



## บทความวิจัย

# ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอด ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ธาดา วินทะไชย\* และนรลักษณ์ เอื้อกิจ\*\*

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพร ชั้น 11 พระราม 1 เขตปทุมวัน กทม. 10330

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

**รูปแบบการวิจัย:** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

**วิธีดำเนินการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งชายและหญิง มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยการจับคู่ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค และชนิดของยาสูดพ่น กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ระยะเวลาในการศึกษา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) และแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ค่าความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .95 และการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

**ผลการวิจัย:** 1. ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**สรุป:** ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้มีการจัดการตนเองที่ดี ส่งผลให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น

**คำสำคัญ:** โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การจัดการตนเอง สมรรถภาพปอด



## Effect of a Self-Management Program on Pulmonary Function in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients

Tada Wintachai\* and Noraluk Ua-kit\*\*

### Abstract

**Purpose:** To study the effects of a self-management program on pulmonary function of patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

**Design:** Quasi-experimental research

**Methods:** The subjects were COPD male and female patients between 18-59 years old, attending the Lung clinic of the outpatient department, Phranakhon Sri Ayutthaya Hospital, Phranakhon Sri Ayutthaya province. 44 COPD patients who met inclusion criteria were randomly selected and assigned into either experimental group ( $n = 22$ ) or control group ( $n = 22$ ) with the matching technique for gender, age, the severity of disease, and type of used medication inhaler. The experimental group received the self-management program whereas the control one received the normal nursing care. The program was conducted for 6 weeks. The research instruments were the self-management program based on the concept of Creer (2000) and the self-management questionnaire of patients with COPD. The content validity was 95. And reliability analysis was .83. Percentage, mean, standard deviation and t-test were used to analyze the data.

**Results:** 1. The mean scores of pulmonary function after receiving the self- management program of patients with COPD was significantly better than that before receiving the self- management program at the significance level of .05.

2. The mean scores of pulmonary function of patients with COPD after receiving the self- management program in the experimental group was significantly better than that those in the control group at the significance level of .05.

**Conclusion:** The results of this study could be applied as a guide for patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in order to have good self-management and increase pulmonary function

**Keywords:** Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) / Self-Management / Pulmonary Function

\* Master Student in Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

\*\* Corresponding author, Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Borommaratchachonnani Srisataphat Building, Rama 1 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand. Email: noralukuakit@yahoo.com



## บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD]) เป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2015) รายงานว่าในปี 2002 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ ที่ 5 และคาดว่าอีก 10 ปีข้างหน้า อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มมากกว่าร้อยละ 30 ในปี 2015 มีผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 6 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลก และคาดการณ์ว่า ปี 2020 จะเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 3 ของโลก สถิติในประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้ป่วยมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี จากการคำนวณโดยใช้แบบจำลองความชุกของการสูบบุหรี่ และมลภาวะในสภาพแวดล้อมในบ้านและในที่สาธารณะ ประมาณว่าร้อยละ 5 ของประชากรไทยที่มีอายุเกิน 30 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage, 2010) และจากรายงานสถิติสาธารณสุข ปี ค.ศ. 2013-2015 พบอัตราการป่วยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นคือ 560.9, 583.0 และ 603.4 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ สถิติโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จัดอยู่ใน 5 อันดับกลุ่มโรคที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมากที่สุด ในช่วงปี 2013 ถึงปี 2016 พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการ จำนวน 553, 600, 591 และ 604 ราย ตามลำดับ และพบว่า มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 5.09, 2.13, 5.63 และ 4.54 ตามลำดับ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร การดำเนินโรค ส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางที่เสื่อมลง และไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ และเป็นโรคที่ไม่หายขาด โดยมีลักษณะเป็น progressive not fully reversible airflow limitation (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2015) ซึ่ง

