

ภาพสุขภาพจิตสังคมผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด

และโรคถุงลมโป่งพอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์

Psychosocial Health Profile of Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at the Asthma and COPD Clinic in Srinagarind Hospital

ดาร์รัตน์ จันทา (Dararat Chantha)* ดร.ศิริมาศ ปิยะวัฒนพงษ์ (Dr.Sirimart Piyawattanapong) **

ดร.สมรภพ บรรหารักษ์ (Dr.Samoraphop Banharak)***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาพสุขภาพจิตสังคมของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดและโรคถุงลมโป่งพอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน จากการสุ่มอย่างง่าย ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 96.1) อายุเฉลี่ย 73.52 ปี (S.D.= 7.67) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.5) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 93.2) สัมพันธภาพครอบครัวระดับดี (ร้อยละ 58.2) มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า 3 คน (ร้อยละ 51.5) มีผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 97.1) ผู้ดูแลเมื่อติดตามการรักษา (ร้อยละ 77.7) ผู้ดูแลเมื่อมีอาการหอบเหนื่อยรุนแรง (ร้อยละ 95.1) บุคคลที่ไว้วางใจ (ร้อยละ 99.0) บุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อเกิดความกังวลใจ (ร้อยละ 98.1) มีแหล่งผู้ช่วยเหลือด้านการเงิน (ร้อยละ 99.0) เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 79.6) และมีมลภาวะสิ่งแวดล้อมรอบที่อยู่อาศัย (ร้อยละ 26.2)

ABSTRACT

The study was conducted to determine of psychosocial health profile of older persons with chronic obstructive pulmonary disease at the Asthma and COPD clinic in Srinagarind hospital. A number of 103 subjects were derived through simple random sampling. The results of the study depicted that the majority were male (96.1%), had an average age of 73.25 years (S.D.= 7.67) and were married (80.5%). Most of them did not have depression (93.2%), had a good family relationship (58.2%) and more than 3 family members in the household (51.5%). They also had primary caregivers (97.1%), caregivers for case follow-up (77.7%), caregivers to take care of during an event of severe acute exacerbation (95.1%), trusted persons (99.0%), people who listen to their problems and worry (98.1%), received financial support (99.0%), participated in social activities (79.6%) and encountered the environmental pollution around the residence (26.2%).

คำสำคัญ: สุขภาพจิตสังคม ผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Keywords: Psychosocial health, Older persons, Chronic obstructive pulmonary disease

* นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease [COPD]) พบมากในผู้สูงอายุ และทุก 10 ปี ความชุกของโรคในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า (Hanania et al., 2010) จากการสำรวจผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย พบความชุกและอุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 7.11 และ 3.63 (Maranetra et al., 2002) นอกจากนี้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในสิบอันดับแรกของประชากรไทย (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีลักษณะการอุดกั้นของหลอดลมชนิดที่ไม่สามารถทำให้กลับมาเป็นปกติได้ และการอุดกั้นจะลุกลามมากขึ้นเรื่อยๆ อย่างช้าๆ ที่เป็นผลจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอดจากอนุภาคสารพิษและก๊าซ ทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบที่ผิดปกติทั้งในปอดและระบบอื่นๆของร่างกาย (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553; วัชรวิศา, 2555; GOLD, 2016) อีกทั้งการเสื่อมสมรรถภาพปอดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของระบบทางเดินหายใจเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าของการดำเนินโรคและอาการที่แย่ลง โดยพบว่าในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของกระดูกทรวงอกที่มีภาวะโค้งงอของหลัง (kyphosis) และการสะสมแคลเซียมบริเวณกระดูกอ่อนของซี่โครง และการเสื่อมสภาพของเส้นใยยืดหยุ่น (elastic fibers) ที่อยู่รอบรอบท่อลม ทำให้ปอดเสียความยืดหยุ่นและมีลมค้างอยู่ในปอดเพิ่มมากขึ้น (Hanania et al., 2010; Tayde, Kumar, 2013) ผู้ป่วยมักจะมีอาการเหนื่อยง่ายขณะออกกำลังกาย จึงไม่ยอมทำกิจกรรมหรือลดกิจกรรมลงจนกระทั่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเหนื่อยง่ายยิ่งขึ้น (วัชรวิศา, 2555) นอกจากนี้เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุการสร้างแอนติบอดีที่ลดลงและระบบภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย (Hanania et al., 2010) และอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค (Exacerbation) ที่พบได้บ่อย (Sethi, Murphy, 2008) โดยผู้ป่วยจะมีอาการไอ หอบเหนื่อย และเมื่อยล้าเพิ่มขึ้นกว่าเดิม เมื่อเจอสิ่งกระตุ้น เช่น มลพิษ การติดเชื้อในทางเดินหายใจ และการเปลี่ยนแปลงของฤดูกาล (ชายชาญ, 2550) การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจะเร่งการเสื่อมสมรรถภาพปอด และทำให้การดำเนินของโรคแย่ลง (Celli, Barnes, 2007) ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การออกกำลังกาย การทำกิจวัตรประจำวัน และความผาสุกทางจิตใจที่ลดลง (Anzueto, 2010)

