนอินทร์ (2546) พบว่าความถี่ในการพบกันระหว่างเพื่อน ญาติ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมกรป้องกันโรคนั้นก็หมายถึงว่าการพบกันบ่อยครั้งทำให้พฤติกรรมกรป้องกันโรคมียากขึ้น และลักษณะเครือข่าย

5. วิธีที่ใช้ในการติดต่อ

การติดต่อสื่อสารเป็นขบวนการที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นความต้องการอย่างหนึ่งของมนุษย์ การติดต่อสื่อสารมีหลายชนิด เช่น จดหมาย โทรศัพท์ พบปะพูดคุย เป็นต้น การพบปะเพื่อพูดคุยกันจะทำให้ผู้สนทนาได้เข้าใจกันมากขึ้น ในปัจจุบันนี้มีการติดต่อกันได้หลากหลายมากขึ้น ทางคอมพิวเตอร์ได้ทั่วโลก การติดต่อกันระหว่างบุคคลจะนำไปสู่การมีสัมพันธภาพทางสังคมของบุคคล ซึ่งสัมพันธภาพทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการหลายอย่างและวิธีการที่ใช้ในการติดต่อกันจะมีผลต่อสัมพันธภาพทำให้เกิดความแตกต่างของการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละบุคคลจะได้รับด้วย (ประทานพร วัจสุรียนันท์, 2546)

ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะความสัมพันธ์การช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการด้านต่างๆของบุคคลภายในเครือข่ายทางสังคม จึงขึ้นอยู่กับขนาดและจำนวนสมาชิกของกลุ่มสังคมที่อาศัยอยู่ มีเครือข่ายทางสังคมที่ดี ความสัมพันธ์ที่มีต่อกันอย่างลึกซึ้งแน่นแฟ้น มีการติดต่อสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอ และท้องถิ่นมีการบริหารจัดการที่ดีเห็นความสำคัญของภาวะสุขภาพ ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า การที่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะได้รับความช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ จึงมาจากลักษณะของโครงสร้างและลักษณะของความสัมพันธ์ของตนเองกับเครือข่ายทางสังคม

ประเภทของเครือข่ายทางสังคม

การเกิดขึ้นของกลุ่มเครือข่าย จะต้องมียุคเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มเครือข่ายต่างๆกับปัจเจกบุคคล การก่อรูปโครงสร้างของสายสัมพันธ์ทางสังคมจะนำไปสู่เครือข่ายชนิดต่างๆที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจ อาจกล่าวได้ว่าเครือข่ายต่างๆมีลักษณะการถ่ายทอดกันได้ (transitive) ดังแนวคิดต่อไปนี้

แบรนทท์และไวเนอร์ทท์ (Brandt & Weinert, 1981) แบ่งประเภทของเครือข่ายทางสังคมออกเป็น 11 กลุ่ม ดังนี้

1. บิดา มารดา
2. บุตร

3. คู่ครอง
4. เพื่อนสนิท และบุคคลสำคัญอื่นๆ
5. ญาติหรือบุคคลในครอบครัว
6. เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน
7. พระหรือนักบวช
8. บุคคลในวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
9. อาสาสมัครสาธารณสุข
10. กลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
11. หน่วยบริการที่จัดให้โดยชุมชน ผู้นำชุมชน

การศึกษาครั้งนี้ได้รวมกลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มสังคม กลุ่มองค์กรเครือข่ายในท้องถิ่น กลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นกลุ่มเดียวกัน คือ กลุ่มองค์กรของรัฐและเอกชน เพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษาเครือข่ายสังคมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

เพนเดอร์ (Pender, 1987) แบ่งเครือข่ายทางสังคมออกเป็น 5 ประเภทตามลักษณะของบุคคลในกลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มธรรมชาติ ได้แก่ บิดา มารดา บุตร คู่ครอง ญาติพี่น้อง
2. กลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน บุคคลสำคัญหรือบุคคลใกล้ชิดเพื่อน
3. กลุ่มบุคคลทางศาสนา ได้แก่ พระ หรือผู้นำทางศาสนาต่างๆ
4. กลุ่มบุคลากรวิชาชีพ ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่ประกอบอาชีพที่ให้บริการทางสังคม เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ทนายความ
5. กลุ่มอื่นๆที่ให้การสนับสนุน ได้แก่ กลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือกันในชุมชน

แคปแลน (Caplan อ้างใน ชมนาด วรรณพรศิริ, 2535) แบ่งเครือข่ายทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ได้แก่ คู่ครอง
 2. บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง เช่น ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่ ลูก
 3. บุคคลที่อยู่ในครอบครัวใกล้ชิดกัน เช่น เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน
 4. กลุ่มวิชาชีพ เช่น บุคลากรวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
- ชมนาด วรรณพรศิริ (2535) แบ่งเครือข่ายทางสังคมออกเป็น 2 ประเภท คือ
1. กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติ พี่น้อง และเพื่อนบ้าน
 2. กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ

สรุปได้ว่า เครือข่ายทางสังคมของบุคคลหนึ่งประกอบขึ้นด้วยกลุ่มบุคคลทั้งหมดของบุคคลคนนั้นที่เขาอาศัยอยู่ ซึ่งรวมถึงกลุ่มบุคคลที่อยู่ภายในครอบครัว ได้แก่ บุตร หลาน บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย คู่ครอง และกลุ่มบุคคลที่อยู่ภายนอกครอบครัว ได้แก่ ญาติหรือบุคคลใกล้ชิด เพื่อนบ้าน เพื่อน กลุ่มสมาคมต่างๆ และกลุ่มองค์กรในท้องถิ่น รวมถึงกลุ่มบุคลากรวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เราสามารถพิจารณาเครือข่ายทางสังคมของบุคคลเป็นรูปธรรมได้ โดยการมองเป็นภาพที่ประกอบด้วยจุดต่างๆ ที่มีเส้นหลายๆเส้นโยงไปโยงมาระหว่างจุดๆ หนึ่งที่เป็นจุดศูนย์กลาง จุดศูนย์กลางเปรียบเสมือนบุคคลคนหนึ่ง และจุดต่างๆเป็นตัวแทนของบุคคลรายรอบทั้งหลายที่บุคคลคนนั้นมีความสัมพันธ์ด้วย ส่วนเส้นโยงใยเหล่านั้นหมายถึง ความสัมพันธ์ทางสังคมที่บุคคลมีต่อกันและกัน

หน้าที่ของเครือข่ายทางสังคม

หน้าที่ของเครือข่ายทางสังคมคือ การดำรงเผ่าพันธุ์และการสืบทอดทางวัฒนธรรมของมนุษย์ เป็นความสัมพันธ์ที่สืบทอดกันมา มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความสนใจร่วมกัน มีความผูกพันร่วมกัน มีการขัดเกลาทางสังคมซึ่งเป็นการถ่ายทอดความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี มีการประสานสัมพันธ์ติดต่อกับบุคคลหรือชุมชนภายนอกเพื่อขอความช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมทางสังคมเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นการให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวด้านต่างๆทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย (วรณีย์ จันทร์สว่าง, 2546)

บาร์ริราและเอนเลย์ (Barrera & Ainlay, 1983) กล่าวว่าเครือข่ายทางสังคมมีหน้าที่ 6 ประการคือ

1. ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลด้านการเงิน วัตถุอื่น ๆ ที่อยู่อาศัย และการให้ปัจจัยที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต
2. ให้ความช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพ
3. ให้การประคองและสนับสนุนด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม มีความอบอุ่น รู้สึกมีคนอื่นห่วงใยและเอาใจใส่
4. ให้คำแนะนำ ข้อมูล และข่าวสารต่างๆที่เป็นประโยชน์
5. ให้ข้อมูลย้อนกลับในสิ่งที่ได้กระทำ เพื่อให้บุคคลได้ปรับปรุง แก้ไขหรือได้รับกำลังใจในสิ่งที่ทำได้แล้ว
6. เสริมสร้างโอกาสให้บุคคลมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า เครือข่ายทางสังคมมีหน้าที่ดังนี้

1. ด้านการสนับสนุน บุคคลในเครือข่ายทางสังคมจะช่วยให้อีกบุคคลหนึ่งบรรลุเป้าหมายที่ต้องการหรือปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ โดยเครือข่ายทางสังคมจะเป็นแหล่งให้การสนับสนุนในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1.1 ให้สิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต ได้แก่ เงิน สิ่งของที่ต้องการ

1.2 ให้การประคับประคองด้านจิตใจ ได้แก่ การให้ความรัก ความอบอุ่น

2. ด้านการให้คำแนะนำ บุคคลในเครือข่ายทางสังคมจะเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือแนวทางที่กระทำในเรื่องต่างๆเพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

3. ด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ บุคคลในเครือข่ายทางสังคมจะเป็นผู้ประเมินสิ่งต่างๆที่อีกบุคคลหนึ่งได้กระทำลงไป และให้คำติชมที่เป็นประโยชน์สามารถใช้เพื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลง หรือปรับปรุงตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

แบรนต์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) กล่าวว่า เครือข่ายทางสังคมมีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือในสถานการณ์ต่างๆ ประกอบด้วย 10 สถานการณ์ ดังนี้

1. สถานการณ์ความช่วยเหลือรีบด่วน
2. สถานการณ์ความช่วยเหลือเมื่อมีความเจ็บป่วยจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้
3. สถานการณ์ ปัญหาสัมพันธภาพ
4. สถานการณ์ปัญหาเศรษฐกิจ
5. สถานการณ์ปัญหาความรู้สึกโดดเดี่ยว
6. ความช่วยเหลือหรือคำแนะนำในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง
7. ปัญหาเมื่อผู้ดูแลเจ็บป่วยจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ
8. เมื่อมีปัญหาชีวิตจนเกิดความคับข้องใจ
9. เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับงานบ้านหรืออาชีพ
10. เมื่อมีปัญหาส่วนตัวในชีวิตประจำวัน

ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดหน้าที่เครือข่ายทางสังคมของแบรนต์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) จำนวน 5 สถานการณ์ ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาความช่วยเหลือรีบด่วน สถานการณ์ปัญหาความช่วยเหลือเมื่อมีความเจ็บป่วยจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ สถานการณ์ปัญหาสัมพันธภาพ สถานการณ์ปัญหาเศรษฐกิจ สถานการณ์ปัญหาด้านความรู้สึกโดดเดี่ยว เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ที่เป็นปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับรายงาน

1. สถานการณ์ปัญหาความต้องการรับค้ำ ผู้ป่วยร้อยละ 58 บอกว่า รู้สึกตกใจและกลัวทุกครั้งที่เกิดอาการเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยร้อยละ 52 (GOLD, 2006) บอกว่า กลัวว่าอาการจะไม่สามารถควบคุมได้ เมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน เกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เกิดภาวะคุกคามกำเริบของโรค มีอาการหายใจลำบาก มีการอุดตันทางเดินหายใจ โดยผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากกลุ่มบุคคลในครอบครัว ถ้าไม่มีคนในครอบครัว อาจเป็นเพื่อนบ้าน ญาติ เพื่อน คนรู้จัก หรือกลุ่มสังคมอื่นๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือรับค้ำในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอันตรายถึงชีวิต ทั้งการให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นโดยพนักงาพยาบาลหรืออาสาสมัครทางการแพทย์ในโรงพยาบาล จากการศึกษาของ เจนสัน-เบอร์คเลย์ คาไรรีและฮิวเดส (Janson-Bjerklie, Carrieri, & Hudes, 1986 อ้างในจันทร์จิรา วิรัช, 2544) ที่ได้ศึกษาถึงความรู้เกี่ยวกับการหายใจลำบากในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 27 ราย โรคหอบหืดจำนวน 23 ราย โรคปอดที่มีการจำกัดการขยายตัวของปอดหรือทรวงอกจำนวน 13 ราย และโรคความดันของหลอดเลือดในปอดสูงจำนวน 5 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากบ่อยครั้งและรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น

2. สถานการณ์ปัญหาต้องการความช่วยเหลือเมื่อมีความเจ็บป่วยจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติหรือพิการ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการเหนื่อยหอบเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันลดลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ถูกจำกัดกิจกรรมตามปกติของร่างกาย ร้อยละ 70 (GOLD, 2006) เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงเป็นหน้าที่ของผู้อื่นที่จะต้องให้ความช่วยเหลือดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่างให้ (Brandt & Weinert, 1981) ทั้งในด้านร่างกาย การรับประทานอาหาร การจับถ่าย การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานยาและพนักงาการทำกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพ การพาไปโรงพยาบาลตามนัดและเมื่อเกิดภาวะกำเริบฉุกเฉิน ด้านจิตใจ อารมณ์ ครอบครัวและสังคมยอมรับและเข้าใจถึงอาการของโรคซึ่งต้องให้การดูแลใกล้ชิดเป็นเวลานาน



3. สถานการณ์ปัญหาสัมพันธภาพ เมื่อบุคคลมีปัญหาด้านสัมพันธภาพจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรในวิชาชีพ ในการประสานสัมพันธ์และช่วยแก้ไขปัญหาภายในครอบครัวเพื่อให้สัมพันธภาพของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดกลับมา มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นการวางเงื่อนไขในการติดต่อสื่อสารเพื่อส่งเสริมความรู้สึกของความผูกพันอันลึกซึ้ง และความใกล้ชิดมากกว่าการติดต่ออย่างเป็นทางการ การติดต่อรวมถึงการแบ่งปันความคิด ความรู้สึกทั้งเป็นคำพูดและไม่เป็นคำพูด เพนเดอร์ (Pender, 1996) การมีสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น กำลังใจ คำปรึกษา คำแนะนำ ช่วยให้ผู้สามารถเผชิญปัญหา แก้ไขปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจเห็นว่าตนเองยังมีคุณค่าเกิดความรู้สึกที่ดี ช่วยลดความเครียด นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า มีแนวโน้มที่จะมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลลดลง เนื่องจาก



