



ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

**Selective Factors Related to Health Behaviors of Muslim Patients with Chronic
Obstructive Pulmonary Disease in the Three Southern Border Provinces**

กาญจนา ใจเย็น

Kanchana Jaiyen

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิม
 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

ผู้เขียน นางสาวกาญจนา ใจเย็น

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ดร.วันดี คหะวงศ์)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นะแสง)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ (ดร.วันดี คหะวงศ์)
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)
กรรมการ (ดร.รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
 เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
 (รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรพล ศรีชนะ)
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเองและขอขอบคุณผู้ที่มีส่วน
เกี่ยวข้องทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....

(ดร.วันดี คหะวงศ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวกาญจนา ใจเย็น)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวกาญจนา ใจเย็น)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้
ผู้เขียน	นางสาวกาญจนา ใจเย็น
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2556

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ ยะลา ปัตตานีและนราธิวาส ทั้งหมด 6 แห่ง จำนวน 129 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพและแบบประเมินปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมและแบบประเมินปัจจัยคัดสรร ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.87 และ 0.92 ตามลำดับ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.41$, $SD = 0.28$) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.27$, $SD = 0.39$) ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.30$, $SD = 0.19$) และด้านการออกกำลังกายในระดับดี ($\bar{X} = 4.05$, $SD = 0.45$) สำหรับปัจจัยคัดสรร กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.85$, $SD = 0.11$) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.26$, $SD = 0.16$) และการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.91$, $SD = 0.13$)

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .394, .400, .536$, $p = .000$ ตามลำดับ)

(6)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการและด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยมุสลิม โรคปอดอุดกั้น เรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้อย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมให้ญาติ/สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีแนวทางในการลดอุปสรรคและสร้างสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างมี ประสิทธิภาพ

Thesis Title	Selective Factors Related to Health Behaviors of Muslim Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the Three Southern Border Provinces
Author	Miss Kanchana Jaiyen
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2013

ABSTRACT

This descriptive research aimed to investigate the relationship of selective factors and health behaviors of chronic obstructive pulmonary Muslim patients in the three southernmost provinces. The subjects were 129 chronic obstructive pulmonary Muslim patients who received health services from the out-patient departments of six community hospitals in the three southernmost provinces which included Yala, Pattani and Narathiwat. Research tools consisted of individual data form, health behaviors evaluation form, and evaluation form on selective factors related to health behaviors. The tools were inspected for their content validity by five experts and the reliability was tested using Cronbach's Alpha Coefficient yielding the value of 0.87 and 0.92. Data were analysed for the relationship using Pearson's product moment correlation coefficient.

The study found that the subjects demonstrated their overall health behaviors at a moderate level ($\bar{X} = 3.41$, $SD = 0.28$), their responsibility on health at a moderate level ($\bar{X} = 3.27$, $SD = 0.39$), their nutrition at a moderate level ($\bar{X} = 3.30$, $SD = 0.19$), and exercising at a high level ($\bar{X} = 4.05$, $SD = 0.45$). With regard to selective factors, the subjects received support from their families at a high level ($\bar{X} = 4.85$, $SD = 0.11$). Their recognition of obstacles in the practice of health behaviors was at a low level ($\bar{X} = 1.25$, $SD = 0.16$), and their recognition of influential situations that promoted the practice of health behaviors was at a high level ($\bar{X} = 3.91$, $SD = 0.13$).

The selective factors that were related to health behaviors included support received from family, recognition of obstacles in the practice of health behaviors, and recognition

of influential situations that promoted the practice of health behaviors. These factors showed significant positive correlations ($r = .394, .400, .536, p = .000$).

The findings of this study could be used as guidelines to continually promote health behaviors regarding responsibility on health, nutrition, and exercising of chronic obstructive pulmonary Muslim patients in the three southernmost provinces. This could be done by encouraging their relatives/ family members to take part in looking after the patients, providing guidelines to help reduce obstacles, and establishing an environmental support to patients accessing health services.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและร่วม คือ ดร.วันดี คหะวงษ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพิศ ฐานิวัฒนานนท์ ที่กรุณาสละเวลาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ รวมถึงข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่มาโดยตลอด รวมทั้งให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจาะไอร้อง โรงพยาบาลตากใบ โรงพยาบาลรามัน โรงพยาบาลระแงะ โรงพยาบาลแม่ลาน และโรงพยาบาลยะหริ่ง กลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลและเจ้าหน้าที่นักรักษาพยาบาลประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ ผู้บังคับบัญชาทุกระดับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจาะไอร้อง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้ศึกษาต่อ ขอขอบคุณเพื่อนๆ ร่วมงาน โรงพยาบาลเจาะไอร้อง ทุกท่านที่เสียสละทำงานเพิ่มขึ้น และทุกท่านเป็นกำลังใจให้เสมอมา

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ครอบครัวพี่สาว ที่เป็นแรงใจและดูแลเอาใจใส่ ให้การสนับสนุนทุนการศึกษา ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ และขอบคุณเพื่อนๆ พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิตร่วมรุ่นทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ เป็นกำลังใจตลอดมาจนประสบผลสำเร็จในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

กาญจนา ใจเย็น

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิด.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์การวิจัย.....	10
ขอบเขตของการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	14
ความหมายและพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	14
สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	15
ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อผู้ป่วย.....	16
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้.....	18
แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์.....	18
พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ 3 จังหวัด ชายแดนใต้.....	19
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้.....	36

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ.....	37
แรงสนับสนุนของครอบครัว.....	38
การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ.....	41
สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	51
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	54
ผลการวิจัย.....	54
อภิปรายผลการวิจัย.....	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	77
สรุปผลการวิจัย.....	77
ข้อเสนอแนะ.....	78
เอกสารอ้างอิง.....	80
ภาคผนวก.....	88
ก เครื่องมือในการวิจัย.....	89
ข การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	108
ค ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	109
ง บันทึกภาคสนาม.....	119
จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	120
ประวัติผู้เขียน.....	121

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N= 129).....	55
2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพรายรวม และรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (N= 129).....	58
3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพรายรวมของกลุ่มตัวอย่าง (N= 129).....	59
4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (N= 129)	59
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการรายรวม และรายชื่อที่มีคะแนนสูงสุดและต่ำสุด 3 ลำดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง (N= 129).....	60
6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพรายรวมและรายชื่อที่มีคะแนนสูงสุด และต่ำสุด 3 ลำดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง (N= 129).....	61
7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย รายรวมและรายชื่อที่มีคะแนนสูงสุดและต่ำสุด 3 ลำดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง (N= 129)..	62
8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับแรงสนับสนุนของครอบครัวรายรวม และรายชื่อที่มีคะแนนสูงสุดและต่ำสุด 3 ลำดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง (N= 129).....	63
9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพรายรวมและรายชื่อที่มีคะแนนสูงสุดและต่ำสุด 3 ลำดับแรก ของกลุ่มตัวอย่าง (N= 129).....	64
10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพรายรวมและรายชื่อที่มีคะแนนสูงสุด และต่ำสุด 3 ลำดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง (N= 129).....	65
11 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (N=129)	109
12 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนของครอบครัวจำแนกตาม รายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (N=129)	112

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
13 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อิทธิพล ด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจำแนกตามรายชื่อ ของกลุ่มตัวอย่าง (N=129)	115
14 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพจำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (N=129).....	117

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยมุสลิม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้.....	10

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรโลก เนื่องจากมีการอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างถาวร ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 3-5 ของประชากรทั่วโลก (Calverley & Walker, 2003) เนื่องจากทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงชีวิต เช่น ภาวะเซลล์ร่างกายขาดออกซิเจน การทำงานของหัวใจซีกขวาล้มเหลว มีความดันเลือดในปอดสูง เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าอุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น เช่น ในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 16 ล้านคน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของคนอเมริกัน (Black & Hawks, 2005) ในประเทศไทย พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 ของประเทศโดยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบอัตราการตาย 37.2 ต่อประชากร 100,000 คน และพบว่าร้อยละ 90 ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555)

จากการสำรวจข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่ามากกว่าครึ่งของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของจังหวัดยะลา ปัตตานีและนราธิวาส เป็นผู้ป่วยมุสลิม และมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเพิ่มมากขึ้น (ฝ่ายควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนราธิวาส, 2556; ฝ่ายควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปัตตานี, 2556; ฝ่ายควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดยะลา, 2556) และคาดว่าในอนาคตปีพุทธศักราช 2560 จะมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 10.1 (มณฑลพิษชา, 2550) แนวทางการรักษาของโรคนี้ คือ ควบคุมไม่ให้โรคกำเริบหรือดูแลให้อยู่ในระยะสงบ ลดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจล้มเหลวซีกขวา ปอดอักเสบ ลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (ชายชาญ, 2550) โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่มีอิทธิพลสำคัญ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง และการออกกำลังกายไม่ถูกต้องหรือไม่ได้ออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (พรณิภา, 2554)

ในภาคใต้ตอนล่างของไทย ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม และพบว่าครัวเรือนมุสลิมภาคใต้ตอนล่างนั้นมีอัตราการสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 60.30 (มณฑลพิษชา, 2554) ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงกว่าครัวเรือนภาคอื่นๆ ส่งผลให้อุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่ดังกล่าว ดังที่

กล่าวไปแล้วข้างต้นว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การสูบบุหรี่ เนื่องจากเกิดการสัมผัสสารกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความไวต่อการหดตัวของหลอดลม (David, 2007) จากผลการสำรวจของสำนักสถิติแห่งชาติในปี 2554 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในชายอายุ 15 ปี ขึ้นไปในภาคใต้สูงกว่าภาคอื่นๆ และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และที่ชัดเจนกว่านั้น ใน 3 จังหวัดภาคใต้ พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในจังหวัด ปัตตานี ยะลาและนราธิวาส ซึ่งประชากรส่วนใหญ่เป็นมุสลิมมีการสูบบุหรี่อยู่ระหว่างร้อยละ 47-53 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของอัตราการสูบบุหรี่ของคนภาคใต้ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 44 (จินตนา, 2548)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และอาจมีอาการเหนื่อย หอบกำเริบได้บ่อยครั้ง ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ ผู้ป่วยจึงมีความต้องการการสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทางด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ และด้านการออกกำลังกายมากขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถควบคุมอาการของโรคได้ นอกจากนี้ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่างๆ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอก เช่น อายุ รายได้ ความรู้ ทักษะ (อัมพวัน, 2552) อย่างไรก็ตามการได้รับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากบุคลากรทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดได้ ดังนั้นเป้าหมายหลักในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันภาวะอาการกำเริบได้ถูกต้องเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสาเหตุของอาการกำเริบเป็นผลมาจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ขาดทักษะในเรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง (นรภม, 2550) การหายใจอย่างไม่มีประสิทธิภาพ (สินีนาน, 2547) การออกกำลังกายไม่ถูกต้อง (จินตนา, 2548) การพักผ่อนไม่เพียงพอ (สินีนาน, 2547) และการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง (อัมพวัน, 2552) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) จึงนิยมใช้อย่างแพร่หลายในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและคงไว้อย่างต่อเนื่อง โดยเพนเดอร์กล่าวว่า การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้นั้นเป็นสิ่งที่กระทำได้ยากและมีแนวโน้มที่บุคคลอาจไม่สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่อง (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคในผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้สอดคล้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามโมเดลการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เนื่องจากผู้ป่วยอาศัยอยู่ในบริบทที่มีเหตุการณ์ไม่สงบ

รายวันอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงมีปัจจัยที่อาจขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และผู้ป่วยต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัว

ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ประสบปัญหาด้านสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ทำให้ไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ในช่วงเวลาที่มียาหรือไม่สามารถมาตามนัด (สุนีย์, 2552) ส่งผลให้อาการของโรครุนแรงลง จึงทำให้ไม่สามารถมารับการรักษาได้ทันทั่วทั้ง อีกทั้งการเข้ากันไม่ได้ในการติดต่อสื่อสารและความรู้สึกแปลกแยกกับแพทย์และพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่พูดภาษาท้องถิ่นหรือภาษาชาวเขาในขณะที่แพทย์และพยาบาลที่พูดภาษาท้องถิ่นได้มีจำกัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่กล้าซักถามแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องของความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการและการออกกำลังกาย จึงทำให้มีการรับประทานอาหารตามความเคยชิน รับประทานสำหรับเดียวกับสมาชิกในครอบครัว ใช้ยาตามความเข้าใจของตนเอง ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพที่มีความรุนแรงตามมา นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุและมีอาการหอบเหนื่อยแม้มีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย เนื่องจากโครงสร้างของถุงลมปอด โป่งพองและสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร ทำให้สมรรถนะการทำงานของปอดลดลง ผู้ป่วยจึงทุกข์ทรมานจากอาการหอบเหนื่อย ดังนั้นจึงต้องบูรณาการทั้งทัศนคติของผู้ให้บริการและเจ้าหน้าที่สุขภาพเข้าด้วยกัน เพื่อให้บรรลุถึงภาวะสุขภาพที่ดีตามศักยภาพของผู้ป่วยนั้นคือสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้

ในสังคมมุสลิม หลักปฏิบัติของศาสนาอิสลามล้วนมีทิศทางส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดี เช่น มีข้อยกเว้นการถือศีลอดสำหรับคนเจ็บป่วย สอนให้มุสลิมบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และในปริมาณที่พอเหมาะ งดเว้นการดื่มสุรา เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยร้อยละ 90.6 คิดว่าตนเองสามารถถือศีลอดได้แม้อยู่ในช่วงเจ็บป่วย และพบว่าร้อยละ 23 ของผู้ป่วยมุสลิมไม่รับประทานยาช่วงถือศีลอด ร้อยละ 48 รับประทานยาเป็น 2 เท่าเพื่อชดเชยช่วงเวลาที่ขาดไป (มุฮัมมัดคาอเฮะ, 2550) ด้านการยอมรับข้อวินิจฉัยโรคพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ ไม่ได้ตระหนักว่าโรคนี้อาจไม่หายและทำให้เสียชีวิต จึงมาพบแพทย์เมื่อมีอาการเจ็บปวดมากกว่ามาเมื่อมีความผิดปกติเล็กน้อย อีกทั้งผู้ป่วยส่วนมากไม่เข้าใจว่าอาการกำเริบที่เกิดขึ้นบ่งชี้ความก้าวหน้าของโรค แต่กลับคิดว่าเป็นเพียงอาการชั่วคราวเท่านั้น ด้านการสูบบุหรี่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนมากไม่ตระหนักว่า การสูบบุหรี่ทำให้อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเลวลง และผู้ป่วยบางรายคิดว่าแม้เลิกสูบบุหรี่ก็ไม่ทำให้สุขภาพของตนดีขึ้น (ยูซุฟ และสุภัทร, 2551; Giacomini, Dejean, Simeonov, & Smith, 2012)

พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากหากผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการหรือมีโรคอ้วนจะทำให้การพยากรณ์โรคยิ่งเลวลง โดยภาวะทุพโภชนาการจะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายโดยเฉพาะในระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง และสมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง ในขณะที่โรคอ้วนจะส่งเสริมให้อาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น เนื่องจากไขมันหน้าท้องขัดขวางการเคลื่อนตัวของกะบังลม (สารนิตี, 2555) แม้ว่าไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยตรง แต่จากการศึกษาในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมได้แก่ เกือบครึ่ง (ร้อยละ 42.10) รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ร้อยละ 38.1 รับประทานอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส และร้อยละ 29.4 รับประทานอาหารน้อยกว่า 4-6 มื้อต่อวัน (พิมพ์ใจ, 2551) ซึ่งขัดกับอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ควรเป็นสารอาหารที่ใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญน้อยที่สุดและเกิดคาร์บอนไดออกไซด์จากการเผาผลาญ (Respiratory Quotient: R.Q) ต่ำ (Dettenmeier, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของชัยพงศ์ (2547) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีการดูแลตนเองไม่ถูกต้องด้านโภชนาการ ประกอบกับลูกหลานต้องไปประกอบอาชีพนอกบ้านทำให้ไม่สามารถดูแลใกล้ชิดด้านโภชนาการให้แก่ผู้ป่วยได้ อีกทั้ง ผู้ป่วยเหนื่อยง่ายจึงไม่สามารถประกอบอาหารเองได้ ประกอบกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีภาวะเครียดและซึมเศร้า ทำให้ความอยากอาหารลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะทุพโภชนาการ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 20 มีภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูก (Morley, Thomas, & Wilson, 2006)

พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมสุขภาพอีกอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างมากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจาก การออกกำลังกายที่เหมาะสมจะช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบาก ช่วยเพิ่มความทนทานในการทำกิจกรรม ลดปัญหาทางจิตสังคม และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (กัญจนา, นงนุช, สมบูรณ์, และทวีศักดิ์, 2555) นอกจากนี้ยังชะลอการเสื่อมหน้าที่ของปอด ลดอัตราการเสียชีวิต ลดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหายใจและแขนขา อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 28 ไม่ได้ออกกำลังกายและฝึกการหายใจตามที่ได้รับการสอนสุขภาพ (ชัยพงศ์, 2547) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ปัจจัยขัดขวางการออกกำลังกายเกิดจากผู้ป่วยกลัวการหายใจลำบากขณะออกกำลังกาย ขาไม่มีแรง และไม่สบาย (เทพทวย, 2555) ทำให้อยู่แต่ในบ้านและแยกตัวออกจากสังคม (Giacomini et al., 2012)นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและมีความวิตกกังวล (Wattanakitkriart, 2009) ปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ออกกำลังกายได้แก่ อยู่ไกลจากสถานที่ออกกำลังกาย ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการออกกำลังกายที่บ้าน นอกจากนี้ในผู้ป่วยมุสลิมยังมีปัญหาในการสื่อสารกับบุคลากรทีมสุขภาพ เนื่องจากความแตกต่างทาง

ภาษาและวัฒนธรรม (สารนิติ, 2555) นำไปสู่การขาดความรู้ความเข้าใจด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยคนมุสลิมมีทัศนคติว่าการออกกำลังกายบางอย่าง เช่น แอโรบิก วิ่ง หรือออกกำลังกายกลางแจ้ง ไม่สอดคล้องกับหลักคำสอนของศาสนาอิสลามในเรื่องดนตรีประกอบ ทำทาง และการแต่งกาย เป็นต้น รวมทั้งสถานที่ที่มีการปะปนกันระหว่างชายกับหญิงเป็นข้อห้ามสำหรับสตรีมุสลิม จึงทำให้ผู้นำศาสนาและชุมชนบางแห่งไม่สนับสนุนการออกกำลังกาย หรือมีความยุ่งยากหากต้องมีการจัดสถานที่ในการออกกำลังกายตามเงื่อนไขที่ไม่ขัดกับศาสนาอิสลาม (การิยา, 2553)

จึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ประสบกับอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและอยู่ท่ามกลางสถานการณ์ที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จึงต้องการการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดและผูกพันกับผู้ป่วยมากที่สุด เพนเดอร์, เมอดาจ, และพาร์สัน (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) กล่าวว่า การสนับสนุนของครอบครัวเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุและมีอาการหอบเหนื่อยแม้มีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย จึงต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการปรุงอาหาร การรับประทานยา การพ่นยา ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้งเนื่องจากอาการกำเริบ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และสูญเสียรายได้จากการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (พรรณิภา, 2554; Caress, Luker, & Chalmers, 2010) จึงต้องการการสนับสนุนของครอบครัวมากที่สุด ทั้งด้านอารมณ์ การประเมินค่า การให้ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากร อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของชัยพงส์ (2547) พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผลการรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ได้แก่ การขาดนัดและหรือการขาดยา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงต้องอาศัยผู้ดูแลพามาโรงพยาบาล หรือจัดยาให้ การมาตรวจรักษาตามแพทย์นัด จึงขึ้นอยู่กับผู้ดูแลซึ่งเป็นวัยแรงงานที่ต้องทำงานนอกบ้าน หรือผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุเหมือนกัน จึงไม่สามารถช่วยเหลือในการเดินทางได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่ได้เจาะลึกในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการและด้านการออกกำลังกาย อีกทั้งยังพบการศึกษาน้อยมากในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นมุสลิมซึ่งมีปัจจัยด้านศาสนาและวัฒนธรรมมุสลิมที่มีความเฉพาะ แม้ว่าปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมจะไม่แตกต่างจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอื่นๆ แต่การดูแลสุขภาพต้องคำนึงถึงบริบทด้านวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตด้วย ทั้งนี้เพราะการดูแลสุขภาพของมุสลิมจะยึดคำสอนจากคัมภีร์อัลกุรอาน ซึ่งถือเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตในทุกด้าน (สุวิมล, 2549) ประกอบกับมีเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ปฏิบัติพฤติกรรม

สุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถควบคุมอาการของโรคและดำรงชีวิตอยู่กับภาวะเจ็บป่วยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการและด้านการออกกำลังกาย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แรงสนับสนุนของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แรงสนับสนุนของครอบครัวและการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้หรือไม่

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากเพนเดอร์, เมอคาจ, และพาร์สัน (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) อธิบายว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นผลลัพธ์สุดท้ายของการกระทำที่มีเป้าหมายเพื่อทำให้สุขภาพดีหรือมีผลทางบวกต่อสุขภาพ เมื่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบูรณาการอยู่ในทุกมิติของวิถีชีวิตจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ดีขึ้นและคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2 ประการ คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ส่วน

บุคคล และปัจจัยด้านด้านสติปัญญาและอารมณ์ที่เฉพาะต่อพฤติกรรม ผ่านพันธะสัญญาในการวางแผน การกระทำ และปัจจัยขัดขวางในขณะนั้น ได้แก่ ความต้องการอื่นและความชอบอื่น ปัจจัยด้าน สติปัญญา และอารมณ์ที่เฉพาะต่อพฤติกรรมมีบทบาทสำคัญต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบย่อย 6 ปัจจัย คือ การรับรู้อุปสรรคในการกระทำ การรับรู้ประโยชน์ ของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล กิจกรรมที่มีความสัมพันธ์กับ อารมณ์ และอิทธิพลด้านสถานการณ์ จึงเห็นได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ เน้น การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เป็นบริบท สามารถควบคุมอาการกำเริบให้ได้ด้วยการปรับวิถีชีวิตและการใช้ยา โดยเน้นด้านความรับผิดชอบต่อ สุขภาพ ด้านโภชนาการและด้านการออกกำลังกาย เพื่อลดอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก เพื่อเพิ่ม ความทนทานในการทำกิจกรรม ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน (พรรณิภา, 2554) ด้านปัจจัยทาง สติปัญญาและอารมณ์ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมนั้น เป็นตัวแปรหลักที่สำคัญในการจูงใจให้ผู้ป่วย ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและนำไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมากที่สุด ภายใต้ บริบทด้านวัฒนธรรมของมุสลิมและความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งมองว่าพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลจะมีความแตกต่างกันอยู่กับปัจจัยหลายประการ และเนื่องจากโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทุกด้าน ผู้วิจัยจึงเลือก ปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัด ชายแดนใต้ ดังนี้

1. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived barrier to action) เป็น การปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งมีผลทั้งต่อความตั้งใจและการลงมือปฏิบัติของบุคคล อุปสรรคเหล่านั้นอาจ เป็นสิ่งที่บุคคลควบคุมในภาพไปเองหรือมีอยู่จริงก็ได้ เช่น ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก เป็นต้น การรับรู้อุปสรรคมักถูกมองว่าเป็นสิ่งที่กีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งทำให้บุคคลเกิดการสูญเสีย เช่น การสูญเสียความพึงพอใจส่วนบุคคล ทำให้ไม่สามารถเลิก สูบบุหรี่ได้ การรับรู้อุปสรรคจะกระตุ้นให้คนหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

2. แรงสนับสนุนของครอบครัว (family support) คือ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือ ที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคน ทั้งในด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับและ เห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน บริการ สุขภาพและด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อร่างกาย และจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ (situational influences) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด เกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทของสิ่งแวดล้อมในการส่งเสริมหรือขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

การรับรู้ทางเลือก การเข้าถึงสิ่งส่งเสริมสุขภาพ คุณลักษณะที่กระตุ้นความต้องการ และสุนทรียภาพของสิ่งแวดล้อม บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ไปในทางที่ส่งเสริมการปฏิบัติ นั่นคือ เมื่อรับรู้ว่าเป็นสิ่งคุ้นเคย เข้ากันได้ ปลอดภัยและมั่นใจ ไม่รู้สึกแปลกแยก ซึ่งในผู้ป่วยมุสลิม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ทำให้ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ในช่วงเวลาที่มียาการกำเริบ หรือไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ตามนัด สถานการณ์ความไม่สงบจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมารับการรักษาได้ทันทั่วถึง (สุรพันธ์และประไพ, 2547)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในความหมายของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) เป็นการกระทำที่มุ่งการบรรลุระดับสูงสุดของสุขภาพและความผาสุก เป็นการกระทำที่เพิ่มระดับความผาสุกของบุคคลและกลุ่มคน สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในความคิดของเพนเดอร์ครอบคลุม 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการจัดการกับความเครียด (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เลือกมาศึกษาตามแนวคิดของเพนเดอร์ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และโภชนาการ เนื่องจากจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าพฤติกรรมย่อยทั้ง 3 ด้านนี้ มีความสำคัญในผู้ป่วยมุสลิม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถควบคุมโรคไม่ให้กำเริบได้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ คือ การปฏิบัติกิจกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย การจัดการอาการกำเริบ การมาพบแพทย์ตามนัด และการดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การงดสูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่ การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ การป้องกันการติดเชื้อ และการใช้ยา

2. ด้านการออกกำลังกาย เป็นหัวใจสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจำกัดหรือหลีกเลี่ยงออกกำลังกายเนื่องจากกลัวว่าจะหายใจลำบาก แต่การออกกำลังกายนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญและมีประโยชน์ เพราะช่วยรักษาความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ข้อต่างๆ ให้มีการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ยังช่วยให้การแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดดีขึ้นอย่างมาก ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

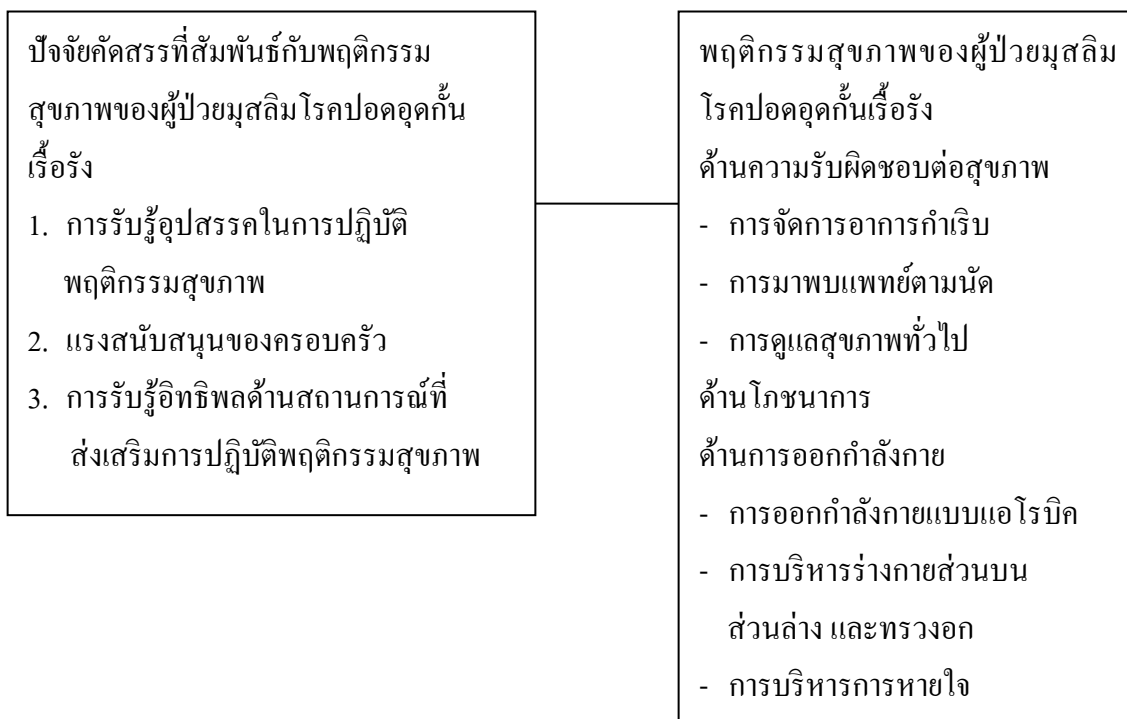
- 2.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด คือ การเรียนรู้และมีความสามารถในการใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นในการรักษา เช่น การใช้ยาพ่น การใช้ออกซิเจน ตลอดจนสามารถปรับการรักษาที่จำเป็นดังกล่าวให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตของตนเอง และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ตนเองสามารถจัดการได้ด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