จากข้อมูลสถิติคลินิกโรคหืดและโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พ.ศ.2557-2559 พบจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เข้ารับบริการที่คลินิกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 79.70 เป็นร้อยละ 86.40 ตามลำดับ (หน่วยเวชสถิติ งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2560) สะท้อนถึงแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงสังคมผู้สูงอายุ ที่อาจส่งผลต่อความยากลำบากในการควบคุมอาการ อัตราการกำเริบเฉียบพลันของโรค การเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค และปัญหาทางสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้นตามมา

นอกจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจและสังคมของผู้ป่วยอย่างรุนแรง เช่น วิตกกังวล หงุดหงิด โมโหง่าย ไม่มั่นใจ หดหู่ ซึมเศร้า หวาดกลัวและหวาดระแวง เป็นต้น (ชายชาญ, 2550) โดยภาวะซึมเศร้ามักพบได้เสมอในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและบ่อยครั้งจะสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของภาวะทุพพลภาพและการเจ็บป่วย เป็นผลให้คุณภาพชีวิตลดลง จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณร้อยละ 40 (Yohannes et al., 2006) ส่วนประเทศไทยพบภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 40 ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ด้วยอาการหายใจลำบาก (ดวงรัตน์ และคณะ, 2553)

เมื่อการดำเนินโรครุนแรงมากขึ้น ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการพึ่งพาช่วยเหลือดูแลจากครอบครัวและสังคม ครอบครัวจึงมีบทบาทหลักในการเป็นผู้ดูแลไม่เป็นทางการที่ทำหน้าที่ทั้งเป็นผู้ให้การดูแลและผู้จัดการดูแล (ผ่องพรรณ, 2555) อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น (อังคินันท์, 2552) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการต่างก็มีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในช่วงวิกฤตทางด้านสุขภาพหรือสังคมและมีภาวะทุพพลภาพจำเป็นต้องพึ่งพา (ผ่องพรรณ และคณะ, 2552) จากการศึกษาของ Kasikci, Alberto (2007) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวเพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อมหรือการควบคุมมลพิษทางอากาศโดยรอบจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่มีสารก่อมลพิษทางอากาศจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมาก (Li et al., 2016)

จากการศึกษานำร่องในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกโรคหืดและโรคถุงลมโป่งพองจำนวน 10 คน พบผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาศัยเพียงลำพัง (ร้อยละ 10) พึ่งพาการดูแลจากครอบครัว (ร้อยละ 10) สัมผัสฝุ่นควันจากการเผาขยะภายในบริเวณบ้านและภายนอกบ้าน (ร้อยละ 20) ที่สำคัญคือมีการแยกตัวอยู่คนเดียวเมื่อมีความเครียด (ร้อยละ 10) ทั้งนี้จากการทบทวนข้อมูลและการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทยนั้นส่วนมากเป็นการศึกษาปัจจัย คุณภาพชีวิต และการพัฒนาโปรแกรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มักจะมีเฉพาะภาพสุขภาพกายที่เป็นข้อมูลทางคลินิก ยังขาดความครอบคลุมในมิติของภาพสุขภาพทางจิตสังคมอันประกอบด้วย สุขภาพจิตและสุขภาพสังคม ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคที่ก้าวหน้ามากขึ้นเรื่อยๆ