เป็นผลจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอด การระคายเคืองอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังทั้งในหลอดลม เนื้อปอด และหลอดเลือดปอด (pulmonary vasculature) จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดลม ตั้งแต่ขนาดใหญ่ลงไปจนถึงขนาดเล็ก การอักเสบและการทำลายที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผนังหลอดลม โดยเฉพาะหลอดลมส่วนปลาย ทำให้มีการตีบของหลอดลม การสร้าง mucus มากกว่าปกติ ร่วมกับการทำงานผิดปกติของ cilia ทำให้ผู้ป่วยไอเรื้อรัง มีเสมหะ ทำให้เกิดการอุดกั้นและมีพังผืดเกิดขึ้น ส่งผลให้หลอดลมแฟบ (Boonsawat, 2012) การอุดกั้นในหลอดลมที่รุนแรง จะทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน และมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ทำให้เกิดแรงต้านภายในหลอดเลือดของปอดเพิ่มขึ้น ทำให้อีลาสติน และคอลลาเจน ถูกทำลายไป ทำให้ปอดเสียความยืดหยุ่น (Elastic recoil) ปอดมีการขยายตัวไปเองอย่างถาวร (Boonsawat, 2012) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขับลมออกจากความจุของปอดภายในเวลาที่กำหนด หากการดำเนินของโรคเพิ่มระดับความรุนแรงขึ้น จะส่งผลทำให้สมรรถภาพปอดลดลง (Seemungal, 1998; Terence, 1998) ซึ่งสมรรถภาพปอด หมายถึง ความสามารถในการแลกเปลี่ยนอากาศโดยการหายใจเข้าออก เพื่อให้เกิดการระบายอากาศตามความจุของปอด (Boonsawat, 2012) ประเมินโดย การวัดอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก (Peak Expiratory Flow Rate: PEFR) วัดโดยใช้เครื่อง Wright Peak Flow Meter

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพปอด ได้แก่ อายุที่เพิ่มมากขึ้น มีผลต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ (Jones, 2001) เนื่องจากความยืดหยุ่นของเนื้อปอดน้อยลง Elastic และ Collagen ค่า FEV1/FVC จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น เพศชายมีความจุปอดมากกว่าเพศหญิง (Ferrara, 2011) ระดับความรุนแรงของโรค ส่งผลทำให้สมรรถภาพการทำหน้าที่ปอดลดลง (Boonsawat, 2012) การเกิดอาการ



กำเริบบ่อย มากกว่า 3 ครั้งต่อปี ส่งผลกระทบบำทำให้สมรรถภาพปอดลดลงอย่างรวดเร็ว (Donaldson, Seemungal, Bhowmik, & Wedzicha, 2002; Wedzicha & Seemungal, 2007) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องร่วมกับการบริหารการหายใจ ส่งผลให้สมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้น (Sexton, 1990) ดัชนีมวลกาย (Wattanakitkrileart, 2010) การใช้ยาสูดพ่น (Francisca et al., 2012) การสูบบุหรี่ (Mortaz, Masjedi, & Rahman, 2011; Vozoris & Stanbrook, 2011) หากผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ ในเรื่องการออกกำลังกายร่วมกับการบริหารการหายใจ การเลิกสูบบุหรี่ การใช้ยาสูดพ่น การจัดการด้านอาหาร การป้องกันและการจัดการอาการกำเริบ จะส่งผลให้สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยดีขึ้น

การจัดการตนเอง เป็นการกระทำในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเป็นความสามารถในการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรค โดยการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมโรค เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรและต่อเนื่องของการควบคุมตนเอง (Creer, 2000) ประกอบด้วย การจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การเลือกเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การประเมินผลตนเอง ที่ผ่านมา ได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้เพื่อช่วยเพิ่มสมรรถภาพปอด Canchanapan (2006) ศึกษาผลลัพธ์ของโครงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืดที่มีประวัติอาการหอบรุนแรง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า สมรรถภาพปอดสูงขึ้น Kampanut (2007) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอด

อุดกั้นเรื้อรังประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการตนเองของ Kangchai (2002) ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าการปฏิบัติการจัดการตนเองและสมรรถภาพปอดสูงขึ้น อาการหายใจลำบากและความวิตกกังวลลดลง Jirakkakul (2011) ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Bourbeau (2008) ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าสมรรถภาพปอดสูงขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยรูปแบบการทดลองเป็นการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest posttest design)

