

ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้  
และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกัน  
และควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง\*

**The Outcomes of Empowerment Program on Knowledge  
and Self-Care Behavior in Preventing and Controlling  
of Complications in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients.**

กัลยา กัลดแก้ว\*\*  
สมพันธ์ ทิณชี่ระนันท์\*\*\*  
ดร.ศากุล ช่างไม้\*\*\*\*

**บทคัดย่อ**

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ และ พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกัน และ ควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 60 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มๆละ 30 ราย เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2555 ถึง เดือนสิงหาคม 2555 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาล และ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ และ พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตาม

กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียมและการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิปลัน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามวัดความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผ่านการทดสอบ หาความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีคู่ (Two independent T sample test)

\*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\*นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

\*\*\*รองศาสตราจารย์ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ และ พฤติกรรมการดูแล

ตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนสูงกว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### Abstract

This quausi-experimental research was designed to study the outcomes of empowerment program on knowledge and self-care behavior in preventing and controlling complications in chronic obstructive pulmonary disease patients at the tertiary level hospital in Petchaburi province. Data were collected during June 2012 and August 2012. Purposive sampling with inclusion criteria was used to select 60 patients divided into the control group (n=30) and the experimental group (n=30). The control group included patients who received regular nursing care The experimental group included patients who received empowerment program on knowledge and self-care behavior in preventing and controlling complications. The instruments included, 1) the empowerment program on knowledge and self-care behavior in preventing and controlling complications in chronic obstructive pulmonary disease patient, and, 2) questionnaires

are knowledge and self-care behavior in preventing and controlling complications in chronic obstructive pulmonary disease patient. Data were analysed by using percentage, mean and independent t-test.

The result of this study revealed that : the mean score of knowledge and self-care behavior in preventing and controlling complications for the experimental group was significantly higher than in the control group ( $p < .05$ ). In conclusion, the empowerment program on knowledge and self-care behavior in preventing and controlling complications in chronic obstructive pulmonary disease patients can enhance knowledge and self-care behavior in preventing and controlling complications in chronic obstructive pulmonary disease patients. This program should be integrated for other chronic patients.

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการแพทย์และเทคโนโลยีในการรักษามีความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว จึงทำให้ประชากรไทยมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่มีพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไปทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การรับประทานอาหาร และ ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

หรือ โรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น โรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ฯลฯ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease:COPD) เป็นโรคที่มีการตีบแคบของทางเดินหายใจ ผู้ป่วยจะมีอาการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างถาวร การดำเนินของโรค

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม - สิงหาคม) ๒๕๕๖

จะค่อยเป็นค่อยไปจนรุนแรงมากขึ้นและไม่สามารถกลับสู่สภาพปกติได้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization:WHO) ระบุว่าใน พ.ศ.2543 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของการตายอันดับที่ 3 จาก 6 อันดับของทั่วโลก (ชายชายัญ โพธิ์รัตน์, 2546 อ้างใน สรินยา ไชยพันธ์, 2551:1) และได้ประมาณการณ์ไว้ว่า พ.ศ. 2563 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยอันดับที่ 5 ของโลก (Rennard et al., 2002 อ้างใน ปติมา เชื้อตาลี, 2548:1) และองค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ และจะเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่ 3 (Celli, 1999 อ้างใน สรินยา ไชยพันธ์, 2551:1) สำหรับประเทศไทย ใน พ.ศ.2541 พบอัตราการความชุกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2,075 ราย และอุบัติการณ์ของโรค 403 ราย ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ต่อประชากร 100,000 คน และพบประชากรที่มีกลุ่มอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึง 10 ล้านคน และมีแนวโน้มความชุกอัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน พ.ศ.2552 และพ.ศ. 2553 เป็น 5,820 ราย และ 7,035.30 ราย ต่อ ประชากร 100,000 คน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543:1-6) และ ใน พ.ศ.2542 พบสาเหตุการตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอัตรา 33.50 ต่อประชากร 100,000 คน คิดเป็นร้อยละ 90 ของการตายในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง โดยสาเหตุการตายเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การหายใจล้มเหลว และ ภาวะหัวใจล้มเหลว (สมเกียรติ วงษ์ทิม:2546:216-241) จากสถิติ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี ระหว่าง พ.ศ. 2551-2553 มี จำนวน 611 ราย, 652 ราย, 652 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.74,ร้อยละ 22.81, ร้อยละ 22.89 ตามลำดับ สำหรับแผนกอายุรกรรมชาย มีผู้ป่วยรับเข้าการรักษา ระหว่าง พ.ศ. 2551-2553