หน่วยระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยและเป็นแม่ข่ายพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับภาครัฐและเอกชน ที่มีเครือข่ายทั่วประเทศ จากการทบทวนข้อมูลของหน่วยงานส่วนใหญ่เป็นข้อมูลสุขภาพกายอันเป็นข้อมูลทางคลินิก ซึ่งยังขาดข้อมูลที่ครอบคลุมในมิติภาพสุขภาพทางจิตสังคมเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานและมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในคลินิกโรคหืดและโรคถุงลมโป่งพอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาพสุขภาพทางจิตสังคมของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ได้ข้อมูลภาพสุขภาพทางจิตสังคมที่จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ เพื่อนำสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาพสุขภาพจิตสังคมของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับรักษาในคลินิกโรคหืดและโรคถุงลมโป่งพอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จากรายชื่อผู้ป่วยที่นัดติดตามการรักษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า คือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามเกณฑ์ของ GOLD (2016) ที่มาติดตามการรักษาในคลินิกโรคหืดและโรคถุงลมโป่งพอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย

และหญิง ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษามีระดับความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยหรือภาษาไทยอีสานได้ ให้ความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และไม่อยู่ในภาวะวิกฤต อาทิ อาการหายใจลำบากรุนแรง มีข้อห้ามตรวจสมรรถภาพปอดสไปโรเมตรี และการทดสอบความสามารถการเดินภายในเวลา 6 นาที กลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ.2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและการทำงาน (2) แบบประเมินสุขภาพสังคมที่ได้พัฒนาและดัดแปลงจาก ผ่องพรรณ และคณะ (2552) ประกอบด้วย ครอบครัวและสัมพันธภาพ ได้แก่ คู่สมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว/ครัวเรือน จำนวนบุตร สัมพันธภาพในครอบครัว และภาระที่ต้องดูแลบุคคลในครอบครัว แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล แหล่งสนับสนุนด้านจิตใจ แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน และสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ซึ่งแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินสุขภาพสังคมได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และ (3) แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric depression scale: TGDS) (นิพนธ์ และคณะ, 2537) เป็นการประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นมาตรประเมิน คะแนนรวมระหว่าง 0-30 คะแนน แปลผล 4 ระดับ คือ ปกติ (คะแนน 0-12) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (คะแนน 13-18) มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (คะแนน 19-24) และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (คะแนน 25-30) เนื่องจากแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยเป็นแบบประเมินมาตรฐาน จึงไม่ได้หาความตรงเชิงเนื้อหา แต่หาค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากการทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ค่าเท่ากับ 0.88

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE611172 จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา การขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลบางส่วนจากแฟ้มประวัติ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเฉลี่ย 30 นาที

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 19.0 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมด 103 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 96.1) อายุเฉลี่ย 73.52 ปี (S.D.= 7.67) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) (ร้อยละ 35.9) รองลงมาคือ วัยกลาง (70-79 ปี) และวัยปลาย (80 ปีหรือมากกว่า) (ร้อยละ 34.0 และ 30.1 ตามลำดับ) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.5) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 38.8) รองลงมาคือระดับปริญญาตรี มัธยมศึกษา อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร และปริญญาโท (ร้อยละ 29.1, 22.3, 6.8 และ 3.0 ตามลำดับ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 38.2) รองลงมาคือ ข้าราชการบำนาญ เกษตรกรรม และค้าขาย (ร้อยละ 31.8, 14.5 และ 7.3 ตามลำดับ) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 7.92 ปี (S.D.= 5.55) มีภาวะโรคร่วม 1 โรค (ร้อยละ 50.7) มากที่สุดคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 47.1) ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.4) ความสามารถในการเดินภายในเวลา 6 นาที ตั้งแต่ 350 เมตรขึ้นไป (ร้อยละ 84.5) อาการหายใจลำบากอยู่ระดับ 0 คือ รู้สึกหายใจหอบขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น (ร้อยละ 65.0) มีผลกระทบของโรคต่อความผาสุกและการทำกิจวัตรประจำวันต่อผู้ป่วยอยู่ระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 76.7) ได้รับการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยยากลุ่ม Inhaled corticosteroid and Long acting beta 2 agonist (ICS/LABA) (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ ยากลุ่ม Long acting antimuscarinic agent (LAMA) และ Short acting beta 2 agonist (SABA) (ร้อยละ 59.2 และ 25.2 ตามลำดับ)