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งชายและหญิง มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistical Power Table) ด้วยการกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .50 อำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = .05$  จากการเปิดตารางอำนาจทดสอบได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2009) โดยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 รายแรกเป็นกลุ่ม



ควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างอีก 22 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง โดยมีคุณสมบัติการคัดเลือกเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 ถึงระดับ 3 ตามเกณฑ์ของ GOLD (2015)

2. สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทย และสื่อสารภาษาไทยได้เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง และต้องมีการบันทึกการติดตามตนเอง

3. ไม่มีโรคร่วมอย่างอื่นที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมหรืออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคกระดูกพรุน โรคหลอดเลือดหัวใจ ความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นต้น

4. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้

เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยจับคู่ให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 2 และ 3 และชนิดของยาสูดพ่น ดำเนินการจนครบ 44 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### ส่วนที่ 1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด

### ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) และจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย แผนการสอนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุด

กั้นเรื้อรัง และแผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษา

### ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ข้อคำถามมีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบประเมิน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ผลการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .95 ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 เกณฑ์การกำกับการทดลอง คือทุกคนต้องมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนตั้งแต่ 61 คะแนนขึ้นไป ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทบทวนเนื้อหาและให้คำปรึกษาในการศึกษาคั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์ทุกคน

## การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในวันที่ 21 เมษายน 2560 IRB No. 007/2560 ผู้วิจัยเข้าชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการวิจัย

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม เริ่มดำเนินการตั้งแต่ 6 มิถุนายนถึง 25 กรกฎาคม 2560 ที่คลินิกโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีขั้นตอนดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** (15 นาที) พบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคปอด ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามคำชี้แจง และลงมือชื่อในแบบยินยอม ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล



จากนั้นทำการประเมินสมรรถภาพปอด แล้วให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติในคลินิกผู้ป่วยโรคปอด s

**สัปดาห์ที่ 6** (30 นาที) ผู้วิจัยทำการประเมินสมรรถภาพปอด ขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการให้ความร่วมมือในการทำการวิจัย พร้อมทั้งให้ความรู้ในการจัดการตนเอง โดยการสอนและฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมอบคู่มือความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นคู่มือสำหรับใช้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน

**กลุ่มทดลอง** เริ่มดำเนินการตั้งแต่ 1 สิงหาคม ถึง 17 ตุลาคม 2560 ที่คลินิกโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีขั้นตอน ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** พบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด) ระยะเวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามคำชี้แจง ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นทำการประเมินสมรรถภาพปอด

2. ผู้วิจัยประเมินความรู้และประเมินการจัดการตนเองขณะเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นรายบุคคล เพื่อให้ได้ข้อมูลว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองด้านใด เพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความรู้ในการจัดการตนเอง

3. ให้ความรู้ในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การเลิกสูบบุหรี่ การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย การหายใจ การจัดการด้านอาหาร การป้องกันและการจัดการอาการกำเริบ

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการจัดการตนเอง และสอนทักษะการจัดการตนเอง ได้แก่ เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น การออกกำลังกาย การฝึกการหายใจ และการใช้คู่มือบันทึกการจัดการตนเอง โดยในแต่ละสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติทักษะการจัดการตนเอง ตามกระบวนการจัดการตนเอง คือ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การประเมินผล

5. เมื่อสิ้นสุดกระบวนการสอนเกี่ยวกับกระบวนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้ว มอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แล้วนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างในการติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป

**สัปดาห์ที่ 2 และ 4** ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ (10 นาที) โดยสอบถามปัญหาเกี่ยวกับการฝึกทักษะจัดการตนเอง รวมถึงให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา ในกรณีที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหา กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการฝึกทักษะจัดการตนเอง เสริมแรงและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างการฝึกทักษะจัดการตนเอง

**สัปดาห์ที่ 5** พบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านผู้ป่วยประเมินการจัดการตนเองและนัดหมายทำ post-test ในสัปดาห์ที่ 6

**สัปดาห์ที่ 6** ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน (15 นาที) ประเมินสมรรถภาพปอด และชี้แจงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการฝึกทักษะจัดการตนเอง ต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการให้ความร่วมมือ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ใช้สถิติบรรยายในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และสถิติ Dependent t-test, Independent t-test



**จากตารางที่ 1** พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดก่อนการทดลอง ดีกว่า หลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดหลังการทดลองเท่ากับ 282.27 (SD = 100.09) หมายความว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าสมรรถภาพปอดลดลง

สำหรับกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอด ดีกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอด หลังการทดลองเท่ากับ 345 (SD = 94.20) หมายความว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการตนเองมีสมรรถภาพปอดดีขึ้น

**จากตารางที่ 2** พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอด กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่ม

ทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอด หลังการทดลอง ดีกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05

แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอด ดีกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### การอภิปรายผล

1) ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ดีกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1) สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยค่าสมรรถภาพปอดดีกว่าก่อนทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นรายบุคคล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเอง มีการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น เนื่องจากโปรแกรมการจัดการ

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test

ค่าสมรรถภาพปอด	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
<b>กลุ่มควบคุม</b>					
ก่อนทดลอง	294.09	98.35	21	2.20	0.02
หลังทดลอง	282.27	100.09			
<b>กลุ่มทดลอง</b>					
ก่อนทดลอง	293.18	99.64	21	-15.25	0.00
หลังทดลอง	345	94.20			



**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ค่าสมรรถภาพปอด	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>					
กลุ่มควบคุม	294.09	98.35	42	0.03	0.49
กลุ่มทดลอง	293.18	99.64			
<b>หลังการทดลอง</b>					
กลุ่มควบคุม	282.27	100.09	42	-2.14	0.02
กลุ่มทดลอง	345	94.20			

ตนเอง ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นสอดคล้องกับแนวคิด การจัดการตนเองของ Creer (2000) ที่กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการกระทำในการควบคุม ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมโดยเป็นความสามารถในการติดตาม และควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเองรวมถึงการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรค เป็น กระบวนการที่เป็นพลวัตรและต่อเนื่องของการ ควบคุมตนเอง ซึ่งการจัดการตนเองที่เหมาะสม จะ ส่งผลทำให้สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้อง กับ Pisalwapee (2008) ศึกษาผลของโปรแกรม การจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและค่า C-reactive protein ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความ รุนแรงระดับ 2-4 กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับ โรคและอาการกำเริบ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ ยา การบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย แนะนำ การเลิกบุหรี่ และมอบสมุดกำกับตนเอง ทั้ง 2 กลุ่ม มีการประเมินสมรรถภาพปอดในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4 และมีการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 เป็น ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า ค่าสมรรถภาพปอด กลุ่ม ทดลอง สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ดังนั้น

การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาช่วยส่งเสริมการ จัดการตนเอง ทำให้สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยดีขึ้น เช่นเดียวกับ Jirakkakul (2011) ศึกษาโปรแกรม การจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยสูง อายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลองได้รับความรู้ เกี่ยวกับโรค โดยการให้ความรู้ ฝึกทักษะการจัดการ ตนเองและติดตามกระตุ้นเตือน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าสมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ( $p < .05$ )

ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และฝึกทักษะ การจัดการตนเอง โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้เป็นราย บุคคล เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการของโรค การรักษา การ จัดการตนเองในด้านต่างๆ ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การ จัดการด้านอาหาร การใช้ยาอย่างถูกต้อง การออก กกำลังกาย การฝึกหายใจ การป้องกันและจัดการ อาการกำเริบ ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมสนับสนุน การจัดการตนเองต่อความรู้พฤติกรรมจัดการ ตนเอง อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอด ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยความรู้พฤติกรรมจัดการตนเอง



และสมรรถภาพปอดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และมีคะแนนเฉลี่ยหายใจลำบากลดลง (Chouyhoa, 2015) และหลังจากให้ความรู้ ผู้วิจัยแจกคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้กับกลุ่มทดลอง และฝึกทักษะการจัดการตนเองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Creer (2000) ซึ่งเป็นแนวคิดการจัดการตนเองที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองเพื่อควบคุมและติดตามภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเองมีกระบวนการที่ชัดเจนตั้งแต่การเลือกเป้าหมายซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การรวบรวมข้อมูลเป็นการติดตามตนเองหรือการสังเกตตนเองและการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง การประมวลผลและประเมินข้อมูล เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองและสามารถตัดสินใจได้ และประเมินผลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การลงมือปฏิบัติ การประเมินผลตนเอง คือการประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริง หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติมทำให้ผู้ป่วยทราบข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติและการประเมินตนเองช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่อย่างยั่งยืน ซึ่งกระบวนการทั้งหมดผู้ป่วยต้องลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) จึงเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ ทำให้สามารถจัดการตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลให้สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ดีขึ้น และในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 2 และ 3 เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เริ่มมีอาการเหนื่อยหอบ ที่รบกวนกิจวัตรประจำวัน และเพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะของโรคไม่ให้เข้าสู่ระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 4 และผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 2 และ 3 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาพอสมควรแล้ว แต่ผู้ป่วยยังขาดทักษะในการ

ปฏิบัติการจัดการตนเอง ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติ และฝึกทักษะด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา คอยให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหา โดยโปรแกรมประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การประเมินผล

นอกจากนี้กลุ่มทดลองได้รับการติดตามเยี่ยมและกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ เพื่อทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการตนเอง เน้นย้ำเป้าหมายที่กลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยร่วมกันตั้งไว้ อีกทั้งสอบถามปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างพบขณะปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน โดยติดตามอย่างต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองดีกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม

2) ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2) สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง จากการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของกลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ที่ได้อภิปรายผลข้อที่ 1 แล้ว จนเกิดความมั่นใจในการจัดการตนเอง จนกระทั่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดที่ดีขึ้น กว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลจากพยาบาลประจำการ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งบทบาทของพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุอาการ การมาตรวจตามนัด และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ซึ่งไม่ได้รับการติดตาม



พยาบาลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการแจกเอกสารคู่มือ เพื่อใช้ในการทบทวนที่บ้าน ดังนั้น กลุ่มควบคุมจึงไม่ได้รับ การส่งเสริมการจัดการตนเอง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจไม่มั่นใจในการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น ไม่ได้รับการฝึกทักษะ ไม่มีการติดตามเพื่อประเมินสภาพปัญหา และอุปสรรค ไม่มีการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง แต่สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ความรู้โดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ช่วยในการอธิบายให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพและเข้าใจได้ง่ายขึ้น มีคู่มือการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางการจัดการตนเอง และแบบบันทึกการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจมากขึ้น มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และยังสามารถนำไปอ่านทบทวนเพิ่มเติมที่บ้านได้ในบาง ส่วนที่ไม่เข้าใจ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการตนเองอย่างมีแบบแผนและเหมาะสม และมีการติดตามกระตุ้นเตือน

แสดงว่าโปรแกรมการจัดการตนเอง มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีค่าสมรรถภาพปอดดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับหลายงานวิจัย ที่ทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองของบุคคล โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ได้แก่ การศึกษาของ Sairat (2014) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังมีระดับความรุนแรงระดับ 3 ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และการศึกษาของ Kaewsanthin (2012) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและอาการหายใจลำบาก

ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 10 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองของ Creer (2000) ที่ให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังที่กล่าวมาแล้วนั้น สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสมรรถภาพปอดดีขึ้น และยังเป็นอีกหนึ่งทักษะของการให้ การพยาบาล เป็นการดูแลแบบผสมผสานที่สามารถทำ ร่วมกับการรักษาของแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ไม่พบผลข้างเคียง สะดวก และยังสามารถประยุกต์ใช้ใน เรื่องอื่นๆ ในการดำเนินชีวิตสามารถกระทำได้อีก อย่างเป็นพลวัต

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จัดอบรมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มีคุณภาพเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยได้

2. พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ควรพิจารณา นำโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปใช้ในหน่วยงานเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสหภาพในการส่งเสริม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทีมมอบทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ เพื่อใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้



