

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลของการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 102 ราย ที่มารับบริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ครั้ง ของโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน กรกฎาคม - เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2544 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1990) และจากการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยต่างๆ และได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 20 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมภาษณ์เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับแบบสเปียร์แมน (Spearman' rank correlation coefficient)

สรุป

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศหญิง มากที่สุด คือร้อยละ 53.9 และมีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 44.4 อายุเฉลี่ย 68.2 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.8 ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขนาดเล็ก ที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน คือ ร้อยละ 76.5 สำหรับการศึกษาล้วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น คือ ร้อยละ 74.5 ในขณะที่ร้อยละ 19.6 ไม่ได้เรียนหนังสือ รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 74.5 และกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ที่พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 61.8 สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษากลุ่มตัวอย่างใช้บัตรสุขภาพและบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ร้อยละ 78.4 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด คือ ร้อยละ 99 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ด้านการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างทราบการวินิจฉัยเป็นระยะเวลา 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.3 เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวจากบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 96.1 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.2 มีประวัติสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่มาก่อน และร้อยละ 9.8 ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่เป็นระยะเวลามากกว่า 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.6 ระยะเวลาเฉลี่ยของการสูบบุหรี่ 35.6 ปี และสูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวันร้อยละ 73.5 จำนวนบุหรี่ที่สูบต่ำสุดคือ ครั้งมวนต่อวันสูงสุด 40 มวนต่อวัน เฉลี่ยจำนวนของบุหรี่ต่อวัน คือ 5 มวน สำหรับระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ได้นาน 1-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 51 เวลาเฉลี่ยที่เลิกสูบบุหรี่มาได้นาน 8 ปี

2. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการศึกษาคำเชื่อด้านสุขภาพรายหมวดตามลำดับ มีดังนี้

2.1 หมวดการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีความเชื่อเชิงบวกร้อยละ 88.2 โดยมีความเชื่อรายข้อเชิงบวก 5 ข้อ ความเชื่อไม่แน่ใจ 3 ข้อ (ภาคผนวก ค ตารางที่ 1)

2.2 หมวดการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนพบว่า มีความเชื่อเชิงบวกร้อยละ 76.5 โดยมีความเชื่อรายข้อเชิงบวก 5 ข้อ ความเชื่อไม่แน่ใจ 3 ข้อ (ภาคผนวก ค ตารางที่ 2)

2.3 หมวดการรับรู้ต่อประโยชน์ในการรักษาและปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีความเชื่อเชิงบวกร้อยละ 73.5 โดยมีความเชื่อรายข้อเชิงบวก 5 ข้อ ความเชื่อไม่แน่ใจ 3 ข้อ (ภาคผนวก ค ตารางที่ 3)

2.4 หมวดการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีความเชื่อเชิงบวกร้อยละ 80.4 โดยมีความเชื่อรายข้อเชิงบวก 7 ข้อ ความเชื่อไม่แน่ใจ 1 ข้อ ความเชื่อเชิงลบ 2 ข้อ (ภาคผนวก ค ตารางที่ 4)

เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับความเชื่อเชิงบวกร้อยละ 88.2

3. พฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3.1 ผลการศึกษาพฤติกรรมความเจ็บป่วยรายด้านตามลำดับ มีดังนี้

3.1.1 พฤติกรรมด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาล พบว่า อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ร้อยละ 53.9

3.1.2 พฤติกรรมด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล พบว่า อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 58.8

3.1.3 พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น พบว่า อยู่ในระดับดีมากร้อยละ 89.2

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมความเจ็บป่วยโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมความเจ็บป่วยอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 74.5

4. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4.1 ผลการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพรายหมวดและพฤติกรรมความเจ็บป่วยด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง มีดังต่อไปนี้

4.1.1 ความเชื่อหมวดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาล

4.1.2 ความเชื่อหมวดการรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาล

4.1.3 ความเชื่อหมวดการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาและปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาล

4.1.4 ความเชื่อหมวดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาล

4.2 ผลการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพรายนวมและพฤติกรรมความเจ็บป่วยด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง มีดังต่อไปนี้

4.2.1 ความเชื่อหมวดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.2.2 ความเชื่อหมวดการรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

4.2.3 ความเชื่อหมวดการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาและปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.2.4 ความเชื่อหมวดการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.3 ผลการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพรายนวม และพฤติกรรมความเจ็บป่วยด้านการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง มีดังต่อไปนี้