ภาพสุขภาพจิต ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 93.2) แต่ส่วนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 6.8) ขณะที่ภาพสุขภาพทางสังคม ครอบครัวและสัมพันธภาพ พบว่า ส่วนใหญ่คู่สมรสยังมีชีวิตอยู่ (ร้อยละ 82.0) โดยคู่สมรสมีอายุเฉลี่ย 69.23 ปี (S.D.= 7.69) ประมาณ 1 ใน 2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 49.4) มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.6) และรองลงมาคือระดับดี (ร้อยละ 34.1) ทั้งนี้ภาพครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว/ครัวเรือน (รวมผู้สูงอายุ) มากกว่า 3 คน (ร้อยละ 51.5) มีบุตร (ร้อยละ 97.1) โดยมีบุตรที่มีชีวิตอยู่จำนวน 4 คนขึ้นไป (ร้อยละ 35.0) สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ระดับดี (ร้อยละ 58.2) สำหรับสัมพันธภาพกับบุตรอยู่ระดับดีมาก (ร้อยละ 54.6) นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุต้องดูแลรับผิดชอบบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 34.9) ส่วนใหญ่เป็นหลาน/เหลน (ร้อยละ 34.0) อย่างไรก็ตามยังมีผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ถึงร้อยละ 4.9

แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 97.1) ได้แก่ คู่สมรสมากที่สุด รองลงมาคือบุตร และหลาน (ร้อยละ 54.3 และ 36.2 ตามลำดับ) ซึ่งผู้ดูแลหลักยังทำงาน (ร้อยละ 65.0) และส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน (ร้อยละ 52.3) โดยผู้ดูแลหลักมีภาวะสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 36.0) นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีผู้ดูแลรอง (ร้อยละ 92.2) โดยบุตรเป็นผู้ดูแลรอง (ร้อยละ 66.4) มีผู้ดูแลเมื่อมาติดตามการรักษา (ร้อยละ 77.7) คือบุตร (ร้อยละ 60.4) และมีผู้ดูแลเมื่อมีอาการหอบเหนื่อยรุนแรง (ร้อยละ 95.1) ขณะที่ยังคงมีผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแลเมื่อมีอาการหอบเหนื่อยรุนแรงถึงร้อยละ 4.9

แหล่งสนับสนุนด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุมีบุคคลที่ไว้วางใจ (ร้อยละ 99.0) เป็นบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 41.5) รองลงมาคือคู่สมรส (ร้อยละ 40.4) และเมื่อเกิดความกังวลใจมีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วย (ร้อยละ 98.1) ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส และบุตร (ร้อยละ 43.1 และ 41.9 ตามลำดับ) ขณะเดียวกันมากกว่า 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 79.6) ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมทางศาสนา (ร้อยละ 49.3) รองลงมาคือ กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 26.0)

แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน และความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน ส่วนใหญ่มีแหล่งหรือผู้ช่วยเหลือด้านการเงิน (ร้อยละ 99.0) จากบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 39.1) รองลงมาคือ รัฐบาล/ชุมชน (ร้อยละ 30.7) ซึ่งมีรายได้เพียงพอใช้ในแต่ละเดือน (ร้อยละ 95.1) ขณะเดียวกันผู้สูงอายุทุกคนไม่มีปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 100) และไม่มี ความกังวลเรื่องการเงิน (ร้อยละ 92.2) ทั้งนี้ประมาณเกือบครึ่งมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลบุตรหลานมากที่สุด รองลงมาคือค่าใช้จ่ายในครอบครัว (ร้อยละ 46.2 และ 30.8 ตามลำดับ)

สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาศัยอยู่บ้านสองชั้น (ร้อยละ 74.8) อาศัยอยู่ชั้นล่างของบ้าน (ร้อยละ 81.4) ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและบุคคลอื่นร่วมกันดูแลทำความสะอาดบ้านที่อยู่อาศัย (ร้อยละ 45.6) นอกจากนี้มากกว่า 1 ใน 4 ยังพบว่า มีมลภาวะสิ่งแวดล้อมรอบบริเวณที่อยู่อาศัย (ร้อยละ 26.2) ทั้งมลภาวะสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและภายนอกบ้าน โดยมลภาวะสิ่งแวดล้อมภายในบ้านมากที่สุดคือ การประกอบอาหารที่มีกลิ่น ควน (ร้อยละ 83.3) และมลภาวะสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้านมากที่สุดคือ ช้างบ้านเลี้ยงสุนัข วัว ควาย ฟาร์มหมู ฟาร์มไก่ เลี้ยงฝูงนกพิราบ และช้างบ้านมีบ้านร้างที่มีฝูงนกพิราบมาอาศัย (ร้อยละ 42.3) รองลงมาคือ ช้างบ้านเผาขยะ เศษผ้า ฟาง และเผาถ่าน (ร้อยละ 38.5) ช้างบ้านมีการประกอบอาหาร/ร้านขายอาหาร (ร้อยละ 11.5) และช้างบ้านมีโรงเชื่อมโลหะ อยู่ซ่อมรถยนต์ (ร้อยละ 7.7)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ภาพสุขภาพจิตสังคมของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับรักษาในคลินิกโรคหืดและโรคถุงลมโป่งพอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ สามารถอภิปรายในภาพรวมได้ 3 ประเด็น ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ภาพสุขภาพจิต และภาพสุขภาพสังคม

1) ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่าเพศชายมีความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่าเพศหญิง (GOLD, 2015, 2016) และจากการสำรวจในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตกรุงเทพมหานครพบการเกิดโรคส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่สูบบุหรี่ (Maranetraet et al., 2002) เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง โดยพบอัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายมากกว่าเพศหญิง 18.4 เท่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร, 2558) แม้ว่าผลจากการศึกษานี้จะพบผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพศหญิงเพียงร้อยละ 3.9 แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกัน ทั้งด้านอาการแสดงและคุณภาพชีวิต ที่แม้เพศชายและหญิงจะมีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมือนกัน (Han et al., 2007)

อายุ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 73.52 ปี (S.D.= 7.67) สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พบว่า ความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และความชุกของโรคจะพบสูงสุดในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป (GOLD, 2015) โดยความชุกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ซึ่งความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประชากรที่มีอายุ 75-80 ปีขึ้นไป พบได้ร้อยละ 41.7 สะท้อนการดำเนินโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามอายุที่เพิ่มขึ้น หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคจะส่งผลให้มีสุขภาพที่ไม่ดี อัตราการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น วันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น อัตราการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเพิ่มขึ้น และอัตราการตายสูงขึ้น (Jarad, 2011)

ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 38.8 สอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุของประเทศไทยที่พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2557)

2) ภาพสุขภาพจิต

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแม้ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า พบเพียงร้อยละ 6.8 ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับรักษาในหน่วยระบบทางเดินหายใจ มหาวิทยาลัยมิลาน ประเทศอิตาลี พบความชุกของภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 18.8 (Di Marco et al., 2006) และการศึกษาในประเทศไทยพบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งด้วยอาการหายใจลำบากร้อยละ 40 (ดวงรัตน์ และคณะ, 2553) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา (Yohannes et al., 2006) ที่พบภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของภาวะทุพพลภาพและการเจ็บป่วย เป็นผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการศึกษาในผู้ป่วยนอก ประกอบกับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีระบบการสนับสนุนทางครอบครัวที่ดี โดยมีผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองที่เป็นสมาชิกครอบครัว (ร้อยละ 97.1 และ 92.2) สัมพันธภาพของครอบครัวอยู่ในระดับดีและดีมาก (ร้อยละ 88.8) โดยมีบุคคลที่ไว้ใจใจ สามารถพูดคุยด้วยเมื่อเกิดความกังวลใจ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า