จำนวน 316, 372, 369 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.72,ร้อยละ 57.06,ร้อยละ 56.60 ตามลำดับ และ ยังพบว่าเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราการเข้ารับการรักษาสูงรองลงมาจากรโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และเนื่องด้วยพยาธิสภาพความรุนแรงของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง และมีอัตราการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องอย่างต่อเนื่อง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการดำเนินการของโรคที่ค่อยๆ เลวลงตามพยาธิสภาพที่ไม่สามารถกลับคืนมาได้และยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างดังที่กล่าวมาแล้ว จนในที่สุดเกิดภาวะหายใจล้มเหลว (สมาคมอายุรเวชแห่งประเทศไทย, 2548) นอกจากนี้ ยังพบการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (ลินจง โปธิบาล, 2539: 79-102) และจากการศึกษาของเทียบ (Tiep, 1997: 1630-1656) พบว่า สาเหตุของภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดจากการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมกับโรค จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ความรุนแรงของโรคมกขึ้น ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2546: 216-241)

จากผลกระทบด้านต่างๆ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่จากบุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลใกล้ชิดรวมถึงญาติโดยมุ่งเน้นให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น รับรู้ปัญหา และความสามารถของตนเองที่จะควบคุมอาการ พยาธิสภาพของโรคได้ และรู้สึกได้ถึงความสำเร็จในการจัดการกับตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ปรับการดำเนินชีวิตของตนเองให้สอดคล้องกับการดำเนินของโรคและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เห็นความมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งการกระทำนี้เป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจที่จะนำ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้ที่ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับเป็นซ้ำทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ในการดูแลตนเองที่จำเป็นในการป้องกัน และควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในการป้องกัน และควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้การดูแลตนเองที่จำเป็นในการป้องกัน และควบคุมภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่จำเป็นในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการดูแลตนเองตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1995; Orem, Taylor and Renpenning, 2001) แบบจำลองการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิปลัน (Gibson, 1991; Gibson, 1995) และ ผลลัพธ์ของการพยาบาลด้านความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผลกระทบทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่มาเป็นผู้ที่พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เนื่องจากการดำเนินของโรคเลวลงเรื่อยๆ มีผลกระทบกับผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง ไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง มีภาวะไร้พลังอำนาจจนทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง ผู้วิจัยจึงใช้กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิปลันร่วมกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งกระบวนการตามแบบจำลองการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิปลัน (Gibson's Empowerment Model) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย โดยต้องมีการสอน และทบทวนวิธีการดูแลตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยมีการชี้แนะผู้ป่วย และวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและลงมือปฏิบัติ โดยจัดสิ่งแวดล้อมและสนับสนุนการดูแลตนเอง ให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ให้เหตุผลในการวิเคราะห์ และเลือกปฏิบัติในกิจกรรมที่คิดว่าเหมาะสมที่สุด ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการติดตามผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้กำลังใจและให้คำปรึกษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาและขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์ เมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจก็จะสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น และพฤติกรรมการดูแลที่จำเป็นตามแนวคิดของโอเรมประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลที่จำเป็น 3 ด้าน ในการป้องกันและควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องการการดูแลที่จำเป็น คือ ด้านการใช้ยา ด้านการรับประทานอาหาร การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย การดูแลด้านจิต