4.3.1 ความเชื่อหมวดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.3.2 ความเชื่อหมวดการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.3.3 ความเชื่อหวนการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาและปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.3.4 ความเชื่อหวนการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.4 ผลการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมความเจ็บป่วยโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลของการศึกษา

1. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับความเชื่อเชิงบวกร้อยละ 88.2 (ตารางที่ 6) ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างรายหมวด ทั้ง 4 หมวด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน การรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาและปฏิบัติตน อยู่ในระดับความเชื่อเชิงบวก คือ ร้อยละ 88.2 , 80.4 , 76.5 และ 73.5 ตามลำดับ ซึ่งอภิปรายรายหมวดได้ ดังนี้

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับความเชื่อเชิงบวก ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการเกิดโรคนานาน 1- 5 ปี ร้อยละ 41.3 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ถึงร้อยละ 96.1 ซึ่งการได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องและบ่อยทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อด้านสุขภาพเชิงบวกไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของสมัยพร อาชาล (2543, หน้า 41) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับสูงจากการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่คลินิกโรคที่โรงพยาบาลเป็นประจำทุกครั้งที่มารับยา นอกจากนั้นแล้วการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคมามาก่อนจากการที่มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 1 ปีร้อยละ 95.1 (ตารางที่ 3) มีผลทำให้ผู้ป่วยคาดคะเนถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ (Becker, 1990, p.8)

1.2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออยู่ในระดับความเชื่อเชิงบวก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองถึงความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีผลกระทบทำให้มีข้อจำกัดทางร่างกาย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.5 เชื่อว่าการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้ไม่สามารถทำงานหนักได้ และร้อยละ 58.8 เชื่อว่าตนมีความทุกข์ทรมานจากการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและรักษาไม่หาย นอกจากนี้การได้รับคำอธิบายจากบุคลากรทางการแพทย์ถึงความรุนแรงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคซ้ำและภาวะแทรกซ้อนได้สูงโดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.9 เชื่อว่าถ้าหากมีการคิดเชิงอกุศลใจบ่อยๆ ร่วมกับการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้มีโอกาสเกิดภาวะหายใจวายและเสียชีวิตได้

1.3 การรับรู้ประโยชน์ในการรักษาและปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับความเชื่อเชิงบวก ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสบการณ์ในการรักษาของแพทย์และเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 91.2 เชื่อในการรักษาด้วยแพทย์หรือสถานพยาบาลประจำ หากภาวะเจ็บป่วยไม่ทุเลาแพทย์จะเป็นผู้เปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษา และร้อยละ 88.2 จะไม่เปลี่ยนแพทย์ผู้รักษาและวิธีการรักษาเพื่อให้การรักษาได้ผลดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีประสบการณ์ในวิธีการควบคุมอาการของโรคไม่ให้รุนแรง จากการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.7 เห็นด้วยอย่างยิ่งในการหลีกเลี่ยงอยู่ในที่มีฝุ่นควันมากๆเป็นประจำและเลิกสูบบุหรี่เพื่อลดการกระตุ้นไม่ให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ ซึ่งเมื่อหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งกระตุ้นแล้วไม่มีการเกิดโรคซ้ำหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและปฏิบัติตนอยู่ในระดับสูงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535, หน้า 66) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวไประยะหนึ่งจนสามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้กำเริบได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและปฏิบัติตนว่าสามารถควบคุมโรคหรือลดภาวะเจ็บป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

1.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีระดับความเชื่อเชิงบวก ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ คือ ร้อยละ 86.3 (ตารางที่ 1) จึงไม่มีการะหน้าที่ในการทำงานหาเลี้ยงครอบครัวทำให้สามารถไปรับการตรวจรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลได้ กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าตนไม่มีอุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาได้แก่ มีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอโดยไม่ลืมรับประทานยาร้อยละ 60.8 มาตราวดตามนัดได้ โดยไม่ต้องให้ญาติส่งตรวจร้อยละ 70.6 การมาตรวจแต่ละครั้งเสียค่าใช้จ่ายน้อยร้อยละ 98 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนอยู่ในภูมิลาเนาอำเภอสารภีทั้งหมด และรับการตรวจรักษาในหน่วยบริการ

ปฏิกิริยาของโรงพยาบาลตลอดจนสถานีนอนาัมย์ตำบล ทำให้ไม่ต้องเสียเวลารอคอยนานและเดินทางไปรับการตรวจรักษา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99 ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย (ตารางที่ 2) ส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติคนทั้งหมดอยู่ในระดับความเชื่อเชิงบวก