4. สถานการณ์ปัญหาด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ที่เป็นปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับผลกระทบสูญเสียการทำงานและอาชีพ ร้อยละ 51 (GOLD, 2006) เนื่องจากการมีสมรรถภาพของร่างกายลดลง ทำให้เกิดผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบอาชีพและการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้ป่วยอาจต้องมีการเปลี่ยนงาน หุุดงานหรือบางรายต้องออกจากงานก่อนวัยอันควร ทำให้ต้องสูญเสียงานอาชีพและขาดรายได้ จากรายงานสมาคมโรคทรวงอกของสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 366,600 คน ถูกเลิกจ้างงาน (ATS, 2002) ทำให้ไม่มีเงินไว้ใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และเนื่องจากเป็นโรคที่ไม่หายขาดต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และต้องเข้ารับการรักษาค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเนื่องจากอาการกำเริบของโรค ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการให้ความช่วยเหลือจำนวนมาก บางคนต้องขาดงานและขาดรายได้เพื่อมาดูแล (กมลวรรณ จันทรตระกูล, 2547) ผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติช่วยเหลือ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากกลุ่มองค์กรต่างๆ ในท้องถิ่น เช่น ค่าเบี้ยยังชีพในผู้สูงอายุและผู้พิการ การจัดซื้อถังออกซิเจนประจำหมู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยที่จำเป็นยืมใช้

5. สถานการณ์ปัญหาด้านความรู้สึกลดเดี้ยว พบว่า ผู้ที่เป็นปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับผลกระทบด้านอารมณ์ ร้อยละ 53 (GOLD, 2006) เมื่อต้องเผชิญกับภาวะคุกคามของโรคเป็น



สรุปได้ว่า เครือข่ายทางสังคม คือ บุคคลและกลุ่มบุคคลต่างๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางสังคมต่อกันทั้งทางตรงและทางอ้อมระหว่างบุคคลคนหนึ่งกับบุคคลอื่นๆ หลายคน ในสังคมที่เขาอาศัยอยู่ เริ่มตั้งแต่บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ได้แก่ บิดามารดา คู่ครอง บุตร พี่น้อง และบุคคลภายนอกครอบครัว ได้แก่ ญาติหรือบุคคลใกล้ชิด เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน อสม. กลุ่มองค์กรรัฐและเอกชน พระภิกษุ และบุคลากรวิชาชีพ แนวคิดทฤษฎีที่สามารถนำมาอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่างๆ ในเครือข่ายทางสังคม คือ ทฤษฎีสัญญัตถ์กษณาการ ซึ่งเหมาะสมกับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องการความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม ส่วนพฤติกรรมที่แสดงถึงความสัมพันธ์ ได้แก่ การไปมาหาสู่เยี่ยมเยียนกัน การปรึกษาหารือกัน และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยใช้แนวคิดเครือข่ายทางสังคมของแบรนต์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) 5 สถานการณ์ ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาความช่วยเหลืออย่างรีบด่วน สถานการณ์ปัญหาความช่วยเหลือเมื่อมีความเจ็บป่วยจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติหรือพิการ สถานการณ์ปัญหาสัมพันธ์กับคู่สมรสหรือบุคคลสนิทอื่นๆ สถานการณ์ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สถานการณ์ปัญหาด้านความรู้สึกโดดเดี่ยว พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2530) กล่าวว่า เครือข่ายทางสังคมมีผลพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยนั้นมีปรากฏอยู่อย่างชัดเจนทั้งในลักษณะที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อรูปแบบพฤติกรรมดูแลสุขภาพการรักษาเยียวยา ประสิทธิภาพของพฤติกรรมดูแลรักษาตนเอง ตลอดจนการลดอัตราการเจ็บป่วย และลดอัตราการตาย

การประเมินเครือข่ายทางสังคม

จวีวรรณ แก้วพรหม (2531) ประเมินเครือข่ายทางสังคม โดยสร้างแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ขนาดของกลุ่มสังคม ชนิดของกลุ่มสังคม ชนิดของความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มสังคม เพศของสมาชิกในกลุ่มสังคม ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อกัน วิธีการที่ใช้ในการติดต่อกัน และการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ขนาด วรรณพรศิริ (2536) ประเมินเครือข่ายทางสังคม โดยแปลและดัดแปลงแบบวัดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 1 ของแบรนต์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) ซึ่งประเมินจำนวนกลุ่มบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในสถานการณ์ต่างๆ และความพึงพอใจในความช่วยเหลือที่ได้รับจากเครือข่ายทางสังคม

แบรนต์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) ประเมินเครือข่ายทางสังคม โดยสร้างแบบสอบถามจำนวนกลุ่มบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในสถานการณ์ต่างๆ 10 สถานการณ์ และความพึงพอใจในความช่วยเหลือที่ได้รับจากเครือข่ายทางสังคม สถานการณ์ปัญหาความช่วยเหลืออย่างรีบด่วน สถานการณ์ปัญหาความช่วยเหลือเมื่อมีความเจ็บป่วยจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติหรือพิการ สถานการณ์ปัญหาสัมพันธภาพกับคู่สมรสหรือบุคคลสนิทอื่นๆ สถานการณ์ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สถานการณ์ปัญหาด้านความรู้สึกลึกลับโดดเดี่ยว ความช่วยเหลือหรือคำแนะนำในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัวหรือ เพื่อนฝูง ปัญหาเมื่อผู้ดูแลเจ็บป่วยจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ปัญหาชีวิตจนเกิดความคับข้องใจ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับงานบ้านหรืออาชีพ และเมื่อมีปัญหาส่วนตัวในชีวิตประจำวัน