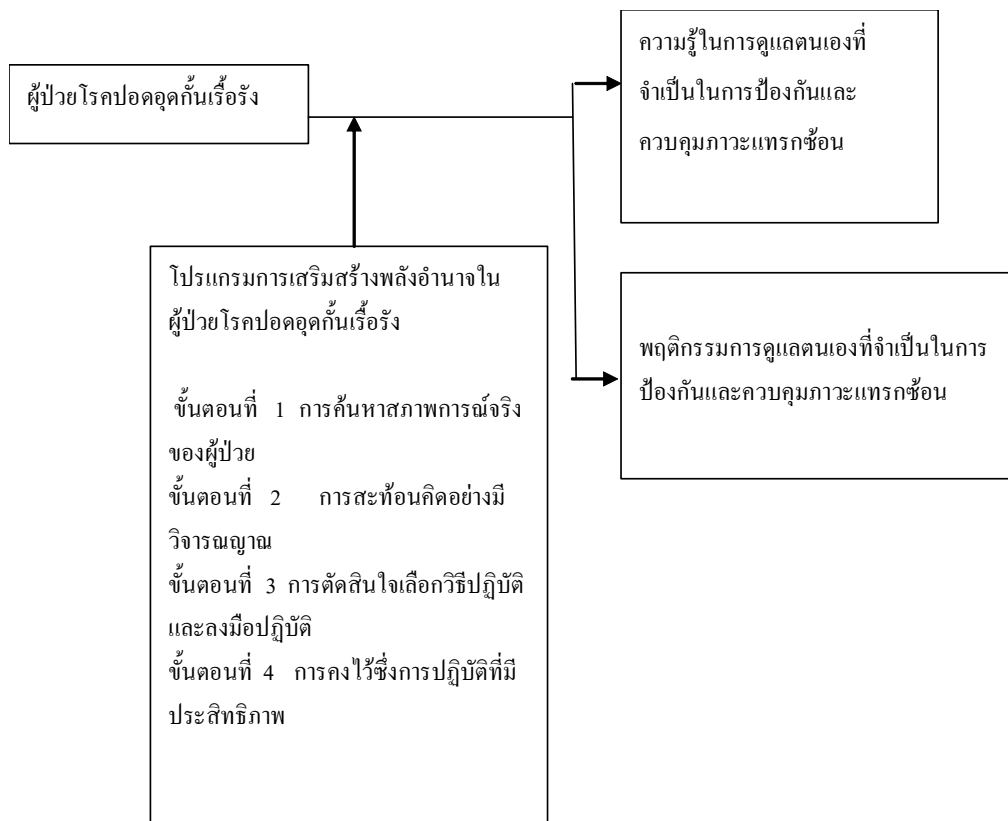
วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม - สิงหาคม) ๒๕๕๖

สังคม 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็น การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของ ชีวิตมนุษย์ขณะป่วยซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการ ดูแลตนเองที่จำเป็นที่ปรับให้สอดคล้องกับโรค คือ การ ป้องกันการติดเชื้อ และ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็น ในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจาก

โครงสร้างหรือหน้าที่การทำงานของปอดผิดปกติ การ ดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ คือ การรับประทานยา ตามแพทย์สั่ง การมาพบแพทย์ในการตรวจรักษาตาม นัด ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า เมื่อมีการให้การพยาบาลผู้ป่วย ด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจตามกรอบทฤษฎีเสริมสร้าง พลังอำนาจของกิบสันจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการ ดูแลตนเอง

ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ดังแสดง ตามแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

### ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา เช่น การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งตามระดับความรุนแรงของโรค

1.2 แบบประเมินความรู้การดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995; Orem, Taylor and Renpenning, 2001) ในเรื่อง การใช้จ่าย การรับประทานอาหาร การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย การดูแลด้านจิตสังคม การป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานยาตามแพทย์สั่งและการมาพบแพทย์ในการตรวจรักษาตามนัด ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดมี 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ เป็นคำถามทางบวก 15 ข้อ และเป็นคำถามทางลบ 5 ข้อ โดยมีเกณฑ์การจัดระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และระดับต่ำ

1.3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างโดย (อัมพรพรรณ ธีรานูตรและคณะ, 2540) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 49 ข้อ ประกอบด้วยด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด 5 ข้อ ด้านการคงความสามารถในการประกอบกิจกรรม 6 ข้อ ด้านโภชนาการ 10 ข้อ

ด้านการพักผ่อนและผ่อนคลาย 5 ข้อ ด้านการเรียนรู้เรื่องยาและการรักษา 6 ข้อ ด้านการป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อน 9 ข้อ และ ด้านการคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเอง 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบให้ค่าน้ำหนักคะแนน (Rating scale) และ อธิบายพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คือ เป็นจริงน้อยที่สุด เป็นจริงน้อย เป็นจริงปานกลาง และ เป็นจริงมาก ประกอบด้วย ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 43 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ทั้ง 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและลงมือปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน จากนั้นวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามชุด 1.2 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.73

### วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่างมี

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม - สิงหาคม) ๒๕๕๖

คุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป 2) มีความรุนแรงของโรคระดับ 2 3) สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 4) ไม่มีอาการหอบเหนื่อยหรืออ่อนล้า 5) มีโทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสาร 6) มีคะแนนการรับรู้ก่อนเข้าร่วมวิจัย  $\leq 48$  และ 7) มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่มีถุนายนถึง สิงหาคม 2555 โดยกลุ่มทดลองจะได้เข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งมีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยแบ่งกิจกรรมการดำเนินการเป็น 6 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยทำการพินทฤษฎี และ ประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) จากนั้นดำเนินการตามขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ใช้เวลาประมาณ 60 นาทีในขั้นตอนที่ 1 และ 2 คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง และการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักและ ความต้องการการดูแลตนเอง เกิดความเข้าใจในปัญหา เข้าใจสถานการณ์จริง สามารถวิเคราะห์และประเมินความสามารถการดูแลตนเอง ทราบสาเหตุและข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติได้

กิจกรรมครั้งที่ 2 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที เป็นกิจกรรมกลุ่ม ในขั้นตอนที่ 3 คือ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม กิจกรรมประกอบด้วย การร่วมกันวิเคราะห์ อภิปรายปัญหาร่วมกัน มีการร่วมมือกันในการหาทางเลือกในการแก้ปัญหาและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ตลอดจนมีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมุ่งมั่นและสม่ำเสมอ

กิจกรรมครั้งที่ 3 และ 4 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3,4 ใช้เวลาประมาณ 150 นาที เป็นการเน้นในขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเองอย่างแท้จริงและมีการประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 5 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที ในขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรคตลอดจนแก้ปัญหาาร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันในความสำเร็จของการดูแลตนเอง มีการเสริมสร้างความมั่นใจ ให้กำลังใจในการดูแลตนเองพร้อมทั้งติดตามทางโทรศัพท์ ติดตามเมื่อมาตรวจตามนัด ติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งต่อสัปดาห์

กิจกรรมครั้งที่ 6 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองตามแบบประเมิน (Post-test) ทั้งจากกลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุดก่อนนำมาวิเคราะห์

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้วิธีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งภายในและระหว่างกลุ่ม ทั้งระหว่างก่อน และ หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้สถิติค่าที (Pair t-test, Independent t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

#### ผลการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน โดย

ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 33.3 และ 40.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่เท่ากัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 66.7 มีระดับการศึกษาาระดับประถมศึกษามากที่สุด กลุ่มทดลอง ร้อยละ 56.7 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มไม่ได้ประกอบอาชีพ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 30 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 33.3 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 86.7 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 83.3 และ ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี ส่วนใหญ่มากกว่า 4 ครั้ง เป็นกลุ่มทดลอง ร้อยละ 46.7 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 60.0

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกัน

และควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการเปรียบเทียบ คะแนนความรู้การดูแลตนเองในการควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.19 ในกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนความรู้การดูแลตนเองเฉลี่ย เท่ากับ 0.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.18 เมื่อเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ค่าคะแนนความรู้การดูแลตนเองในการควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(  $t = -12.042$ ;  $p = .000$  ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้การดูแลตนเองในการควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กลุ่มตัวอย่าง	ความรู้ในการดูแลตนเอง		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	0.66	0.19	-12.042	0.000
กลุ่มควบคุม	0.62	0.18		

\*\* $p > 0.05$

ผลการเปรียบเทียบ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนก่อนการศึกษาเป็นตัวแปรปรวนร่วม (CO-variate) จึงพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทดลองของกลุ่ม

ทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.42 ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.43 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม - สิงหาคม) ๒๕๕๖



ก่อนการศึกษาเป็นตัวแปรปรวนร่วม พบว่ากลุ่ม กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F=180.564$ ;  $t$ -test) ทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยสูงกว่า ( $p<0.05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมและป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการศึกษาโดยใช้คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังก่อนการศึกษา เป็นตัวร่วม

กลุ่มตัวอย่าง	พฤติกรรมในการดูแลตนเอง		F	p-value
	$\bar{x}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	0.52	0.42	180.564	0.000
กลุ่มควบคุม	0.47	0.43		