2.2 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นการออกกำลังกายเพื่อความทนทานของปอด (endurance exercise) เพื่อให้ปอดมีความแข็งแรง (strengthening exercise) เป็นการออกกำลังกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เน้นผลสำคัญ คือ การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรง ความทนทานเป็นการออกกำลังกายที่เพิ่มสมรรถภาพปอดและหัวใจเพื่อความยืดหยุ่น และการออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ (Puhan, 2005) โดยยึดหลักของการออกกำลังกาย ได้แก่ 1) การบริหารร่างกายส่วนล่าง 2) การบริหารร่างกายส่วนบนและ 3) การบริหารกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการหายใจ (American Lung Association, 2004)

2.3 การบริหารการหายใจ คือ การหายใจช้าๆ และลึกๆ ใช้กล้ามเนื้อกระบังลม แทนการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจอื่นๆ หายใจออกโดยวิธีห่อปาก (pursed lip) ให้ระยะเวลาหายใจออกนานกว่าระยะเวลาของการหายใจเข้าประมาณ 2 เท่า

3. ด้านโภชนาการ ปัญหาที่พบบ่อยมีสาเหตุเกิดจากความต้องการแคลอรีในผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นเนื่องจาก การทำงานของการหายใจที่เพิ่มขึ้นแต่ผู้ป่วยกลับได้รับสารอาหารน้อยลง เนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น การได้รับอาหารที่ไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ บริโภคนิสัยที่ไม่เหมาะสม อาการเหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ไม่มีคนดูแลเรื่องอาหาร เป็นต้น พฤติกรรมด้านโภชนาการในผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วย การรับประทานอาหารหวานน้อย แป้งน้อย ไขมันน้อย เค็มน้อย มีกากใยสูง มีแคลเซียมสูง หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส นม ชา กาแฟ อาหารรสจัด และรับประทานครั้งละน้อยๆ 5-6 มื้อต่อวัน

ซึ่งกรอบแนวคิดปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แสดงในภาพ 1



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิม
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แรงสนับสนุนของครอบครัวและ
การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
สุขภาพของผู้ป่วยมุสลิม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

นิยามศัพท์การวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง การรับรู้การปฏิบัติ
กิจกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การจัดการอาการกำเริบ การมาพบแพทย์ตามนัด
และการดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ หรืออยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่ การพักผ่อนให้
เพียงพอ การป้องกันการติดเชื้อ และการใช้ยา ด้านโภชนาการ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารเช้า

น้อยๆ 5-6 มื้อต่อวัน การหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส การรับประทานอาหารที่มีแป้งน้อย หวานน้อย ไขมันน้อย เค็มน้อย มีใยสูง งนมชา กาแฟ และอาหารรสจัด และด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค การบริหารร่างกายส่วนบน ส่วนล่าง การบริหารทรวงอกและการบริหารการหายใจ ประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนามาจากแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ (Pender et al., 2006) คะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าคะแนนรวมต่ำ

2. ปัจจัยคัดสรร หมายถึง ปัจจัยที่เป็นตัวบ่งบอกพฤติกรรมนั้นๆ ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกมา 3 ปัจจัย ได้แก่

2.1 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสิ่งขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ และด้านการออกกำลังกายไม่ว่าสิ่งขัดขวางนั้นจะเกิดขึ้นจริง หรือวาทกรรมโน้มน้าวใจตัวเองก็ตาม ครอบคลุมอุปสรรคภายใน ได้แก่ ความรู้สึกไม่พอใจ ความยากลำบาก ความยุ่งยาก ความไม่สะดวก ความเจ็บปวด อันตราย และอุปสรรคภายนอก ได้แก่ เสียเวลา ราคาแพง ขาดความรู้ การเข้าไม่ถึงแหล่งประโยชน์ประเมิน โดยแบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนามาจากแนวคิดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ (Pender et al., 2006) คะแนนรวมสูง หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าคะแนนรวมต่ำ

2.2 แรงสนับสนุนของครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเป็นเจ้าของ การยอมรับ การยกย่อง ความรัก ความรู้สึกมีคุณค่า และการตอบสนองความต้องการจากครอบครัวในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร ประเมินโดยแบบประเมินแรงสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งประยุกต์มาจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของวันดี (2548) ที่พัฒนามาจากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) คะแนนรวมสูง หมายถึงมีการรับรู้แรงสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่าคะแนนรวมต่ำ

2.3 การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทของสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ และด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วย ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับทางเลือกและการเข้าถึงสิ่งส่งเสริมสุขภาพ คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นความต้องการและสุนทรียภาพของสิ่งแวดล้อม บุคคลมีแนวโน้มจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อรับรู้ว่สิ่งแวดล้อมนั้นมีความคุ้นเคย เข้ากันได้ ไม่รู้สึกแปลกแยก รู้สึกมั่นใจและปลอดภัย ประเมินโดยแบบประเมินการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนามาจากแนวคิดการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ของเพนเดอร์และคณะ (Pender et al.,

2006) คะแนนรวมสูงหมายถึง มีการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าคะแนนรวมต่ำ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัด ยะลา ปัตตานีและนราธิวาส ที่มารับบริการในโรงพยาบาลของพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกันยายน พุทธศักราช 2556

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ และนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ โดยการลดอุปสรรคและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาในการวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.1 ความหมายและพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.3 ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อผู้ป่วย
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้
 - 2.1 แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์
 - 2.2 พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้
 - 2.2.1 พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
 - 2.2.2 พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ
 - 2.2.3 พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย
3. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้
 - 3.1 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.2 แรงสนับสนุนของครอบครัว
 - 3.3 การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความหมายและพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง โรคที่ทำให้ทางเดินหายใจมีการอุดกั้นอย่างเรื้อรัง ประกอบด้วย ความผิดปกติกลุ่มใหญ่ๆ คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง (ลินจง, 2539) อาการทางคลินิกของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ได้แก่ ต่อมขับน้ำเมือกและเซลล์กอบเลท (goblet cells) เพิ่มขนาดและจำนวนทำให้มีการผลิตน้ำเมือกเพิ่มขึ้น และมีการเสื่อมของขนกวัด (cilia) ทำให้การขับน้ำเมือกของทางเดินหายใจบกพร่อง เลี้ยงต่อการติดเชื้อสูงขึ้น และยังถ้ามีการติดเชื้อที่ปอด การคั่งของน้ำเมือกจะยิ่งเพิ่มขึ้น การอุดกั้นทางเดินหายใจรุนแรงเพิ่มขึ้นทำให้ไอเรื้อรังและมีเสมหะแทบทุกวัน ปีละ 3 เดือน ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 2 ปี (สุภาพร, 2552; Black & Hawks, 2005) สิ่งที่เป็นมลพิษต่างๆ เช่น ฝุ่นและก๊าซโดยเฉพาะควันบุหรี่ทำให้การดำเนินของโรคค่อยๆ เลวลง โดยไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; American Thoracic Society, 1995) ในส่วนของโรคถุงลมโป่งพอง หมายถึง โรคที่ผนังถุงลมถูกทำลายทำให้มีอากาศค้างเกิดการยืด ขยายของถุงลมอย่างถาวร จากงานวิจัยพบว่ามีสาเหตุมาจากการหลั่งเอนไซม์โปรติเอส (protease) และอีลาสเตส (elastase) ซึ่งจะทำลายเนื้อเยื่อเกี่ยวพันของปอด และกลไกการคืนตัวของปอดสูญเสียไป ทำให้ผนังกั้นถุงลมถูกทำลายและถุงลมบางส่วนปิดจึงหายใจออกได้ลำบาก ผู้ป่วยอาจมีอาการหอบเหนื่อยตามมา หลอดเลือดฝอยที่ล้อมรอบถุงลมถูกทำลาย ทำให้คาร์บอน ไดออกไซด์คั่งเพิ่มขึ้น (สุภาพร, 2552) กลไกการเกิดอาการหายใจลำบากนี้เป็นการควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติโดยมีตัวรับความรู้สึกส่วนกลางอยู่บริเวณสมองส่วนเมดัลลลา ทำหน้าที่ควบคุมระดับคาร์บอน ไดออกไซด์ในเลือด ตัวรับรู้การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อผนังทรวงอกที่ใช้ในการหายใจ (proprioceptive receptors) ซึ่งจะมีผลควบคุมในระดับจิตได้สำนึก คอยควบคุมให้การหายใจเป็นไปตามปกติ เมื่อเกิดพยาธิสภาพตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของระบบการหายใจ ก็จะเกิดผลกระทบทำให้ความสัมพันธ์ดังกล่าวผิดปกติไป

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. ปัจจัยที่ทำให้โรคกำเริบ

อุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นในผู้ป่วยมุสลิม โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลสำคัญที่สุด ได้แก่ การสูบบุหรี่ และมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อีกหลายปัจจัย ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1.1 การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึงร้อยละ 85- 90 โดยเฉพาะในวิถีชีวิตของมุสลิมซึ่งส่วนใหญ่มักนิยมการสูบบุหรี่และไปจากสาเหตุที่บุหรี่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากในบุหรี่มีสารระคายเคืองจำนวนมาก เช่น ทาร์ ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของปอดเพิ่มขึ้น ทำลายขนกวัด ทำให้เกิดการอักเสบและทำลายผนังถุงลมและหลอดเลือด (Black & Hawks, 2005) ส่งผลให้มีลมซังในปอดมากกว่าปกติ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ชักนำให้เกิดโรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง เนื่องจากกลไกการเกิดพยาธิสภาพ 3 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยที่หนึ่ง ได้แก่ อนุภาคและก๊าซที่เกิดจากการสูดควันบุหรี่จะสะสมอยู่ที่ทางเดินหายใจและถุงลมปอด ทำให้การกำจัดสารพิษโดยปอดไม่สามารถทำได้โดยปกติ เนื่องจากมีการหลั่งเมือกของต่อมมูกมากกว่าปกติ ปัจจัยที่สอง ได้แก่ สารไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์และซูเปอร์ออกไซด์ในควันบุหรี่ ทำให้อีลาสเตสทำลายถุงลมปอดมากขึ้น และปัจจัยที่สาม ได้แก่ การสร้างสารอีลาสติกไฟเบอร์ของปอดลดลงเกิดเป็นโรคถุงลมโป่งพองได้ง่ายซึ่งมีผลต่อการยืดขยายถุงลมทำให้ปอดแฟบเร็วกว่าปกติ (ลินจง, 2539)

นอกจากนี้การเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและอาการกำเริบยังมีสาเหตุจากการได้รับควันบุหรี่ โดยที่ไม่ได้สูบบุหรี่ (passive smoking) ซึ่งหมายถึงการได้รับควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายจากควันที่ผู้อื่นสูดเข้าไปแล้วฟุ้งออกมาและจากปลายมวนบุหรี่ที่ถูกจุดทิ้งไว้ โดยเฉพาะจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่สูบบุหรี่เป็นประจำ บุคคลที่ได้รับควันบุหรี่จะมีโอกาสป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจได้บ่อย (จินตนา, 2548)

1.2 มลพิษทางอากาศ การสัมผัสสารเคมีบางชนิด และภูมิอากาศ พบว่า ฝุ่นละออง ควัน สารมีพิษต่างๆ ทำให้เกิดการระคายเคืองของเยื่อทางเดินหายใจ ทำให้ต่อมมูกมีจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้แรงต้านในหลอดเลือดสูงขึ้น มีผลทำให้หลอดเลือดเกิดการหดเกร็งและมีลมค้างในปอดเพิ่มขึ้น มีการศึกษาของชัยพงษ์ (2547) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะมีอาการกำเริบในช่วงที่อากาศมีมลพิษเพิ่มขึ้น เช่น ควันรถที่ไต่เตาถ่าน ไม้ฟืน และปรุงอาหารในห้องอัดทึบ จะทำให้เป็นโรคหลอดเลือดอักเสบได้ง่าย การประกอบอาชีพบางชนิดทำให้สัมผัสสารที่มีอันตรายต่อปอด เช่น การทำเหมืองแร่ถ่านหิน โรงงานอุตสาหกรรม โรงงานทอผ้า โรงงานปูนซีเมนต์ ช่างเชื่อมโลหะ

เป็นต้น จะทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ เนื่องจากมลพิษและสารเคมีดังกล่าวจะเสริมฤทธิ์ของการทำลายปอดจากการสูบบุหรี่ให้มากขึ้น (ชัยพงศ์, 2547) รวมทั้งสภาพพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ อีกทั้งทำเลที่ตั้งที่เต็มไปด้วยชุมชนแออัดใหญ่ อยู่ติดชายฝั่งทะเล และมีอากาศร้อนชื้น (ชเนศ, 2552)

1.3 ภาวะภูมิไวเกิน คือ ภาวะติดเชื้ในทางเดินหายใจที่ก่อให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยร้อยละ 80 เกิดจากการติดเชื้อของปอดและระบบทางเดินหายใจจากเชื้อแบคทีเรียและไวรัส โดยร้อยละ 40-50 เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ร้อยละ 30-40 เกิดจากเชื้อไวรัส เชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค เช่น เชื้อเฮโมฟิลุส อินฟลูเอนซา เชื้อสเตรปโตคอคคัสนิวโมเนีย และเชื้อมอราเซลลา คาซาลิส โดยพบว่าการติดเชื้อในทางเดินหายใจเกิดจากเชื้อเฮโมฟิลุส อินฟลูเอนซา ร้อยละ 31 เชื้อสเตรปโตคอคคัสนิวโมเนีย ร้อยละ 14 และเชื้อมอราเซลลา คาซาลิส ร้อยละ 14 (จิริพันธุ์, 2549)

2. ปัจจัยที่ป้องกันโรคกำเริบ

ปัจจัยที่ช่วยป้องกันอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ (บัณณช, 2554)

2.1 การออกกำลังกายและการฝึกการหายใจ ส่งผลให้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ แข็งแรง การบริหารการหายใจที่ถูกต้องจะทำให้อากาศระบายได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เหนื่อยหอบง่าย

2.2 การได้รับการช่วยเหลือและการดูแลจากบุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ มักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน จึงต้องพึ่งพาญาติในการดูแล คอยให้กำลังใจช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาและการดำเนินชีวิตทั้งการรับประทานยา การพ่นยา การรับประทานอาหาร ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษาและการดำรงชีวิต

2.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพถึงวิธีการใช้ยา การมาพบแพทย์ตามนัดและการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องซึ่งจะช่วยให้อาการกำเริบของโรคเกิดขึ้นช้าลง

ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อผู้ป่วย

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้มีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะและอาการหายใจลำบาก เนื่องจากโครงสร้างและการทำงานของระบบทางเดินหายใจไม่สามารถดำเนินไปได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนด้านจิตวิญญาณดังนี้ (เมธินี, พนิคนาฏ, และสุสดี, 2554)

1. ด้านร่างกาย ได้แก่

1.1 การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่าง ทำให้หลอดลมมีความไวต่อการกระตุ้นและเกิดการหดตัวอย่างรวดเร็วเมื่อถูกกระตุ้น ต่อมาหลังน้ำเมือกหลังน้ำเมือกออกมามากและเหนียวกว่าปกติ ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้บ่อยครั้ง เนื่องจากเกิดการกั๊กตัวของเสมหะในหลอดลม ทำให้เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค และยังทำให้การไหลเวียนของอากาศลดลง เนื่องจากทางเดินหายใจถูกอุดกั้น การสูญเสียหน้าที่ในการทำงานของปอดทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับก๊าซออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง

1.2 การไหลเวียนเลือดบกพร่อง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะน้ำเกินในร่างกายเนื่องจากในระยะสุดท้ายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาจเกิดภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลวทำให้มีน้ำคั่งค้ำตามส่วนต่างๆของร่างกายและอาจทำให้น้ำหนักตัวมากกว่าปกติ (อาภรณ์พรรณ, 2546)

1.3 การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เนื่องจากผลข้างเคียงของยาส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ลดลง เนื่องจากอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบากเมื่อมีกิจกรรมทางเพศ

2. ด้านจิตใจ อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้าพบบ่อยมาก เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และต้องปรับวิถีชีวิต ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ เบื่อหน่าย เครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า (เมธินี พนิตนาฎ และสุสติ, 2554) จากการศึกษาของอาภรณ์พรรณ (2546) พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากขณะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหายใจลำบากรุนแรง และบ่อยครั้งมีความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าอยู่ตลอดเวลา

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานตลอดชีวิต ผู้ป่วยโรคนี้เมื่ออายุมากขึ้นและระยะเวลาการเจ็บป่วยนานขึ้น ระดับความรุนแรงของโรคจะเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดำรงบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป เช่น ต้องออกจากอาชีพการทำงานก่อนเวลาอันควร สัมพันธภาพในบทบาทของสมาชิกในครอบครัว

และเพื่อนเปลี่ยนไป อาจแยกตัวออกจากสังคม ไม่สนใจต่อการรักษาพยาบาลและสิ่งแวดล้อมต่างๆ รอบตัว มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติ เช่น โกรธ หงุดหงิดง่าย เกรี้ยวกราด ขาดการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นต้น (นรภมล, 2550)

4. ด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องอาศัยความพยายามอย่างยิ่งในความสามารถที่จะควบคุมระดับความรุนแรงของโรค เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้สมควรแก่อัตภาพ มีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ส่งผลขัดขวางการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา เช่น การไปวัด ทำบุญ การไปโบสถ์ และการไปมัสยิด ทำให้ความปรารถนาสูงสุดในชีวิตถูกบั่นทอน โดยเฉพาะในผู้ป่วยมุสลิมทำให้เกิดความรู้สึกการเข้าไม่ถึงองค์อัลลอฮ์หรือความผูกพันกับพระเจ้า ผู้ป่วยมุสลิมมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วย พระเจ้าเป็นผู้ให้มา มักจะรักษาอาการแบบไม่จริงจังและบางครั้งพบว่ามักจะมีอาการกำเริบเท่านั้นถึงจะรับประทานยาที่แพทย์สั่ง ทำให้แนวทางการรักษาและดูแลอาการหรือเข้าไปจัดการอาการกำเริบมักทำได้ยาก

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะให้ความสำคัญกับประสบการณ์และคุณลักษณะของบุคคล สติปัญญาและอารมณ์ที่จำเพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมที่เป็นผลลัพธ์ การรู้ตัวแปรที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จากทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะและความเฉพาะของปัจจัยที่จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเกิดจากปัจจัยด้านสติปัญญาและอารมณ์ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Pender et al., 2006)

พฤติกรรมสุขภาพในความหมายของเพนเดอร์ (Pender, 1996) หมายถึง การกระทำที่มุ่งการบรรลุระดับสูงสุดของสุขภาพและความผาสุก เป็นการกระทำที่เพิ่มระดับความผาสุกของบุคคลและกลุ่มคน ครอบคลุม 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการจัดการกับความเครียด (Pender et al., 2006) ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เลือกมาศึกษาตามแนวคิดของเพนเดอร์ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และ

โภชนาการ เนื่องจาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทมุสลิมใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ที่มีเหตุการณ์ไม่สงบรายวัน ตลอดจนวิถีชีวิตของมุสลิมที่มีความเฉพาะทางภาษาและวัฒนธรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการและการออกกำลังกาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่มีเป้าหมายซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ที่สะท้อนความต้องการของบุคคลให้ตนเองมีสุขภาพดีและแสดงออกโดยการติดตามตนเอง การสร้างวิถีชีวิตที่ทำให้สุขภาพดี และการแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น (Puttapitukpol, 2001) ในการติดตามตนเอง ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย ได้แก่ การตระหนักถึงอาการทางกาย ความรู้สึก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกระบวนการทางสติปัญญาหรือการรู้จักคิด และส่วนที่สอง ได้แก่ การประเมินการสังเกตและการบันทึกที่บ่งบอกข้อมูลเพื่อให้เกิดการคิดใคร่ครวญ สำหรับการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาด้วยตนเองหรือขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ (Wilde & Garvin, 2007)

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพราะ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดแต่สามารถป้องกันการกำเริบของโรคได้ ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงควรมีความสนใจและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง แสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรที่มสุขภาพรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำของแพทย์ การตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการมาพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ รวมถึงการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

จากความหมายและความสำคัญของความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงควรปฏิบัติตัวดังนี้

1. การจัดการอาการกำเริบ

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการกำเริบได้ถูกต้อง เป็นการบรรเทาอาการของโรคให้ลดลงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การจัดการแก้ไขอาการกำเริบมีหลากหลายวิธี ได้แก่ การนอนหัวศีรษะสูงโดยใช้หมอนหลายใบเพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจโล่งสามารถหายใจได้สะดวก การหายใจแบบเป่าปาก จะช่วยให้เกิดแรงต้านขณะหายใจออก ทำให้แรงดันในหลอดลมเพิ่มขึ้น ช่วยต้านแรงดันจากช่องเยื่อหุ้มปอด ทำให้หลอดลมแฟบซีกว่าปกติ ทำให้อากาศในถุงลมมีเวลาในการแลกเปลี่ยนก๊าซเพิ่มขึ้น ถุงลมปอดว่างรับออกซิเจนใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้นและเหนื่อยน้อยลง (ลินจง, 2539) การผ่อนคลายด้วยการละหมาด ฝึกจิตใจให้สงบ (สุพล, 2549) การทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ เช่น ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ เป็นต้น การสงวนพลังงานโดยการเคลื่อนไหวให้ช้าลง นั่งพักหรือนอนพัก การสูดออกซิเจนเมื่อมีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก และการตรวจสอบตนเองโดยการประเมินอาการเหนื่อยหอบ สังเกตอาการหายใจลำบาก ตลอดจนสำรวจลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ เช่น ใช้กล้ามเนื้อไหล่ คอ ช่วยในการหายใจ

2. การมาพบแพทย์ตามนัด

การมาพบแพทย์ตามนัดเป็นระยะๆ ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถดูแลตนเองตามแผนการรักษา และสามารถหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ เนื่องจากการมาพบแพทย์ตามนัดทำให้ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การให้คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อให้ใช้พลังงานน้อยที่สุด (Hilling, & Smith, 2004) ผู้ป่วยควรพยายามมาพบแพทย์ตามนัดและปฏิบัติตามคำแนะนำ รับประทานยาให้ต่อเนื่อง สม่ำเสมออย่าหยุดยาเอง หากมีอาการกำเริบก่อนแพทย์นัดควรมาโรงพยาบาลทันที ในกรณีที่ผู้ป่วยมุสลิมที่อายุมาก มีปัญหาทางสายตา ควรให้บุคคลที่ใกล้ชิด เช่น บุตร หลานที่อยู่ดูแลใกล้ชิดคอยเช็ควินตามแพทย์นัดให้ นอกจากนี้ การมาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้บอกเล่าอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติต่อแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ สามารถซักถามข้อสงสัย สามารถบอกเล่าสิ่งที่คับข้องใจในการปฏิบัติตัว ตลอดจนซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงมากขึ้นและไม่เกิดอาการกำเริบหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. การดูแลสุขภาพทั่วไป

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องมีการดูแลสุขภาพทั่วไปของตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยมีเป้าหมายของการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ส่งผลให้ไม่มีอาการกำเริบและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถอธิบายได้ดังนี้

3.1 การไม่สูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงต้องงดการสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นที่สูบ อย่างไรก็ตามในวิถีชีวิตของมุสลิมส่วนใหญ่มักนิยมการสูบบุหรี่และใบยาสูบ เพราะเป็นค่านิยมและวิถีชีวิตที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา โดยพบว่าคนไทยมุสลิมมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าคนที่ไม่ใช่มุสลิม แม้ว่าอิสลามมีข้อห้ามอย่างชัดเจนที่ครอบคลุมถึงการไม่สูบบุหรี่ แต่ปัญหาอยู่ที่การเผยแพร่ การตีความของข้อห้ามนี้มีได้ทำอย่างมีระบบ และไม่สามารถกระจายข้อมูลความรู้เหล่านี้ถึงพี่น้องมุสลิมอย่างทั่วถึง ผู้ชายมุสลิมสูบบุหรี่กันอย่างกว้างขวาง เวลาไปละหมาด หรือเวลาร่วมงานเฉลิมฉลองต่างๆ ตามสุเหร่า จะเห็นกลุ่มพี่น้องมุสลิมนั่งร่วมวงสนทนา ดื่มน้ำชาและสูบบุหรี่ไปพร้อมๆ กัน นอกจากนี้ยังพบว่า ครูสอนศาสนาและผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับศาสนาติดบุหรี่ รวมทั้งป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่จำนวนมาก (เจ๊ะเหาะ, รอฮีม, อับดุลรอเยะ, และอานิส, 2555)

ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขึ้นอยู่กับชนิด ระยะเวลาในการสูบบุหรี่ จำนวนและวิธีการสูบบุหรี่ (อัมภรณ์พรรณ, 2546) และพบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากบุหรี่ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) ผู้สูบบุหรี่ในปริมาณที่มากหรือระยะเวลาที่สูบนานมีโอกาสดเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการรุนแรง และมีอัตราการตายมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่หรือสูบในปริมาณน้อย ทั้งนี้รวมไปถึงบุคคลที่ไม่ได้สูบบุหรี่เองแต่ได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นที่สูบบุหรี่ การที่บุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเนื่องจากในบุหรี่มีสารระคายเคืองจำนวนมาก เช่น ทาร์ มีผลกระตุ้นการหลั่งน้ำเมือกเพิ่มขึ้น สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้มีการทำลายขนกวัด ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ปอดช้าและน้อยลง เกิดการสะสมสารพิษจากควันบุหรี่ในหลอดลมและถุงลมปอด ทำให้เกิดการอักเสบ มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหลอดลมทั้งหลอดลมขนาดใหญ่และขนาดเล็ก (terminal bronchiole) จนเกิดเป็นโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพองในที่สุด (จินตนา, 2548)

3.2 การพักผ่อน การนอนหลับ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอเพื่อสงวนพลังงานและลดอาการเหนื่อยล้าซึ่งเกิดจากอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ในผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถแบ่งการพักผ่อนออกได้ดังนี้ (สุพล, 2549)

3.2.1 การพักผ่อนในลักษณะของอิบาดะห์ หรือการปฏิบัติเพื่อการจงรักภักดีต่ออัลลอฮ์ตามรูปแบบที่ศาสนากำหนด ได้แก่ การละหมาด ซึ่งหมายถึง การกราบไหว้พระเจ้า ถือเป็นหลักการปฏิบัติที่สำคัญของมุสลิม ที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำอย่างน้อยวันละ 5 ครั้ง ภายใน 24 ชั่วโมง แต่ถ้าป่วยไม่มากก็อนุโลมให้นอนละหมาด และไม่ต้องหันหน้าไปทางทิศตะวันตกก็ได้ (วิลาวณีย์, 2545) สำหรับผลของการละหมาดที่ถือว่าเป็นการพักผ่อนนั้น ก็คือ ตลอดระยะเวลาของการละหมาดนั้นจะ

ต้องมีจิตใจที่จดจ่อกับการเคารพและการระลึกถึงอัลลอฮ์ จึงเป็นการเสริมสร้างสมาธิ ทำให้เกิดผลพลอยได้ คือช่วยให้จิตใจเข้มแข็ง สงบสุข จึงเป็นการพักผ่อนคลายเครียดอย่างหนึ่ง

3.2.2 การถือศีลอด ถือเป็นการแสดงความจงรักภักดีต่ออัลลอฮ์ส่งผลต่อสุขภาพและอนามัยในแง่ของการพักผ่อน คือ เป็นการรักษาสุขภาพของมนุษย์ทางด้านจิตใจ เพราะเป็นช่วงที่มุสลิมต้องควบคุมสติอารมณ์ให้มากที่สุด ทำให้คลายเครียด จิตใจสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน และการไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำในเวลากลางวัน ถือเป็นการช่วยให้ระบบทางเดินอาหารได้พักหลังจากที่ต้องทำงานหนักมาทั้งปี

3.2.3 การนอนหลับ ถือเป็นการพักผ่อนในลักษณะสุดท้าย การนอนตามหลักศาสนาอิสลามกำหนดไว้ว่า กลางวันเป็นเวลาสำหรับการทำงาน กลางคืนเป็นเวลาสำหรับการพักผ่อน ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มักประสบปัญหาการพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้มีอาการหอบเหนื่อยกำเริบและมีความเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากการนอนไม่หลับ ตื่นบ่อย ผื่นร้ายนอนกลางวันมากเกินไป ทำให้ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดงลดลงขณะหลับ นอกจากนี้การนอนหลับของผู้ป่วยมักถูกรบกวนด้วยอาการหายใจลำบากในท่านอนราบ ไอมีเสมหะ และการหายใจติดขัด (สุพล, 2549)