3) ภาพสุขภาพสังคม

ครอบครัวและสัมพันธภาพ และแหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคู่สมรสที่มีชีวิตอยู่ อายุเฉลี่ย 69.23 ปี (S.D.=7.69) ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยต้น (60-69 ปี) ภูมิสำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พักอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 3 คน สัมพันธภาพในครอบครัวระดับดี โดยเฉพาะบุตรและคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองที่ช่วยเหลือเมื่อมาติดตามการรักษาตามแพทย์นัด และเมื่อมีอาการหอบเหนื่อยรุนแรง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า สังคมไทยจากอดีตถึงปัจจุบันครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนหลักที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ความเคารพรัก และความกตัญญูทดแทนคือสิ่งที่ได้รับการปลูกฝังและถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น เป็นความเข้มแข็งด้านวัฒนธรรมทางสังคมแห่งการเกื้อกูลดูแลกันและกันของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะสังคมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ยังคงความผูกพันในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุยังอาศัยอยู่กับครอบครัว โดยมีบุคคลในครอบครัวร่วมกันดูแล สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (อมรรัตน์ และคณะ, 2554) เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ผ่องพรรณ และคณะ, 2552) และโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง (วิมล, 2553) ซึ่งคู่สมรสของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) และวัยต้น (60-69 ปี) ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สัมพันธภาพครอบครัวอยู่ระดับดี อย่างไรก็ตามด้วยการดำเนินของโรคและการรักษาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน อาจส่งผลให้ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองต้องมีการเครียดและปัญหาสุขภาพ อีกทั้งคู่สมรสที่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง และการศึกษาครั้งนี้ยังสะท้อนถึงระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองที่ส่วนใหญ่ยังคงเป็นบทบาทการดูแลของบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นจุดแข็งในการพัฒนาทักษะการดูแลที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมถึงการแบ่งเบาภาระการดูแลระหว่างผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง โดยการวางแผนดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองไปด้วยกัน แต่โดยบริบทของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่เป็นโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยให้บริการแก่ประชาชนในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้มีผู้รับบริการมาจากหลากหลายที่ทั้งต่างอำเภอและจังหวัด การเดินทางในระยะไกลเพื่อมาติดตามการรักษาของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นหน้าที่ดูแลของบุคคลในครอบครัว อาจส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุหากบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลไม่สามารถพาผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาติดตามการรักษาได้ ทำให้ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง การดำเนินโรคเลวลง เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค และสูญเสียชีวิตตามมาได้

แหล่งสนับสนุนด้านจิตใจ พบว่า บุคคลที่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไว้วางใจและสามารถพูดคุยด้วยเมื่อเกิดความกังวลใจ เป็นบุตรมากที่สุด ขณะที่คู่สมรสเป็นบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อเกิดความกังวลใจ ร่วมกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมทางศาสนา อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และมีบุตรรวมถึงมีสัมพันธภาพครอบครัวอยู่ระดับดี ทำให้ได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมจากบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างดี นอกจากนี้แล้วการเข้าร่วมกิจกรรมและปฏิบัติสัมพันธ์กับสังคมอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถคงความแข็งแรงของร่างกายและสุขภาพที่ดีของจิตใจได้นานขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาอันเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครชุมชน รวมถึงกิจกรรมชมรมอื่นๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยกันเอง เกิดปราชญ์ชาวบ้าน เกิดความรู้สึกรักภาคภูมิใจ นำสู่การมีสุขภาพจิตที่ดีในระยะยาว ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ศึกษา

ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ผ่องพรรณ และคณะ, 2552) และ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง (วิมล, 2553) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีบุคคลที่ไว้วางใจได้และมีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อเกิดความวิตกกังวล ดังนั้นการค้นหาแหล่งประโยชน์ในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้าน การพัฒนาระบบการดูแลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รวมถึงการได้นำภูมิปัญญาที่ส่งสมมาถ่ายทอดก่อนเกิดประโยชน์เพื่อส่วนรวมอย่างต่อเนื่อง อาจเสริมสร้างความเข้มแข็งทางครอบครัวและสังคมที่จะนำไปสู่การดูแลซึ่งกันและกันต่อไปได้

แหล่งสนับสนุนด้านการเงินของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีแหล่ง/ผู้ช่วยเหลือด้านการเงินจากบุตรมากที่สุด ร่วมกับการใช้สิทธิการรักษาจากส่วนราชการ และรองลงมาคือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจทำให้ไม่มีความกังวลในเรื่องการเงิน หรือปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาภาพสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง (มยุรี และคณะ, 2559) พบว่า แหล่งสนับสนุนด้านการเงินส่วนใหญ่คือบุตร รองลงมาคือ รัฐบาล/ชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพจากนโยบายภาครัฐเพิ่มมากขึ้น (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559)

สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาศัยชั้นล่างในบ้านที่มีลักษณะสองชั้น และทำการดูแลทำความสะอาดบ้านร่วมกับบุคคลในครอบครัว อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองและดูแลทำความสะอาดบ้านได้อย่างอิสระ โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาหรือเป็นการดูแลของบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้คงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองที่สามารถช่วยเหลือครอบครัวได้ ขณะเดียวกันยังพบว่าสิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัยมีมลภาวะ ทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน ได้แก่ การประกอบอาหารที่มีกลิ่น ควน และ ช่างบ้านเลี้ยงสุนัข วัว ควาย ฟาร์มหมู ฟาร์มไก่ เลี้ยงฝูงนกพิราบ รวมทั้งการเผาขยะ เศษผ้า ฟาง และเผาถ่าน ช่างบ้านที่อาศัย สอดคล้องกับการศึกษาของ สังวาลย์ (2550) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคได้สัมผัสฝุ่นละอองที่ลอยอยู่ในอากาศ เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยไม่สามารถทำให้หลีกเลี่ยงได้ การเป็นพื้นที่ในชนบท การจัดการเผาไหม้ เช่น การเผาขยะหรือการสูมไฟเพื่อไล่แมลงให้สัตว์เลี้ยงที่อยู่ในบริเวณบ้านตามวิถีของชาวบ้าน จึงมีโอกาสดูดซับสิ่งกระตุ้นที่เป็นฝุ่นหรือควันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่มีสารก่อมลพิษทางอากาศเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มภาวะความเสี่ยงของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมาก (Li et al., 2016)

บทสรุปข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ พบว่า (1) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อหาสาเหตุและนำสู่การวางแผนดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ดูแลน่าจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่อาจนำไปสู่การสูญเสียชีวิตของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (2) ระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองที่ส่วนใหญ่ยังคงเป็นบทบาทการดูแลของบุคคลในครอบครัว เป็นจุดแข็งในการพัฒนาทักษะการดูแลที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (3) การค้นหาแหล่งประโยชน์ในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้าน การพัฒนาระบบการดูแลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รวมถึงการได้นำภูมิปัญญาที่ส่งสมมาถ่ายทอดก่อนเกิดประโยชน์เพื่อส่วนรวมอย่างต่อเนื่อง อาจเสริมสร้างความเข้มแข็งทางครอบครัวและสังคมอันนำไปสู่การดูแลซึ่งกันและกันต่อไปได้ (4) การได้รับเบี้ยยังชีพจากนโยบายภาครัฐเป็นแหล่งช่วยเหลือด้านการเงินร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสำคัญต่อการดำรงชีพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง (5) การพัฒนาระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่ดี โดยสนับสนุนการขับเคลื่อนจากภาคประชาชน เช่น ผู้นำชุมชนจัดทำนโยบายชุมชนปลอดมลพิษ จัดระบบสุขภาพที่ดี โครงการจิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชน สนับสนุนเพิ่มพื้นที่สีเขียว ชุมชนปลอดบุหรี่ ดิจิทัลทาง

ปัญญาให้แก่ชุมชน ที่สำคัญที่สุดคือการสร้างความตระหนักต่อผลกระทบของสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพแก่ประชาชน และความร่วมมือระหว่างภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ถ่ายทอดแนวปฏิบัติ รวมถึงมีมาตรการทางกฎหมายในการกำกับควบคุมดูแลการจัดการมลภาวะสิ่งแวดล้อม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณแผนกการพยาบาลอายุรกรรม งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นอย่างสูงที่มอบโอกาสให้ศึกษาเพิ่มพูนองค์ความรู้ คณะจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุทุกท่าน ที่กรุณาและเมตตาถ่ายทอดองค์ความรู้ ประสบการณ์ ถ่ายทอดประสบการณ์ และกระบวนการเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ตลอดจนแพทย์และพยาบาล คลินิกโรคหืดและโรคถุงลมโป่งพอง หน่วยระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่อนุเคราะห์ช่วยเหลือสนับสนุนการทำการศึกษาค้นคว้าที่สำคัญที่สุดคือผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546

[ออนไลน์] 2559 [อ้างเมื่อ 5 ธันวาคม 2561]. จาก http://www.dop.go.th/download/laws/regulation_th_20160807154501_1.pdf

คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: ยูเนียนอุตสาหกรรมโอโรเรต; 2553.

ชายชาญ โพธิรัตน์. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน: นิธิพัฒน์ เจริญกุล. ตำราโรคระบบการหายใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย; 2550. หน้า 408-443.

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ละเอียด จารุสมบัติ, จารุวัฒน์ รัตนมงคลกุล, วิรัตน์ โปคะรัตน์ศิริ, เวทิต ประทุมศรี. ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *Journal of Nursing Science* 2553; 28(2): 67-76.