\*\* $p<0.05$

#### อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนความรู้การ ดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตาม สมมุติฐานการวิจัย แสดงว่าการใช้โปรแกรมการเสริม สร้างพลังอำนาจของกบิสนร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเอง ของโอเรียม เป็นกระบวนการเรียนรู้ ส่งเสริม ความรู้ให้บุคคลเกิดการรับรู้ ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็น ประโยชน์ มองเห็นความสำคัญเกี่ยวกับโรคของตนเอง และสามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสมเข้ากับสภาวะโรค ของตนเอง ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความ เป็นจริง เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีการ เปลี่ยนแปลงความคิดใหม่ มีเจตคติที่ดี และรับรู้ว่า ถ้าตนเองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมซึ่ง เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับตนเองได้ เสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จึงทำให้ ผู้ป่วยมีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งช่วยให้ ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการดูแล ตนเอง เป็นการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัญหาที่ตนเองมีอยู่ และ เคยเกิดขึ้นกับตนเองอย่างแท้จริง คิดทบทวน สิ่งใดที่ต้องดูแลตนเองเพิ่มขึ้น หรือ ต้องพัฒนาให้

ดียิ่งขึ้น สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ วรวรรณ์ ทิพย์วาริรัมย์ (2543) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังเมื่อได้รับการ พยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีการจัดการเรียน การสอนแบบรายบุคคล มีการแจกรุ่นมีสำหรับผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม ให้ผู้ป่วยไปอ่าน และปฏิบัติตามที่บ้าน มีการสอบถามปัญหาและมีการ วางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบว่าเป็นการสอน ที่ประสบความสำเร็จตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เป็นการกระตุ้นให้เกิดกำลังใจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรี เกษรบุญภาค (2554: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเสริม สร้างพลังอำนาจในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการ ดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แสดงว่าการพัฒนาการรับรู้ ความรู้ ของผู้ป่วย ทำให้ ผู้ป่วยสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้จนสำเร็จ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่จำเป็นในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อน สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน แสดงว่าการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ช่วยทำให้กลุ่มทดลองเกิดความความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อนของตนเอง หรือความยุ่งยากต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง สามารถที่จะแก้ไขปัญหา เกิดความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆอย่างสม่ำเสมอรวมถึงการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้พลังอำนาจ เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ไม่เป็นภาระของผู้อื่น ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียมที่เชื่อว่าคนเป็นผู้ที่มีศักยภาพ มีความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง และวางแผนระบบการดูแลตนเองได้ (Orem, 1995; Orem, Taylor and Renpenning, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของพนอ เตชะอภิก (2541) ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผนต่อระดับความรู้สึกลุกลี้ภัยอำนาจในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผนมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผน สอดคล้องกับการศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดของ Sathirapanya, Silpasuwan, Phanthumchinda and Poomruew (2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองเพิ่มมากขึ้น และมีพฤติกรรมช่วยเหลือตนเองมากขึ้น เมื่อพิจารณาถึงความรู้ และการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกิดจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการศึกษาครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดด้านประสิทธิภาพเพราะใช้เวลาในการศึกษาติดตามเพียง 8 สัปดาห์ เท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัย พบว่า ผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ ต้องการให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพราะการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งสามารถช่วยแก้ปัญหา และช่วยลดการเกิดอาการรุนแรงกับผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะไปพบแพทย์ได้ ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวแสดงได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจน่าจะมีผลต่อเรื่องมั่นคงต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ด้านการพยาบาล

1.1 พยาบาลควรดูแลเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและญาติให้เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา โดยมีสิทธิ์ตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับตนเอง มีความมั่นใจสามารถดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วย

1.2 สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้ดี

1.3 จัดทำคู่มือส่งเสริมพลังอำนาจการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### 2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาลควรมีการจัดการอบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับพยาบาลในการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการให้ความรู้และสร้างพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตลอดจนเป็นการเพิ่มศักยภาพผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ

### 3. ด้านการวิจัย

3.1 จัดทำโครงการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยอื่นๆ เช่น ด้านแรงสนับสนุนทางด้านสังคมที่อาจมีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น เพื่อนช่วยเพื่อน จิตอาสา เป็นต้น

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม - สิงหาคม) ๒๕๕๖

3.2 ศึกษาเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบรายกลุ่มร่วมกับผู้ดูแล เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

3.3 ศึกษาต่อยอดการวิจัยเรื่องนี้ด้วยการเพิ่มระยะเวลาในการติดตามเพื่อประเมินความยั่งยืนของการมีพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้พลังอำนาจ เช่น 6 เดือนหรือ 1 ปี

#### 4. ด้านการศึกษา

ในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์เป็นแนวทางในการสอนและให้นักศึกษาฝึกการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

#### บรรณานุกรม

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2548). การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- งานระเบียบและสถิติ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (2553). จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ปี 2551-2553..
- จารุณี บันลือ. (2542). คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ คำลี. (2546). ผลการใช้โปรแกรมสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). สถานะสุขภาพคนไทย. โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรุงเทพฯ : อุษาการพิมพ์.
- ชายชาญ โพธิรัตน์. (2546). โรคภูมิแพ้ในเวชปฏิบัติ 2003. หน่วยวิชาโรคระบบการหายใจและเวชบำบัดวิกฤต ภาควิชาอายุรศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชยันต์ธร ปทุมพันธ์และคณะ. (2544). ค่าใช้จ่ายและคุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปจากการป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิพมาศ ชินวงษ์, พัชรียา ไชยลังกา, นุศรา เอี้ยวสกุล และเยาวรัตน์ มัชฌิม : 2545
- ดารณี จามจรี (2545). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง. ปริญญาโท การศึกษาศาตรดุษฎีบัณฑิต. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- (2546). รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ : สมาเจริญพานิชย์.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2541). ผลของการใช้ อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบคร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเรทสลิฟ ต่อความวิตกกังวล การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

- นัยนา อินทร์ประสิทธิ์ (2544). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นาฎ. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : ยู แอนด์ ไอ อินเทอร์เน็ตเดีย.
- บุญลีป ศรีไชยยันต์ และ แสงจันทร์ ทองมาก (2538). คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ลดาวัลย์ พรินติ้ง.
- บุษกร อ่อนโนน (2547). ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประทุมพร รุจิเจริญวรรณ (2553). ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ปนัดดา มณีทิพย์ (2550). ผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการได้รับการพยาบาลตามความสามารถในการดูแลตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ปติมา เชื้อตาลี (2548). ผลของการให้ข้อมูลต่อความรู้ที่ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราณี โทแสง (2548). ผลของโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อความรู้ที่สูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พนารัตน์ เจนจบ. (2542). การศึกษาการนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรครูมาตอยด์.
- พนอ เตชะอริก (2541). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ที่สูญเสียอำนาจในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พูนเกษม เจริญพันธ์ (2545). ลักษณะทางเวชกรรมและการวินิจฉัยในการบำบัดระบบการหายใจ (Clinical Diagnosis in Respiratory Care) ในสูมาลี เกียรติบุญศรี (บรรณธิการ). การดูแลรักษาโรคระบบหายใจในผู้ใหญ่ "Respiratory care in Adult". กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์.
- พาริดา อิบราฮิม (2546). ปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์.