การศึกษาครั้งนี้ ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องสอดแทรกแนวคิดเครือข่ายทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 1 (Personal Resource Questionnaire: Part 1) แปลและดัดแปลงโดย ชมนาด วรรณพรศิริ (2536) โดยกำหนดกลุ่มบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือจำนวน 10 กลุ่ม ได้แก่ บิดามารดา คู่ครอง บุตร ญาติหรือบุคคลใกล้ชิด เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท พระ อสม. บุคลากรวิชาชีพ กลุ่มองค์กรรัฐและเอกชน และเป็นคำถามที่ถามเกี่ยวกับการมีความต้องการความช่วยเหลือและการได้รับความช่วยเหลือในสถานการณ์ต่างๆ 5 สถานการณ์ ในระยะ 6 เดือน ที่ผ่านมา ได้แก่ ปัญหาความต้องการรีบด่วน ปัญหาเมื่อความเจ็บป่วยจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ปัญหาสัมพันธภาพ ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาความรู้สึกลึกลับโดดเดี่ยว

แรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้ที่เป็นปอดอุดกัันเรื้อรัง ได้รับผลกระทบจากการดำเนินของโรคทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลไม่มั่นคงในความปลอดภัยและสถานภาพของตนเอง และส่วนใหญ่ต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ หากบุคคลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและให้ความรู้สึกด้านบวกที่มีความหมายต่อชีวิต ช่วยเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง สามารถควบคุมอารมณ์และการปรับตัวต่อปัญหาได้ มีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนของครอบครัวตามแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1976) หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีบุคคลในครอบครัว ให้ความรัก มีความผูกพันซึ่งกันและกัน การดูแลเอาใจใส่ และให้การยกย่อง มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสำคัญของการแบ่งปันหรือถ่ายทอดความเครียดของบุคคล ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในการใช้ชีวิตประจำวัน เกิดขึ้นจากสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลที่จะรับรู้สถานการณ์ความเครียดของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน บุคคลย่อมแสวงหาสิ่งที่ดีกว่าหรือสิ่งสนับสนุนเมื่อเผชิญกับภาวะเครียดของชีวิต หากบุคคลได้รับการสนับสนุนจะสามารถเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตได้ดีกว่าบุคคลที่ขาดการสนับสนุนที่เหมาะสม

เฮาส์ (House,1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลนั้นได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ และได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร

แบรนต์และไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1985) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมคือความช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนาและเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น เห็นคุณค่าในตนเอง และได้รับความช่วยเหลือคำแนะนำและสิ่งของ

ไวส์ (Weiss, 1974 cite in Tilden, 1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ประคับประคองจากสมาชิกในสังคม ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น 2) การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น 4) การได้รับรู้ถึงคุณค่าของตัวเอง 5) ความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด

ทิลเดนและไวเนิร์ต (Tilden & Wrinert, 1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพมีบทบาทเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการป้องกัน รักษาภาวะเจ็บป่วยรองรับสถานการณ์เครียดช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบต่อชีวิต เช่น ภาวะเจ็บป่วย และผลกระทบต่อการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานและมีความไม่แน่นอนในอนาคต ช่วยให้บุคคลเผชิญปัญหาที่เป็นภาวะวิกฤติหรือเป็นปัญหาต่างๆ ในชีวิต

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั่นเองเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่ใช้แพร่หลาย เป็นที่ยอมรับทั่วไปว่ามีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมถึงบทบาทการสนับสนุน ซึ่งจากทฤษฎีกันชน (The buffer theory) เชื่อว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการป้องกันและรักษาภาวะเจ็บป่วย เป็นแหล่งประโยชน์ในการต้านทานความเครียด ทำหน้าที่เหมือนกับตัวกันชนที่รองรับสถานการณ์เครียดที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งแนวคิดของนักทฤษฎีในกลุ่มนี้มีความคล้ายคลึงและแตกต่างกันไปดังเช่น โคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills, 1985) กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพมนุษย์ว่า มีความสำคัญ 2 ประการ คือ ประการแรก การสนับสนุนทางสังคมทำให้มนุษย์มีกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้ระบบประสาทต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังส่งเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้น ช่วยลดความรุนแรงของปัญหาหลงได้มาก ส่งผลให้มนุษย์มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ประการที่สอง การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤติในชีวิต ซึ่งภาวะวิกฤตินี้จะเชื่อมโยงถึงการเจ็บป่วย โดยที่การสนับสนุนทาง