นิพนธ์ พวงนรินทร์, อรพรรณ ทองแดง, ประเสริฐ อัสสันตชัย, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, วรพรรณ เทพหัสดิน ณ อยุธยา, กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และคณะ. แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. *สารศิริราช* 2537; 46(1): 1-9.

ห้องพรรณ อรุณแสง, วรณภา ศรีชัยรัตน์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, สุทธิพันธ์ สุบินดี, ปัทมา สุริต, อัมพรพรรณ ชีรานุตร และคณะ. ภาพสุขภาพผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน. *ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา*; 2552.

_____. การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ : การนำใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. *ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา*; 2555. หน้า 283.

มยุรี ลีทองอิน, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ และลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2559; 34(2): 193-201.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2560 [ออนไลน์] 2561 [อ้างเมื่อ 14 ธันวาคม 2561]. จาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1543898692-147_0.pdf

วิชรา บุญสวัสดิ์. Trends in new guideline for COPD [ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ 5 พฤษภาคม 2560]. จาก <http://www.lpnh.go.th/newlp/wp-content/uploads/2013/10/แนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง2560-ไทย.pdf>



- วิมล วงศ์หนู. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การทบทวนวรรณกรรม :
สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด; 2557.
- สังวาลย์ ชมพูปุพ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดี จังหวัดลำพูน
[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจพฤติกรรม การสูบ
บุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์; 2558.
- หน่วยเวชสถิติ งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สถิติผู้ป่วย
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในคลินิกโรคหืดและโรคถุงลมโป่งพอง พ.ศ. 2556-2559 [เอกสารอัด
สำเนา]. ขอนแก่น : โรงพยาบาลศรีนครินทร์; 2560.
- อมรรัตน์ นาคละมัย, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมม, เจริญ ชูโชติถาวร. อิทธิพลของการรับรู้ความ
รุนแรงของอาการ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพของ
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *Journal of Nursing Science* 2554; 29(2): 46-55.
- อังคินันท์ อินทรคำแหง. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ด้วยหลัก PROMISE Model. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการ
พิมพ์; 2552.
- Anzueto A. Impact of exacerbations on COPD. *European Respiratory Review* 2010; 19(116): 113-118.
- Celli BR, Barnes PJ. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Journal*
2007; 29(6), 1224-1238.
- Di Marco F, Verga M, Reggente M, Casanova FM, Santus P, Blasi, F. Anxiety and depression in COPD patients: the
roles of gender and disease severity. *Respiratory medicine* 2006; 100(10): 1767-1774.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]. Global Strategy For The Diagnosis, Management,
and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. [n.p.]; 2015.
- _____. Global Strategy For The Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary
Disease. [n.p.]; 2016.
- Han MK, Postma D, Mannino DM, Giardino ND, Buist S, Curtis JL et al. Gender and chronic obstructive pulmonary
disease: why it matters. *American journal of respiratory and critical care medicine* 2007; 176(12):
1179-1184.
- Hanania NA, Sharma G, Sharafkhaneh A. COPD in the elderly patient [online] 2010 [Retrieved 2016 May 25].
Available from <http://www.medscape.com>; 2010.
- Jarad N. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and old age. *Chronic respiratory disease* 2011; 8(2):
143-151.
- Kasikci MK, Alberto J. Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with
chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of clinical nursing* 2007; 16(8): 1468-1478.



- Li J, Sun S, Tang R, Qiu H, Huang Q, Mason TG et al. Major air pollutants and risk of COPD exacerbations: a systematic review and meta-analysis. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease* 2016; 11: 3079.
- Maranetra KN, Chuaychoo B, Dejsomritrutai W, Chierakul N, Nana A, Lertakyamanee J et al. The prevalence and incidence of COPD among urban older persons of Bangkok Metropolis. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmai het thangphaet* 2002; 85(11): 1147-1155.
- Sethi S, Murphy TF. Infection in the pathogenesis and course of chronic obstructive pulmonary disease. *New England Journal of Medicine* 2008; 359(22): 2355-2365.
- Tayde P, Kumar S. Chronic obstructive pulmonary disease in the elderly: evaluation and management. *Asian J Gerontol Geriatr* 2013; 8(2): 90-97.
- Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly M J. Depression and anxiety in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Age and Ageing* 2006; 35: 457-459.