- เมธิณี จันตียะ (2547). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนีพร คนชุม (2547). ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ลินจง โปธิบาล. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบหายใจ. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. หน้า 79-103.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2536). อาการไอและอาการหายใจลำบาก ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ดันศิริ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- สรินยา ไชยพันธ์. (2551). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านในอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมเกียรติ วงษ์ทิม. (2546). การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาล. ใน เวชปฏิบัติผู้ป่วยใน (หน้า 216-241) กรุงเทพฯ : โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล (2547). การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรีนติ้ง.
- สมพันธ์ ธิญฐิระนันท์ และ ศากุล ช่างไม้. (2554). การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังวารสารวิชาการมหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 หน้า 393-410.
- สุพร มหาวารการ (2551). ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2546). รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ : สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สินีนาด มีเจริญ (2541). ผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความทุกข์สบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และคัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมลรัตน์ อากกุล (2548). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่ออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537). การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุพัทธรา สิงห์อุตสาหกรรม (2550). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพึงพอใจต่อการพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- สุรีย์ สมประดีกุล (2546). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน สมบูรณ์ คุณาธิคม และ ปรียานุช แยมวงษ์ (บรรณาธิการ). *เวชปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ* (หน้า 243-252). กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย (2548). แนวทางการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่องสไปโรเมตริย์. กรุงเทพฯ : ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- (2548). *แนวทางการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย*. (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2548). กรุงเทพฯ : ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ : สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อัมพรพรรณ ธีรานุตรและคณะ (2540). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง*. 5(2):41-46.
- อัมพรพรรณ ธีรานุตรและคณะ (2540). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารกรมการแพทย์*. 22(9):354-364.
- อัมพรพรรณ ธีรานุตร (2542). *โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- American Lung Association (2004). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Retrieved May 9,2011, from <http://www.lungusa.org>.
- Anderson,K.L. (1995). The effect of *Chronic obstructive pulmonary disease* on quality of life. *Research in Nursing and Health* 18(6):547-556
- Boot,C.R.L. (2004). Knowledge about asthma and COPD : associations with sick leave,health complaints,functional limitations,adaptation and perceived control. *Patient Education and Counseling* 52:257-262.
- Brashers,V.L. (2002). *Chronic obstructive pulmonary disease*. In *Clinical applications of pathophysiology : Assesment,diagnostic reasoning and management*.St.Louis : Mosby.
- British Thoracic Society (1997). *Pulmonary rehabilitation*. *Thorax*, 56, 827-834.
- Devito,A.J. (1990). Dyspnea during hospitalization for acute phase of illness as recalled by patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart &Lung* 19(1):186-191.
- Fabio Pitta et al (2005). Characteristics of physical Activities in Daily Life in COPD. *Am J Respir Crit Med* 171:972-977.
- Falk-Rafael,A.R. (2001). Empowerment as aprocess of evolving Consciousness : A model of Empowered Caring. *Advance Nursing Science* 24(1):1-16.
- Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (3), 354-361.

- (1995). The process of empowerment in mother of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210
- Jadranka S, Michel D.M & Alejandra G. (2006). Effect of Inposed Pursed-Lip Breathing on Respiratory Mechanics and Dyspnea at rest and during in COPD. *Chest* (19):640-650.
- John, L.M. (2001). Management of Dyspnea in patient with far-advanced lung disease: "Once I lose it, it's kind of hard to catch it". *JAMA*. 285(10):1331-1337.
- Malas et al. (2003). Cadiac or pulmonary dyspnea in patients admitted to the emergency department. *Respiratory Medicine* 97:1271-1281.
- Miller, J.F. (1992). Coping with chronic illness : Overcoming powerlessness. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia : F.A.Davis.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing : Concepts of Practice*. St. Louis : Mosby Year Book.:101.
- Orem, D.E, Taylor, S.G., Renpening, K.M. (2001). *Nursing : concepts of Practice*. St. Louis : Mosby Year Book.
- Sandford, A.J., and Silverman, E.K. (2002). Chronic obstructive pulmonary disease: Susceptibility factor for COPD the genotype-environment interaction. *Thorax* 57:736-741.
- Sassi-Dambrom, D.E., Eakin, E.G., Ries, and Kaplan, R.M. (1995). Treatment of dyspnea in COPD controlled clinical trial of dyspnea management strategies. *Chest* 107:724-729.
- Scherer Y.K., et al., (1997). The effect of pulmonary rehabilitation program on self-efficacy, perception of dyspnea and physical endurance. *Heart & Lung* 26(1):15-22.
- Sheahan, S.L., & Musialowski, R. (2001). Clinical implication of Respiratory system changes in aging. *Journal of Gerontological Nursing* 27(5):26-34.
- Supaporn Duanhpaeng (2002). Chronic dyspnea management of Thai adults with Chronic obstructive pulmonary disease. Dissertation, Doctoral dissertation, Nursing Science Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Tiep, B.L. (1997). Review : Disease management of COPD with pulmonary rehabilitation. *Chest* 112:1630-1659.
- Truesdell, S. (2002). Helping patients with COPD manage episodes of acute shortnees of Breath. *Medsurg Nursing* 9(4):178-182.
- Witta, K.M. (1997). COPD in the elderly : Controlling symptoms and improving quality of life. *Advance for Nurse Practitioner* 5(7):18-20, 22-23, 27, 72.
- Woo, K. (2000). A Pilot study to examine the relationships of dyspnea physical activity and fatigue in patients with COPD. *Journal of Clinica I Nursing* 9:526-533.