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 ของแบรนด์ท์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลเกิดความอบอุ่นใจ เป็นการให้ของบุคคลเกี่ยวกับความรัก ความผูกพัน รวมทั้งการได้รับการดูแลเอาใจใส่และมีความรู้สึกไว้วางใจการรับฟัง ห่วงใยเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รวมถึงการยอมรับนับถือจากเครือข่ายทางสังคม เช่น คู่ครอง บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลในทีมสุขภาพ อาสาสมัคร สาธารณสุขและกลุ่มสังคมอื่นๆ ลี เกรย์ดอน และโรส (Lee, Graydon & Ross, 1991) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีความรู้สึกมีคุณค่าและมีความผาสุกทางด้านจิตใจดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบาก ไอเรื้อรัง มีเสมหะมาก จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยจะมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นรู้สึกว่าการสังคัมร็งเกียจจึงพยายามแยกตัวออกจากสังคัม และความไม่แน่นอนในชีวิต ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา ได้แก่ หวาดกลัว รู้สึกว่าตนเองป่วยตลอดเวลา สับสน ท้อแท้ในชีวิต เครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค รวมทั้งยังทำให้มีอาการโกรธ เกรี้ยวกราดกับผู้อื่น หงุดหงิดง่าย หรือมีอาการซึมเศร้าและส่งผลให้ควมรุนแรงของโรคมกขึ้น (America Thoracic society, 1995)

2. ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคัม ทำให้บุคคลได้ติดต่อกับบุคคลอื่นๆในสังคัมเป็นการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกัน ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการยอมรับหรือการยกย่องชมเชยจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เช่น คู่ครอง บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือบุคคลในทีมสุขภาพ อาสาสมัครสาธาณสุข และกลุ่มเครือข่ายในองค์กรส่วนท้องถิ่น เกิดความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคัมและมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง (ธิดารัตน์ เกตุสุริยา, 2547) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคัม และได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นให้ผู้ป่วยได้ร่วมแก้ปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยโรคเดียวกัน และจัดเตรียมสิ่งแวดลอมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุดรวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว สังคัม และปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามความสามารถของตนเองและพลังงานที่เหลืออยู่ (สิริสุดา ชาวคำเขต, 2541) และหาวิธีการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เช่น ฟังดนตรี นั่งสมาธิ ให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ตรวจสอบความรู้สึกที่มีต่อตนเองและค้นหาปัญหาต่างๆ ช่วยชี้แนะให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงและมีความรู้สึกที่ดีต่อสภาพที่เป็นอยู่ การยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะของโรค และการรักษาโดยการปรับ

3. การสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้มีการพัฒนาและเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ทำให้บุคคลได้รับการพัฒนาทั้งด้านความคิด การตัดสินใจ ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้เอื้ออำนวยความสะดวก และสนับสนุน ให้ผู้ป่วยเรื้อรังเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ โดยก่อนอื่นพยาบาลหรือบุคลากรในทีมสุขภาพต้องมีความเชื่อว่า บุคคลมีศักยภาพที่จะริเริ่มและลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง รวมทั้งสามารถพึ่งตนเองและเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นได้ ต้องมองผู้รับบริการว่าเป็นบุคคลที่มีกำลังมีอำนาจ มีความสามารถ มีความรับผิดชอบ สามารถเกิดแรงจูงใจ คิดและตัดสินใจได้ด้วยตนเองถ้าหากปราศจากความเชื่อเช่นนี้แล้ว การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้รับบริการและครอบครัวคงดำเนินไปได้ยาก (Orem,1991) ซึ่งในปัจจุบันนี้ยังมีบุคลากรจำนวนไม่น้อยที่เคยชินกับการทำให้ผู้รับบริการเชื่อฟังและปฏิบัติตามหากไม่เชื่อฟังหรือไม่ปฏิบัติตาม ก็จะถูกตำหนิว่าไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา บุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้รับบริการและครอบครัว ต้องร่วมกันหาวิธีการที่จะบรรลุการดูแลตนเอง โดยทำความเข้าใจและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผู้รับบริการและครอบครัว เป็นเสมือนหุ้นส่วนหรือผู้มีส่วนร่วม บุคลากรในทีมสุขภาพสนับสนุนให้ผู้รับบริการ ครอบครัวมีส่วนร่วมและตัดสินใจในแผนการรักษา การดูแล ได้เรียนรู้ที่จะผนวกความเจ็บป่วยเข้าไปในวิถีชีวิต และส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหาสามารถพึ่งพาตนเองได้ การตอบสนองของพยาบาลต่อความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ก็เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้

4. ด้านความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ดูแลควรเข้าหาและตระหนักถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและให้ความเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้รับบริการ โรคเรื้อรังต้องไม่ทำให้ความสามารถในการดูแลพึ่งตนเองของผู้ป่วยถดถอย การเปิดโอกาสให้ทำด้วยตนเองจะช่วยให้เกิดความรู้สึกในทางบวกต่อตนเองคงไว้ซึ่งความนับถือในตนเอง ประคอง อินทรสมบัติ (2536) กล่าวว่า การช่วยให้รู้สึกดีกว่าควบคุมตนเองได้เป็นการเพิ่มพลังอำนาจแก่ตนเอง จะเป็นแรงผลักดันสู่การที่สามารถทำ

5. ด้านการได้รับความช่วยเหลือคำแนะนำและสิ่งของ ซึ่งทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆของตนเองได้ เป็นการได้รับความแนะนำข้อเสนอแนะ ชี้แนะทางและการให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องทราบข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมกับโรค เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา วิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคในเรื่องการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การยอมรับคำแนะนำ การใช้ยาอย่างถูกต้อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ประสานงานกับนักกายภาพบำบัดในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การบริหารการหายใจ การไอที่ถูกวิธี การออกกำลังกาย การตัดสินใจปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมเมื่อเกิดอาการผิดปกติ (จันทร์จิรา วิรัช, 2544) และมีผู้ดูแลกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันอาการกำเริบและภาวะคุกคามของโรค หรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ถูกต้อง เช่น การส่งเสริมให้พูดคุยแลกเปลี่ยนในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เพื่อให้เห็นถึงผลดีที่เกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ (วราพร คุ้มอรุณรัตน์กุล, 2547) ซึ่งการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเหล่านี้จะเป็นหน้าที่ของบุคลากรวิชาชีพโดยตรง รวมถึงการขอความร่วมมือจากครอบครัว และเครือข่ายสังคมในท้องถิ่น ในการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การบริการต่างๆขณะเจ็บป่วย การพาไปโรงพยาบาลตามนัดหรือขณะฉุกเฉิน ในสภาพของสังคมไทยบุตรหลานและครอบครัวจะมีหน้าที่ในการดูแลเอาใจใส่ สนับสนุนปัจจัยต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และดูแลรับผิดชอบด้านค่ารักษาพยาบาล ใ่อ่านวนยด้านเงินทอง เสียสละเวลาการดูแลเอาใจใส่ หรือบริการด้านต่างๆ แก่บิดามารดาในยามเจ็บป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ (นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์, 2536) รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการยืมออกซิเจนใช้จากกองทุนหมู่บ้านและการช่วยเหลือรถรับส่งจากเทศบาล เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและการกำเริบของโรค ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ มีชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสมกับภาวะของโรค

ความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญสำหรับบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ในการศึกษาวิจัยหลายงานที่ผ่านมาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมได้แสดงให้เห็นว่า มีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยต่างๆ และการสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากบุคคลในครอบครัว มีความสำคัญในระบบสุขภาพ โดยมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือบุคคลในครอบครัว ทั้งในยามปกติ และเมื่อสมาชิกมีความเจ็บป่วย ช่วยให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำกับบุคคลในครอบครัว หรือให้ผู้ที่ได้รับการดูแลรู้สึกว่าคุณค่า หรือเป็นเจ้าของ โดยผ่านทั้งสถานภาพการสมรส รวมถึงการช่วยเหลือบุคคลภายนอกครอบครัว การสนับสนุนยังช่วยให้ผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำที่ได้รับ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเป็นการส่งเสริมให้เกิดศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยช่วยให้สามารถแก้ปัญหาที่เป็นภาวะวิกฤติและปัญหาเรื้อรังในชีวิตได้ (Tilden & Weinert, 1987) จากการศึกษาของ อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 120 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมจากกลุ่มเครือญาติ ซึ่งประกอบด้วย บุคคลในครอบครัว ญาติ และพี่น้องใกล้ชิด จะให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของและบริการ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบง่าย ไม่สามารถกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ การได้รับความช่วยเหลือด้าน สิ่งของ เงิน เครื่องใช้ ค่ายานพาหนะ อาหาร ที่พักอาศัย การช่วยเหลือเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมารักษาตามนัด ส่วนการสนับสนุนทางสังคมอีกด้านที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับจากครอบครัวและญาติพี่น้อง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคนรักและห่วงใยมีคนคอยดูแลและเอาใจใส่ คอยปลอบใจให้กำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

สรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม คือ ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล และการรับรู้ว่าได้รับความรักใคร่ผูกพัน ใกล้ชิดสนิทสนม การช่วยเหลือคำแนะนำและสิ่งของ เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลเครือข่ายทางสังคม ส่งเสริมให้บุคคลได้เล็งเห็นความหมายของชีวิตและส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและยังมีความเกี่ยวเนื่องกับการลดภาวะซึมเศร้า เครียด วิตกกังวลและเพิ่มคุณภาพชีวิต (สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ, 2542) บุคคลจะใช้แรงสนับสนุนที่ได้รับอย่างเหมาะสมในขณะเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เป็นทางออกสำหรับแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจะช่วยให้บุคคลมีวิธีการหรือแนวทางที่จะสามารถแก้ไขปัญหาหรือภาวะเครียดที่ต้องเผชิญได้ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการคุกคามของโรค ป้องกันมิให้เกิด



การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ มีนักวิจัยหลายท่านได้สร้างแบบวัดขึ้นบนพื้นฐานคำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคม (Brandt & Weinert, 1985) ได้แก่

1. เครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคม สร้างโดย แคปแลน (Kaplan, 1977) ที่สร้างตามแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1976) ลักษณะเครื่องมือเป็นเรื่องสั้น 16 ชุด มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับจะนำคะแนนที่ได้จากคำตอบ 16 ชุด มารวมกันเป็นคะแนนรวม ซึ่งหมายถึง ปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับ เครื่องมือชุดนี้ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใด และวัดได้เฉพาะปริมาณของการสนับสนุน

2. เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) ได้สร้างแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม Social Support Questionnaire (SSQ) ประกอบด้วยการได้รับแรงสนับสนุน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ และด้านข้อมูลข่าวสาร และแบ่งการวัดเป็น 2 ส่วน คือ SSQ 1 วัดแรงสนับสนุนด้านสิ่งของ สามารถนับจำนวนสิ่งของที่ได้รับ SSQ 2 วัดแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสาร รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส เพื่อนสนิท เครือญาติ เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล คำถามส่วนนี้เป็นมาตราส่วน 5 ระดับ เครื่องมือมีความสอดคล้องภายในด้านอารมณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 ภายในด้านข้อมูลข่าวสาร ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และภายในด้านสิ่งของ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้สร้างเครื่องมือแบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมแห่ง ประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (PRQ 85: part 2) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย ชมนาด วรรณพรศิริ (2536) ตามแนวคิดของแบรนต์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) ที่กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม คือ ความช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ดูแลเอาใจใส่และให้ความรัก ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ตามความต้องการเพื่อให้บุคคลเกิดความพึงพอใจและมีความสุข ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ใกล้ชิดสนิทสนม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนาและเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และได้รับความช่วยเหลือคำแนะนำและสิ่งของจากครอบครัว สังคมและชุมชน และเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังทำให้ได้รับผลกระทบจากโรคทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ที่เป็นปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมครอบคลุมทุกด้าน

การศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

งานศึกษาวิจัยได้มุ่งที่จะศึกษาถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ดังเช่น การศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ กมลวรรณ จันตระกูล (2547) ได้ศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ดีกว่าก่อนการฟื้นฟูและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างปกติ จากการศึกษาของสมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ (2542) ที่ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่ายที่ดี จะมีความสามารถในการดูแลตนเองดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย นิรามัย ไซ้เทียมวงศ์ (2535) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ตอนที่ 1 และ 2 ของแบรนต์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ เยียน (Yan, 1997) ที่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนของครอบครัวและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนของครอบครัวโดยใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่การดำเนินของโรคค่อยๆเลวลงโดยไม่อาจกลับคืนสู่สภาพปกติได้ต้องเข้าออกโรงพยาบาลอยู่บ่อยๆ จากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและเศรษฐกิจ เกิดความเครียด วิตกกังวล ไร้คุณค่า ท้อแท้หมดกำลังใจในการดูแลตนเอง กลุ่มเครือข่ายทางสังคมที่ให้ความช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ บิดา มารดา บุตร คู่ครอง เพื่อนสนิทญาติพี่น้องหรือบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคคลในวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พระ กลุ่มองค์กรรัฐและเอกชน เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือในสถานการณ์ต่างๆ ภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา 5 สถานการณ์ ได้แก่ 1) ปัญหาความช่วยเหลืออย่างรีบด่วน 2) ปัญหาความช่วยเหลือในเรื่องการดูแลความเจ็บป่วยจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติหรือพิการ 3) ปัญหาสัมพันธภาพกับคู่สมรสหรือบุคคลสนิทอื่นๆ 4) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ 5) ปัญหาด้านความรู้สึกโดดเดี่ยว การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดของเครือข่ายทางสังคมและจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับแนวคิดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 1 ของแบรนต์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลเครือข่ายทางสังคมซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การดูแลเอาใจใส่และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยลดภาวะเครียด มีความพึงพอใจ มองเห็นคุณค่าของตนเอง เกิดความมั่นใจและมีความปลอดภัยในชีวิตไม่เกิดภาวะคุกคามของโรคบ่อยๆ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองและมีความผาสุกในชีวิต แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านความใกล้ชิดสนิทสนมรักใคร่ผูกพัน 2) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้บุคคลได้ติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม 3) ด้านการได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนาและมีโอกาสที่จะเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น 4) ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกภูมิใจในตนเอง 5) ด้านการได้รับความช่วยเหลือคำแนะนำและสิ่งของ ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับแนวคิดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ของ แบรนต์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985)