## References

- Boonsawat, W. (2012). Trends in new guideline for COPD. In Chaikuna J. (Eds). Current Chest: (pp 59-70). Bangkok: Print.
- Bourbeau, J. (2008). Clinical decision processes and patient engagement in self-management. *Dis Manage Health Outcomes*, 16(5), 327-332.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nurse research: appraisal, synthesis, and generation of evidence (6<sup>th</sup> ed.)*. St. Louis: MO; Elsevier Saunders.
- Canchanapan, K. (2006). *Outcomes of self-management educational program for asthmatic patients with a history of severe exacerbation at King Chulalongkorn Memorial Hospital*. Master thesis in Pharmaceutical Science, Chulalongkorn University.
- Chouyhoa, T. (2015). *Effect of Self a Management Support Program in patients Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Knowledge, Self-Management behaviors, Dyspnea and Lung Function*. Master thesis in Nursing Science, Burapha University.
- Creer, T. L. (2000). Self-Management of Chronic Illness A2-Boekaerts, Monique. In P.R. Pintrich & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of Self-Regulation* (pp. 601-629). San Diego: Academic Press.
- Donaldson, G. C., Seemungal, T. A. R., Bhowmik, A., & Wedzicha, J. A. (2002). Relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 57(10), 847 A 852.
- Ferrara, A. (2011). Chronic obstructive pulmonary disease. *Radiologic Technology*, 82(3), 245-263.
- Francisca, L.-F., Jose, L.-F., Fernando, Z.-S., Antonio, G.-R., Daniel, P.-T., & Pilar, B.-F. (2012). Efficacy of two education interventions about inhalation efficacy of two education interventions about inhalation *BioMed Central*, 13(64), 1-8.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]. (2015). Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management, And Prevention of COPD. Retrieved 1 May, 2016, from <http://www.goldcopd.org>.
- Jirakkakul, N. (2011). *The Effect of Self a Management Program on Lung Function of older persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Master thesis in Nursing Science, Chulalongkorn University.
- Jones, A. (2001). Causes and effects of chronic obstructive pulmonary disease. *British Journal of Nursing*, 10(13), 845-850.
- Kaewsanthin, S. (2012). *Effects of self-management program on functional capacity and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Master thesis in Nursing Science, Khon Kean University.
- Kampanut, J. (2007). *Effects of self-management promotion program on self-management practice, dyspnea, pulmonary function and anxiety in the elderly with chronic obstructive pulmonary disease*. Master thesis in Nursing Science, Burapha University.
- Kangchai, W. (2002). *Efficacy of self-manage-*



- ment promotion program for elderly women with urinary incontinence.* Doctoral dissertation, Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.
- Mortaz, E., Masjedi, M. R., & Rahman, I. (2011). Outcome of smoking cessation on airway remodeling and pulmonary inflammation in COPD patients. *Tanaffos, 10*(3), 7-11.
- Pisalwapee, S. (2008). *Effect of nurse-led Self-Management Program on Lung Function and C-reactive protein in Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* Master thesis in Nursing Science, Chulalongkorn University.
- Sairat, P. (2014). Effects of a Self-management Training Program on Functional Performance, Acute Exacerbation and Quality of Life among Patients Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Nursing Journal, 41*(4), 23-35.
- Seemungal, T., et al. (1998). Effects of exacerbation on quality of life with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 157*(5), 1418-1422.
- Sexton, D. L. (1990). *Nursing care of respiratory patient.* New York: Appletent & Lange.
- Terence, A., et al. (1998). Effect of Exacerbation on Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical care Medicine, 157*, 1418-1422.
- Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage. (2010). *Health Services Practice Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2010.* Bangkok: unionultraviorat co. ltd.
- Vozoris, N. T., & Stanbrook, M. B. (2011). Smoking prevalence, behaviours and cessation among individuals with COPD or asthma. *Respiratory Medicine, 105*, 477-484.
- Wattana kitrileart, D. (2010). Nutritional Care in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Nursing Science, 28*(3), 13-21.
- Wedzicha, J. A., & Seemungal, T. A. R. (2007). exacerbations: defining their cause and prevention. Retrieved 1 May, 2016, from <http://www.thelancet.com>.
- World Health Organization [WHO]. (2015). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Retrieved 1 January, 2016, from <http://www.who.int/en/>.