3.3 การป้องกันการติดเชื้อ การติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การติดเชื้อมีผลทำให้การดำเนินโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเลวลงโดยทำให้มีอาการหายใจลำบากรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจึงควรได้รับคำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อ โดยการอยู่ในที่ปลอดโปร่ง หลีกเลี้ยงแหล่งชุมชนแออัด รักษาความสะอาดร่างกาย ปาก ฟัน สังเกตการติดเชื้อได้แก่ การมีไข้ ร่วมกับการมีเสมหะมากขึ้น สีของเสมหะเปลี่ยนจากสีขาวเป็นสีเหลือง การติดเชื้อพบมากในคนยากจนเนื่องจากการด้อยโอกาสด้านความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องการออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ ตลอดจนขาดเงินและทรัพยากรที่จะเปลี่ยนวิถีชีวิตไปในทิศทางที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น (ปิ่นฉรร, 2554)

3.4 การใช้ยา ประกอบด้วย การรับประทานยาและการพ่นยา ดังนี้

3.4.1 ยาขยายหลอดลม (bronchodilators) ที่นิยมใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ B₂-agonist, anticholinergic และ xanthine derivative การเลือกใช้ยาชนิดชนิดหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งชนิดร่วมกัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค และการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาระยะยาว การใช้ยาขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์ยาวมีประสิทธิภาพดี และสะดวกสำหรับผู้ป่วยมากกว่ายาที่ออกฤทธิ์สั้นและทำให้สภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น การบริหารยาขยายหลอดลม ควรใช้วิธีสูดพ่น (metered-dose หรือ

dry powder inhaler) เป็นอันดับแรก ยกเว้นในรายที่ไม่สามารถใช้ยาในรูปแบบสูดดมได้ถูกวิธี อาจอนุโลมให้ใช้ยาชนิดรับประทานทดแทนได้ (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2548)

3.4.2 คอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroid) ใช้ลดการกำเริบของโรคในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป ที่มีอาการกำเริบบ่อยหรือรุนแรงและช่วยให้สภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2548)

3.4.3 ยาขับเสมหะหรือยาละลายเสมหะ ยาจจะมีฤทธิ์ระคายเคืองต่อเซลล์ที่ทำหน้าที่คัดหลั่งของหลอดลม ทำให้เยื่อหลอดลมชุ่มชื้น ความเหนียวของเสมหะน้อยลง

3.4.4 ยาอื่นๆ ที่ใช้ในการรักษาภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะในรายที่มีภาวะการติดเชื้อ แต่ในระยะยาว พบว่าไม่ช่วยให้การทำงานของระบบทางเดินหายใจดีขึ้น เพียงแต่ช่วยลดความถี่ของการเกิดอาการที่รุนแรงของโรคจากการติดเชื้อในทางเดินหายใจลงได้ ส่วนการใช้ยาขับปัสสาวะและยาดิจอกซิน (digoxin) จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดแดงอย่างเรื้อรังร่วมกับภาวะหัวใจชกขวาล้มเหลว ลดอาการบวมและช่วยให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น (อริญญา, 2551)

กล่าวโดยสรุป โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด แต่สามารถป้องกันอาการกำเริบของโรคได้ ผู้ป่วยจึงจะต้องมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้อาการของโรคกำเริบขึ้น ผู้ป่วยจะต้องสามารถป้องกันอาการกำเริบและจัดการกับอาการกำเริบได้ โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่สูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการทำงานหนัก การหาเวลาในการผ่อนคลาย การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การใช้ยาให้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง อีกทั้งจะต้องป้องกันการติดเชื้อโดยหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในที่แออัด หลีกเลี่ยงสถานที่ที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ไม่ควรอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และนอกจากนี้ยังต้องหลีกเลี่ยงมลพิษทางอากาศ

พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2011) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมมารับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดอาหารที่รับประทาน ประเภทของอาหารที่รับประทาน และอุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุขนิสัยก่อนและขณะรับประทานอาหารที่ได้กระทำเป็นประจำ (วิณา, อัครนงค์, และศิริรัตน์, 2546) ส่วนนิรมัย (2547) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมมารับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

ที่บุคคลกระทำเป็นประจำซึ่งอาจเป็นการแสดงออก ทั้งทางด้านการกระทำ เช่น การเลือกชนิดของอาหาร การเตรียม การปรุง การบริโภค สุขนิสัยในการบริโภค และความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ ต่อการบริโภคอาหาร สิ่งเหล่านี้ถ้าบุคคลได้ปฏิบัติถูกต้องตามหลักโภชนาการแล้วจะส่งผลให้บุคคลมีภาวะโภชนาการที่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลปฏิบัติไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพตามมา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยให้นิยามพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการว่าเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกชนิด และมีจำนวนมีอาหารที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน (Pender et al., 2006)

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการให้ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะขาดสารอาหารเนื่องจากมีการใช้พลังงานในการหายใจเพิ่มขึ้น แต่การรับประทานอาหารลดลง อีกทั้งยังมีอาการเหนื่อยหอบที่คอยรบกวนขณะรับประทานอาหารหรือการได้รับยาที่มีผลต่อความอยากอาหารและการดูดซึมอาหาร ขณะเดียวกันหากมีน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนจะหายใจลำบากเพิ่มขึ้น การคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีต้องขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูงจาก โปรตีนและไขมัน รับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตในสัดส่วนที่น้อย รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักผลไม้เป็นประจำทุกวัน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม อาหารหวานจัด อาหารที่ทำให้เกิดก๊าซ และหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ต้องรับประทานอาหารดังกล่าวในปริมาณและจำนวนมีที่เหมาะสม

องค์ประกอบของพลังงานและสารอาหารที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับ สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. พลังงานและสารอาหารที่ควรได้รับ

1.1 พลังงาน ความต้องการพลังงานในผู้สูงอายุ จะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มขึ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายจะเสื่อมลง อัตราการเผาผลาญในร่างกายลดลง ความต้องการพลังงานต่อวันในผู้สูงอายุช่วงอายุ 60-70 ปี ในผู้สูงอายุชายต้องการ 2,100 กิโลแคลอรีและในผู้สูงอายุหญิงต้องการ 1,750 กิโลแคลอรี และเมื่ออายุตั้งแต่ 71 ปีขึ้นไป ความต้องการพลังงานในผู้สูงอายุชายเท่ากับ 1,750 กิโลแคลอรี และผู้สูงอายุหญิงเท่ากับ 1,550 กิโลแคลอรี (คณะกรรมการจัดทำปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน สำหรับคนไทย, 2546) ถ้าต้องการคำนวณพลังงานให้ถูกต้องยิ่งขึ้น สามารถใช้สูตรของฮาร์ริส-เบเนดิกต์ (Harris-Benedict) โดยคำนวณจากความต้องการพลังงานขั้นพื้นฐาน (basal energy expenditure: BEE) ซึ่งเป็นพลังงานที่ในขณะที่พักผ่อน สูตรที่ใช้มีดังต่อไปนี้ (Perry, 1994)

$$\text{ผู้ชาย BEE} = 66.42 + (13.75 \times \text{น้ำหนัก}) + [5 \times \text{ส่วนสูง (ซม.)}] - (6.77 \times \text{อายุ})$$

$$\text{ผู้หญิง BEE} = 655.42 + (9.66 \times \text{น้ำหนัก}) + [1.85 \times \text{ส่วนสูง (ซม.)}] - (4.68 \times \text{อายุ})$$

การคำนวณความต้องการพลังงานทั้งหมด (total energy expenditure: TEE) สามารถทำได้โดยนำความต้องการพลังงานขั้นพื้นฐาน คูณกับปัจจัยความสามารถทางด้านการทำกิจกรรม (activity factor: AF) และปัจจัยการเผาผลาญ (metabolic factor: MF) หากร่างกายมีการเผาผลาญปกติหรือไม่เจ็บป่วย ร่างกายมีความต้องการพลังงาน เท่ากับ 1.2 เท่าของพลังงานขั้นพื้นฐาน หรือประมาณ 29 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน ถ้ามีการเผาผลาญมากกว่าปกติ เช่น มีการติดเชื้อรุนแรง ร่างกายต้องการพลังงาน 1.4-1.8 เท่าของพลังงานขั้นพื้นฐาน หรือหากมีการบาดเจ็บรุนแรง เช่น ไฟไหม้มากกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่ผิวร่างกาย ร่างกายจะต้องการพลังงาน 2 เท่าของพลังงานขั้นพื้นฐาน จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการเผาผลาญอาหารสูงกว่าปกติ เนื่องจากมีการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อที่หายใจเพิ่มขึ้น หากได้รับพลังงานเท่ากับ 1.5 เท่าของพลังงานขั้นพื้นฐาน จะสามารถทำให้กล้ามเนื้อช่วยหายใจสามารถทำงานได้ดีขึ้น (ชายชาญ, 2550) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ควรได้รับพลังงานมากหรือน้อยเกินไปเพราะถ้าได้รับพลังงานมากเกินไปจะมีการเผาผลาญอาหารมากขึ้น ส่งผลให้เกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์มาก ทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบากมากขึ้น แต่ถ้าได้รับพลังงานน้อยเกินไปจะทำให้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้มีน้ำหนักตัวน้อยและความต้านทานโรคต่ำ ดังนั้นพลังงานที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับจะเท่ากับ 2,000- 2,500 กิโลแคลอรีต่อวัน (พิมพ์ใจ, 2551)

1.2 คาร์โบไฮเดรต ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรลดการกินอาหารจำพวก คาร์โบไฮเดรตลง เนื่องจากการเผาผลาญอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต จะทำให้เกิดการคั่งของแก๊ส คาร์บอนไดออกไซด์ ในแต่ละวันผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรได้รับคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 28 หรือประมาณ 100-187 กรัมต่อวัน (อัมภรณ์พรรณ, 2546; Bozzetti, 2003) ควรเลือกรับประทาน คาร์โบไฮเดรตในรูปของคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ เผือก มัน ข้าวโพด และ ธัญพืชต่างๆ เป็นต้น และควรสลับกับอาหารจำพวกแป้งประเภทอื่นบ้าง เช่น ถั่วเขียว ขนมหิน บะหมี่ เป็นต้น และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรหลีกเลี่ยงคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวให้เหลือน้อยลง ได้แก่ อาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสม เช่น ขนมหวาน เครื่องดื่มรสหวาน ของกวน ผลไม้รสหวานจัดและน้ำอัดลม เป็นต้น

1.3 โปรตีน ความต้องการของโปรตีนในแต่ละวันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 17 ของพลังงานทั้งหมด หรือประมาณ 60-94 กรัมต่อวัน (อัมภรณ์พรรณ, 2546;

Bozzetti, 2003) โปรตีนช่วยในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ตั้งแต่ผิวหนัง กล้ามเนื้อ เลือด กระดูก ตลอดจนเนื้อเยื่อต่างๆ แต่ในผู้สูงอายุไม่ควรได้รับโปรตีนสูงเกินไป เนื่องจากอาจทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดี (วิไลวรรณ, 2548) ดังนั้นควรเลือกโปรตีนที่ย่อยง่ายและไขมันต่ำ เช่น ปลา ไข่ นม เต้าหู้ เป็นต้น

1.4 ไขมัน เป็นอาหารที่ให้พลังงานและให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย เป็นตัวนำวิตามินที่ละลายด้วยไขมัน คือ วิตามินเอ วิตามินดี วิตามินอี และวิตามิน เค ไปใช้ประโยชน์ ช่วยให้อาหารมีรสอร่อยและทำให้รู้สึกอิ่ม (พิมพ์ใจ, 2551) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับไขมันร้อยละ 55 หรือประมาณ 111-152 กรัมต่อวัน (อัมภรณ์พรรณ, 2546; Bozzetti, 2003) ไขมันมีทั้งประเภทไขมันอิ่มตัวและไขมันไม่อิ่มตัว ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัว ซึ่งพบมากใน น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง และน้ำมันข้าวโพด

1.5 กากใยอาหาร จะมีมากในผักและผลไม้ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรรับประทานผักทุกวัน วันละ 4 ทักษิ (วิมลรัตน์, 2552) ควรรับประทานผักสุกหรือผักที่นิ่มเนื่องจากสามารถรับประทานได้ง่าย และสามารถย่อยและดูดซึมได้ง่าย ควรหลีกเลี่ยงผักสดเนื่องจากมีแก๊สมาก อาจทำให้เกิดอาการท้องอืดได้ (วิไลวรรณ, 2548) ขึ้น ในแต่ละวันควรบริโภคอาหารที่มีกากใยสูง 20-25 กรัม (วัลลภ, 2548) จากการศึกษาของบุญชูบ (2545) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้เกือบทุกวัน และมากกว่าอาหารในหมวดอื่นๆ เนื่องจากรับรู้ประโยชน์ของพืชผักและผลไม้

1.6 วิตามินและเกลือแร่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับวิตามินและเกลือแร่ที่หลากหลายและเพียงพอในแต่ละวัน โดยเฉพาะการรับประทานวิตามินซีเป็นประจำจะช่วยให้การทำงานของปอดดีขึ้น (Celik & Topcu, 2006) ช่วยป้องกันและต่อต้านการถูกทำลายของเซลล์และเนื้อเยื่อของปอดจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. ชนิดและปริมาณอาหาร

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีทั้งภาวะน้ำหนักเกินและภาวะขาดสารอาหาร แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีภาวะขาดสารอาหารมากกว่า ซึ่งจะขาดสารอาหารจำพวกโปรตีนและพลังงาน ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรจะได้รับสารอาหารที่มีโปรตีนและไขมันมากกว่าคาร์โบไฮเดรต ทั้งนี้สามารถแบ่งชนิดของอาหารออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ อาหารที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรรับประทานและอาหารที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรหลีกเลี่ยง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 อาหารที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรรับประทาน ประกอบด้วย

2.1.1 อาหารที่ให้พลังงานสูงจำพวกโปรตีนและไขมัน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการใช้พลังงานในการหายใจเพิ่มขึ้น แต่การรับประทานอาหารลดลง (สุภาพร, 2552;

Black & Hawks, 2005) ดังนั้น จึงควรรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงจำพวกโปรตีน แต่ควรเป็นโปรตีนที่มีลักษณะย่อยง่าย เพื่อช่วยลดการใช้พลังงานในการย่อยและดูดซึมอาหาร เช่น ปลา ไก่และนม เป็นต้น (วิมลรัตน์, 2552) อีกทั้ง ควรได้รับอาหารประเภทไขมัน ซึ่งเป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงาน และให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย ไขมันมีทั้งประเภทไขมันอิ่มตัวและไขมันไม่อิ่มตัว ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัวซึ่งพบมากใน น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง และน้ำมันข้าวโพด โดยจะช่วยลดการใช้พลังงานในการเผาผลาญและดูดซึมลง (พิมพ์ใจ, 2551)

2.1.2 อาหารปราศจากแก๊ส เนื่องจากอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สจะทำให้เกิดลมในกระเพาะอาหาร ทำให้กระเพาะอาหารขยายตัวดันกระบังลมให้สูงขึ้น ทำให้ปอดมีการขยายตัวได้น้อยลง เป็นผลให้การหายใจไม่มีประสิทธิภาพและมีการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการหายใจลำบากขึ้น อาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น ถั่วต่างๆ กะหล่ำปลี หัวหอม พักทอง หอมใหญ่ มะม่วงดิบ (วิมลรัตน์, 2552)

2.1.3 อาหารกากใยสูง ช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระสะดวก ป้องกันภาวะท้องผูก ช่วยให้อิ่ม ช่วยชะล้างสารพิษในทางเดินอาหาร และช่วยป้องกันมะเร็งหลายชนิด โดยเส้นใยชนิดละลายน้ำช่วยดูดซับน้ำตาลได้ดีทำให้น้ำตาลเพิ่มขึ้นช้าๆ และรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติได้นาน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรรับประทานอาหารกากใยสูง โดยเฉพาะชนิดละลายในน้ำ เพื่อช่วยลดระดับน้ำตาล ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหายใจลำบากจากการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดจากการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต

2.1.4 อาหารมีแคลเซียมสูง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้รับยาสเตียรอยด์มานานอาจมีปัญหากระดูกพรุนได้ จึงควรเพิ่มอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น ปลาตัวเล็ก งา ลูกเดือย ใบชะพลู ใบยอ ผักกระเฉด สะเดา มะเขือพวง ขี้เหล็ก กระถิน ตำลึง เป็นต้น (วิมลรัตน์, 2552)

2.1.5 น้ำดื่ม ควรดื่มน้ำก่อนรับประทานอาหาร 30-60 นาที เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแน่นอึดอัดขณะรับประทานอาหาร และหลังรับประทานควรดื่มน้ำเพียงเล็กน้อย ใน 1 วัน ควรดื่มน้ำอุ่นวันละ 8-10 แก้ว หรือประมาณ 2000 ซีซี ยกเว้น ในรายที่มีข้อจำกัด เช่น การทำงานของหัวใจล้มเหลว เป็นต้น การดื่มน้ำอุ่นจะดีกว่าน้ำเย็นเพราะน้ำอุ่นจะลดความเหนียวของเสมหะ ทำให้เสมหะอ่อนตัว สามารถขับเสมหะออกได้ง่าย และป้องกันภาวะขาดน้ำจากการสูญเสียน้ำไปทางลมหายใจเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย

สรุปลักษณะอาหารที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรรับประทาน คือ อาหารจำพวกโปรตีน ไขมัน มากกว่าคาร์โบไฮเดรต ควรเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูงย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม

โจ๊ก ก๋วยเตี๋ยว โยเกิร์ต เต้าฮวย สังขยา และเป็นอาหารที่มีเกลือ น้อย ผู้ป่วยควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว ยกเว้นรายที่มีข้อจำกัด เช่น การทำงานของหัวใจล้มเหลว เป็นต้น เพื่อลดความเหนียวของเสมหะ ทำให้ขับเสมหะออกได้ง่ายขึ้นและป้องกันภาวะสูญเสียน้ำไปทางลมหายใจเมื่อมีอาการหอบเหนื่อยและไอ ควรรับประทานผลไม้เป็นประจำเพื่อให้ร่างกายได้รับวิตามินซึ่งมีส่วนช่วยในการทำงานของปอดดีขึ้น โดยเฉพาะวิตามินซี

2.2 อาหารที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรหลีกเลี่ยง ประกอบด้วย

2.2.1 อาหารหวาน เป็นอาหารที่ทำให้รสหวานโดยการเติมน้ำตาล เช่น ขนมหวาน เครื่องดื่มที่มีรสหวาน หรืออาหารที่มีรสหวานตามธรรมชาติ เช่น ลำไย มะม่วงสุก ทูเรียนเงาะ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรหลีกเลี่ยง ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีรสหวานซึ่งได้จากน้ำตาลเกินร้อยละ 10 ของพลังงานหรือไม่ควรเกินวันละ 40-55 กรัม หรือมากกว่า 4-8 ช้อนชาต่อวัน (วิลลิตน์, 2552) การรับประทานอาหารหวานมาก จะทำให้เกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ส่งผลให้หายใจลำบากมากขึ้น

2.2.2 อาหารที่มีแป้งมาก เป็นอาหารที่มีส่วนประกอบของแป้ง ซึ่งแป้งเป็นอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต มีผลต่ออัตราส่วนของการนำออกซิเจนไปใช้ต่อคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากสารอาหารคาร์โบไฮเดรตเมื่อถูกเผาผลาญจะทำให้เกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ซึ่งถูกกำจัดออกทางปอด ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหายใจลำบากมากขึ้น ดังนั้น สารอาหารที่ดีสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรเป็นสารอาหารที่ให้ค่าอาร์คิว (R.Q.) ต่ำ คือ ใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญน้อยที่สุดและเกิดคาร์บอนไดออกไซด์จากการเผาผลาญน้อยที่สุด เมื่อพิจารณาถึงค่าอาร์คิวของสารอาหารที่ให้พลังงาน พบว่าของคาร์โบไฮเดรต เท่ากับ 1.0 โปรตีน เท่ากับ 0.8 และไขมัน เท่ากับ 0.7 (อัมภรณ์พรรณ, 2546; Bozzetti, 2003)

2.2.3 อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว อาหารประเภทไขมัน เป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงานและให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย ไขมันมีทั้งประเภทไขมันอิ่มตัวและไขมันไม่อิ่มตัว กรดไขมันชนิดอิ่มตัวพบมากใน เนื้อสัตว์ ไขมันสัตว์ น้ำมันมะพร้าว กะทิและน้ำมันปาล์ม ส่วนอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น อาหารทะเล เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและอาหารที่ทำให้โคเลสเตอรอลสูง โดยควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยการทอดหรือผัด ควรเลือกอาหารที่ปรุงด้วยการต้มหรือนึ่งแทน (วิลลิตน์, 2552) เพราะไขมันเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานสูง ย่อยยาก ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานไปในการย่อยและดูดซึมที่มากเกินไป ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น

2.2.4 อาหารเค็ม เป็นอาหารที่ให้รสเค็ม ได้จากการเติมเกลือแกง น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว และอาหารประเภทหมักดอง เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง ไข่เค็ม บวฉู่ ไตปลา เนื้อแดดเดียว

รวมทั้งอาหารประเภทขนมขบเคี้ยว ขนมอบกรอบ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรหลีกเลี่ยงอาหารเหล่านี้ เนื่องจากการได้รับเกลือแกงมากกว่า 6 กรัมต่อวัน (วิลลิตซ์, 2552) จะมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและนำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจช็อกขาดลมเหลว อีกทั้งการได้รับเกลือแกงในปริมาณมากมีผลทำให้เสียสมดุลของโปแตสเซียมซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อหายใจทำงานหนักมากยิ่งขึ้น (อัมพรพรรณและคณะ, 2541)

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรหลีกเลี่ยงอาหารหวาน อาหารที่มีแป้งมาก อาหารที่มีรสเค็ม อาหารประเภทนม ช็อกโกแลต เพราะทำให้น้ำลายเหนียวขับออกได้ยาก อาหารที่ทำให้เกิดก๊าซในกระเพาะอาหาร เช่น ขนุน แดงทุกชนิด ถั่ว กะหล่ำดอก กะหล่ำปลี หัวผักกาดดอง เพราะจะทำให้กระเพาะอาหารขยายตัวดันกระบังลมให้สูงขึ้น ทำให้ปอดมีการขยายตัวได้น้อยลง หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม ในผู้ป่วยที่ได้รับยา สเตียรอยด์ มานานอาจมีปัญหากระดูกพรุนได้ จึงควรเพิ่มอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น ปลาตัวเล็ก กุ้งแห้ง สำหรับปริมาณอาหารไม่ควรรับประทานอาหารแต่ละมื้ออึดเกินไป เพราะอาจทำให้เกิดปัญหาหอบเหนื่อยหลังอาหาร ควรรับประทานอาหารเช้าบ้างน้อยๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น และควรพักผ่อนก่อนมื้ออาหาร 30- 60 นาทีและควรดื่มน้ำอุ่น 8-10 แก้วต่อวันยกเว้นมีข้อจำกัด

3. มื้ออาหาร

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเน้นการรับประทานอาหารให้บ่อยกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ อาหารหลักมี 3 มื้อ คือ เช้า เที่ยง เย็น และควรมีอาหารว่างระหว่างมื้อ ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเช้าไม่ครบมื้อ ส่งผลให้มีโภชนาการไม่ดีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเน้นให้รับประทานอาหารเช้าบ้าง อาจจะเป็น 4-6 มื้อต่อวัน การรับประทานอาหารเช้าแต่ละมื้อไม่ควรอึดเกินไป เพราะอาจทำให้เกิดปัญหาหอบเหนื่อยหลังอาหาร ควรรับประทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง และควรพักผ่อนก่อนรับประทานอาหารเช้า 30-60 นาทีทุกมื้ออาหาร จากการศึกษาของมนัสวี (2542) พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่าร้อยละ 80 รับประทานอาหารเช้าวันละ 3 มื้อขึ้นไป นอกจากนี้ช่วงถือศีลอด พบว่าผู้ป่วยมุสลิมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าไม่เหมาะสมกับโรคโดยพบว่าร้อยละ 65 ของพลังงานทั้งหมดมาจากการรับประทานอาหารเช้าเปิดบวชหรือมื้อแรกของวัน (สุพล, 2549) โดยในมุสลิมมักดื่มน้ำผลไม้ เครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม พร้อมกับอาหารทอด อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง ทั้งนี้เพราะอาหารรสหวานได้มีการจัดเตรียมไว้เป็นพิเศษในช่วงถือศีลอด ซึ่งถือเป็นประเพณีที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนซึ่งจะยิ่งเพิ่มอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี ประกอบด้วย กิจกรรมในยามว่าง (leisure-time) และการออกแรงทำกิจวัตรประจำวัน (lifestyle physical activity) (Pender, 1996) ประกอบด้วย ความแรง ความถี่ และระยะเวลาของการปฏิบัติ ครอบคลุมการปฏิบัติกิจกรรม 5 ประเภท ได้แก่ การออกกำลังกายที่ใช้แรงมาก การเดิน การเคลื่อนไหว การยืน และการนั่ง การออกกำลังกายมีความสำคัญในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้จะมีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ การออกกำลังกายจะช่วยให้ระบบการหายใจและกล้ามเนื้อช่วยหายใจทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งไม่แตกต่างจากการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด คือ การฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง และมีเป้าหมายเดียวกันกับการออกกำลังกาย คือ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการหายใจและกล้ามเนื้อช่วยหายใจด้วยเช่นกัน (นรภมล, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของปีณธร (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลพะเยา พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 65.95 มีพฤติกรรมออกกำลังกายและการฝึกการหายใจถูกต้องส่งผลให้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจแข็งแรง นอกจากนี้การบริหารการหายใจที่ถูกต้องจะทำให้โอกาสระคายเคืองได้ดี ผู้ป่วยไม่เหนื่อยหอบง่ายเกินไป และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 63.34 ระบุว่าจะเหนื่อยหอบมากขึ้นหากไม่ได้ฝึกการบริหารการหายใจทุกวัน

ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การออกกำลังกายมีจุดมุ่งหมายเพื่อฟื้นฟูสภาพ และลดอาการแทรกซ้อนของโรค ช่วยส่งเสริมให้มีสุขภาพดี การออกกำลังกายในระดับที่เพียงพอจะสามารถช่วยให้อาการเหนื่อยลดลง ช่วยให้หัวใจมีประสิทธิภาพในการสูดฉีดโลหิตได้มากขึ้น ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และทำให้อารมณ์ดีขึ้น (สุจิตรา, 2549) การออกกำลังกายถือเป็นหัวใจสำคัญของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การจัดโปรแกรมการออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างเหมาะสม จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจ เพิ่มความทนทานในการออกกำลังกาย และสามารถลดอาการหายใจลำบากได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น จากการศึกษาที่ต้องเป็นผู้อยู่กับบ้านมาเป็นบุคคลที่สามารถทำกิจกรรมได้ตามสมควร (สมเกียรติและชัยเวช, 2542) การออกกำลังกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเน้นผลที่สำคัญ ได้แก่ (สุภา, 2546)

1. การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรง (strengthening exercise) เป็นการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้แรงต้าน โดยการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขณะมีการหดตัว การยึดตัวและแบบค้างไว้ เช่น การยกน้ำหนัก เป็นต้น แต่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถ

ปฏิบัติได้ต่อเนื่อง ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ เกิดสภาวะการณั้กลั่นหายใจ อาจทำให้เกิดอาการวิงเวียน หน้ามืด เนื่องจากการลดระดับของออกซิเจนอย่างรวดเร็ว และมีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงควรมีการหยุดพักเป็นระยะๆ และไม่หักโหมจนเกินไป

2. การออกกำลังกายเพื่อความทนทาน (endurance exercise) เป็นการฝึกสมรรถภาพการทำงานของปอดและหัวใจ ฝึกการใช้พลังงานจากออกซิเจนในร่างกายอย่างต่อเนื่อง เป็นการฝึกด้วยความหนักปานกลาง ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้อย่างสบาย ด้วยวิธีการวิ่งเบาๆ การเดินเร็ว การเดินระยะไกล หรือการเดินธรรมชาติใดๆ ซึ่งเป็นกิจกรรมการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง นอกจากนั้นก็มีกิจกรรมการออกกำลังกายที่ไม่ต่อเนื่อง คือ การเล่นกีฬาบางประเภท เช่น บาสเก็ตบอล ฟุตบอล เป็นต้น ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการหายใจลำบากได้ง่าย จึงควรได้รับการฝึกอย่างต่อเนื่อง และในการเริ่มออกกำลังกายในระยะแรกควรใช้เวลาในการออกกำลังกายสั้นๆ และระยะเวลาพักนานเมื่อมีอาการหอบเหนื่อยและเมื่อยล้า ต่อมาจึงพยายามลดเวลาในการพัก และเพิ่มระยะเวลาในการทำกิจกรรมนั้นๆ ให้นานขึ้น จะช่วยปรับปรุงความทนทานในการทำกิจกรรมได้ดีขึ้น

3. การออกกำลังกายกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ (respiratory muscle exercise) เป็นการออกกำลังกายกล้ามเนื้อกระบังลม โดยนิยมฝึกพร้อมกับเครื่องมือที่สามารถรับแรงต้านทานการหายใจเข้า เป็นการฝึกกล้ามเนื้อในการหายใจร่วมด้วย สำหรับในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมีภาวะขยายหรือพังตัวของถุงลมและทรวงอกมากเกินไป จะทำให้มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในการหายใจ ดังนั้นการฝึกการหายใจเพื่อลดหรือป้องกันไม่ให้เกิดการขยายตัวเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นเป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งวิธีง่ายๆ ที่ได้ผล ก็คือ การฝึกการหายใจ (breathing training) โดยการบริหารหายใจแบบเป่าปาก (pursed lips) (ชัยเวช, 2542)

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีหลากหลายวิธี ผู้ป่วยสามารถเลือกออกกำลังกายตามประเภทที่ตนเองชอบและถนัด และควรออกกำลังกายให้หลากหลายวิธี เพื่อการมีสุขภาพที่ดีและไม่เบื่อหน่าย ซึ่งแต่ละประเภทจะมีลักษณะที่แตกต่างกันสามารถอธิบายได้ดังนี้ (การिया, 2553)

1. การออกกำลังกายแบบแอโรบิก

ออกกำลังกายแบบแอโรบิก หมายถึง การเคลื่อนไหวที่ต้องการใช้ออกซิเจนจำนวนมากโดยใช้เวลานาน เพื่อให้ร่างกายสามารถนำออกซิเจนไปใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เป็นการออกกำลังกายที่ใช้เวลาเพื่อให้ปอดสูดออกซิเจนเข้าไปจำนวนมาก ออกซิเจนจะเข้าสู่กระแสโลหิตและถูกสูบน้ำขึ้นไปเลี้ยงเซลล์ของอวัยวะต่างๆ ทั้งร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เซลล์ทุกเซลล์ของร่างกายได้รับอากาศเต็มที่และขับของเสียออกทางลมหายใจ เหงื่อ ปัสสาวะและ

อุจจาระ ภายหลังจากการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เซลล์ทั่วร่างกายจึงสะอาดบริสุทธิ์และแข็งแรงเต็มที่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ต้องการการเคลื่อนไหวช้าๆ แต่ใช้เวลานาน เช่น ในการวิ่งต้องวิ่งช้าๆ สบายๆ แต่ต้องใช้ระยะทางครั้งละ 4-5 กม.และใช้เวลา 30-40 นาที เป็นต้น จึงทำให้ร่างกายอดทนและอึด อีกปัจจัยหนึ่ง คือ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 28 ไม่ได้ออกกำลังกายและฝึกการหายใจตามที่ได้รับการสอนสุขศึกษา (ชัยพงศ์, 2547) สาเหตุของความไม่ทนต่อการออกกำลังกายเกิดจากข้อจำกัดในการระบายอากาศ ความบกพร่องในการทำงานของระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด และ/หรือการเสียน้ำที่ของกล้ามเนื้อลายหรือการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อลาย โดยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะมีอาการเล็กน้อยมีอาการหายใจลำบากเมื่อออกกำลังกายหักโหม อาการที่พบบ่อย คือ การหายใจลำบาก ขาไม่มีแรง และไม่สุขสบาย (Roach, 2001) ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่แต่ในบ้านและแยกตัวออกจากสังคม นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น นั่นคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีวิถีชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ และทำกิจกรรมน้อยกว่าคนปกติ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ บ้านอยู่ไกลจากสถานที่ออกกำลังกาย ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการออกกำลังกายที่บ้าน ไม่มีเวลาเนื่องจากมีภารกิจในครอบครัวมาก ไม่รู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย (สารนิตติ, 2555) การออกกำลังกายที่เหมาะสมช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบาก ช่วยเพิ่มความทนทานในการทำกิจกรรม ลดปัญหาทางจิตสังคม และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (กัญญา, นงนุช, สมบูรณ์, และทวิศักดิ์, 2555) นอกจากนี้ยังชะลอการเสื่อมหน้าที่ของปอดและลดอัตราการเสียชีวิต ลดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหายใจและแขนขา การออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีหลากหลายชนิด ผู้ป่วยสามารถเลือกการออกกำลังกายในชนิดที่ตนสนใจหรือในแบบที่ถนัด ซึ่งแต่ละชนิดสามารถอธิบายได้ดังนี้ (สุจิตรา, 2549)

1.1 การว่ายน้ำ การว่ายน้ำดีกว่าการวิ่ง เนื่องจากการว่ายน้ำ ใช้กล้ามเนื้อทั่วร่างกายมากกว่าการวิ่ง และโอกาสที่จะบาดเจ็บมีน้อยกว่า เพราะน้ำจะช่วยพยุงร่างกายไว้ แต่มีข้อควรระวังสำหรับผู้ว่ายน้ำไม่แข็งและผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคลมชัก ลมบ้าหมู คือห้ามว่ายน้ำคนเดียวเด็ดขาด ปัญหาที่พบได้บ่อยของการว่ายน้ำ คือ หูอักเสบ ว่ายน้ำหนัก ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อของน้ำในสระหรือในลำคลอง จึงควรป้องกันด้วยการใช้ไม้พันสำลี ชุบแอลกอฮอล์เช็ดช่องหูเบา ๆ ทุกครั้งหลังว่ายน้ำ

1.2 การขี่จักรยาน มีอยู่ 2 ประเภท คือ การขี่จักรยานนอกบ้านแต่ค่อนข้างจะเสี่ยงต่อการถูกรถเฉี่ยวชนเป็นอย่างมาก จึงควรต้องหาทางจักรยานที่ปลอดภัยจริงๆ ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่สามารถเล่นเป็นทีมได้ และยังให้ความเพลิดเพลินจากการชมทิวทัศน์ข้างทางไปด้วย และการขี่จักรยานชนิดตั้งอยู่กับที่ ซึ่งกำลังได้รับความนิยมมากขึ้นเรื่อยๆ เพราะสามารถทำได้ในบ้าน และจักรยานชนิดนี้สามารถขี่ได้โดยไม่ต้องหัด การขี่จักรยานทั้งสองประเภทนี้ควรใช้เวลา

อย่างน้อย 30-35 นาที (สมจิต, 2540) ข้อควรระวังสำหรับการขี่จักรยาน คือ การปรับอานให้มีความสูงพอดี ในขณะที่เท้าชี้ลงมาสุด ข้อเข่าจะต้องเหยียดจนเกือบตรง แต่ไม่ถึงกับเหยียดจนสุดทีเดียว เพราะหากปรับไม่ถูกต้อง อาจเป็นเหตุให้เจ็บข้อเข่าได้ และควรมีการอบอุ่นร่างกายเช่นเดียวกับการวิ่ง

1.3 การเดิน ถ้าจะเปรียบเทียบการเดินกับการวิ่งแล้ว การเดินมีข้อได้เปรียบกว่าคือ เกิดความชอกช้ำต่อกล้ามเนื้อ เอ็น กระดูก และข้อต่อน้อยกว่า ทำได้ง่ายและมีความปลอดภัยมากกว่าทั้งในแง่ของอุบัติเหตุและสุขภาพทั่วไป

1.4 การรำมวยจีนหรือไทเก๊ก เป็นศิลปะชนิดหนึ่งของจีน สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ ศิลปะเพื่อการกีฬา ศิลปะเพื่อการป้องกัน และศิลปะเพื่อสุขภาพแข็งแรง เวลาของการฝึกออกกำลังกายที่มีท่าอยู่ประมาณ 128 ท่า ใช้เวลาประมาณ 20 – 25 นาทีในอัตราความเร็วของการเคลื่อนไหวปกติ (สมจิต, 2540)

2. การบริหารร่างกายส่วนล่าง

การบริหารร่างกายส่วนล่าง (lower extremity exercise training) เป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อขา จะช่วยเพิ่มความสามารถในการออกกำลังกายและความทนทานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น (Casaburi, 1993) และช่วยในการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดดีขึ้น ลดอาการเหนื่อยหอบและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจากได้ออกกำลังกาย 6-8 สัปดาห์ สามารถออกกำลังกายได้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ และเมื่อออกกำลังกาย 8-10 สัปดาห์ สามารถออกกำลังกายได้นาน 25-30 นาที (Celli, 2001) โอ โคนเนลล์ เวบบ์ และแมคเกอร์ (O' Donnell, Webb, & McGuire, 1993) ศึกษาประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยให้ผู้ป่วยเดินหรือปั่นจักรยานหรือเดินบนสายพาน จนเริ่มรู้สึกเหนื่อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลอง 39 ราย มีระยะทางในการเดิน 12 นาทีเพิ่มขึ้น อาการเหนื่อยหอบลดลง สำหรับรูปแบบการบริหารร่างกายส่วนล่างมีหลายวิธีตามความชอบหรือความถนัด เช่น การบริหารกล้ามเนื้อขา การเดินเล่น การเดินขึ้นลงบันได หรือการขี่รถจักรยาน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยควรออกกำลังกายที่ละน้อยก่อน เมื่อผู้ป่วยออกกำลังกายถึงระดับที่ต้องการแล้ว และคิดว่าสามารถออกกำลังกายในระดับที่มากขึ้นกว่าเดิมได้ จึงค่อยๆ เพิ่มความถี่และระยะเวลาของการออกกำลังกาย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20-30 นาทีต่อครั้งความถี่ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์

3. การบริหารร่างกายส่วนบน

การบริหารร่างกายส่วนบน (upper extremity exercise training) เป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อไหล่และแขน นอกจากจะเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของไหล่และแขนแล้วยังช่วยลดการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ทำให้การเคลื่อนไหวของผนังหน้าท้องสัมพันธ์

กับทรวงอก ส่งผลให้การหายใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น สำหรับรูปแบบการบริหารร่างกายส่วนบน อาจใช้เป็นวิธีการยืดกล้ามเนื้อแขนและไหล่ เช่น การยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ การแกว่งแขน ซึ่งการบริหารกล้ามเนื้อไหล่และแขนควรทำซ้ำๆ ไม่หักโหมจนเหนื่อยมากเกินไป (Celli, Rassulo, & Make, 2001)

4. การบริหารทรวงอก

การบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกซึ่งเป็นกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการหายใจ (ventilator muscle training) เป็นการฝึกเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของทรวงอกให้มีการเคลื่อนไหว การบริหารทรวงอกช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เมื่อทรวงอกขยายและหดตัวได้ดี ทำให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ปริมาตรของอากาศที่หายใจเข้าออกแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น ลดความจุคงค้างภายในปอด (functional residual capacity) ทำให้อาการเหนื่อยหอบลดลง (การิยา, 2553)

5. การบริหารการหายใจและการหายใจแบบเป่าปาก

การหายใจแบบเป่าปาก (purse lip breathing exercise) จัดเป็นรูปแบบการบริหารการหายใจที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อลดอาการหายใจลำบาก การหายใจแบบเป่าปากสามารถปฏิบัติได้โดยการสูดลมหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกที่สุด โดยให้ท้องป่องในช่วงนับ 1-2 แล้วหายใจออกช้าๆ ทางปาก ท่อริมฝีปากคล้ายผิวปากให้รู้สึกว่ามีอากาศอยู่ในกระพุ้งแก้มและลำคอ ในช่วงเวลานับ 1-4 (ลินจง, 2539) ลินจงยังกล่าวว่าการหายใจแบบนี้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะช่วยทำให้กล้ามเนื้อกระบังลมได้ทำงานและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหายใจ เนื่องจากพยาธิสภาพของหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลง คือ ยุบแฟบง่ายขณะหายใจออก การหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงทำให้หลอดลมปิดเร็วกว่าปกติทำให้อากาศถ่ายเทไม่สมบูรณ์ นอกจากนี้การหายใจเร็วทำให้ลมหายใจเกิดกระแสวน ส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจออกได้ลำบากมากขึ้น อีกทั้งการหายใจแบบเป่าปากจะช่วยให้เกิดแรงต้านขณะหายใจออก ทำให้แรงดันในหลอดลมเพิ่มขึ้น ช่วยต้านแรงดันจากช่องเยื่อหุ้มปอด ทำให้หลอดลมแฟบช้ากว่าปกติ อากาศในถุงลมมีเวลาในการแลกเปลี่ยนก๊าซเพิ่มขึ้น ถุงลมปอดว่างรับออกซิเจนใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้นและเหนื่อยน้อยลง

การปฏิบัติในการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะต้องมีการปฏิบัติอย่างถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องคำนึงถึงสภาพร่างกายและผลกระทบที่อาจตามมา โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อม ก่อนการออกกำลังกายควรเตรียมร่างกายและกล้ามเนื้อให้พร้อม โดยการออกกำลังกายเพื่อความยืดหยุ่น (flexibility exercise) การฝึกกล้ามเนื้อนี้เป็นการยืดกล้ามเนื้อ

ก่อนออกกำลังจริง หรือการอบอุ่นร่างกายนั่นเอง เป็นการฝึกความยืดหยุ่นของโครงสร้างใยกล้ามเนื้อ ช่วยให้มีการหดและคลายตัวได้อย่างเหมาะสม ทำให้กล้ามเนื้อทุกส่วนอยู่ในลักษณะสมดุลทั้งในขณะที่มีการเคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหว ลักษณะในการฝึกเป็นการยืดกล้ามเนื้อค้างไว้ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นมักมีปัญหาไม่สามารถทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีทุนสำรองในการระบายอากาศต่ำ (สมเกียรติและชัยเวช, 2542) ดังนั้น การออกกำลังภายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงควรเริ่มที่ละน้อย จนถึงระดับที่ผู้ป่วยคิดว่าสามารถที่จะออกกำลังกายได้มากกว่าเดิม จึงค่อยเพิ่มความถี่ของการออกกำลังกายและระยะเวลาให้นานขึ้น และเพิ่มความแรงเป็นอันดับสุดท้าย (Hilling & Smith, 2004)

2. ความถี่ของการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกาย 3- 5 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยระยะเริ่มต้นควรเริ่มที่ความถี่น้อยๆ

3. ความหนักเบา การออกกำลังกายในระดับต่ำ เป็นการออกกำลังที่มีเป้าหมายของความหนักเบาต่ำในการออกกำลังกาย โดยการออกกำลังครั้งละน้อยๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น

4. ระยะเวลาการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายนาน 20-30 นาทีต่อครั้ง ซึ่งระยะเวลาและความหนักเบาของการออกกำลังกาย ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วย

ข้อควรระวังในการออกกำลังภายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องออกแรงมาก เพราะจะทำให้เหนื่อยง่าย ควรออกกำลังกายตามความถี่ ความหนักเบา และระยะเวลาตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น นอกจากนี้ควรเลือกสถานที่ออกกำลังกายที่ปลอดโปร่ง อากาศถ่ายเทสะดวก เลือกสวมใส่เสื้อผ้าที่รู้สึกสบาย ไม่รัดรูป หากมีอาการหายใจเหนื่อย ควรหยุดพัก

กล่าวโดยสรุป การออกกำลังกายถือเป็นหัวใจสำคัญของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพราะจะทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีความทนทาน และช่วยให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจทำงานได้ดีขึ้น การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีหลายประเภท ได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะเป็นการเคลื่อนไหวช้าๆ แต่ใช้เวลานาน ซึ่งมีหลากหลายชนิด เช่น ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน เดินและรำมวยจีน การบริหารร่างกายส่วนล่าง จะช่วยเพิ่มความสามารถและความทนทานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารร่างกายส่วนบน เป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อไหล่และแขน ช่วยลดการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยหายใจทำให้การหายใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น การบริหารทรวงอกทำให้อาการเหนื่อยหอบลดลง และการหายใจแบบเป่าปาก ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้นและเหนื่อยน้อยลง ในการออกกำลังกายจะต้องมีการเตรียมความพร้อม โดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อความยืดหยุ่นและลดการบาดเจ็บหลังการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายด้วยความถี่ ความหนักเบา และระยะเวลาที่เหมาะสม นอกจากนี้ข้อควรระวังสำหรับผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องออกแรงมาก เพราะจะทำให้เหนื่อยง่าย หากมีอาการหายใจเหนื่อย ควรหยุดพัก

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ (Pender et al., 2006) อธิบายว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ประเภท ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์และคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นภูมิหลังของบุคคลที่ส่งผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ประสบการณ์ในอดีตและปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ด้านร่างกาย เช่น เพศ อายุ ลักษณะรูปร่าง สภาวะวัยรุ่น วัยหมดประจำเดือน ความแข็งแรง ด้านจิตใจ เช่น แรงจูงใจ ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การให้คำจำกัดความของสุขภาพ ด้านสังคม วัฒนธรรม เช่น เชื้อชาติ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจและ 2) สติปัญญาและอารมณ์ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะตนเอง อารมณ์ที่สัมพันธ์กับกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ผ่านพันธะสัญญาในการวางแผนการกระทำ และความต้องการอื่นและความชอบอื่นที่เข้ามาขัดขวางอย่างกะทันหัน เนื่องจากผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีวิถีชีวิตที่ค่อนข้างแตกต่างกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น นั่นคือ ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ค่อนข้างมาก มีสูตรอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลเป็นองค์ประกอบหลักตามสูตรอาหารมุสลิม ประกอบกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะมีการกำเริบของโรคในช่วงเวลากลางวันแต่ไม่สะดวกในการเดินทาง เนื่องจากการมีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นในพื้นที่ ส่งผลกระทบต่อการเดินทางมาเข้ารับการรักษาที่ทางโรงพยาบาล ขณะเดียวกันผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเป็นผู้สูงอายุและส่วนใหญ่ใช้ภาษาอาหรับในการสื่อสารจึงต้องอาศัยบุคคลในครอบครัวช่วยเหลือในการเป็นล่ามและนำส่งโรงพยาบาล โดยเฉพาะช่วงที่มีอาการกำเริบหรือการมาพบแพทย์ตามนัด

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ประกอบด้วย การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แรงสนับสนุนของครอบครัว และการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived barrier to action) เป็นการคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งผลทั้งต่อความตั้งใจและการลงมือปฏิบัติของบุคคล อุปสรรคเหล่านั้นอาจเป็นสิ่งที่บุคคลคาดหมายไปเองหรือมีอยู่จริงก็ได้ เช่น ความไม่เหมาะสม ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก การเสียเวลา เป็นต้น อุปสรรคมักถูกมองว่า เป็นสิ่งที่สกัดกั้นและกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ เช่น การเลิกสูบบุหรี่หรือเลิกรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การรับรู้อุปสรรคจะกระตุ้นให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรม โดยปกติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีโอกาสเกิดอาการหอบเหนื่อยได้ตลอดเวลา และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุ จึงต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันและในการเดินทางมาพบแพทย์ ทำให้รับรู้ถึงความยุ่งยากในการทำกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา โดยพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีความยากลำบากในการเดินทางมาพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นในการมาโรงพยาบาล ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการเตรียมอาหารและการรับประทานยาหรือพ่นยาเนื่องจากการช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมจึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความไม่สะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (อัมพวัน, 2552)

นอกจากนี้ การลด ละ เลิก บริโภคนิสัยที่ชอบ เช่น การรับประทานอาหารหวาน อาหารมัน ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ การปรับการบริโภคอาหารเป็นวันละ 5-6 มื้อ ทำให้รู้สึกว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก ไม่สะดวก เสียเวลา และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ดังนั้นผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งอาศัยอยู่ท่ามกลางเหตุการณ์ไม่สงบ จึงยังได้รับผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทั่วไป เนื่องจากอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ เช่น การเดินทางไปซื้ออาหารหรือยา การมาพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อมีอาการกำเริบ การเดินทางไปออกกำลังกาย และหากขาดบุคลากรที่พูดภาษาอาหรับได้ ก็จะมีอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดความคับข้องใจ เกิดความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลทั่วไปและในผู้ป่วย เช่น การศึกษาในผู้ใหญ่วัยกลางคน ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (กัญจนและคณะ, 2555) โดยสุภา (2546) พบว่าการรับรู้อุปสรรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนได้ และในงานวิจัย

ของทิพย์วดี (2552) พบว่า การรับรู้อุปสรรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เช่นกัน

แรงสนับสนุนของครอบครัว

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับหรือรับรู้ว่าได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์หรือสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ทำให้บุคคลนั้นๆ เกิดความรู้สึกของความเป็นเจ้าของ การยอมรับ การยกย่อง ความรัก ความรู้สึกมีคุณค่า และการตอบสนองความต้องการจากบุคคลอื่นที่หยิบยื่นไมตรีให้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ซึ่งระบอบองค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากร แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากช่วยเอื้ออำนวยหรือสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ช่วยลดสิ่งเร้าความเครียด ช่วยบรรเทาความเครียด และให้ข้อมูลย้อนกลับหรือยืนยันการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 1996) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะบุคคลแต่ละคนมีความไวต่อความคาดหวัง การเป็นแบบอย่างและการยกย่องจากบุคคลอื่นๆ และมีการรับรู้อิทธิพลจากบุคคลอื่นในระดับที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับภูมิหลังทางวัฒนธรรม ความเชื่อ ทศนคติและพฤติกรรมของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง บุคคลจะกระทำพฤติกรรมสุขภาพเมื่อรับรู้ว่าการกระทำของตน จะได้รับความชื่นชมยกย่อง หรือการเสริมแรงจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดมากที่สุดหรือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งแรกของการสนับสนุนทางสังคม (Pender, 2006)

ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับผลกระทบจากโรครุนแรง เนื่องจากต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปในทางที่ส่งเสริมสุขภาพ ขณะเดียวกันการดำเนินวิถีชีวิตมีความแตกต่างจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วไป เนื่องจากวิถีชีวิตของมุสลิมล้วนผูกพันอยู่กับพระเจ้า การปฏิบัติกิจกรรมทุกอย่างจึงต้องสอดคล้องกับบทบัญญัติทางศาสนา เช่น การถือศีลอด การรับประทานอาหารฮาลาล การแต่งกายนอกบ้านของสตรี เป็นต้น ถ้าผู้ป่วย มีการรับรู้การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพว่าไม่สอดคล้องกับหลักศาสนา จะก่อให้เกิดความคับข้องใจ ความเครียด และความวิตกกังวลมากขึ้น ดังนั้น สมาชิกครอบครัวจึงมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องตามแผนการรักษา โดยเฉพาะด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการและด้านการออกกำลังกาย จึงมีงานวิจัยมากมายที่

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้ใหญ่วัยกลางคน วัยสูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (กัญจนนาและคณะ, 2555)

ชนิดของแรงสนับสนุนของครอบครัว

แรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์แบ่งออกเป็น 4 ด้าน (House, 1981) ได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นความรู้สึกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ การยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า เป็นการแสดงถึงความรักความผูกพันที่มีต่อกัน เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่สามารถควบคุมอาการไม่ให้กำเริบและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงต้องได้รับการรักษาควบคู่ไปกับการปรับพฤติกรรมอย่างถูกต้องและเหมาะสม การที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา ร่วมกับการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดความเครียดและความเหนื่อยล้าหมดกำลังใจได้ ดังนั้นผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของจิริพันธ์ (2549) พบว่า การดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปรับตัวยอมรับและเผชิญกับภาวะสุขภาพของตนเอง ปรับจิตใจไม่ให้เกิดความขัดแย้ง ท้อแท้ สิ้นหวัง สามารถจัดการขั้นต้นกับปัญหาความเจ็บป่วยของตนเองได้

2. การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในรูปวัตถุ สิ่งของ แรงงานและการปรับสภาพแวดล้อม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีความเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยได้ง่าย ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเป็นผลให้รายได้จากการประกอบอาชีพลดน้อยลง มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยมุสลิมหลักการอิสลามมุ่งเน้นให้มีความสามัคคี ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะผู้ที่ด้อยโอกาสกว่า การสนับสนุนทางด้านทรัพยากรในวิถีมุสลิมเป็นการจ่ายชะกาต ซึ่งมี 2 ชนิด คือ ชะกาตมาลหรือชะกาตทรัพย์สินและชะกาตฟิฏเราะห์ ส่วนทรัพย์สินที่ต้องจ่ายชะกาตนั้นจะแตกต่างกันตามประเภทของทรัพย์สิน ซึ่งจะเห็นได้ว่าการบริจาคชะกาตเป็นความเจริญงอกงาม เป็นการยกระดับจิตใจป้องกันความเสียหายในทรัพย์สิน สร้างสวัสดิการและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ถ้าหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของ และบริการจากชุมชนหรือครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างสะดวกและถูกต้องมากขึ้น การช่วยเหลือเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพราะจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป ซึ่งตรงกับการศึกษาของชัยพงศ์ (2547) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่มีบุคคลคอยอำนวยความสะดวกในการมาโรงพยาบาล

ขาดบุคคลที่คอยช่วยเหลือในการจัดยา ส่งผลให้การรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาของเทพทวย (2555) ที่พบว่ารายได้เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่จะเอื้ออำนวยความสะดวกสบาย ในการเลือกบริการสุขภาพ การได้เข้ารับการบริการทางสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการรักษาที่ถูกต้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร ข้อเท็จจริง การให้คำแนะนำซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้แม้ว่าได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างดีจากบุคลากรทีมสุขภาพ เนื่องจากทางโรงพยาบาลจัดให้มีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยเฉพาะ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวและมีการให้คำแนะนำตอบคำถาม แก้ไขข้อสงสัย อีกทั้งยังมีการจัดทีมสุขภาพลงพื้นที่เพื่อให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยถึงที่บ้าน โดยจะใช้กายวิ ในการให้ข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างดี หากผู้ป่วยนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติตนให้ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค ก็จะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ในส่วนของแรงสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการศึกษาน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วไป เช่น การศึกษาของพิมพ์ใจ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัวด้านข้อมูลในระดับปานกลาง โดยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 51.6) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อย ส่วนการศึกษาของเทพทวย (2555) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ ยังไม่เคยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ขาดความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

คนมุสลิมนั้นจะมีความสัมพันธ์กับพระเจ้าเป็นเจ้าตลอดเวลา การดูแลสุขภาพตามหลักการปฏิบัติของศาสนา เน้นการดูแลสุขภาพให้ดี หากพบความผิดปกติหรือเจ็บป่วยต้องรีบปรึกษาผู้รู้ทางด้านสุขภาพ เพราะมีความเชื่อว่าถ้าบุคคลใดไม่ดูแลสุขภาพถือว่าไม่ศรัทธาต่อองค์อัลลอฮ์ ดังนั้นการได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจและนำไปสู่ศรัทธาที่มั่นคงนำไปสู่การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง (ธิดา, 2552)

4. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อการเรียนรู้ตัวเองหรือนำไปประเมินตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถไปเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น เช่น ชมเชยเมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถหายใจแบบเป่าปากได้อย่างถูกต้องหรือกล่าวชมเมื่อผู้ป่วยมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น ในวิถีมุสลิมกล่าวถึงศรัทธาในกฎของอัลลอฮ์ โดย

มุสลิมยอมรับว่า พระผู้เป็นเจ้าทรงกำหนดสิ่งทั้งหลายพร้อมทั้งวางกฎเกณฑ์ กำกับภาวะสิ่งเหล่านั้น ดังนั้นการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมทางศาสนา การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและพัฒนาสังคม โดยการให้กำลังใจบุตรและผู้อื่นเมื่อมี โอกาสตามความเหมาะสม จึงพึงกระทำเพื่อให้สอดคล้องกับหลัก ศรีทธาต่ออัลลอฮ์ (รอมือเลาะ, 2550) การได้รับคำยกย่อง ชมเชยจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เช่น บุตรหลาน คู่สมรส หรือผู้ดูแล ว่าปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดีแล้ว ถูกต้องแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยมุสลิม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองและรู้สึกภูมิใจตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมและมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง เช่น การศึกษาของพิมพ์ใจ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัวด้านการประเมินค่าในระดับปานกลาง โดยร้อยละ 33.3 ไม่ได้เตือนเรื่องอาหารที่ควรดื่แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (situational influences) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทของสิ่งแวดล้อมในการส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลมีแนวโน้มจะปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อรับรู้ว่าเป็นสิ่งคุ้นเคย เข้ากันได้ ปลอดภัยและมั่นใจ ไม่รู้สึกแปลกแยก ด้วยสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยในการเดินทางและการใช้ชีวิตประจำวัน เกิดความหวาดกลัวและกลัวอันตรายต่อชีวิต จนต้องอาศัยอยู่แต่ในบ้าน ทำให้ขาดรายได้ ไม่กล้าเดินทางมาพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเกิดอาการกำเริบ โดยเฉพาะช่วงเวลากลางคืน นอกจากนี้ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีวิถีชีวิตผูกพันอยู่กับศาสนาอย่างแน่นแฟ้น การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจึงอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ ความเชื่อ ทัศนคติและครรลองขององค์ศาสนาในศาสนาอิสลาม ดังนั้น หากบุคลากรทีมสุขภาพขาดความไวทางวัฒนธรรม ในการเข้าถึง เข้าใจวิถีชีวิตของผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแปลกแยกหรือเกิดการเข้ากันไม่ได้ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพ

งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์กับพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลทั่วไปและในผู้ป่วย เช่น การศึกษาในผู้ใหญ่วัยกลางคน ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ชนิกานต์, 2550) เช่น การศึกษาของสุภา (2546) ที่พบว่า อิทธิพลด้านสถานการณ์ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนได้

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะสรุปได้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถป้องกันไม่ให้อาการของโรคกำเริบขึ้นและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องควบคุมโรคให้ได้ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้อาการของโรคกำเริบขึ้นและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีวิธีการรักษาอยู่ 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยา ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีส่วนช่วยให้การใช้ยามีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิดของเพนเดอร์ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการจัดการกับความเครียด เนื่องจากผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีวิถีชีวิตที่ค่อนข้างแตกต่างกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ผู้วิจัยจึงได้เลือกพฤติกรรมสุขภาพมาศึกษา 3 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ และการออกกำลังกาย เนื่องจากผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ค่อนข้างมาก มีสูตรอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลเป็นองค์ประกอบหลัก และด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักจะมีการกำเริบของโรคในช่วงเวลาากลางคืน แต่การที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นในพื้นที่ จึงส่งผลกระทบต่อการเดินทางมาเข้ารับการรักษาที่ทางโรงพยาบาล ขณะเดียวกันผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเป็นผู้สูงอายุจึงต้องอาศัยบุคคลในครอบครัวช่วยเหลือ โดยเฉพาะช่วงที่มีอาการกำเริบหรือการมาพบแพทย์ตามนัด ดังนั้นปัจจัยที่คาดว่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วย แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงสหสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แรงสนับสนุนของครอบครัว และการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีระเบียบวิธีการวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 129 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกโรงพยาบาลที่ศึกษา โดยเลือกกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดในจังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส จำนวน 30 แห่ง ตามจำนวนประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลกรงปินัง โรงพยาบาลกาบัง โรงพยาบาลบันนังสตา โรงพยาบาลยะหา โรงพยาบาลเบตง โรงพยาบาลธารโต โรงพยาบาลรามัน โรงพยาบาลกะพ้อ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ โรงพยาบาลทุ่งยางแดง โรงพยาบาลปะนาเระ โรงพยาบาลมายอ โรงพยาบาลแม่ลาน โรงพยาบาลไม้แก่น โรงพยาบาลยะรัง โรงพยาบาลยะหริ่ง โรงพยาบาลสายบุรี โรงพยาบาลหนองจิก โรงพยาบาลจะนะ โรงพยาบาลเจาะไอร้อง โรงพยาบาลยี่งอ โรงพยาบาลระแงะ โรงพยาบาลรือเสาะ โรงพยาบาลศรีสาคร โรงพยาบาลสุคีริน โรงพยาบาลบาเจาะ โรงพยาบาลตากใบ โรงพยาบาลแว้ง โรงพยาบาลสุไหงปาดี โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก ผู้วิจัยกำหนดโควตาของโรงพยาบาลเป็นจำนวนเท่าๆ กัน จังหวัดละ 2 แห่ง ได้จำนวนโรงพยาบาลที่ศึกษา 6 แห่ง หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการเขียนชื่อโรงพยาบาลทั้ง 30 แห่งลงในสลากและนำสลากทั้งหมดใส่ในภาชนะ

3 ชนิด แบ่งเป็น 3 จังหวัด เขย่าให้ปะปนกันในภาชนะแต่ละใบ แล้วจึงหยิบสลากออกมาเป็นการสุ่มแบบไม่แทนที่ และชื่อโรงพยาบาลที่ถูกเลือกจะตกเป็นตัวอย่าง ซึ่งได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา คือ โรงพยาบาลเจาะไอร้องและโรงพยาบาลระแงะ จังหวัดยะลา คือ โรงพยาบาลรามันและโรงพยาบาลยะหา และจังหวัดปัตตานี คือ โรงพยาบาลแม่ลานและโรงพยาบาลยะหริ่ง

ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ป่วยมุสลิมที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างน้อย 2 เดือนขึ้นไป และมีระดับความรุนแรงของโรคไม่เกินระดับที่ 3 โดยมีค่า FEV₁ ไม่น้อยกว่า 1.8 ลิตร
3. ค่า expiratory peak flow ต่ำกว่า 600 ลิตรต่อนาที โดยการเป่า peak flow เพื่อแยกจากโรคหอบหืด
4. แพทย์ในครัวเรือนเดียวกันกับคู่สมรสหรือบุตรหลาน
5. สามารถติดต่อสื่อสาร ฟังและพูดภาษาไทยได้หรือมีคู่สมรส/บุตรหลาน/ผู้ดูแลที่สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการทดสอบสหสัมพันธ์ ของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1996) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์ ($\alpha = .05$) กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test: $1 - \beta$) เท่ากับ 0.80 เลือกขนาดของอิทธิพล (effect size) ที่ 0.25 เนื่องจากมีการศึกษาที่ใกล้เคียงคือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง (ทิพย์วดี, 2552) พบว่า การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .48, p < .01$) เมื่อเปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 129 ราย โดยแบ่งสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลเป็นแห่งละ 22 ราย 3 แห่งและ 21 ราย 3 แห่ง ดังนี้ โรงพยาบาลเจาะไอร้อง จำนวน 22 ราย โรงพยาบาลระแงะ จำนวน 22 ราย โรงพยาบาลรามันจำนวน 22 ราย โรงพยาบาลยะหา จำนวน 21 ราย โรงพยาบาลแม่ลาน จำนวน 21 ราย และโรงพยาบาลยะหริ่ง จำนวน 21 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยแบบบรรยายเชิงสหสัมพันธ์ครั้งนี้ มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้ คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยาที่ได้รับ โรคประจำตัวอื่นๆ (ภาคผนวก ก)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ (Pender et al., 2006) ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 41 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน คือ

2.1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-13

2.2 ด้านโภชนาการ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14-33

2.3 ด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 34-41

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (likert scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลย
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ นานๆ ครั้งที่มีโอกาสหรือ 1-2 ครั้ง ต่อเดือน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นบางครั้งที่มีโอกาสหรือ 1-2 ครั้ง ต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เกือบทุกครั้งที่มีโอกาสหรือ 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ทุกครั้งที่มีโอกาสหรือ 5-7 ครั้ง ต่อสัปดาห์

ข้อคำถามทางบวก มีจำนวน 28 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41 ข้อคำถามทางลบ มีจำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 30, 33 การแปลผลคะแนนมีดังนี้

	คำถามทางบวก	คำถามทางลบ
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน	5 คะแนน
ปฏิบัติมานานๆ ครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	5 คะแนน	1 คะแนน

คะแนนรวมทั้งหมดยุ่ในช่วง 41-205 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพ ดีกว่าคะแนนรวมต่ำทั้งในภาพรวมและในแต่ละด้าน อย่างไรก็ตาม วอคเคอร์, ซีคริสต, และ เพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1995) ระบุว่า การแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1 ถึง 5 บ่งบอก ความหมายของพฤติกรรมได้ดีกว่าค่าคะแนนดิบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้ค่าเฉลี่ย ซึ่งได้จากคะแนนรวม ทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ค่าที่ได้ คือ 1 ถึง 5 แปลผลคะแนนในภาพรวมและราย ด้านออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00	หมายถึง	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67	หมายถึง	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33	หมายถึง	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 46 ข้อ ครอบคลุมปัจจัย คัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3 ประเภท คือ

3.1 แบบประเมินแรงสนับสนุนของครอบครัว ผู้วิจัยนำแบบประเมินแรงสนับสนุน ทางสังคมของวันดี (2548) มาปรับใช้ ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ลักษณะ คำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจหรือเฉยๆ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ไม่ตรงกับความรู้สึก/ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ไม่ตรงกับความรู้สึก/ ความคิดเห็นของท่าน
ไม่แน่ใจหรือเฉย ๆ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจ หรือไม่มีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นๆ
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ตรงกับความรู้สึก/ ความคิดเห็นของท่าน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ตรงกับความรู้สึก/ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การแปลผลคะแนน มีดังนี้

	ค่าคะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่แน่ใจหรือเฉยๆ	3 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 21 – 105 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีแรงสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่าคะแนนรวมต่ำ โดยใช้ค่าเฉลี่ย จาก 1 – 5 แปลผลคะแนน ทั้งรายรวม รายด้าน และรายข้อ และแบ่งการแปลผลออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง แรงสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับสูง
 คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง แรงสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง แรงสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ

3.2 แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ หรือเฉยๆ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ไม่ตรงกับความรู้สึก/ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ไม่ตรงกับความรู้สึก/ ความคิดเห็นของท่าน
ไม่แน่ใจหรือเฉย ๆ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจ หรือไม่มีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นๆ
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ตรงกับความรู้สึก/ ความคิดเห็นของท่าน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ตรงกับความรู้สึก/ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การแปลผลคะแนน มีดังนี้

	ค่าคะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่แน่ใจหรือเฉยๆ	3 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-60 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าคะแนนรวมต่ำ ซึ่งการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูง หมายถึง มีการรับรู้ว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมาก ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพน้อย ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยใช้ค่าเฉลี่ยจาก 1 – 5 แปลผลคะแนน ทั้งรายรวมและรายข้อ และแบ่งการแปลผลออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00	หมายถึง	การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67	หมายถึง	การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33	หมายถึง	การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ

3.3 แบบประเมินการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยคำถามทางบวกจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 และข้อคำถามทางลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3 ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจหรือเฉยๆ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ไม่ตรงกับความรู้สึก/ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ไม่ตรงกับความรู้สึก/ ความคิดเห็นของท่าน
ไม่แน่ใจหรือเฉย ๆ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจ หรือไม่มีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นๆ
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ตรงกับความรู้สึก/ ความคิดเห็นของท่าน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ตรงกับความรู้สึก/ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การแปลผลคะแนน มีดังนี้

	คำถามทางบวก	คำถามทางลบ
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน	5 คะแนน
ปฏิบัติมานานๆ ครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	5 คะแนน	1 คะแนน

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 13-65 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าคะแนนรวมต่ำ ซึ่งการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูง หมายถึง มีการรับรู้ว่ามีสิ่งส่งเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมาก ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และการรับรู้อิทธิพล

ด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ว่ามีสิ่งส่งเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพน้อย ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี โดยใช้ค่าเฉลี่ยจาก 1 – 5 แปลผลคะแนนทั้งรายรวมและรายข้อ และแบ่งการแปลผลออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00	หมายถึง	การรับรู้อิทธิพลอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67	หมายถึง	การรับรู้อิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33	หมายถึง	การรับรู้อิทธิพลอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยใช้วิธีการ ดังนี้

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ 1 ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ 1 ท่าน อายุรแพทย์ผู้มีประสบการณ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ 1 ท่าน และนำความเห็นพ้องต้องกันของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านที่แสดงความคิดเห็นพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ถึงความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ มาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่แก้ไขไปให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมตรวจสอบอีกจนกว่าจะได้รับการยอมรับ เมื่อผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันว่าแบบสอบถามดังกล่าวมีความตรงตามเนื้อเรื่อง ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้แต่ละข้อความของเครื่องมือ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยพิจารณาว่าข้อคำถามทั้งหมดนั้น วัตถุประสงค์เฉพาะเดียวกันหรือหลายอย่างเพื่อสะท้อนถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของเนื้อหาในแบบสอบถาม โดยการคำนวณค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมและแบบประเมินปัจจัยคัดสรร ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.87 และ 0.92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตเก็บข้อมูลแผนกผู้ป่วยนอก

1.2 ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพมุสลิมจำนวน 1 คน เพื่ออำนวยความสะดวกในการสื่อสาร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสาร โดยใช้ภาษาไทยได้ และช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอย่างละเอียด การใช้แบบสัมภาษณ์ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยในการเก็บข้อมูลและผู้วิจัยมีการฝึกให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ภายใต้การแนะนำและการดูแลจากผู้วิจัย พร้อมกับมีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างควบคู่กันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเพื่อตรวจสอบความเข้าใจในการเก็บข้อมูลของผู้ช่วยวิจัย จนมีความแน่ใจว่าผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจแบบสัมภาษณ์ตรงกับผู้วิจัยและสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง หากผู้ช่วยวิจัยมีปัญหา หรือข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง มีการติดตามผู้ช่วยวิจัยเป็นระยะๆ เพื่อสอบถามความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งเก็บแบบสอบถามคืนจากผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งมีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้อย่างละเอียดอีกครั้ง หากพบข้อบกพร่องผู้วิจัยจะเดินทาง ไปชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจด้วยตนเอง เพื่อปรับปรุงในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าพยาบาลเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง โดยการประสานงานขอความร่วมมือ

2.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยมีการอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ความสำคัญ และประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการอธิบายวิธีการตอบแบบประเมินให้เป็นที่เข้าใจ ขออนุญาตในการจดบันทึกข้อมูล และขออนุญาตดู

แฟ้มประวัติของผู้ป่วย ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยทั้งหมดประมาณ 30 นาที เริ่มจากผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ต่อด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

2.4 ภายหลังจากการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลในส่วนที่เป็นข้อมูลซึ่งบันทึกอยู่ในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย โดยดูจากแฟ้มประวัติ

2.5 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล หากข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนครบ เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ออกไปวิเคราะห์คะแนนตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง หากขณะสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยหรือมีอาการใดๆ ผู้วิจัยจะหยุดสัมภาษณ์และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นก่อน โดยหยุดการสัมภาษณ์แล้วให้กลุ่มตัวอย่างพัก/ นั่งพัก วัตถุประสงค์เงินในเลือด จับชีพจร จนกว่าอาการทั่วไปจะดีขึ้นและไม่มีอาการกำเริบขึ้นอีกจึงจะทำการเก็บข้อมูลอีกครั้ง และหากอาการเหนื่อยของกลุ่มตัวอย่างไม่ดีขึ้นก็จะยุติการสัมภาษณ์ ในส่วนของข้อมูลที่ได้อาจใช้รหัสแทนชื่อ-สกุล และจะนำข้อมูลมานำเสนอเป็นภาพรวมเฉพาะงานวิจัยนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อหรือแสดงความยินยอมด้วยวาจา จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่มีใครถอนตัวระหว่างเก็บข้อมูลวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกออกเป็น โดยรวม รายด้านและรายข้อ

3. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนของครอบครัว วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยคัดสรรจำแนกออกเป็น โดยรวมและรายข้อ

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แรงสนับสนุนของครอบครัว กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงสหสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเจาะไอร้อง โรงพยาบาลระแงะ โรงพยาบาลรามัน โรงพยาบาลยะหา โรงพยาบาลแม่ลาน และโรงพยาบาลยะหริ่ง จำนวน 129 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม 2556 ถึงเดือนสิงหาคม 2556 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมุสลิม ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

ส่วนที่ 3 ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.8) เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 38-86 ปี อายุเฉลี่ย 67.28 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 91.5) มีคู่สมรสคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 89.9) มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 51.9) มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน โดยมีสมาชิกครอบครัว 3-8 คน หรือเฉลี่ย 5 คน กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 61.7) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 17,802 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25.6 ยังคงสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.4) ไม่เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27.1 มีดัชนีมวลกายน้อยกว่าปกติ โดยมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 20.16 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 63.1) ไม่มีโรคประจำตัว รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ (ร้อยละ

62) โดยมือเข้มีกัค้มน้ำชาหรือกาแฟและขนม ยังรับประทานอาหารทอด ระยะทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 2-14 กิโลเมตรหรือเฉลี่ย 10 กิโลเมตร ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.4) เดินทางมาโรงพยาบาลทั้งโดยรถมอเตอร์ไซค์ รถยนต์ และรถประจำทางหรือรถรับจ้าง (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N= 129)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	103	79.8
หญิง	26	20.2
อายุ (\bar{X} = 67.28, SD = 8.29, Min = 38, Max = 86)		
35- 39 ปี	1	0.8
40- 49 ปี	2	1.5
50-59 ปี	16	12.4
60- 69 ปี	62	48.1
70- 79 ปี	37	28.7
80 ปีขึ้นไป	11	8.5
สถานภาพ		
คู่	118	91.5
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	11	8.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	20	15.5
ประถมศึกษา	67	51.9
มัธยมศึกษา	13	10.1
การศึกษาศาสนา	28	21.7
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	1	0.8
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (\bar{X} = 5.29, SD = 1.23, Min = 3, Max = 8)		
3 – 4 คน	47	36.4
5 – 6 คน	61	47.3
7 – 8 คน	21	16.3

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
คู่สมรส	116	89.9
บุตรหลาน	8	6.2
ญาติ	1	0.8
เพื่อนบ้าน	4	3.1
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	4.7
เกษตรกร/ทำสวน	79	61.7
ค้าขาย	21	16.4
รับจ้าง	19	14.8
รับราชการ	3	2.3
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน (\bar{X} =17,802.33, SD = 4,208.63, Min = 10,000, Max = 30,000)		
5,001-10,000 บาท/เดือน	2	1.6
10,001- 20,000 บาท/เดือน	113	90.4
20,001 บาทขึ้นไป	14	8.0
ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย		
เพียงพอ	129	100.0
ไม่เพียงพอ	0	0
การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา		
เคย	24	18.6
ไม่เคย	105	81.4
ประวัติดูแลสุขภาพ (ระยะเวลาการเลิกบุหรี่ (ปี) (\bar{X} = 4.25, SD = 4.76, Min = 1, Max = 25))		
สูบ	33	25.6
เคยสูบ แต่เลิกสูบ	22	17.1
ไม่เคยสูบ	74	57.4

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การใช้สารเสพติด		
มี	0	0
ไม่มี	129	100.0
จำนวนมือที่รับประทานในแต่ละวัน		
รับประทาน 2 มือ	80	62.0
รับประทาน 3 มือ	49	38.0
โรคประจำตัวอื่นๆ		
มี (ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน)	41	36.9
ไม่มี	70	63.1
ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล (\bar{X} =6.91, SD = 2.43, Min = 2, Max = 14)		
1-10 กิโลเมตร	118	91.3
> 10 กิโลเมตร	11	8.7
วิธีการเดินทางมาโรงพยาบาล		
มอเตอร์ไซด์	26	20.2
รถยนต์	6	4.7
จักรยาน	1	.8
อื่นๆ (รถมอเตอร์ไซด์ รถยนต์ รถประจำทาง รถรับจ้าง)	96	74.4
ระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที (\bar{X} = 430, SD = 187 Min = 10, Max = 700)		
10- 100 เมตร	15	11.7
101-200 เมตร	3	2.4
201- 400 เมตร	24	18.7
> 400 เมตร	86	67.2
ค่าดัชนีมวลกาย (\bar{X} =20.16, SD = 2.50 Min = 15.41, Max = 27.53)		
< 18.5 กิโลกรัม (เมตร) ²	35	27.1
18.5 – 22.99 กิโลกรัม (เมตร) ²	78	60.5
≥ 23 กิโลกรัม (เมตร) ²	16	12.4

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมุสลิมใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายมีคะแนนสูงสุดและอยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีคะแนนต่ำที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 2)

ตาราง 2

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพรายรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (N= 129)

พฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.27	0.39	ปานกลาง
ด้านโภชนาการ	3.30	0.19	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	4.05	0.45	ดี
โดยรวม	3.41	0.28	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านแรงสนับสนุนของครอบครัวมีคะแนนสูงสุดและอยู่ในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนต่ำที่สุดและอยู่ในระดับต่ำ (ตาราง 3)

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (N= 129)

ปัจจัยคัดสรร	\bar{X}	SD	ระดับ
แรงสนับสนุนของครอบครัว	4.85	0.11	สูง
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	1.26	0.16	ต่ำ
การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	3.91	0.13	สูง

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยคัดสรรด้านการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงที่สุดในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .536, p < .001$) และแรงสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมต่ำที่สุดในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .394, p < .001$) (ตาราง 4)

ตาราง 4

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (N= 129)

ปัจจัยคัดสรร	พฤติกรรมสุขภาพ	p-value
แรงสนับสนุนของครอบครัว	.394	.000 ***
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	.400	.000 ***
การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	.536	.000 ***

***p < .001

พฤติกรรมสุขภาพในด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง หัวข้อ พฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดมีคะแนนสูงที่สุดและอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.94$, $SD = 0.30$) ส่วนพฤติกรรมการรับประทานกุ้งแห้ง ปลาเล็กปลาน้อยมีคะแนนต่ำที่สุดและอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X} = 2.19$, $SD = 0.43$) และพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการรายรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.29$, $SD = 0.19$) (ตาราง 5)

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการรายรวมและรายชื่อที่มีคะแนนสูงสุดและต่ำสุด 3 ลำดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 129$)

พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ	\bar{X}	SD	ระดับ
รายชื่อที่มีคะแนนสูง			
1. การไม่รับประทานอาหารรสเค็มจัด	3.94	0.30	ดี
2. การไม่รับประทานเครื่องในสัตว์	3.92	0.27	ดี
3. การไม่รับประทานผลไม้รสหวานจัด	3.90	0.39	ดี
3. การไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันหรือกะทิเป็นส่วนผสม	3.90	0.39	ดี
3. การไม่รับประทานอาหารทะเล	3.90	0.39	ดี
3. การไม่ดื่มน้ำอัดลม น้ำชา กาแฟ	3.90	0.39	ดี
รายชื่อที่มีคะแนนต่ำ			
1. การรับประทานกุ้งแห้ง ปลาเล็กปลาน้อย	2.19	0.43	ไม่ดี
2. การรับประทานผักหลากหลายชนิด	2.30	0.64	ไม่ดี
2. การรับประทานอาหารมีไขมันน้อยๆ 5-6 มื้อต่อวัน	2.30	0.52	ไม่ดี
3. การรับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ	2.44	0.75	ปานกลาง
รายรวม	3.29	0.19	ปานกลาง

หมายเหตุ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1- 5

พฤติกรรมสุขภาพในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง หัวข้อพฤติกรรมการซักถามข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาลมีคะแนนสูงที่สุดและอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.19$, $SD = 0.47$) ส่วนพฤติกรรมกรนอนพักหลังรับประทานอาหาร หรือนั่งพักหลังออกกำลังกายมีคะแนนต่ำที่สุดและอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X} = 2.16$, $SD = 0.44$) และพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพรายรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.24$, $SD = 0.39$) (ตาราง 6)

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพรายรวมและรายข้อที่มีคะแนนสูงสุดและต่ำสุด 3 ลำดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 129$)

พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	\bar{X}	SD	ระดับ
รายข้อที่มีคะแนนสูง			
1. การซักถามข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาล	4.19	0.47	ดี
2. การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่	3.98	0.22	ดี
3. การสังเกตอาการผิดปกติของตนเองอยู่เสมอ	3.95	0.42	ดี
รายข้อที่มีคะแนนต่ำ			
1. การนอนพักหลังรับประทานอาหาร หรือนั่งพักหลังออกกำลังกาย	2.16	0.44	ไม่ดี
2. การนอนหลับคืนละ 6-8 ชั่วโมง	2.55	0.78	ปานกลาง
3. การผ่อนคลายโดยฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ พูกระบายกับคนใกล้ชิด	2.75	1.10	ปานกลาง
รายรวม	3.24	0.39	ปานกลาง

หมายเหตุ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5

พฤติกรรมสุขภาพในด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง หัวข้อพฤติกรรมกรไปพบแพทย์ หากพบว่ามีอาการผิดปกติขณะออกกำลังกายและหลังออกกำลังกายมีคะแนนสูงสุดและอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.28$, $SD = 0.45$) ส่วนพฤติกรรมกรหยุดออกกำลังกายทันทีหากมีอาการผิดปกติมีคะแนนต่ำสุดและอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.43$, $SD = 0.74$) และพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายรายรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.01$, $SD = 0.45$) (ตาราง 7)

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายรายรวมและรายชื่อที่มีคะแนนสูงสุดและต่ำสุด 3 ลำดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 129$)

พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย	\bar{X}	SD	ระดับ
รายชื่อที่มีคะแนนสูง			
1. การไปพบแพทย์หากมีอาการผิดปกติ ออกกำลังกายและหลังออกกำลังกาย	4.28	0.45	ดี
2. การออกกำลังกายกล้ามเนื้อแขนและไหล่ให้แข็งแรง โดยการหมุนไหล่ แกว่งแขน	4.28	0.45	ดี
3. การฝึกการหายใจแบบเป่าปากทุกวัน	4.26	0.44	ดี
3. การออกกำลังกายเบาๆจนถึงปานกลางโดยใช้ กล้ามเนื้อขา	4.26	0.46	ดี
รายชื่อที่มีคะแนนต่ำ			
1. การหยุดออกกำลังกายทันทีหากมีอาการผิดปกติ	3.43	0.74	ปานกลาง
2. การออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงมาก	3.53	0.81	ปานกลาง
รายรวม	4.01	0.45	ดี

หมายเหตุ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5

ปัจจัยคัดสรรในด้านแรงสนับสนุนของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยคัดสรรในด้านแรงสนับสนุนของครอบครัวรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง สมาชิกในครอบครัวคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วยมีคะแนนสูงที่สุดและอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.97, SD = 0.17$) ส่วนหัวข้อสมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือในการหาข้อมูลหรือหนังสือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้แก่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนต่ำที่สุดและอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.49, SD = 0.50$) และปัจจัยคัดสรรในด้านแรงสนับสนุนของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างรายรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.86, SD = 0.11$) (ตาราง 8)

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงสนับสนุนของครอบครัวรายรวมและรายชื่อที่มีคะแนนสูงสุดและต่ำสุด 3 ลำดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 129$)

แรงสนับสนุนของครอบครัว	\bar{X}	SD	ระดับ
รายชื่อที่มีคะแนนสูง			
1. สมาชิกในครอบครัวคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย	4.98	0.15	สูง
2. สมาชิกในครอบครัวจัดชุดละหมาด เตรียมสถานที่ในการทำละหมาดให้	4.97	0.17	สูง
3. การได้รับความห่วงใยและเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวเสมอ	4.95	0.21	สูง
3. สมาชิกในครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี	4.95	0.23	สูง
3. สมาชิกในครอบครัวสามารถพูดคุยได้เมื่อไม่สบายใจ	4.95	0.23	สูง
3. สมาชิกในครอบครัวพาไปพบแพทย์	4.95	0.21	สูง
รายชื่อที่มีคะแนนต่ำ			
1. สมาชิกในครอบครัวช่วยหาข้อมูลหรือหนังสือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวมาให้	4.49	0.50	สูง
2. สมาชิกในครอบครัวพยายามหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวมาให้	4.51	0.50	สูง

ตาราง 8 (ต่อ)

แรงสนับสนุนของครอบครัว	\bar{X}	SD	ระดับ
3. การได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม	4.76	0.43	สูง
รวม	4.86	0.11	สูง

หมายเหตุ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1- 5

ปัจจัยคัดสรรในด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยคัดสรรในด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง หัวข้อความไม่สะดวกในการรับประทานอาหารน้อยๆ วันละ 5-6 มื้อมีคะแนนสูงที่สุดและอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.81$, SD = 0.61) ส่วนการไม่กล้าบอกอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติกับแพทย์หรือพยาบาลมีคะแนนต่ำที่สุดและอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.05$, SD = 0.23) และปัจจัยคัดสรรในด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างรายรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.25$, SD = 0.16) (ตาราง 9)

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพรายรวม และรายข้อที่มีคะแนนสูงสุดและต่ำสุด 3 ลำดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง (N= 129)

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	SD	ระดับ
รายข้อที่มีคะแนนสูง			
1. ความไม่สะดวกในการรับประทานอาหารน้อยๆ วันละ 5-6 มื้อ	1.81	0.61	ต่ำ
2. การงอแขนข้อมือและเครื่องดื่มน้ำที่มีรสหวาน เป็นเรื่องยาก	1.77	0.85	ต่ำ
3. การรับประทานอาหารผักวันละ 4-6 ท็อปทำให้ต้องเสีย ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น	1.70	0.55	ต่ำ
รายข้อที่มีคะแนนต่ำ			
1. การไม่กล้าบอกอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ กับแพทย์หรือพยาบาล	1.05	0.23	ต่ำ

ตาราง 9 (ต่อ)