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการศึกษาพฤติกรรมความเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 74.5 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมความเจ็บป่วยรายด้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมความเจ็บป่วยด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับเหมาะสมมากร้อยละ 53.9 พฤติกรรมความเจ็บป่วยด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 58.8 และพฤติกรรมความเจ็บป่วยด้านการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 89.2 ซึ่งอภิปรายรายละเอียด ดังนี้

2.1 พฤติกรรมด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม คือ มารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันทีเมื่อมีอาการหอบเหนื่อยอย่างฉับพลันร้อยละ 98.0 ไม่เปลี่ยนแพทย์และสถานที่รักษาร้อยละ 91.2 ไม่ใช้วิธีการรักษาแบบพื้นบ้านร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันร้อยละ 78.4 ไม่เคยซื้อยารักษาอาการหอบเหนื่อยเองร้อยละ 73.5 ไม่ย้ายแหล่งการรักษาเพื่อการรักษาที่ดีขึ้นร้อยละ 64.7 ไม่รับประทานยาสมุนไพรร่วมกับการรักษาของแพทย์ร้อยละ 58.8 ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุร้อยละ 86.3 ซึ่งเป็นวัยที่ต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของราตรี โอภาส และคณะ (2535, หน้า 78) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นิยมไปรับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ดังนั้นเมื่อเกิดอาการหอบเหนื่อยอย่างฉับพลันกลุ่มตัวอย่างจึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที นอกจากนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ของการรักษาในภาวะเจ็บป่วยและเชื่อมั่นในแพทย์ผู้รักษาทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เปลี่ยนแพทย์และวิธีการรักษา

ส่วนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คือ ไม่มีการสอบถามแพทย์ด้านข้อมูลการรักษาร้อยละ 77.5 มีการหาข้อมูลด้านการรักษาจากญาติหรือเพื่อนบ้านของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48 การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้าน ร้อยละ 56.9 ตอบว่าปฏิบัติน้อย ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากแพทย์ผู้รักษาและบุคลากรทางการแพทย์แล้วร้อยละ 96.1 จึงทำให้มีการสอบถามข้อมูลด้านการรักษาน้อย นอกจากนั้นพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลเป็นผลมาจากแบบแผนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ทางสังคมวัฒนธรรม (Wolinksky, 1980, p.131) จึงมีพฤติกรรมในการใช้ระบบบริการสุขภาพทั้งการไปรับการรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบันที่โรงพยาบาล

หรือรักษาเยียวแบบพื้นบ้าน หรือการรักษาด้วยตนเอง การขอคำแนะนำจากญาติหรือเพื่อนบ้าน เป็นต้น เมื่อรักษาระบบบริการใดแล้วก็จะมีการประเมินผลการรักษาและมีการตัดสินใจเลือกแหล่งสถานบริการ หรือวิธีการรักษา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการหาข้อมูลวิธีการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการไปรับการรักษา ในสถานบริการ

2.2 พฤติกรรมความเจ็บป่วยด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ที่อยู่ในระดับดีมากคือ ร้อยละ 58.8 (ตารางที่ 8) ทั้งนี้เป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ด้วยตนเอง ถึงผลการรักษาและการปฏิบัติตนเพื่อลดความรุนแรงของโรค บรรเทาอาการท้อเหนื่อย ซึ่งเป็น ภาวะที่ทุกข์ทรมาน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงประจักษ์ถึงผลลัพธ์ที่ดีของการรักษาและการปฏิบัติตน ตามคำแนะนำนั้นจึงส่งผลให้มีความร่วมมือในการรักษาที่ดีด้วย นอกจากนี้จากการที่กลุ่มตัวอย่าง อยู่ในวัยผู้สูงอายุ อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.3 (ตารางที่ 1) ทำให้มีความสนใจ ในภาวะสุขภาพของตนเอง ไม่มีความวิตกกังวลกับภาระงานด้านอื่นๆ จึงมีการปฏิบัติตนเพื่อให้ สอดคล้องกับแผนการรักษาเป็นไปด้วยดี เช่น การรับประทานยา การมารับยาตามนัด การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2540 หน้า 178)

2.3 พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 89.2 (ตารางที่ 9) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับภาวะหรือสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรค เพิ่มขึ้น เช่น บุหรี่ ที่เชื่อว่าบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดทำให้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.4 เลิกสูบบุหรี่ จากที่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 92.2 เพื่อไม่ให้มีพยาธิสภาพของโรคเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นการได้รับการ กระตุ้นเตือนจากบุคลากรทางการแพทย์มีผลให้กลุ่มตัวอย่างหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรือ ภาวะสิ่งแวดล้อมที่มีควันหรือฝุ่น สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแคนาดา ในปี ค.ศ. 1976 ที่ศึกษาบทบาทของเจ้าหน้าที่ต่อการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง 117 ราย พบว่า หลังได้รับคำปรึกษาแนะนำจากเจ้าหน้าที่ มีผู้ป่วยจำนวน ร้อยละ 27 ที่เลิกสูบบุหรี่ ในขณะที่ผู้ป่วย ร้อยละ 24 เลิกสูบบุหรี่เองก่อนได้รับคำปรึกษา (Penderson, L.L., Williams, J.I., & Lefcoe, N.M. cite in Windsor, R.A., Green, L.W., & Roseman, J.M., 1980 p.9)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4.1 ผลของการศึกษาถึง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพรายนพหุกับ พฤติกรรมความเจ็บป่วยรายด้าน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพรายนพหุทุกหมวดไม่มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(ตารางที่ 11) ซึ่งอาจมีเหตุผล ดังนี้

4.1.1 หมวดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำและภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำและภาวะแทรกซ้อนจากการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมมาแล้ว ทำให้สามารถคาดคะเนถึงโอกาสที่จะเกิดโรคซ้ำและภาวะแทรกซ้อนได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าตนมีโอกาสสูงที่จะเกิดโรคซ้ำได้ แต่ยังมีความเชื่อที่ไม่แน่ใจที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากอาจยังไม่มีประสบการณ์ด้วยตนเองในการเกิดภาวะแทรกซ้อน และจากการศึกษาพฤติกรรมด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาลรายข้อ (แสดงในภาคผนวก ก ตารางที่ 5) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสอบถามข้อมูลถึงวิธีการรักษาพยาบาลเพื่อการตัดสินใจในการเลือกรับการรักษาน้อย รวมทั้งมีการแสวงหาคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากญาติหรือเพื่อนบ้านน้อย มีการหาข้อมูลจากญาติหรือเพื่อนบ้านเพื่อหาวิธีการในการรักษาด้วยวิธีอื่นปานกลาง มีการย้ายแหล่งการรักษาแห่งใหม่เพื่อการรักษาที่ดีขึ้นปานกลาง เป็นผลให้ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำและภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาล

4.1.2 หมวดการรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเชิงบวกถึงโอกาสที่จะถึงแก่ชีวิตได้จากอาการเหนื่อยหอบและทำให้มีความทุกข์ทรมานรักษาไม่หายจากการที่เป็นโรคเรื้อรัง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสม โดยการแสวงหาข้อมูลจากญาติหรือเพื่อนบ้านเพื่อหาการรักษาวิธีอื่นและย้ายแหล่งการรักษาแห่งใหม่เพื่อการรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจใช้บริการสุขภาพ 2-3 ระบบพร้อมกันหรือเปลี่ยนไปมาระหว่างการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ (กฤษณา นาดี, 2541, หน้า 29) สอดคล้องกับการศึกษาของ นริสา ศรีลาชัย (2540, หน้า104) ในการศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า มีการแสวงหาการรักษาโรคเบาหวานด้วยการใช้สมุนไพรร่วมกับการรักษาของแพทย์ในกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาล

4.1.3 หมวดการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาและปฏิบัติตนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เพราะการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เป็นความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการรักษาและความสามารถของแพทย์ในการรักษา ความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอจึงไม่มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาพยาบาลด้วยวิธีอื่นหรือคำแนะนำของบุคคลอื่น

4.1.4 หมวดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการน้อย ได้แก่ ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจรักษา ไม่ต้องรบกวนญาติมาส่ง ไม่ต้องเสียเวลาในการรอตรวจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีการเปลี่ยนแพทย์และสถานที่รักษา แต่อย่างไรก็ตามยังมีการย้ายแหล่งการรักษาแห่งใหม่เพื่อการรักษาที่ดีขึ้นอาจเป็นผลจากการได้รับคำแนะนำจากญาติหรือเพื่อนบ้าน จึงทำให้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาล

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพพรายหมวดและพฤติกรรมความเจ็บป่วยด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพพรายหมวด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ในการรักษาและปฏิบัติตนและ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กับพฤติกรรมด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 12) อภิปรายพรายหมวดได้ดังนี้

4.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับพฤติกรรมด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 12) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่ามีโอกาสสูงที่จะเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซ้ำหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น ภาวะหายใจวายและหัวใจโตได้ รวมทั้งมีโอกาสเกิดอาการหอบเหนื่อยกำเริบได้บ่อยครั้ง ดังนั้นผู้ป่วยจึงเกิดพฤติกรรมอนามัยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น โดยให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจันทร์ เกรือวานิชกิจ (2531 หน้า 74) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจวายเป็นเบื้องต้น

4.2.2 การรับรู้ประโยชน์ในการรักษาและปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับพฤติกรรมด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 12) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงผลดีของการรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการรุนแรงของการกลับเป็นซ้ำและภาวะแทรกซ้อนของโรค ได้แก่ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอทำให้ไม่เกิดอาการหอบเหนื่อย การไปพบแพทย์ตามนัดทำให้ทราบอาการของโรคและความก้าวหน้าของการรักษา จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างสม่ำเสมอทั้งด้านการบรรเทาอาการหอบเหนื่อย การรับประทานยา ด้านโภชนาการ และด้านการพักผ่อน

4.2.3 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนกับพฤติกรรมด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลนั้นพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าตนเองสามารถรับปรึกษาได้อย่างสม่ำเสมอ สามารถมาตรวจตามนัดได้โดยเดินทางสะดวก โรงพยาบาลหรือสถานบริการให้บริการรวดเร็วไม่เสียเวลาในการรอตรวจ และไม่ต้องขาดงานเพื่อการตรวจรักษา ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษาส่วนใหญ่ก็ใช้บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล(สปร.) ทำให้ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย จึงทำให้มีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สมัยพร อาภาล (2543, หน้า 44) ที่พบว่า การที่กลุ่มตัวอย่างเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อย หรือ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเลย ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความร่วมมือในการรักษาสูงได้ และการศึกษาของ บูแรคและเลียง (Burack & Liang, 1989 cited in Stein, J.A., Fox, S.A., Murata, P.J. & Morisky, D.E., 1992 p 449) พบว่าการรับรู้อุปสรรคค่าใช้จ่ายมีความสัมพันธ์กับการใช้เครื่องตรวจเต้านมของผู้หญิงผิวดำในเมืองที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา

4.2.4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เพราะการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นความรู้สึกถึงอันตรายและผลเสียต่อชีวิตทั้งร่างกาย จิตใจ สภาพครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม (Janz, & Becker, 1984 p.64) แต่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหัวใจโต รวมถึงผลกระทบต่อความเป็นภาระของครอบครัว และสัมพันธ์ภาพทางสังคมในเชิงไม่แน่ใจ (ภาคผนวก ค ตารางที่ 2) ทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจเชื่อว่าตนเองควบคุมอาการของโรคเองได้ไม่มีอันตรายต่อชีวิต จึงส่งผลต่อพฤติกรรมความเจ็บป่วยด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ดังนั้นการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ เทอร์เรลล์ (Tirrell, 1980 cited in Nemcek, M.A., 1990, p.134) ที่ศึกษาการออกกำลังกายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจบายพาส จำนวน 30 ราย พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพร่ายหมวดกับพฤติกรรมความเจ็บป่วยด้านการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพทุกหมวดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 13) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าตนมีโอกาสที่จะเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคหัวใจโต หรือภาวะหายใจวายได้สูงจึงทำให้เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งที่กระตุ้นที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น เช่น หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่มีควันหรือฝุ่นที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเป็นเวลานานๆ หรือ

เลิกสูบบุหรี่เพื่อลดการกระตุ้นอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เย็นฉ่ำ (2535, หน้า 48) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรครมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ในบุคลากรชายในโรงพยาบาลเขต กรุงเทพมหานคร นอกจากนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเชิงบวกถึงความรุนแรงของโรคและมีประสบการณ์กับตัวเองที่เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นให้มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นทำให้มีความทุกข์ทรมานไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้นได้ดีขึ้น รวมทั้งตามคำอธิบายของกรอบแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นเมื่อมีปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ (Becker, 1990, p.8) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ อาการของโรคที่เป็นประสบการณ์ของตนเองตลอดจน ปัจจัยภายนอกที่เป็นคำแนะนำจากบุคคลอื่น หรือสื่อความรู้ประเภทต่างๆ ส่งผลให้มีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเจ็บป่วยหรือการคุกคามของโรคได้ ส่วนการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่ามีอุปสรรคในการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งกระตุ้นน้อยโดยเชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่ทำได้ไม่ยากลำบาก ทำให้สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ จึงส่งผลให้มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความเชื่อด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับพฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าถ้าผู้ป่วยหรือบุคคลต้องประสบกับความยากลำบาก ความไม่สะดวก หรือไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกมักจะไม่ค่อยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม (Mikhail, 1981, p. 32) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลุก และ เปโตซา (Lux, K.M., & Petosa.R, 1994, p. 494) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการใช้ถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของเยาวชนในสถานศึกษา

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมกับพฤติกรรมความเจ็บป่วยโดยรวม พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 14) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เชื่อว่า ตนมีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยที่เกิดจากการกลับซ้ำของโรคและเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีผลคุกคามต่อชีวิตได้ และเชื่อว่าการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเป็นวิธีที่สามารถควบคุมโรคได้ นอกจากนั้นค่าใช้จ่ายในการรักษาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติยังมีน้อยกว่าผลประโยชน์ที่ได้รับ และจากการที่การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมให้บุคคลนั้นกระทำสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีแก่ตน รวมทั้งหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา การปฏิบัติเช่นนี้ไม่เป็นผลเสียแก่ตนจึงเกิดพฤติกรรมสุขภาพขึ้น (Kurt Lewin, 1966 อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534 หน้า 51) ส่งผลให้

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ในการแสวงหาการรักษาพยาบาล การให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งกระตุ้นให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น เพื่อลดภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ดังนั้นการศึกษานี้จึงยอมรับสมมติฐานที่ว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ด้านบริหาร

1.1 เป็นข้อมูลให้ผู้บริหารทางการแพทย์ ตลอดจนทีมสุขภาพได้นำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมความเจ็บป่วยที่ดีต่อไป โดยการสอนผู้ป่วยและญาติอย่างมีแบบแผนและมีการติดตามประเมินผลเพื่อให้ครบกระบวนการ

1.2 ควรมีการประสานงานในทีมสุขภาพระดับอำเภอในการวางแผนหรือจัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเชิงบวกของประชาชนเพื่อให้มีพฤติกรรมความเจ็บป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น โครงการให้สูดศึกษา โครงการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โครงการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ โครงการขจัดมลพิษทางอากาศ เป็นต้น

2. ด้านบริการ

2.1 นำข้อมูลของความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล โดยทีมสุขภาพควรให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการดูแลแก่ญาติและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนยังมีความเชื่อที่ไม่แน่ใจอยู่

2.2 นำข้อมูลของความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมด้านการออกกำลังกายและการฝึกหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการให้สูดศึกษาและจัดให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลมีการออกกำลังกายและฝึกหายใจเป็นกลุ่ม เช่น ขณะมารับการตรวจรักษาตามนัด หรือ ขณะวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

2.2 ทีมสุขภาพควรให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ป่วย และการตัดสินใจในการเลือกบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม เนื่องจากญาติเป็นผู้ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเมื่อญาติได้รับข้อมูล

ด้านการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องก็มีผลต่อการแนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยถูกต้องเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

2.4 ควรมีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผลการรักษาและการวางแผนดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านร่วมกับญาติให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่บ้าน และควรแนะนำด้านการป้องกันปัจจัยส่งเสริมหรือสิ่งกระตุ้นให้มีการกำเริบของโรค เช่น การเผาขยะ หรือ การทำให้เกิดควันหรือฝุ่นที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น

3. ด้านวิชาการ

3.1. เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยทั้งรายด้านและโดยรวม ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3.2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนควรสนับสนุนให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยผ่านสื่อต่างๆ ให้มากขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และมีพฤติกรรมป้องกันและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคได้ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ ลมมลพิษทางอากาศ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การกระจายของข้อมูลไม่อยู่ภายใต้โค้งปกติ จึงไม่สามารถนำผลการศึกษาไปอ้างอิงถึงประชากรได้ การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น
2. วิธีการรวบรวมข้อมูลควรใช้การรวบรวมนอกเหนือจากการสัมภาษณ์ เช่น การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยเป็นสมาชิก หรือในชุมชน เพื่อประเมินพฤติกรรมที่ถูกต้องตรงตามสภาพความเป็นจริงและเหมาะสมมากขึ้น
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่
4. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงประเมินผลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการบริการรักษาพยาบาลและการให้สุขศึกษา
5. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ เช่น ปรับแบบสัมภาษณ์ให้มีมาตราส่วนประมาณค่าเพียง 3 ระดับ เพื่อง่ายแก่การตัดสินใจเลือกคำตอบ