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	SD	ระดับ
2. การไม่กล้าซักถามแพทย์หรือพยาบาลเมื่อไม่เข้าใจคำแนะนำที่ได้รับ	1.07	0.34	ต่ำ
2. การหลีกเลี่ยงไม่อยู่ในที่แออัดเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก	1.07	0.34	ต่ำ
3. การรับประทานยาอย่างเคร่งครัดทำยาก	1.09	0.29	ต่ำ
3. การซื้อของที่จําออกกำลังกล้ามเนื้อแขนโดยหมุนไหล่ แกว่งแขน	1.09	0.29	ต่ำ
รวม	1.25	0.16	ต่ำ

หมายเหตุ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5

ปัจจัยคัดสรรในด้านการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยคัดสรรในด้านการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการณรงค์ให้คนออกกำลังกายผ่านวิทยุมีคะแนนสูงที่สุดและอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.94, SD = 0.24$) กลุ่มตัวอย่างไม่กล้าเดินทางไปโรงพยาบาลในช่วงกลางคืนมีคะแนนต่ำที่สุดและอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.22, SD = 0.41$) และปัจจัยคัดสรรในด้านการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.91, SD = 0.13$) (ตาราง 10)

ตาราง 10

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพรายรวมและรายชื่อ ที่มีคะแนนสูงที่สุดและต่ำสุด 3 ลำดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 129$)

การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	SD	ระดับ
รายชื่อที่มีคะแนนสูง			
1. การณรงค์ให้คนออกกำลังกายผ่านวิทยุ	4.94	0.24	สูง
2. การมีสถานที่ให้ออกกำลังกาย	4.93	0.26	สูง

ตาราง 10 (ต่อ)

การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริม การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	SD	ระดับ
2. การสอนการฝึกหายใจแบบเป่าปากโดยแพทย์ พยาบาล	4.93	0.26	สูง
3. การแนะนำให้ออกกำลังกายที่บ้าน รายชื้อที่มีคะแนนต่ำ	4.92	0.27	สูง
1. การไม่กล้าเดินทางไปโรงพยาบาลในช่วงกลางคืน	1.22	0.41	ต่ำ
2. การกลัวการเดินทางผ่านพื้นที่เสี่ยงภัย	1.25	0.43	ต่ำ
3. การไม่กล้าไปพบแพทย์ในช่วงที่มีเหตุการณ์ไม่ สงบรายวัน	1.35	0.51	ต่ำ
รวม	3.91	0.13	สูง

หมายเหตุ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1- 5

อภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 129 ราย การที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.8) เป็นเพศชาย สะท้อนความจริงที่พบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อาจเนื่องจากผู้ชายมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ ซึ่งในวิถีชีวิตมุสลิม ส่วนใหญ่เพศชายจะเป็นผู้นำครอบครัว มีหน้าที่ในการสืบทอดศาสนาผ่านการเข้าสังคม โดยการพบปะพูดคุยกับบุคคลในวงสนทนา มีการสนทนาแลกเปลี่ยนเรื่องราวในชีวิตประจำวันและความเป็นอยู่ในหมู่เพศชายด้วยกัน และมีการสูบบุหรี่ในขณะสนทนา จึงทำให้พบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในมุสลิมเพศชายมากกว่าเพศหญิง (สุพล, 2549)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 51.9) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เนื่องจากในอดีตการศึกษายังไม่ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ และมีการศึกษาภาคบังคับเพียงระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ตามพระราชบัญญัติการศึกษา พ.ศ. 2478 ส่วนอาชีพของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 61.7) มีอาชีพเกษตรกร เนื่องจากมาจากเป็นอาชีพดั้งเดิมและมีการสืบ

ทอดกันมา ด้วยบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพื้นที่ของ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ประชากรมีอาชีพหลักคือ การทำสวนยางซึ่งจะต้องออกไปกรีดยางช่วงเวลาตีสามหรือตีสี่

รายได้ของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อยโดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 17,802 บาทต่อเดือน ซึ่งต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยของครัวเรือนไทยในปี 2555 คือ 18,660 บาทต่อเดือน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) และคนไทยในภาคใต้มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน 27,336 บาทต่อเดือน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) จะเห็นว่ารายได้ของกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยมาก อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งเป็นอาชีพที่ได้ค่าตอบแทนน้อยและมีรายได้ไม่แน่นอน ประกอบกับมีเหตุการณ์ไม่สงบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่กล้าออกไปกรีดยางช่วงกลางคืน อีกทั้งในบ้านของกลุ่มตัวอย่างมีสมาชิกในครอบครัวอาศัยกันอยู่ 3 - 8 คน (ตาราง 1) เนื่องจากหลักศาสนาอิสลามมีข้อห้ามในการคุมกำเนิดโดยถือว่าเป็นบาป นอกจากนี้วิถีชีวิตมุสลิมให้ความสำคัญสูงกับความผูกพันของสมาชิกในครอบครัวหรือเครือญาติ โดยถือว่ามุสลิมทุกคนเป็นญาติกัน มีความผูกพันกันทางสายเลือด มีความเชื่อทางศาสนาเหมือนกัน โดยมีองค์อัลลอฮ์เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ (สุพล, 2549)

กลุ่มตัวอย่าง จำนวนเกือบครึ่ง (ร้อยละ 42.7) มีประวัติการสูบบุหรี่ โดยร้อยละ 25.6 ยังคงสูบบุหรี่อยู่ ระยะเวลาการเลิกบุหรี่เฉลี่ย 4.25 ปี สะท้อนให้เห็นว่าแม้มีนโยบายการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพเชิงรุกของกระทรวงสาธารณสุข ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ที่เน้นย้ำให้ทุกโรงพยาบาลเป็น โรงพยาบาลสีขาว หรือ โรงพยาบาลปลอดบุหรี่ โดยจัดให้มีคลินิกเลิกบุหรี่ ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คอยให้คำปรึกษาและแนะนำวิธีการในการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกบุหรี่ อีกทั้งแนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือ เช่น การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์หรือส่งข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ผ่านการโต้ตอบทางอินเทอร์เน็ต ให้เบอร์โทรศัพท์สายด่วนที่สามารถให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกบุหรี่ได้ทุกเมื่อที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ แต่พฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่เป็นเรื่องยากจึงต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยค่อยๆ ลดจำนวนและความถี่ของการสูบบุหรี่ ตลอดจนการแนะนำการทำพฤติกรรมอื่นแทนการสูบบุหรี่เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น เลี้ยวหมากฝรั่ง การใช้สเปรย์ฟันในช่องปากเพื่อลดความอยากบุหรี่ เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 63.1) ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ความเสื่อมของร่างกายยังมีไม่มาก (เทพทวย, 2555) ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถขับขีรถมอเตอร์ไซด์ รถยนต์หรือนั่งรถประจำทางหรือรถรับจ้างมาโรงพยาบาลได้เอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชัยพงศ์ (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการระบุดังความยากลำบากในการมาพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นในการ

เดินทาง การที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.4 มีน้ำหนักเกิน อาจเนื่องมาจากวิถีการบริโภค และประเภทของอาหารมุสลิมที่อาหารส่วนใหญ่จะมีส่วนประกอบของแป้ง น้ำตาล และน้ำมันเป็นหลักซึ่งเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง มีคาร์โบไฮเดรตสูง และกากใยอาหารน้อย (สุพล, 2549) ด้านระยะทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลแม้ว่าจะไม่ได้ไกลมาก โดยมีระยะทางเฉลี่ย 6.91 กิโลเมตร และส่วนใหญ่เดินทางมาโรงพยาบาลโดยหลายวิธีทั้งใช้รถมอเตอร์ไซค์ รถยนต์ และรถประจำทาง

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีทั้งปัจจัยด้านบวกและด้านลบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง แม้ว่าจะมีปัจจัยทางด้านบวก ได้แก่ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงผู้สูงอายุตอนต้น ความเสื่อมของร่างกายยังมีไม่มากจึงมีโรคประจำตัวน้อย ทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย อีกทั้งการที่มีคู่สมรสหรือบุตรหลานคอยดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพวัน (2552) พบว่า ผู้ให้การดูแลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและบุตรหลานเช่นเดียวกัน นอกจากนี้การขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพเชิงรุกของกระทรวงสาธารณสุข ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ทำให้โรงพยาบาลใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ให้ความสำคัญกับการมาพบแพทย์ตามนัด ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีการปฏิบัติในการไปพบแพทย์อยู่ในระดับดี (ตาราง 7) ประกอบกับมีบุคลากรทางการแพทย์ที่พูดภาษาวยาวีได้คอยให้คำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและนำไปปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างก็ยังมีปัจจัยทางลบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ได้แก่ การที่กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งเพศชายจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงจึงทำให้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มากกว่าเพศหญิงซึ่งมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อย (มลธิชา, 2554) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25.6 ยังคงสูบบุหรี่ สะท้อนให้เห็นว่าโครงการโรงพยาบาลสีขาว หรือการณรงค์งดสูบบุหรี่ ยังไม่บรรลุผลสำเร็จทั้งหมด และต้องรณรงค์อย่างเคร่งครัดต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพวัน (2552) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ ประการถัดมาการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น การดูแลตนเองเมื่อเทียบกับบุคคลในวัยหนุ่มสาว ผู้สูงอายุตอนต้นจะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (เทพทวย, 2555) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองลดน้อยลงไป ด้วย โดยในการศึกษาคั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 67.28 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพวัน (2552) พบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 69.69 ปีซึ่งเป็นช่วงอายุของวัยผู้สูงอายุตอนต้น

เช่นเดียวกัน อีกประการหนึ่งกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 61.7) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งเป็นอาชีพที่จะต้องสัมผัสกับฝุ่น คิวบิน และสารพิษจากยาฆ่าหญ้าและสารเคมีอื่น รวมถึงการที่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ในครอบครัวน้อยจึงจำเป็นต้องทำงานเพื่อหารายได้มาเพื่อใช้จ่ายในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพวัน (2552) และเทพทวย (2555) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่าครึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีรายได้น้อย โดยการทำเกษตรกรรมต้องตื่นแต่เช้าและทำงานกลางแจ้งอีกทั้งต้องใช้แรงงานมากทำให้มีการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ จึงเป็นผลให้มีปัจจัยการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ประการสุดท้ายกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 67.4) จบชั้นประถมศึกษาลงมา ทำให้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้ในการรับรู้และการทำความเข้าใจในองค์ความรู้เรื่องโรคและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่มีการศึกษาสูง (ชัยพงศ์, 2547) เนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น (Pender, 1996)

การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โดยรวมได้คะแนนสูงสุดและอยู่ในระดับดี (ตาราง 2) เนื่องมาจากการมีบุคลากรทีมสุขภาพลงพื้นที่เยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งในทีมจะประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ และเจ้าหน้าที่กายภาพบำบัดที่เป็นมุสลิมทั้งหมด ซึ่งในแต่ละเดือนจะมีการติดตามผลโดยการเยี่ยมบ้านเฉลี่ยเดือนละ 3 ครั้ง ในวันจันทร์ พุธ หรือศุกร์ โดยใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลซึ่งในแบบฟอร์มประกอบด้วย การติดตามผลการรักษา การประเมินสมรรถภาพปอดในวาระเบี่ยนพร้อมบันทึก การติดตามการมาพบแพทย์ตามนัดและการติดตามพฤติกรรมความต่อเนื่องของการออกกำลังกาย พร้อมทั้งอธิบายความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตลอดจนมีการตอบคำถามแก้ไขข้อสงสัยแก่ผู้รับบริการ ถึงแม้ว่าในพื้นที่จะมีเหตุการณ์ไม่สงบแต่บุคลากรทีมสุขภาพที่ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านยังคงสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ อาจเนื่องมาจากทีมสุขภาพทั้งหมดเป็นมุสลิมและเป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ จึงมีความรู้สึกกลัวต่อสถานการณ์ ความไม่สงบที่เกิดขึ้นน้อยกว่าบุคคลนอกพื้นที่ นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลยังมีคลินิกเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยที่คลินิกดังกล่าวจะมีพยาบาลเวชปฏิบัติ และนักกายภาพบำบัดคอยอธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และสาเหตุเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการหายใจแบบเป่าปากแล้วให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ เพื่อประเมินความสามารถและความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีการฝึกการหายใจแบบเป่าปากอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.23$, $SD = 0.42$) (ตาราง 7) อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพวัน (2552) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการบริหารการหายใจ และการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้อาจ

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของอัมพวัน ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย ในขณะที่การศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างระบุว่าได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวสูง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างของอัมพวัน ได้รับการสอนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่โรงพยาบาล แต่ไม่มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยบุคลากรทางการแพทย์เหมือนการศึกษาครั้งนี้

การที่พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพโดยรวมมีคะแนนต่ำสุดและอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 2) เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพในด้านนี้มีหลายองค์ประกอบจึงทำให้ยากต่อการทำความเข้าใจและยากที่จะปฏิบัติได้อย่างครบถ้วน ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมในด้านนี้ให้มีประสิทธิภาพจึงมีความยากตามไปด้วย ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงไม่สามารถปฏิบัติได้เองเพียงลำพัง จำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือและความร่วมมือจากหลายๆ ฝ่าย ทั้งตนเอง ครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่าง มีการนอนพักหลังการรับประทานอาหาร หรือหลัง การออกกำลังกายน้อย อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยจึงทำให้ต้องทำงานเพื่อหารายได้มาเพื่อใช้จ่ายภายในครอบครัว (ตาราง 1) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถที่จะพักเป็นเวลานานได้ อีกทั้งลักษณะของอาชีพเกษตรกรรมที่ต้องตื่นไปทำงานตั้งแต่เช้ามืด ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ (ตาราง 6) รวมถึงการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นอยู่ทำให้การนอนหลับถูกรบกวนเพิ่มขึ้นด้วย และการที่กลุ่มตัวอย่างมีการผ่อนคลาย ด้วยการฟังเพลง ฟังวิทยุปานกลาง (ตาราง 6) เพราะตามหลักศาสนาอิสลามจะเน้นการปฏิบัติที่สำรวม ไม่มุ่มงในด้านของความบันเทิง

การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 2) เนื่องจากองค์ประกอบของกลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวขยายโดยมีสมาชิกครอบครัว 3-8 คน โดยเฉลี่ย 5 คน (ตาราง 1) จึงทำให้ต้องใช้ทรัพยากรมาก ในขณะที่ทรัพยากรอาหารมีอย่างจำกัด ไม่สามารถเลือกรับประทานได้ อีกประการหนึ่ง ในครอบครัวขยายสมาชิกในครอบครัวรับประทานอาหารสำหรับเดียวกัน เพื่อความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดอันเป็นหัวใจสำคัญของสังคมมุสลิมที่เน้นย้ำความสัมพันธ์อันเหนียวแน่นภายในครอบครัว การรับประทานอาหารพร้อมกันนอกจากเพื่อความผูกพันของสมาชิกครอบครัวแล้ว ยังเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการเตรียมอาหารได้อีกด้วย (ชนิกานต์, 2550) พฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการปฏิบัติ เพื่อสืบทอดทางวัฒนธรรมมากกว่าจะบริโภคเพื่อการควบคุม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากนี้สูตรอาหารของชาวมุสลิมมีความแตกต่างจากสูตรอาหารส่วนใหญ่ คือ สูตรอาหารของชาวมุสลิมมักมีส่วนประกอบของแป้ง น้ำตาล ถั่วและน้ำมัน (สุพล, 2549) เช่น โรตีสัมมัน ขนมหินน้ำพริก ซึ่งเป็นอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต จะส่งผลให้อาการของโรคกำเริบได้ เนื่องจากอาหารพวกนี้ทำให้คาร์บอนไดออกไซด์คั่งมากขึ้น (อัมพรพรรณ, 2542; Bozzetti, 2003)

การที่กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคอาหาร کم น้อย ดี ที่ สุด รองลงมา คือ การไม่รับประทานเครื่องในสัตว์ ผลไม้รสหวานจัด อาหารที่มีไขมัน อาหารทะเล และไม่ดื่มน้ำอัดลม ซากาแฟ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.9 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน จึงได้รับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากบุคลากรทีมสุขภาพ ให้เลือกรับประทานอาหารรสจืดและหลีกเลี่ยงอาหารหวาน อาหารมัน สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีโรคอื่นๆ ร่วมด้วยจึงต้องรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น แต่อย่างไรก็ตามยังคงพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านโภชนาการไม่เหมาะสมในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมและกากใยสูง โดยมีการรับประทานกุ้งแห้ง ปลาเล็กปลาน้อย การรับประทานผักหลายชนิดและการรับประทานข้าวกล้องอยู่ในระดับไม่ดี (ตาราง 5) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น สุขภาพและการทำงานของป็นจึงไม่มีประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหารที่มีลักษณะเป็นของแข็งและ/หรืออาหารที่มีลักษณะเหนียว อีกทั้งการทำงานของระบบย่อยอาหารลดลง การรับประทานอาหารประเภทดังกล่าวจึงทำได้ลำบากและอาจเกิดอาการท้องอืดตามมา ส่วนการรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่หลายๆ มื้อ การที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไม่ดี (ตาราง 5) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้รู้สึกไม่คุ้นเคยและไม่สะดวกในการรับประทานอาหารวันละหลายๆ มื้อ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อย การที่จะนํารายได้มาใช้จ่ายในเรื่องของการจัดอาหารหลายๆ มื้อ ถือว่าเป็นเรื่องที่สิ้นเปลืองและไม่มีความจำเป็น อีกทั้งวิธีการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องตื่นแต่เช้ามืดเพื่อไปกรีดยางทำให้ต้องใช้เวลาในการพักผ่อนหลังกรีดยางจนไม่มีเวลาในการจัดเตรียมอาหาร จึงจำเป็นที่จะต้องจัดมื้ออาหารเป็นแบบมื้อหนักวันละ 3 มื้อ ซึ่งขัดกับการรักษาของโรคที่เน้นย้ำให้รับประทานครั้งละน้อยๆ แต่หลายมื้อ สอดคล้องกับผลการศึกษาของโอเดนแครนท์, เอ็นฟอร์ด, และโกรบ (Odenchant, Enhfors, & Grobe, 2007) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการมักได้รับการจัดอันดับไว้ในลำดับหลังๆ ในการให้คำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับการให้คำแนะนำในเรื่องอื่นๆ และมักถูกมองข้ามจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ว่าโภชนาการไม่ส่งผลกระทบต่ออาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาหารตลอดจนข้อมูลทางโภชนาการต่อสุขภาพ ไม่เข้าใจเหตุผลของการรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง และรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการเป็นเรื่องอ่อนไหวและยุ่งยากมาก การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ใจ (2551) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับประทานอาหารประเภทผักต่างๆ อยู่ในระดับดี และการรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ 4-6 มื้อต่อวัน อยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงปัจจัยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในลักษณะที่มีความรู้สึกปลอดภัย มีความเข้ากันได้ และไม่แปลกแยก (Pender et al., 2006) กล่าวคือ การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกปลอดภัย อาจเนื่อง มาจากระยะทางระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลไม่ไกลมาก เฉลี่ย 6.91 กิโลเมตร ทำให้ใช้เวลาในการเดินทางไม่นาน จึงช่วยลดความกลัวจากความเสี่ยงในการปะทะกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นในพื้นที่ลงได้บ้าง อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกกว่าตนเองนั้น มีความเข้ากันได้และไม่แปลกแยกในการเข้ารับบริการทางสุขภาพกับทางโรงพยาบาล รู้สึกเป็นกันเองกับเจ้าหน้าที่และสะดวกใจ เนื่องจากบุคลากรทีมสุขภาพเกือบทั้งหมดเป็นมุสลิม (งานการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลเจาะไอร้อง, 2556) และใช้ภาษาอาหรับในการสื่อสารกับผู้ป่วยในการให้บริการทางสุขภาพของทางโรงพยาบาล ทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจในเรื่อง โรคปลอดภัย เรื่องจริง และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ซึ่งตรงกับนโยบายของโรงพยาบาลที่ว่าด้วยการให้บริการผู้ป่วย คุณยุติมิตร และนอกจากนี้ยังมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มเพื่อนบ้านในการออกกำลังกาย และในหมู่บ้านยังมีสถานที่ที่ใช้ในออกกำลังกาย เช่น ใต้สถานีอนามัย ลานจอดรถของโรงพยาบาลในช่วงเย็น จึงทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการออกกำลังกายมากขึ้น อีกทั้งยังมีหอกระจายข่าว ซึ่งจะแจ้งเรื่องราวเกี่ยวกับข่าวสารข้อมูลต่างๆ เช่น เรื่องข้อมูลสุขภาพทั่วไป การออกหน่วยเคลื่อนที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงมีวิทยุท้องถิ่นที่มีการกระจายข่าวสารข้อมูลทางสุขภาพโดยใช้ภาษาอาหรับ ทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงข่าวสารข้อมูลสุขภาพได้โดยง่าย (รอฮานา, 2556) ด้วยระบบบริการสุขภาพที่เน้นการบริการอย่างเป็นกันเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกอุ่นใจและอบอุ่นเมื่อเข้ารับบริการจากทางโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่าง ยังประสบกับปัญหาในเรื่องของความปลอดภัย เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ไม่สงบเกิดขึ้นรายวัน แม้ว่าจะมีเจ้าหน้าที่ทหารคอยดูแลรักษาความปลอดภัย และมีหอกระจายข่าวในพื้นที่ที่คอยให้ข่าวสารเกี่ยวกับเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยแล้วก็ตาม แต่กลุ่มตัวอย่างก็ยังคงมีความกลัวในเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่อยู่มาก ทำให้ไม่กล้าที่จะออกมาใช้บริการกับทางโรงพยาบาลในช่วงเวลากลางวันและในช่วงที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้น โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ ในเรื่องการเดินทางไปโรงพยาบาลในช่วงเวลากลางคืน การเดินทางผ่านพื้นที่เสี่ยงภัยและการเดินทางไปพบแพทย์ในช่วงที่มีเหตุการณ์ไม่สงบ (ตาราง 10)

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับต่ำ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความกล้าที่จะบอกถึงอาการผิดปกติเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของตนเองกับบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์เกือบทั้งหมดเป็นมุสลิม มีการสื่อสารและให้ความรู้โดยใช้ภาษาอาหรับ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเป็นกันเอง และสามารถเข้าใจในการให้ความรู้ได้โดยง่าย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างได้รับการอำนวยความสะดวกจากทางโรงพยาบาล โดยทางโรงพยาบาลจัดให้มีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยเฉพาะ มีการนัดพบแพทย์อย่างเป็นระบบ มีบริการโทรจองคิวนัดได้ล่วงหน้า รวมถึงมีแพทย์เฉพาะทาง ทำให้การเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างไม่กระทบต่อเวลามาก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้สึกว่า การเข้ารับบริการเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและเสียเวลา และด้วยบริบทของที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นพื้นที่ชนบทซึ่งมีวิถีชีวิตของชาวชนบทที่มีความเอื้อเพื่อพ่อแม่ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน (สุพล, 2549) ทำให้กลุ่มตัวอย่างกล้าที่จะซักถามถึงข้อสงสัยในเรื่องของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ตนเองเป็นอยู่

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถผ่อนคลายจากความตึงเครียด ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีความศรัทธาในพระองค์อัลลอฮ์ โดยจะบอกกับตนเองอยู่เสมอว่า ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคตเป็นสิ่งที่พระองค์ประทานมาให้ รวมถึงการปฏิบัติทางศาสนาอย่างเคร่งครัด ด้วยการละหมาด ถือศีลอด ฝึกจิตใจให้สงบ เตรียมพร้อมที่จะเผชิญความเปลี่ยนแปลง และพึงพอใจกับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ไม่คาดหวังสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ (สุพล, 2549) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ขอมรับในความเป็นจริง ซึ่งหลักศาสนาอิสลามมีแนวคิดที่ว่าชีวิตประกอบด้วยส่วนที่เป็นวัตถุและจิตวิญญาณ องค์ประกอบของชีวิตทั้ง 2 ส่วน ดำเนินอยู่ด้วยกันอย่างมีดุลยภาพ (มานี, 2544) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จึงทำให้ไม่มีอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย เช่น การเดินเร็ว การเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ ในการทำสวนยาง สวนผลไม้ นอกจากนี้ยังมีเจ้าหน้าที่คอยลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้และแนะนำถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและชี้ให้เห็น ถึงโทษของการไม่ดูแลตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ได้อย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จาก การที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวดีในเรื่องการฝึกหายใจแบบเป่าปากทุกวันเพื่อบริหารปอด การ

หมูนํ้าไหล่แกว่งแขนอยู่เป็นประจำและการออกกำลังกายเบาๆ จนถึงปานกลาง โดยการไ้ใช้กล้ามเนื้อขา (ตาราง 7)

อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างยังรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยมีความไม่สะดวกในการรับประทานผัก 4-6 ท็อปพีต่อวัน ไม่สะดวกในการรับประทานอาหารวันละ 5-6 มื้อ เนื่องจากราคาของอาหารค่อนข้างแพง โดยเฉพาะผัก และในครอบครัวมีสมาชิกจำนวนมากจึงมีค่าใช้จ่ายสูง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อย ทำให้ค่าใช้จ่ายในส่วนของการนำมาซื้ออาหารจึงค่อนข้างจำกัด ทำให้การรับประทานอาหารวันละ 5-6 มื้อและรับประทานผักวันละ 4-6 ท็อปพีเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีบริโภคนิสัยที่ชอบรับประทานขนมหวานมาเป็นเวลานาน จึงทำให้การงดรับประทานขนมหวานเป็นไปได้ยาก (ตาราง 9)

แรงสนับสนุนของครอบครัว

การที่กลุ่มตัวอย่างมีการได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัวในระดับสูง ($\bar{X} = 4.85$, $SD = 0.11$) (ตาราง 3) สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของมุสลิม โดยตามหลักศาสนาอิสลามจะไม่มี การคุมกำเนิด เพราะถือว่าเป็นบาป และผู้ชายมุสลิมสามารถมีภรรยาได้ 4 คน จึงทำให้มุสลิมมีญาติพี่น้องค่อนข้างมาก และจะเน้นในเรื่องของการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างเครือญาติและชาวมุสลิมด้วยกัน อีกทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่นอกเขตชุมชน ไม่ใช่เขตเมืองใหญ่ สมาชิกในครอบครัวจึงมีลักษณะที่มีความเอื้ออาทรต่อกัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีบุตรหลานคอยดูแล คอยให้การติชม คอยดักเตือนในเรื่องของการไปพบแพทย์ และในเรื่องของการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงลักษณะสังคมมุสลิมที่มีประเพณีนิยม ให้บุตรทำหน้าที่ก่อกุศลแก่บิดามารดา (สุพล, 2549) ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับกำลังใจ การปลอบใจจากบุคคลในครอบครัว ดังจะเห็นได้จาก กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลในครอบครัวคอยดูแล เอาใจใส่ในยามเจ็บป่วย คอยอำนวยความสะดวกในการเตรียมสถานที่ละหมาด อีกทั้งยังมีการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และช่วยเหลือในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง (ตาราง 8)

ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสนับสนุนของครอบครัวด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินค่าเป็นอย่างดี แต่ยังรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวด้านข้อมูลข่าวสารต่ำกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อในเรื่องของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในขณะที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ที่บ้านได้ ดังจะเห็นได้จาก บุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีการช่วยเหลือในเรื่องของการหาข้อมูล หากความรู้เพิ่มเติม หรือหาหนังสือที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาให้ผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งการได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคของกลุ่มตัวอย่างก็อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน จึงอาจส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างขณะอาศัยอยู่ที่บ้านไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (ตาราง8)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = .536, p < .001$) (ตาราง4) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพเนื่องจากระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาลไม่ไกลมาก จึงใช้เวลาไม่นานมากในการเดินทาง อีกทั้งมีเจ้าหน้าที่ทหารคอยคุ้มครองในระหว่างทาง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกปลอดภัยในระดับหนึ่ง ประกอบบุคลากรที่มสุขภาพเกือบทั้งหมดเป็นมุสลิมและใช้ภาษาอาหรับในการสื่อสารทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกเข้ากันได้ และไม่แปลกแยกกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ทำให้เกิดความเป็นกันเอง รู้สึกมั่นใจและอุ่นใจในการได้รับบริการ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างอยากปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเทพทวย (2555) ที่พบว่า การได้รับความสะดวกสบายในการรับบริการสุขภาพ และการให้การบริการทางสุขภาพที่ดีจากบุคลากรที่มสุขภาพส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้ดี สอดคล้องกับที่เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์สามารถส่งผลทั้งส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพก็ได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่ออิทธิพลด้านสถานการณ์ในทิศทางส่งเสริมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จึงทำให้การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = .400, p < .001$) (ตาราง 4) อาจเนื่องมาจาก การที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ได้ง่าย เพราะทางโรงพยาบาลได้จัดคลินิกเฉพาะ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้กลุ่มตัวอย่าง

ไม่รู้สึกรู้สึกว่าการเข้ารับบริการกับทางโรงพยาบาลเป็นเรื่องที่ทำให้เสียเวลา เพราะคลินิกเฉพาะโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังเปิดให้บริการในช่วงนอกเวลาราชการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้บริการได้อย่างสะดวก มีความรู้สึกรู้สึกพึงพอใจในการเข้ารับบริการกับทางโรงพยาบาล เพราะเจ้าหน้าที่สุภาพ ไข้ใช้ภาษาชาวบ้านในการสื่อสาร ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจคำแนะนำซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติตามได้ดียิ่งขึ้น และสามารถออกกำลังกายโดยการหมุนไหล่ แกว่งแขนและการหายใจแบบเป่าปากได้ดีเพราะมีนักกายภาพบำบัดสอนการออกกำลังกายให้ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ตามนัด และเมื่อมาเยี่ยมบ้านอาทิตย์ละ 3 วัน ตลอดจนสามารถเข้าถึงแหล่งออกกำลังกายได้ง่าย โดยมีสถานที่ออกกำลังกายในหมู่บ้าน มีกลุ่มเพื่อนในการออกกำลังกาย เมื่อการรับรู้อุปสรรคน้อยจะทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้สิ่งขัดขวางการปฏิบัติน้อย ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพน้อย ทำให้ไม่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

แรงสนับสนุนของครอบครัว

แรงสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = .394, p < .001$) (ตาราง 4) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลานในครอบครัวชาย ซึ่งมีสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ย 5 คน (ตาราง 1) จึงมีสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา อันเป็นหลักปฏิบัติที่สำคัญในการช่วยเหลือเอื้อเฟื้อกันในวิถีมุสลิม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายมากตามวัยที่เพิ่มขึ้น จึงมักประสบปัญหาในการมองเห็น การได้ยิน ความจำ ทำให้หลงลืมได้ง่าย จึงต้องการความช่วยเหลือและการดูแลจากสมาชิกครอบครัว โดยเฉพาะเมื่อมีอาการหอบเหนื่อยหรือมีอาการกำเริบของโรค รวมทั้งความช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานยาและการไปพบแพทย์ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้รับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในระดับสูง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณค่าตนเองนั้นได้รับความรัก การให้คุณค่า การยอมรับ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงมีกำลังใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของจรีพันธุ์ (2549) พบว่า การได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปรับตัวยอมรับและเผชิญกับภาวะสุขภาพของตนเอง ปรับจิตใจไม่ให้เกิดความขัดแย้ง ท้อแท้ สิ้นหวัง สามารถจัดการขั้นต้นกับปัญหาความเจ็บป่วยของตนเองได้ จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จึงส่งผลให้แรงสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ โดยใช้วิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืนเพื่อให้ได้โรงพยาบาลที่ศึกษาจำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเจาะไอร้อง โรงพยาบาลระแงะ โรงพยาบาลรามัน โรงพยาบาลยะหา โรงพยาบาลแม่ลาน และโรงพยาบาลยะหริ่ง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 129 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม 2556 ถึงเดือนสิงหาคม 2556

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมุสลิมใน 3 จังหวัดชายแดนใต้และ 3) แบบประเมินปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ โดยนำเครื่องมือมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านและทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมและแบบประเมินปัจจัยคัดสรร ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.87 และ 0.92 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า

ผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.41$, $SD = 0.28$) พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้ดีที่สุด ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย โดยอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.05$, $SD = 0.45$) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้ต่ำที่สุด ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.27$, $SD = 0.39$)

ผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.85$, $SD = 0.11$) แรงสนับสนุนของครอบครัวที่ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับสูงที่สุด ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวคอยดูแลเมื่อยามเจ็บป่วยและอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.98$, $SD = 0.15$) ส่วนแรงสนับสนุนของครอบครัวที่ผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับต่ำที่สุด ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยผู้ป่วยในการหาข้อมูลหรือหนังสือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาให้และอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.49$, $SD = 0.50$)

ผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.25, SD = 0.16$) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีระดับสูงที่สุด ได้แก่ การรู้ว่าตนเองไม่สะดวกที่จะรับประทานอาหารมื้อละน้อยๆ วันละ 5-6 มื้อ และอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.81, SD = 0.61$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีระดับต่ำที่สุด ได้แก่ การไม่กล้าบอกอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติเกี่ยวกับโรคของตนเองกับแพทย์หรือพยาบาลและอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.05, SD = 0.23$)

ผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีระดับการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.91, SD = 0.31$) การรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับสูงที่สุด ได้แก่ การณรงค์ให้คนออกกำลังกายผ่านวิทยุ ($\bar{X} = 4.94, SD = 0.24$) ส่วนการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำสุด ได้แก่ ผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่กล้าที่จะเดินทางไปโรงพยาบาลในช่วงกลางคืนและอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.22, SD = 0.41$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .394, .400, .536, p = .000$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาล พยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านโภชนาการ โดยเน้นย้ำให้ผู้ป่วยนั่งพักหลังรับประทานอาหารหรือหลังการออกกำลังกาย นอนหลับให้เพียงพอและมีการผ่อนคลายมากขึ้น เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และควรให้ญาติ/สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้แก่ผู้ป่วย โดยจัดอาหารที่มีแคลเซียมสูงที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ง่าย เน้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ วันละ 5-6 มื้อ รวมถึงการรับประทานผักหลากหลายชนิด เพื่อช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น ด้านการจัด โครงการ สามารถนำการศึกษาใน

ครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ควรจัดให้มีโปรแกรมที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านโภชนาการ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง และควรให้ญาติ/สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในโปรแกรมด้วย

2. ด้านการบริหาร ควรมีการวางนโยบายเชิงรุกในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านโภชนาการ โดยการเน้นย้ำบุคลากรทีมสุขภาพในการให้ความรู้และคำแนะนำด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยและญาติ/สมาชิกในครอบครัว ขณะที่เข้ารับบริการกับทางโรงพยาบาล ตลอดจนประสานงานกับเครือข่ายดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน เช่น การนำทีมสุขภาพลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการติดตามอาการ ให้ความรู้และคำแนะนำโดยเพิ่มด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านโภชนาการให้มากขึ้น และแก้ไขข้อสงสัยให้แก่ผู้ป่วยและญาติ/สมาชิกที่คอยดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านโภชนาการที่ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งระบบบริการสุขภาพแบบเดิมมีการลงพื้นที่เช่นเดียวกัน แต่ในทีมสุขภาพจะมีเพียงเจ้าหน้าที่อนามัยเพียงคนเดียวและจะต้องให้บริการให้ครบองค์รวม จึงทำให้การให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาและพัฒนาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ ด้วย เช่น การจัดการความเครียด การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กัญญา ภู่วิไลย, นงนุช โอบะ, สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล, และทวิศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2555). ปัจจัย
 คัดสรรที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและ
 สุขภาพ*, 6(2), 12-24.
- กัริยา ชือแระ. (2553). *การส่งเสริมการออกกำลังกายตามหลักศาสนาอิสลามในกลุ่มแม่บ้าน จังหวัด
 ปัตตานี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จรีพันธุ์ เพชรหาญ. (2549). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น
 เรื้อรังในโรงพยาบาลรื่องขวาง จังหวัดแพร่. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหา
 บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่*.
- จินตนา บัวทองจันทร์. (2548). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วย
 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเขตภาคใต้ตอนล่าง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
 กรุงเทพมหานคร.
- เจ๊ะเหล๊ะ แยกพงศ์, รอฮัม นิยมเดชา, อับดุลรอยะ บินเซ็ง, และอานิส พัฒนปรีชาวงศ์. (2555).
 แนวทางการนำหลักศาสนาบัญญัติอิสลามใช้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบและคุ้มครอง
 สุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ในชุมชนมุสลิม อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส. *Prince of
 Naradhiwas University Journal*, 4(2), 59-72.
- ชนิกานต์ สมจารี. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของสตรี
 ไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,
 สงขลา.
- ชัยพงศ์ ชูยศ. (2547). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 ณ สถาบันโรคทรวงอก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ชัยเวช นุชประยูร. (2542). โรคหืดหลอดลม. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์
 (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า167-181)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตีส์ พับลิเคชั่น.
- ชายชาญ โพธิรัตน์. (2550). *ตำราโรคระบบการหายใจ*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมอุรเวชช์
 แห่งประเทศไทย.

- ทิพย์วดี พันธภาค. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เทพทวย มูลวงษ์. (2555). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 6(1), 75-83.
- ชเนศ นาวาวิ. (2552). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสิ่งแวดล้อม. *วารสารสำนักอนามัย*, 5(1), 44-53.
- ธิดา เหมือนพะวงศ์. (2552). การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการมุสลิมที่เป็นเบาหวาน. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นรกมล ใหม่ทอง. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- นัยนา เมธา. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญชูบ ประเสริฐผล. (2545). ความรู้ทางโภชนาการและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุนบ้านช่างคำหลวง ตำบลบ้านแหวน อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ปัทมธร ชัชรรัตน์. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลพะเยา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา, พะเยา.
- พรธนิภา สืบสุข. (2554). บทบาทพยาบาลกับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *Journal of Nursing Science*, 29(2), 18-26.
- พิมพ์ใจ คงกาล. (2551). การสนับสนุนของครอบครัว พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความรุนแรงของโรคและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- มณฑิชา วิไลกิจ. (2550). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ค้นเมื่อ 24 เมษายน 2557, จาก <http://58.137.125.130/km/modules.php?name=News&file=article&sid=137>
- มนัสวี อดุลย์รัตน์. (2542). *ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- มณฑิชา ศรีสังข์. (2554). รายงานเบื้องต้นสถิติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสามจังหวัด. *วารสารทางการพยาบาล*, 3(2), 234-248.
- มานี ชูไทย. (2544). หลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มุฮัมหมัดคาอ็อะ เจะเลาะ. (ผู้ผลิต). *การละหมาดในยามป่วยไข้รวมบทความและบทคัดย่อการจัดระบบสุขภาพในความหลากหลายของวัฒนธรรมท่ามกลางภาวะวิกฤต [VCD]*. สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์สาธารณสุข.
- เมธินี จันตียะ, พนิดนาฎ ชำนาญเสื่อ, และสุสดี คุณาพันธ์. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการ โรงพยาบาลสระบุรี. *Ramathibodi Nursing Journal*, 17(3), 328-342.
- ยุซุฟ นิมะ, และสุภัทร ฮานิสวรรณ. (2551). การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รอมือเลาะ ดามาอู. (2550). *การสร้างเสริมสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน โดยบิดามารดาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รอฮานา ฟือราเฮง. (ผู้พูด). (4 กันยายน 2556). *คลื่นนี้มีเพื่อน* (บทวิทยุออกอากาศทางสถานีวิทยุท้องถิ่นอำเภอเจาะไอร้อง 98.25 MHz).
- โรงพยาบาลเจาะไอร้อง, งานการเจ้าหน้าที่. (2557). *รายชื่อบุคลากร โรงพยาบาลเจาะไอร้องปี 2557 อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส*. อัดสำเนา.
- ลินจง โปธิบาล. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน ลินจง โปธิบาล, วารุณี ฟองแก้ว, และศิริรัตน์ เปลียนบางยาง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ* (หน้า 79-101). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วันดี คหะวงศ์. (2548). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วัลลภ พรเรืองวงศ์. (2548). *สาระสุขภาพ: 7 วิธีกินกากใยให้มากพอ*. ค้น 9 มีนาคม 2557, จาก <http://www.gotoknow.org/posts/6574>
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2552). *โภชนาการและโภชนบำบัดทางการพยาบาล*. สงขลา: ก๊อปปี้ คอร์เนเจอร์ ดิจิตอลปริ้นเซ็นเตอร์.
- วิลาวัณย์ อำพันธ์พงศ์. (2545). ประสิทธิภาพของผู้ป่วยมุสลิมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการได้รับสิทธิตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยจากทีมสุขภาพใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (บรรณาธิการ). (2548). *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- วีณา ลีมสกุล, อัครอนงค์ ปราโมช, และศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2546). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *พยาบาลสาร*, 30(1), 30-55.
- สมเกียรติ วงษ์พิมพ์, และชัยเวช นุชประยูร. (2542). *ตำราโรคปอด 1 โรคปอดจากสิ่งแวดล้อม (environment lung disease)*. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตี้ พับลิเคชั่น.
- สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย. (2548). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- สารนิตี บุญประสพ. (2555). อาการหายใจลำบาก: บทบาทของพยาบาล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 6(2), 1-11.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). บทสรุปสำหรับผู้บริหารการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2554. ค้นเมื่อ 6 พฤษภาคม 2556, จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/Sociosum54.pdf>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). บทสรุปสำหรับผู้บริหารการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2555. ค้นเมื่อ 25 มกราคม 2557, จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/Sociosum54.pdf>

- สำนักงานสาธารณสุข, ฝ่ายควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดนราธิวาส. (2556). ข้อมูลสรุปสถิติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประจำปี (ตุลาคม 2555 – กันยายน 2556) ในจังหวัดนราธิวาส. อัดสำเนา.
- สำนักงานสาธารณสุข, ฝ่ายควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดปัตตานี. (2556). ข้อมูลสรุปสถิติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประจำปี (ตุลาคม 2555 – กันยายน 2556) ในจังหวัดปัตตานี. อัดสำเนา.
- สำนักงานสาธารณสุข, ฝ่ายควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดยะลา. (2556). ข้อมูลสรุปสถิติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประจำปี (ตุลาคม 2555 – กันยายน 2556) ในจังหวัดยะลา. อัดสำเนา.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). สปสช.เขต 4 สระบุรีร่วมกับ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและเครือข่ายบริการสุขภาพสร้างกลไกการรักษา ป้องกันการกำเริบของโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ค้นเมื่อ 13 มีนาคม 2547, จาก <http://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=Njgy>
- ลินินาฏ ป้อมเย็น. (2547). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุจิตรา เหมวิเชียร. (2549). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุนีย์ เกรานวล. (2552). ผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบต่อพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในสามจังหวัดชายแดนใต้. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 15(2), 284-289.
- สุพล บุญมาเลิศ. (2549). *วิถีชีวิตมุสลิม*. จะเชิงเตตรา: ประสานมิตร.
- สุภา อินทร. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนในจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สุภาพร คารา. (2552). ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับโยคะตามกลวิธีการรับรู้สมรรถนะตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- สุรพันธ์ ปราบกรี, และประไพ มณี. (2547). *สภาวะสุขภาพจิตและความต้องการส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชน 3 จังหวัดชายแดนใต้ภาคใต้ (ยะลา ปัตตานีและนราธิวาส) ในภาวะวิกฤต*

เหตุการณ์ไม่สงบ. สงขลา: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

สุวิมล นราองอาจ. (2549). *ภาวะสุขภาพจิตของครูในเขตพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้*. รายงานการวิจัย ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี, ปัตตานี.

อรัญญา ชิดชอบ.(2551). *การจัดการตนเองกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

อัมพรพรรณ ชีรานุตร, สุวรรณมา บุญยะลีพรรณ, เจียมจิตร แสงสุวรรณ, วลัยพร นันทศุภวัฒน์, ประสพสุข ศรีแสนปาง, และอุไรวรรณ แซ่ฮุย. (2541). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(2), 41-46.

อัมพรพรรณ ชีรานุตร. (2542). *โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ*. ขอนแก่น: ศิริภักษ์ ออฟเซ็ท.

อัมพวัน ศรีครุฑรานันท์. (2552). *การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. *The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine*, 14. (8), 7-14.

อาภรณ์พรรณ สุนทรตฤวิทย์. (2546). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,สงขลา.

American Lung Association. (2004). Chronic obstructive pulmonary disease: COPD fact sheet. Retrieved September 5, 2004, from <http://www.lungusa.org>

American Thoracic Society. (1995). Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma. *American Review Respiratory Disease*, 152, S78-S121.

Black, M.J., & Hawks, J.H. (2005). *Medical surgical nursing: Clinical management for positive outcomes* (7 th ed.). St. Louis: Elsevier.

Bozzetti, F. (2003). Nutrition issues of the elderly patient. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 48, 113-121.

- Calverley, P.M., & Walker, P. (2003). Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*, 362(9389), 1053–1061.
- Caress, A., Luker, K., & Chalmers, K. (2010). Promoting the health of people with chronic obstructive pulmonary disease: Patients' and carers' view. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3), 564-573.
- Casaburi, R. (1993). Exercise training in chronic obstructive pulmonary disease. In R. Casaburi, & L. T. Petty (Eds.), *Principels and practice of rehabilitation* (pp. 204-224). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Celik, F., & Topcu, F. (2006). Nutritional risk factors for the development of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in male smokers. *Clinical Nutrition*, 25(6), 955-961.
- Celli, B. R., Rassulo, J., & Make, B. J. (2001). Dyssynchronous breathing during arm but not leg exercise in patients with chronic airflow obstructive. *The New England Journal of Medicine*, 314(23), 1488-1490.
- David, A. G. (2007). Dyspnea during hospitalization for acute of illness as recalled by patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung*, 19(2), 186-191.
- Dettenmeier, P. A. (1992). *Pulmonary nursing care*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Giacomini, M., Dejean, D., Simeonov, D., & Smith, A. (2012). Experiences of living and dying with COPD: A systematic review and synthesis of the qualitative empirical literature. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 12(13), 1-14.
- Hilling, L., & Smith, J. (2004). Pulmonary rehabilitation. In S. Irwin, & J.S.Teckly (Eds.), *Cardiopulmonary physical therapy* (pp.445-470). St.Louis: Mosby.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. London: Addison-Wesley.
- Morley, J.E., Thomas, D. R., & Wilson, M. M. (2006). Cachexia: Pathophysiology and clinical relevance. *The American Journal of Clinical Nutrition* ,83(4),735-43.
- O' Donnell, E. D., Webb, A. K., & McGuire, A. M. (1993). Older patients with COPD: Benefits of exercise training. *Geriatrics*, 48(1), 59-66.
- Odenrants, S., Ehnfors, M. & Grobe, S. (2007). Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Part II: RNs' experience of nursing care for patients with COPD and impaired nutritional status. *Journal Compilation*, 21(1), 56-63.
- Pender, N. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford: Appleton & Lange.

- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. (5 th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Perry, P. (1994). *Clinical nursing skill & techniques* (3 rd ed). St. Louis: The C.V. Mosby.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1996). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- Puhan, M. A., Schunemann, H. J., Frey, M., Scharplatz, M., & Bachmann, L. M., (2005). How should COPD patients exercise during respiratory rehabilitation? Comparison of exercise modalities and intensities to treat skeletal muscle dysfunction. *Thorax*, 60(5), 367–75.
- Puttapitukpol, S. (2001). *A causal model of the health responsibility of pregnant adolescents*. (Unpublished Doctoral Dissertation). Mahidol University, Bangkok.
- Roach, S. (2001). The respiratory system. In S. Roach (Ed.), *Introductory gerontological nursing* (pp. 259-276). Philadelphia: Lippincott.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1995). The health-promoting lifestyle profile II: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2): 76-81.
- Wattanakitkrileart, D. (2009). Psychosocial problems in patients with heart and lung disease and nursing care. *Journal of Nursing Science*, 27(2), 22-31.
- Wilde, M. H., & Garvin, S. (2007). A concept analysis of self monitoring. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 339-350.
- World Health Organization Expert Consultation. (2011). Appropriate body-mass index for Asian population and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*, 363(9403), 157-163.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือในการวิจัย

เรื่อง : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย แบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกความรุนแรงของโรค

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลภาวะโภชนาการ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์บันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยทำเครื่องหมายถูก (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม

1. เพศ 1.() ชาย 2.() หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส 1.() โสด 2.() คู่ 3.() หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา
 1. () ไม่ได้รับการศึกษา 2. () ประถมศึกษา 3. () มัธยมศึกษา
 4. () การศึกษาศาสนา 5. () ปริญญาตรี / เทียบเท่า 6. () สูงกว่าปริญญาตรี
 7. () อื่นๆ.....
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
6. ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย
 - 1 () ไม่มี 2. () คู่สมรส 3.() บุตรหลาน
 4. () ญาติ 5. () อื่นๆ (ระบุ).....
7. อิทธิพลของครอบครัว สังกศมมุสลิมต่อการดูแลสุขภาพของท่าน
 1. () มี 2. () ไม่มี
8. อิทธิพลของความเชื่อและศรัทธาในผู้นำศาสนาต่อการดูแลสุขภาพของท่าน
 1. () มี 2. () ไม่มี
9. อาชีพ
 1. () ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. () เกษตรกร/ทำสวน 3. () ค้าขาย
 4. () รับจ้าง 5. () อื่นๆ (ระบุ).....
10. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท
11. ความเพียงพอของรายได้ครัวรัวกับค่าใช้จ่าย
 1. () เพียงพอ 2. () ไม่เพียงพอ
12. การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา
 1. () ไม่เคย 2. () เคย จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษา.....ครั้ง

13. ประวัติการสูบบุหรี่

1. () สูบ 2. () เคยสูบ แต่เลิกสูบมา...ปี ชนิดของบุหรี่ที่สูบ...3. () ไม่เคยสูบ

14. ยาและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ระบุ.....

15. การใช้สารเสพติด

1. () มี ระบุ 2. () ไม่มี

16. อาหารที่ชอบรับประทาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. () เนื้อสัตว์ ระบุ.....

2. () เนื้อปลา ระบุ.....

3. () เนื้อหมู ระบุ.....

17. โรคประจำตัวอื่นๆ ระบุ.....

18. ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล.....กิโลเมตร

19. วิธีการเดินทางมาโรงพยาบาล

1. () มอเตอร์ไซด์ 2. () รถยนต์/ รถรับจ้าง 3. () จักรยาน 4. () เดิน 5. () อื่นๆ (ระบุ)....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกความรุนแรงของโรค

ระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที (6 minute- walk test)เมตร

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลภาวะโภชนาการ

การคำนวณดัชนีมวลกาย

1. น้ำหนัก.....กิโลกรัม

2. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

3. ค่าดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม (เมตร)²

ส่วนที่ 4 แบบประเมินปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

คำชี้แจง

แบบประเมินนี้ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ โปรดพิจารณาว่าในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติพฤติกรรมต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ และขอความกรุณาตอบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์การตอบ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ทุกครั้งที่มีโอกาสหรือ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เกือบทุกครั้งที่มีโอกาสหรือ 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นบางครั้งที่มีโอกาสหรือ 1-2 ครั้ง ต่อสัปดาห์

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ นานๆ ครั้งที่มีโอกาสหรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติเป็นประจำ หรือ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง หรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติบางครั้ง หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน	ไม่เคยปฏิบัติ
ฉันรับประทานผลไม้รสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน		✓			

จากตัวอย่าง หมายความว่า ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานผลไม้รสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน ชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือหลายชนิดรวมกันในกลุ่มนี้ บ่อยแค่ไหน เช่น รับประทานทูเรียน สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง นั่นคือ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติเป็นประจำหรือ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติเกือบทุกครั้งหรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติบางครั้งหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง หรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ฉันสูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ซิดบุคคลที่สูบบุหรี่					
2. ฉันอยู่ในที่แออัด สัมผัสฝุ่นละออง หรืออยู่ใกล้คนเป็นหวัด					
3. ฉันนอนพักหลังรับประทานอาหาร หรือนั่งพักหลังออกกำลังกาย					
4. เมื่อมีความเครียด ฉันผ่อนคลายโดยฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ พุดระบายกับคนใกล้ชิด					
5. ฉันนอนหลับคืนละ 6-8 ชั่วโมง					
6. ฉันรับประทานยาตามแผนการรักษา					
7. ฉันไปพบแพทย์ตามนัด ทุกครั้งหรือพบแพทย์ก่อนวันนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ					
8. ฉันสังเกตอาการผิดปกติของตนเองอยู่เสมอ เช่น อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม					

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติเป็นประจำหรือ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติเกือบทุกครั้งหรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติบางครั้งหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง หรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน	ไม่เคยปฏิบัติ
9. อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ โทรทัศน์ หรือฟังข่าว จากกระจายข่าวของหมู่บ้านซึ่งเกี่ยวข้องกับ การดูแลสุขภาพ					
10. เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ นัดซักถามข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาล					
11. นอนหลับพักผ่อนที่เมื่อมีอาการหอบเหนื่อย					
12. นอนนอนหนุนหมอนหลายใบหรือนั่งพับบนหมอนสูงๆ เมื่อมีอาการหอบเหนื่อย					
13. นอนหายใจแบบเป่าปากเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย					
14. นอนรับประทานข้าว แป้งมือละไม่เกิน 1 ทัพพี					
15. นอนรับประทานขนมหวานหรือดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำหวาน ซิซมอลาบู ป๊อปปี้แซ่ หมอเคาะ ลอปิดตีแก					

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติเป็นประจำหรือ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติเกือบทุกครั้งหรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติบางครั้งหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง หรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน	ไม่เคยปฏิบัติ
16. ฉันทรับประทานอาหารประเภทต่างๆ กะหล่ำปลี หัวหอม มะม่วงดิบ ฟักทอง					
17. ฉันทรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น แกงไต ปลา บูดู ปลาเค็ม ปลาแป็งแดง ปลาต้ม กุ้งต้ม ไข่เค็ม ผลไม้ดอง					
18. ฉันทรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ลองกอง ทูเรียน ขนุน จำปา มะม่วงสุก					
19. ฉันทรับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้ น้ำมันถุงหรือน้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว					
20. ฉันทรับประทานอาหารที่มีไขมันหรือกะทิเป็นส่วนผสม เช่น ข้าวหมกไก่ ข้าวมันไก่ แกงมัสมั่นไก่ หรือเนื้อ นาซิดาแม นาซิมิเยาะ					

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติเป็นประจำหรือ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติเกือบทุกครั้งหรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติบางครั้งหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง หรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน	ไม่เคยปฏิบัติ
21. ฉันทรับประทานเครื่องในสัตว์ เช่น ตับไก่ ซุปเครื่องในวัว					
22. ฉันทรับประทานอาหารทะเล ยกเว้นปลา เช่น ไข่ปลา หอย กุ้ง ปู ปลาหมึก					
23. ฉันทดื่มน้ำอัดลม น้ำชา กาแฟ					
24. ฉันทรับประทานผัก 4-6 ทักษิ ต่อวัน					
25. ฉันทรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด เช่น ฝรั่ง ชมพู แอปเปิ้ล					
26. ฉันทรับประทานอาหารมีไขมันน้อยๆ 5-6 มื้อต่อวัน					
27. ฉันทรับประทานปลาเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน 6-12 ซ่อนกินข้าว ต่อวัน					
28. ฉันทรับประทานกุ้งแห้ง ปลาเล็กปลาน้อย หรือ ปลาไส้ตัน					
29. ฉันทดื่มน้ำอุ่นอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว					

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติเป็นประจำหรือ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติเกือบทุกครั้งหรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติบางครั้งหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง หรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน	ไม่เคยปฏิบัติ
30. ถนอมเครื่องมือที่ใส่นม เช่น โอลดีน					
31. ถนอมรับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ					
32. ถนอมรับประทานผักหลากหลายชนิด เช่น มะเขือเทศ กะหล่ำดอก พริกไทยสด					
33. ถนอมรับประทานอาหารหลังละหมาดอิซา หรือ ประมาณ 20.00 น.					
34. ถนอมออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงมาก เช่น ถีบจักรยาน เดินเร็ว เดินขึ้นบันได					
35. ถนอมประเมินความพร้อมของตนเองก่อนออกกำลังกาย เช่น อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่น หน้ามืดเป็นลม					
36. ถนอมออกกำลังกายกล้ามเนื้อแขนและไหล่ให้แข็งแรง โดยการหมุนไหล่ แกว่งแขน ทำละ 5 ครั้ง เช้า-เย็น ทุกวัน					

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติเป็นประจำหรือ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติเกือบทุกครั้งหรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติบางครั้งหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง หรือ 1-2 ครั้งต่อเดือน	ไม่เคยปฏิบัติ
37. ฉันออกกำลังกายเบาๆ จนถึงปานกลางโดยใช้กล้ามเนื้อขา เช่น เดิน					
38. ฉันฝึกการหายใจแบบ เป่าปากทุกวัน					
39. ฉันสังเกตอาการผิดปกติ ขณะออกกำลังกายและ หลังออกกำลังกาย เช่น อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม					
40. ฉันหยุดออกกำลังกายทันทีหากมีอาการผิดปกติ เช่น อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม					
41. ฉันไปพบแพทย์หากมีอาการผิดปกติขณะออกกำลังกายและหลังออกกำลังกาย เช่น อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม					

แบบประเมินแรงสนับสนุนของครอบครัว

คำชี้แจง

แบบประเมินแรงสนับสนุนของครอบครัวนี้ ต้องการทราบความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับปริมาณความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนที่ท่านได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ และขอความกรุณาตอบทุกข้อโดยเกณฑ์การตอบมีดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่าน
ไม่แน่ใจหรือเฉยๆ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจ หรือ ไม่มีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นๆ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ไม่ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ไม่ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจหรือเฉยๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันได้รับความห่วงใย และเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวเสมอ เช่น คอยสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน				✓	

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ หรือเฉยๆ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันได้รับความห่วงใยและเอาใจใส่ จากสมาชิกในครอบครัวเสมอ เช่น คอยสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน					
2. ฉันมีสมาชิกในครอบครัวที่สามารถ พูดคุยได้เมื่อไม่สบายใจ					
3. สมาชิกในครอบครัว สนใจรับฟัง ปัญหาหรือความรู้สึกไม่สบายใจ ของฉัน โดยไม่แสดงความหงุดหงิด หรือรำคาญใจ					
4. สมาชิกในครอบครัว คอยให้กำลังใจ ฉันในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี					
5. สมาชิกในครอบครัว คอยปลอบใจ ฉัน เมื่อฉันรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับ การเจ็บป่วย หรือสุขภาพของฉัน					
6. สมาชิกในครอบครัว เห็นด้วยกับ การดูแลสุขภาพของฉัน					
7. สมาชิกในครอบครัว กล่าวชมว่าฉัน ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาลได้ดี					
8. สมาชิกในครอบครัว คอยเตือนเมื่อ ฉันปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารเช้าและแป้งมาก เกินไป					
9. สมาชิกในครอบครัว แสดงความชื่น ชมที่ฉันปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ ได้ดี เช่นเดียวกับคนอื่นๆ					

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ หรือเฉยๆ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
10. สมาชิกในครอบครัว ช่วยหาข้อมูล หรือหนังสือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพดีมาให้ฉัน เช่น การรับประทานอาหาร					
11. ฉันได้รับคำแนะนำจากสมาชิกใน ครอบครัวเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารที่เหมาะสม					
12. สมาชิกในครอบครัว คอยแนะนำ หรือเตือนให้ฉันไปพบแพทย์ตามนัด และ/หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ					
13. สมาชิกในครอบครัว คอยสอบถาม แพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพให้แก่ฉัน					
14. สมาชิกในครอบครัว พยายามหา ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้ มีสุขภาพดีจากการอ่านหนังสือ ฟังรายการวิทยุ หรือดูโทรทัศน์มา บอกฉัน					
15. สมาชิกในครอบครัว จัดหาหรือซื้อ อาหารที่มีประโยชน์มาให้ฉัน รับประทาน					
16. เมื่อนั้นต้องการเงินสมาชิกในครอบครัว จะให้ช่วยเหลือ					
17. สมาชิกในครอบครัว คอยดูแลฉันเมื่อ ฉันเจ็บป่วย					
18. สมาชิกในครอบครัวพาฉันไปพบ แพทย์ตามนัด					

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ หรือเฉยๆ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
19. สมาชิกในครอบครัวจัดสิ่งแวดลอม ในบ้านเพื่อสนับสนุนให้ฉันปฏิบัติ ตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี					
20. สมาชิกในครอบครัวจัดอาหารที่มี แป้งน้อย หวานน้อยให้ฉันในมือเปิด บวช					
21. สมาชิกในครอบครัวจัดชุดละหมาด เตรียมสถานที่ในการทำละหมาดให้ ฉัน					

แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง

แบบประเมินนี้ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเข้าใจ หรือความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของท่าน ในแบบสอบถามจะมีข้อความให้ท่านพิจารณาถึงความเข้าใจ หรือความรู้สึกนึกคิดตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด ดังนั้น คำตอบของท่านไม่มีถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเข้าใจ หรือความรู้สึกนึกคิดของท่านให้มากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเข้าใจหรือ ความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และขอความกรุณาตอบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่าน
ไม่แน่ใจหรือเฉย ๆ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจ หรือ ไม่มีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นๆ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ไม่ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ไม่ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจหรือเฉยๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันคิดว่าการออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำพลอง เป็นสิ่งที่ยุ่งยาก	✓				

จากตัวอย่าง เน้นที่ความคิดของท่าน ไม่ใช่ความรู้สึก ไม่ใช่การปฏิบัติ ท่านคิดอย่างไร ให้ตอบตามที่ท่านคิด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ หรือเฉยๆ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันคิดว่าการออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ถีบจักรยาน ว่ายน้ำพลอง เป็น สิ่งที่ยุ่งยาก					
2. ฉันขี้เกียจที่จะออกกำลังกายกล้ามเนื้อแขน โดยการหมุนไหล่ แกว่งแขน					
3. ฉันคิดว่าการฝึกหายใจแบบเป่าปากทุก วันเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก					
4. การงดขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีรส หวานเป็นเรื่องยากสำหรับฉัน					
5. ฉันไม่สะดวกในการรับประทานอาหาร น้อยๆ วันละ 5-6 มื้อ					
6. ฉันคิดว่าการรับประทานผักวันละ 4-6 ทัพพี ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น					
7. ฉันคิดว่าการมาพบแพทย์ตามนัดทำให้ ฉันเสียเวลา					
8. ฉันคิดว่าการรับประทานยาตาม แผนการรักษาอย่างเคร่งครัดเป็นเรื่อง ที่ทำได้ยากสำหรับฉัน					
9. ฉันคิดว่าการผ่อนคลายเพื่อลด ความเครียดเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก					
10. ฉันไม่กล้าซักถามแพทย์หรือพยาบาล เมื่อไม่เข้าใจคำแนะนำที่ได้รับ					
11. ฉันไม่กล้าบอกอาการและอาการแสดง ที่ผิดปกติกับแพทย์หรือพยาบาล					
12. ฉันคิดว่าการหลีกเลี่ยงไม่อยู่ในที่แออัด เป็นสิ่งที่ทำได้ยากสำหรับฉัน					

แบบประเมินการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง

แบบประเมินนี้ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเข้าใจ หรือความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของท่าน ในแบบสอบถามจะมีข้อความให้ท่านพิจารณาถึงความเข้าใจ หรือความรู้สึกนึกคิดตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด ดังนั้นคำตอบของท่านไม่มีถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเข้าใจ หรือความรู้สึกนึกคิดของท่านให้มากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเข้าใจหรือ ความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และขอความกรุณาตอบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่าน
ไม่แน่ใจหรือเฉย ๆ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจ หรือไม่มีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นๆ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ไม่ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นๆ ไม่ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ หรือเฉยๆ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันคิดว่าการเดินทางผ่านพื้นที่เสี่ยงภัย ทำให้ฉันไม่อยากไปพบแพทย์	✓				

จากตัวอย่าง เน้นที่ความคิดของท่าน ไม่ใช่ความรู้ ไม่ใช่การปฏิบัติ ท่านคิดอย่างไร ให้ตอบตามที่ท่านคิด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ หรือเฉยๆ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันกลัวการเดินทางผ่านพื้นที่เสี่ยงภัย เพื่อไปพบแพทย์แม้มีอาการผิดปกติ					
2. ฉันไม่กล้าเดินทางไปโรงพยาบาล ในช่วงกลางคืนแม้มีอาการผิดปกติ					
3. ฉันไม่กล้าไปพบแพทย์ในช่วงที่มี เหตุการณ์ไม่สงบรายวัน					
4. ฉันคิดว่าการมีทหารคอยคุ้มครอง ช่วยให้ฉันมั่นใจมากขึ้นใน การเดินทางไปพบแพทย์					
5. การมีแพทย์หรือพยาบาลพูดภาษาฮาวิ ได้ ทำให้ฉันกล้าซักถามการปฏิบัติตัว					
6. การได้รับบริการที่อบอุ่นและเป็น กันเองทำให้ฉันอยากมาพบแพทย์ ตามนัดอย่างต่อเนื่อง					
7. การมีกลุ่มออกกำลังกายในหมู่บ้าน ทำให้ฉันอยากเข้าร่วมกิจกรรม ออกกำลังกาย					
8. การมีสถานที่ให้ออกกำลังกาย ทำให้ ฉันอยากเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย สม่ำเสมอ					
9. การรณรงค์ให้คนออกกำลังกายผ่าน วิทยุ โทรทัศน์ หอกระจายข่าวของ หมู่บ้าน ทำให้ฉันกระตือรือร้นที่จะ ออกกำลังกาย					
10. การรณรงค์ให้คนรับประทานผัก ผลไม้ ทุกวันทางวิทยุ โทรทัศน์ หรือหอ กระจายข่าว ทำให้ฉันตื่นตัวในการ รับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น					

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ หรือเฉยๆ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
11. การได้รับบริการที่รวดเร็วทำให้ฉัน อยากมาพบแพทย์ทุกครั้งที่มีอาการ ผิดปกติ					
12. การสอนการฝึกหายใจแบบเป่าปาก โดยแพทย์ พยาบาล ทำให้ฉันมั่นใจ ในการป้องกันอาการหอบเหนื่อย กำเริบมากขึ้น					
13. การแนะนำให้ออกกำลังกายที่บ้าน เช่น เดิน บริหารร่างกาย ทำให้ฉัน รู้สึกปลอดภัยมากขึ้น					

ภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

สวัสดิ์ค๊ะดิฉัน นางสาวกาญจนา ใจเย็น เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลและการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ต่อไป

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบบันทึกความรุนแรงของโรค ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลภาวะโภชนาการ และส่วนที่ 4 แบบประเมินปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-40 นาที ทั้งนี้ดิฉันจะอธิบายรายละเอียดให้ท่านทราบก่อน ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จะไม่ระบุชื่อของท่าน โดยระบุเป็นรหัสเพื่อใช้ในการติดตามข้อมูล และจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ในระหว่างการสัมภาษณ์หากท่านรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีอาการผิดปกติใด ๆ ท่านสามารถแจ้งให้ดิฉันทราบ เพื่อให้ความช่วยเหลือท่านในทันที

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความยินยอมและความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาหรือการให้การพยาบาลต่อท่าน ข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น ในการตกลงเข้าร่วมวิจัย ท่านสามารถตอบรับด้วยวาจาโดยการบอกกับผู้วิจัยโดยตรง หรืออาจจะแสดงเป็นลายลักษณ์อักษร โดยท่านสามารถลงนามในข้อความด้านล่าง ดิฉันขอขอบคุณที่ท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามกับดิฉันได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 089-2977354 (คุณกาญจนา ใจเย็น)

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

(นางสาวกาญจนา ใจเย็น)

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ค
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 11

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพจำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (N=129)

พฤติกรรมสุขภาพ	ร้อยละของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ						
	mean	SD	5	4	3	2	1
1. ฉันสูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่ที่สูบบุหรี่	3.98	0.22	0.8	97.7	0.8	0.8	-
2. ฉันอยู่ในที่แออัด สัมผัสฝุ่นละอองหรืออยู่ใกล้คนเป็นหวัด	3.29	0.45	-	28.7	71.3	-	-
3. ฉันนอนพักหลังรับประทานอาหารหรือนั่งพักหลังออกกำลังกาย	2.16	0.44	0.8	-	14.0	84.5	0.8
4. เมื่อมีความเครียด ฉันผ่อนคลายโดยฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ พูดคุยกับคนใกล้ชิด	2.75	1.10	10.1	20.2	4.7	65.1	-
5. ฉันนอนหลับคืนละ 6-8 ชั่วโมง	2.55	0.78	-	17.8	19.4	62.8	-
6. ฉันรับประทานยาตามแผนการรักษา	3.02	1.30	25.6	8.5	7.8	58.1	-
7. ฉันไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งหรือพบแพทย์ก่อนวันนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ	3.55	0.92	25.6	7.8	62.8	3.9	-
8. ฉันสังเกตอาการผิดปกติของตนเองอยู่เสมอ เช่น อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก เป็นต้น	3.95	0.42	6.2	82.2	11.6	-	-
9. ฉันอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์หรือฟังข่าวจากหอกระจายข่าวของหมู่บ้านซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ	3.40	0.89	20.2	6.2	66.7	7.0	-

ตาราง 11 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	ร้อยละของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ						
	mean	SD	5	4	3	2	1
10. เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพ ฉันซักถามข้อมูลจาก แพทย์หรือพยาบาล	4.19	0.47	21.7	76.7	0.8	0.8	-
11. ฉันพ่นยาทันทีเมื่อมีอาการหอบ เหนื่อย	3.12	0.51	4.7	5.4	86.8	3.1	-
12. ฉันนอนหนุนหมอนหลายใบหรือนั่ง พับบนหมอนสูงๆ เมื่อมีอาการหอบ เหนื่อย	3.62	0.63	-	69.8	22.5	7.8	-
13. ฉันหายใจแบบเป่าปากเมื่อมีอาการ หอบเหนื่อย	3.00	0.53	1.6	9.3	76.7	12.4	-
14. ฉันรับประทานข้าว แป้งมือละไม้ เกิน 1 ทักษิ	3.82	0.40	0.8	80.6	18.6	-	-
15. ฉันรับประทานขนมหวานหรือดื่ม เครื่องดื่มที่มีรสหวาน	3.81	0.53	-	85.3	11.6	1.6	1.6
16. ฉันรับประทานอาหารประเภท ถั่วต่างๆ กะหล่ำปลี หัวหอม มะม่วงดิบ พริกทอง	3.87	0.38	-	88.4	10.1	1.6	-
17. ฉันรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด	3.94	0.30	-	95.3	3.1	1.6	-
18. ฉันรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด	3.90	0.39	-	93.0	3.9	3.1	-
19. ฉันรับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้ น้ำมันถุงหรือน้ำมันปาล์ม น้ำมัน มะพร้าว	2.64	0.96	4.7	20.2	10.1	65.1	-
20. ฉันรับประทานอาหารที่มีไขมันหรือ กะทิเป็นส่วนผสม	3.90	0.35	-	91.5	7.0	1.6	-
21. ฉันรับประทานเครื่องในสัตว์	3.92	0.27	-	92.2	7.8	-	-

ตาราง 11 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	ร้อยละของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ						
	mean	SD	5	4	3	2	1
22. กินรับประทานอาหารทะเล ยกเว้นปลา	3.90	0.33	-	90.7	8.5	0.8	-
23. กินดื่มน้ำอัดลม น้ำชา กาแฟ	3.90	0.37	-	92.2	5.4	2.3	-
24. กินรับประทานผัก 4-6 ท็อปพี ต่อวัน	2.56	0.80	-	19.4	17.1	63.6	-
25. กินรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด	2.99	0.55	-	14.7	69.8	15.5	-
26. กินรับประทานอาหารมือละน้อยๆ 5-6 มือต่อวัน	2.30	0.52	-	2.3	26.4	70.5	0.8
27. กินรับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน 6-12 ช้อนกินข้าว ต่อวัน	2.61	1.08	10.9	13.2	2.3	73.6	-
28. กินรับประทานกึ่งแห้ง ปลาเล็กปลาน้อย หรือปลาไส้ตัน	2.19	0.43	-	1.6	15.5	82.9	-
29. กินดื่มน้ำอุ่นอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว	3.39	0.71	11.6	17.1	69.8	1.6	-
30. กินดื่มนม เครื่องดื่มที่ใส่นม	3.88	0.35	-	88.4	10.9	0.8	-
31. กินรับประทานข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ	2.44	0.75	-	15.5	13.2	71.3	-
32. กินรับประทานผักหลากหลายชนิด	2.30	0.64	-	10.1	10.1	79.8	-
33. กินรับประทานอาหารหลังละหมาด อีซ่า หรือประมาณ 20.00 น.	3.84	0.48	2.3	81.4	14.0	2.3	-
34. กินออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงมาก	3.53	0.81	20.2	12.4	67.4	-	-
35. กินประเมินความพร้อมของตนเอง ก่อนออกกำลังกาย	4.21	0.43	21.7	77.5	0.8	-	-
36. กินออกกำลังกายกล้ามเนื้อแขนและไหล่ให้แข็งแรง	4.28	0.45	27.9	72.1	-	-	-

ตาราง 11 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	ร้อยละของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ						
	mean	SD	5	4	3	2	1
37. ฉันทิ้งน้ำหนักตัวเบาๆ จนถึงปานกลาง โดยใช้กล้ามเนื้อขา เช่น เดิน	4.26	0.46	26.4	72.9	0.8	-	-
38. ฉันทิ้งการหายใจแบบเป่าปากทุกวัน	4.26	0.44	26.4	73.6	-	-	-
39. ฉันทิ้งเกิดอาการผิปกติขณะออกกำลังกายและหลังออกกำลังกาย	4.20	0.47	23.3	73.6	3.1	-	-
40. ฉันทิ้งออกกำลังกายทันทีหากมีอาการผิปกติ เช่น อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม	3.43	0.74	14.7	13.2	72.1	-	-
41. ฉันทิ้งไปพบแพทย์หากมีอาการผิปกติขณะออกกำลังกายและหลังออกกำลังกาย	4.28	0.45	27.9	72.1	-	-	-

ตาราง 12

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนของครอบครัวจำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (N=129)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ร้อยละของความคิดเห็น						
	mean	SD	5	4	3	2	1
1. ฉันทิ้งได้รับความห่วงใยและเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวเสมอ	4.95	0.21	95.3	4.7	-	-	-
2. ฉันทิ้งมีสมาชิกในครอบครัวที่สามารถพูดคุยได้เมื่อไม่สบายใจ	4.95	0.23	94.6	5.4	-	-	-

ตาราง 12 (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ร้อยละของความคิดเห็น						
	mean	SD	5	4	3	2	1
3. สมาชิกในครอบครัว สนใจรับฟังปัญหาหรือความรู้สึกไม่สบายใจของฉันโดยไม่แสดงความหงุดหงิดหรือรำคาญใจ	4.88	0.33	87.6	12.4	-	-	-
4. สมาชิกในครอบครัว คอยให้กำลังใจฉันในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี	4.82	0.38	82.2	17.8	-	-	-
5. สมาชิกในครอบครัว คอยปลอบใจฉัน เมื่อฉันรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	4.80	0.40	79.8	20.2	-	-	-
6. สมาชิกในครอบครัว เห็นด้วยกับการดูแลสุขภาพของฉัน	4.93	0.26	93.0	7.0	-	-	-
7. สมาชิกในครอบครัว กล่าวชมว่าฉันปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลได้ดี	4.91	0.29	90.7	9.3	-	-	-
8. สมาชิกในครอบครัว คอยเตือนเมื่อฉันปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารเช้าและแป้งมากเกินไป	4.91	0.29	90.7	9.3	-	-	-
9. สมาชิกในครอบครัว แสดงความชื่นชมที่ฉันปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพได้	4.82	0.38	82.2	17.8	-	-	-
10. สมาชิกในครอบครัว ช่วยหาข้อมูลหรือหนังสือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีมาให้ฉัน เช่น การรับประทานอาหารเช้า	4.49	0.50	48.8	51.2	-	-	-

ตาราง 12 (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ร้อยละของความคิดเห็น						
	mean	SD	5	4	3	2	1
11. ฉันได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม	4.76	0.43	76.0	24.0	-	-	-
12. สมาชิกในครอบครัว คอยแนะนำหรือเตือนให้ฉันไปพบแพทย์ตามนัดและ/หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ	4.91	0.28	91.5	8.5	-	-	-
13. สมาชิกในครอบครัว คอยสอบถามแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้แก่นัก	4.81	0.39	81.4	18.6	-	-	-
14. สมาชิกในครอบครัว พยายามหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีจากการอ่านหนังสือ ฟังรายการวิทยุ หรือดูโทรทัศน์มาบอกฉัน	4.51	0.50	51.2	48.8	-	-	-
15. สมาชิกในครอบครัว จัดหาหรือซื้ออาหารที่มีประโยชน์มาให้ฉันรับประทาน	4.91	0.29	90.7	9.3	-	-	-
16. เมื่อฉันต้องการเงินสมาชิกในครอบครัวจะให้การช่วยเหลือ	4.94	0.24	93.8	6.2	-	-	-
17. สมาชิกในครอบครัว คอยดูแลฉันเมื่อฉันเจ็บป่วย	4.98	0.15	97.7	2.3	-	-	-
18. สมาชิกในครอบครัวพาฉันไปพบแพทย์ตามนัด	4.95	0.21	95.3	4.7	-	-	-
19. สมาชิกในครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสนับสนุนให้ฉันปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี	4.95	0.23	94.6	5.4	-	-	-

ตาราง 12 (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ร้อยละของความคิดเห็น						
	mean	SD	5	4	3	2	1
20. สมาชิกในครอบครัวจัดอาหารมี แป้งน้อย หวานน้อยให้ฉันในมือ เปิดบวช	4.91	0.28	91.5	8.5	-	-	-
21. สมาชิกในครอบครัวจัดชุด ละหมาด เตรียมสถานที่ในการทำ ละหมาดให้ฉัน	4.97	0.17	96.9	3.1	-	-	-

ตาราง 13

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่ส่งเสริมการปฏิบัติ
พฤติกรรมสุขภาพจำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (N=129)

การรับรู้อิทธิพล	ร้อยละของความคิดเห็น						
	mean	SD	5	4	3	2	1
1. ฉันกลัวการเดินทางผ่านพื้นที่เสี่ยง ภัยเพื่อไปพบแพทย์แม้มีอาการ ผิดปกติ	1.25	0.43	-	-	-	24.8	75.2
2. ฉันไม่กล้าเดินทางไปโรงพยาบาล ในช่วงกลางคืนแม้มีอาการผิดปกติ	1.22	0.41	-	-	-	21.7	78.3
3. ฉันไม่กล้าไปพบแพทย์ในช่วงที่มี เหตุการณ์ไม่สงบรายวัน	1.35	0.51	-	-	1.6	31.8	66.7
4. ฉันคิดว่าการมีทหารคอยคุ้มครอง ช่วยให้ฉันมั่นใจมากขึ้นในการเดิน ทางไปพบแพทย์	3.47	0.79	14.7	20.9	60.5	3.9	-
5. การมีแพทย์หรือพยาบาลพูดภาษา ยารี่ได้ ทำให้ฉันกล้าซักถาม การปฏิบัติตัว	4.36	0.48	35.7	64.3	-	-	-

ตาราง 13 (ต่อ)

การรับรู้อิทธิพล	ร้อยละของความคิดเห็น						
	mean	SD	5	4	3	2	1
6. การได้รับบริการที่อบอุ่นและเป็นกันเองทำให้ฉันอยากมาพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง	4.75	0.43	75.2	24.8	-	-	-
7. การมีกลุ่มออกกำลังกายในหมู่บ้านทำให้ฉันอยากเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย	4.91	0.29	90.7	9.3	-	-	-
8. การมีสถานที่ให้ออกกำลังกายทำให้ฉันอยากเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายสม่ำเสมอ	4.93	0.26	93.0	7.0	-	-	-
9. การรณรงค์ให้คนออกกำลังกายผ่านวิทยุ โทรทัศน์ หอกระจายข่าวของหมู่บ้าน ทำให้ฉันกระตือรือร้นที่จะออกกำลังกาย	4.94	0.24	93.8	6.2	-	-	-
10. การรณรงค์ให้คนรับประทานผักผลไม้ทุกวันทางวิทยุ โทรทัศน์ หรือหอกระจายข่าว ทำให้ฉันตื่นตัวในการรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น	4.91	0.28	91.5	8.5	-	-	-
11. การได้รับบริการที่รวดเร็วทำให้ฉันอยากมาพบแพทย์ทุกครั้งที่มีอาการผิดปกติ	4.89	0.31	89.1	10.9	-	-	-
12. การสอนการฝึกหายใจแบบเป่าปากโดยแพทย์ พยาบาล ทำให้ฉันมั่นใจในการป้องกันอาการหอบเหนื่อยกำเริบมากขึ้น	4.93	0.26	93.0	7.0	-	-	-

ตาราง 13 (ต่อ)

การรับรู้อิทธิพล	ร้อยละของความคิดเห็น						
	mean	SD	5	4	3	2	1
13. การแนะนำให้ออกกำลังกายที่บ้าน เช่น เดิน บริหารร่างกาย ทำให้ฉัน รู้สึกปลอดภัยมากขึ้น	4.92	0.27	92.2	7.8	-	-	-

ตาราง 14

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
จำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (N=129)

การรับรู้อุปสรรค	ร้อยละของความคิดเห็น						
	mean	SD	5	4	3	2	1
1. ฉันคิดว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ ยุ่งยาก	1.16	0.39	-	-	0.8	14.7	84.5
2. ฉันขี้เกียจที่จะออกกำลังกาย แขนโดยการหมุนไหล่ แกว่งแขน	1.09	0.29	-	-	-	9.3	90.7
3. ฉันคิดว่าการฝึกหายใจแบบเป่าปาก ทุกวันเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก	1.11	0.31	-	-	-	10.9	89.1
4. การงดขนมหวานและเครื่องดื่มที่มี รสหวานเป็นเรื่องยากสำหรับฉัน	1.77	0.85	1.6	5.4	1.6	51.2	40.3
5. ฉันไม่สะดวกในการรับประทาน อาหารน้อยๆ วันละ 5-6 มื้อ	1.81	0.61	-	1.6	6.2	64.3	27.9
6. ฉันคิดว่าการรับประทานผักวันละ 4-6 ทัพพี ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่าย เพิ่มขึ้น	1.70	0.55	-	-	4.7	60.5	34.9
7. ฉันคิดว่าการมาพบแพทย์ตามนัดทำ ให้ฉันเสียเวลา	1.10	0.30	-	-	-	10.1	89.9
8. ฉันคิดว่าการรับประทานยาตามแผน การรักษาอย่างเคร่งครัดเป็นเรื่องที่ ทำได้ยากสำหรับฉัน	1.09	0.29	-	-	-	9.3	90.7

ตาราง 14 (ต่อ)

การรับรู้อุปสรรค	ร้อยละของความคิดเห็น						
	mean	SD	5	4	3	2	1
9. ฉันคิดว่าการผ่อนคลายเพื่อลด ความเครียดเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก	1.11	0.31	-	-	-	10.9	89.1
10. ฉันไม่กล้าซักถามแพทย์หรือ พยาบาลเมื่อไม่เข้าใจคำแนะนำที่ ได้รับ	1.07	0.34	-	0.8	-	4.7	94.6
11. ฉันไม่กล้าบอกอาการและอาการ แสดงที่ผิดปกติกับแพทย์หรือ พยาบาล	1.05	0.23	-	-	-	5.4	94.6
12. ฉันคิดว่าการหลีกเลี่ยงไม่อยู่ในที่ แออัดเป็นสิ่งที่ทำได้ยากสำหรับฉัน	1.07	0.26	-	-	-	7.0	93.0

ภาคผนวก ง
บันทึกภาคสนาม

จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลของผู้วิจัย พบว่าประมาณร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะบ้านเรือนเป็นหลังคามุงจากและสังกะสี มีการใช้สังกะสีกันเป็นฝาผนังและมีสภาพทรุดโทรม บ้านเรือนแต่ละหลังอยู่ติดๆ กัน ห่างกันประมาณ 50 เมตร มีขยะมูลฝอยอยู่รอบบ้านและมีกลิ่นรบกวน

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. รศ.ดร.ประณีต ส่วงวัฒนา | ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 2. ผศ.ดร.ทิพมาส ชินวงศ์ | ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 3. รศ.ดร.ปิยะนุช จิตตบุญท์ | ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 4. แพทย์หญิงสกวรัตน์ เบ็ญคือราแม | แพทย์ประจำแผนกอายุรกรรม
โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ |
| 5. นางสาวนิการีหมีะ นิจินิการี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและ APN
ด้านอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
โรงพยาบาลสุไหงปาดี |

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวกาญจนา ใจเย็น	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5210421003	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2550

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ 7 ชำนาญการ โรงพยาบาลเจาะไอร้อง อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

กาญจนา ใจเย็น, วันดี คหะวงศ์, และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2557). พฤติกรรมสุขภาพด้าน

โภชนาการของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนใต้. ใน มหาวิทยาลัยทักษิณ, คณะกรรมการฝ่ายวิชาการงานประชุมวิชาการระดับชาติมหาวิทยาลัยทักษิณ (บรรณาธิการ), การประชุมวิชาการระดับชาติมหาวิทยาลัยทักษิณครั้งที่ 24 ประจำปี 2557 เรื่อง วิจัยเพิ่มมูลค่า เศรษฐกิจก้าวหน้า การศึกษาก้าวไกล สังกม ไทยยั่งยืน (หน้า 363-370).
 พัทลุง: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยทักษิณ.