

การพัฒนารูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์

นงลักษณ์ จิระประภาพงศ์* พย.ม. (บริหารการพยาบาล)
 กัญญา สีนานอก** พย.บ. (พยาบาลศาสตร์)
 วิวัฒน์ เหล่าชัย*** พร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

(รับ: 29 กันยายน 2568, แก้ไข: 31 ตุลาคม 2568, ตอรับ: 30 พฤศจิกายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ดำเนินการ 3 ระยะ: (1) ศึกษาสถานการณ์ (2) พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ และ (3) ประเมินผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ 8 คน และพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 45 รูป เครื่องมือวิจัย คือ รูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองฯ มีค่าความตรงของเนื้อหา .93 เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง (3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต และ (4) แบบประเมินความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าความตรงของเนื้อหา .92, .96 และ .94 ตามลำดับ และมีค่า Cronbach's alpha coefficients .88, .92 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย (1) การคัดกรอง และการประเมิน (2) การให้ความรู้ และการแนะนำ (3) การสนับสนุนระดับการดูแล (4) การติดตามอย่างต่อเนื่อง การประเมินผลการใช้รูปแบบฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.85, p < .001$ และ $t = 11.79, p < .001$ ตามลำดับ) ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังใช้รูปแบบฯ ลดลงต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.35, p < .001$) แสดงว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพที่ดี สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการจัดการโรคเรื้อรังในบริบทที่มีความจำเพาะอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พระสงฆ์ รูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสงฆ์

Corresponding author; E-mail: nongluck.j43@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสงฆ์

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Development of a Self-Management Support Model for Elderly Buddhist Monks with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Priest Hospital

Nongluck Jiraprapapong*	M.N.S. (Nursing Administration)
Kungana seenanok**	B.N.S. (Nursing Science)
Wiwat Laochai***	Ph.D. (Applied Behavioral Research)

(Received: September 29, 2025, Revised: October 31, 2025, Accepted: November 30, 2025)

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a self-management support model for elderly Buddhist monks with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The study was conducted in 3 phases: (1) situation analysis; (2) model development and trial; (3) model evaluation. The purposive sample was recruited and consisted of 8 healthcare professional and 45 Buddhist monks with COPD. The research instrument was a self-management support model, yielding a content validity index of .93. Data collection tools consisted of (1) demographic data questionnaire; (2) self-management behavior assessment questionnaire; (3) quality of life questionnaire; and (4) COPD severity assessment questionnaire, yielding content validities of .92, .96, and .94, respectively, and Cronbach's alpha coefficients of .88, .92, and .90, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The research results revealed that the developed self-management support model for elderly monks with COPD consisted of (1) screening and assessment; (2) knowledge provision and counseling; (3) care level support, and (4) continuous monitoring. The model implementation demonstrated that the mean scores of self-management behaviors and quality of life of the monks were significantly higher than before using the model ($t = 8.85$, $p < .001$ and $t = 11.79$, $p < .001$, respectively). The severity of COPD after using the model was significantly decreased comparing to before using the model ($t = -4.35$, $p < .001$). The findings indicated that the developed model was effective and could be used as a guideline for the management of chronic diseases in other specific contexts.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Monks, Self-Management Support Model

* Professional Nurse Specialist, Priest Hospital Corresponding author; E-mail: nongluck.j43@gmail.com

** Professional Nurse Specialist, Priest Hospital

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Kasetsart University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคในระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลก¹ รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สถิติองค์การอนามัยโลกระบุว่าผู้ป่วยโรค COPD ที่มีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรงทั่วโลกมี 65 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 4 ล้านกว่าคน ในปี พ.ศ. 2555 หรือร้อยละ 6 เป็นลำดับที่ 4 ของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อทั้งหมดทั่วโลก และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มมากกว่าร้อยละ 30 คิดเป็นลำดับที่ 3 ของโลก² ในประเทศไทยจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ วันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2566 พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 1,655 ราย 1,824 ราย และ 2,463 ราย ตามลำดับ โดยมีผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล 10 ราย 25 ราย และ 23 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราเสียชีวิตผู้ป่วยในประมาณ 6.0, 13.7 และ 9.3 ต่อผู้ป่วยใน 1,000 ราย ตามลำดับ หรือเฉลี่ย 9.8 ต่อผู้ป่วยใน 1,000 ราย (0.98%) ทั้งนี้แม้อัตราเสียชีวิตอาจไม่สูงมาก แต่มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และส่วนใหญ่พบว่าอัตราการเสียชีวิตอยู่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป³ สถิติในโรงพยาบาลสงฆ์ พระสงฆ์อาพาธสูงอายุเข้ารับการรักษาโรค COPD ในปี พ.ศ. 2565 และ 2566 พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 83.7 ของพระสงฆ์อาพาธโรค COPD ทั้งหมดในโรงพยาบาลสงฆ์ ปี พ.ศ. 2564-2566 มีอัตราการเข้ารับบริการรักษาซ้ำใน 28 วัน (Re-visit) ร้อยละ 14.57, 15.88 และ 25.09 ตามลำดับ อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง (Re-admission) ปี 2564-2566 ร้อยละ 7.89, 9.09 และ 10.92 ตามลำดับ⁴ โดยปัจจุบันแนวโน้ม

พระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โรค COPD พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ อาการรุนแรงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดลมและเนื้อปอด โดยมีการทำลายผนังถุงลม มีการยืดขยายหรือถูกฉีกขาด ทำให้ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดเสียไป หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมถูกทำลายไปบางส่วน เกิดการอักเสบและหดเกร็งของหลอดลม ทำให้อุดกั้นทางเดินหายใจ ส่งผลให้การระบายอากาศภายในปอดหรือสมรรถภาพปอดลดลง ร่วมกับวัยสูงอายุมีการเสื่อมของร่างกาย รวมทั้งระบบทางเดินหายใจมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ส่งผลให้สมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุเสื่อมลงมากขึ้นกว่าวัยอื่นๆ⁵ เมื่อโรคกำเริบทำให้มีอาการเหนื่อยหอบ แบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลงส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง มีข้อจำกัดในการจัดการตนเองและเชื่อมั่นในความสามารถตนเองลดลง กลัวว่าจะเกิดการหอบเหนื่อยและหายใจลำบากมากขึ้นขณะออกแรง จึงทำให้หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่างๆ ถึงแม้ร่างกายสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้

ผู้ป่วยโรค COPD ที่มีการจัดการตนเองไม่ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลต่ออาการของโรค จากการทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมาของทีมดูแลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสงฆ์ (Patient Care Team: PCT) พบว่า สาเหตุหลักของการกลับมารักษาซ้ำ (Re-visit) และการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) เกิดจากพฤติกรรมจัดการตนเองไม่ถูกต้อง ได้แก่ การเลิกรุหรี่ไม่สำเร็จ การไม่บริหารร่างกาย การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมไม่ถูกวิธี และการดูแลสุขภาพทั่วไปที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้พระสงฆ์อาพาธได้รับยาเข้าสู่ปอดน้อย มีโอกาสติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เกิดการกำเริบอย่างรุนแรง จำเป็นต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำบ่อยครั้ง ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบ

สนับสนุนที่ครอบคลุมทั้งด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการตนเอง จึงมีความสำคัญต่อการลดอาการหายใจลำบาก⁷⁻⁸ ลดอัตราการกำเริบและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ⁹ แม้ว่าการดูแลพระสงฆ์อาพาธโรค COPD มีการพัฒนาการดูแลทางการแพทย์มาอย่างต่อเนื่อง แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยที่ผ่านมา ยังขาดรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับพระสงฆ์ที่บูรณาการความรู้ทางการแพทย์ เข้ากับหลักพระธรรมวินัยและบริบทของพระสงฆ์ โดยเฉพาะในกลุ่มพระสงฆ์อาพาธสูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดเฉพาะด้านทั้งพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค COPD ได้^{7,8} พระสงฆ์อาพาธโรค COPD จึงควรได้รับการสนับสนุนให้มีการจัดการตนเองอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง และเป็นรูปแบบที่ชัดเจน ตามแนวทางปฏิบัติการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease; GOLD (2023)¹

ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow และคณะ¹⁰ ซึ่งนำแนวคิดมาใช้ในผู้ป่วยโรค COPD ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹¹⁻¹⁴ โดยใช้กลยุทธ์ 5 เอ (5 A's Behavior Change Modal Adapted for Self-Management Support) ที่เหมาะสมสำหรับพยาบาลในการสนับสนุน ส่งเสริมการจัดการตนเองของพระสงฆ์อาพาธ ให้มีความมั่นใจ มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อควบคุมอาการของโรคหรือภาวะต่างๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ พร้อมทั้งชะลอภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กลยุทธ์ 5 A's

ประกอบด้วยหลักการดูแล 5 ประการ 1) การประเมิน (Assess) ภาวะสุขภาพ ความเชื่อ แรงจูงใจ รวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อค้นหาปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยที่เป็นปัญหา อุปสรรคที่เป็นข้อจำกัดต่อการเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการตนเอง 2) การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) ให้ความรู้ คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสารที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคและความต้องการ 3) การยอมรับ (Agree) การวางแผนการดูแล การตั้งเป้าหมายร่วมกันที่เป็นไปได้ระหว่างพระสงฆ์อาพาธ และทีมสุขภาพ กำหนดแผนปฏิบัติที่ชัดเจนเหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ 4) การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) การเลือกสรรกลวิธีที่เหมาะสมให้กับพระสงฆ์อาพาธ การประเมินจากระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) ให้ความรู้ ฝึกทักษะ ค้นหาแหล่งประโยชน์ แนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เสริมทักษะการจัดการกับปัญหา รวมทั้งช่วยปรับเปลี่ยนการจัดการตนเองที่ยังเป็นปัญหาสุขภาพ และ 5) การติดตามประเมินผล (Arrange) กระตุ้น ชี้แนะ ให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เป็นวิธีการส่งเสริมให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จ บูรณาการเข้ากับบริบทการดูแลพระสงฆ์อาพาธในโรงพยาบาลสงฆ์ ร่วมกับแนวคิดการพัฒนารูปแบบการดูแลในประเทศไทย¹⁵ เพื่อพัฒนารูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD โดยมุ่งหวังให้เป็นแนวทางที่ชัดเจน เพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเอง ลดการกำเริบของโรค และยกระดับคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์อาพาธได้อย่างยั่งยืน

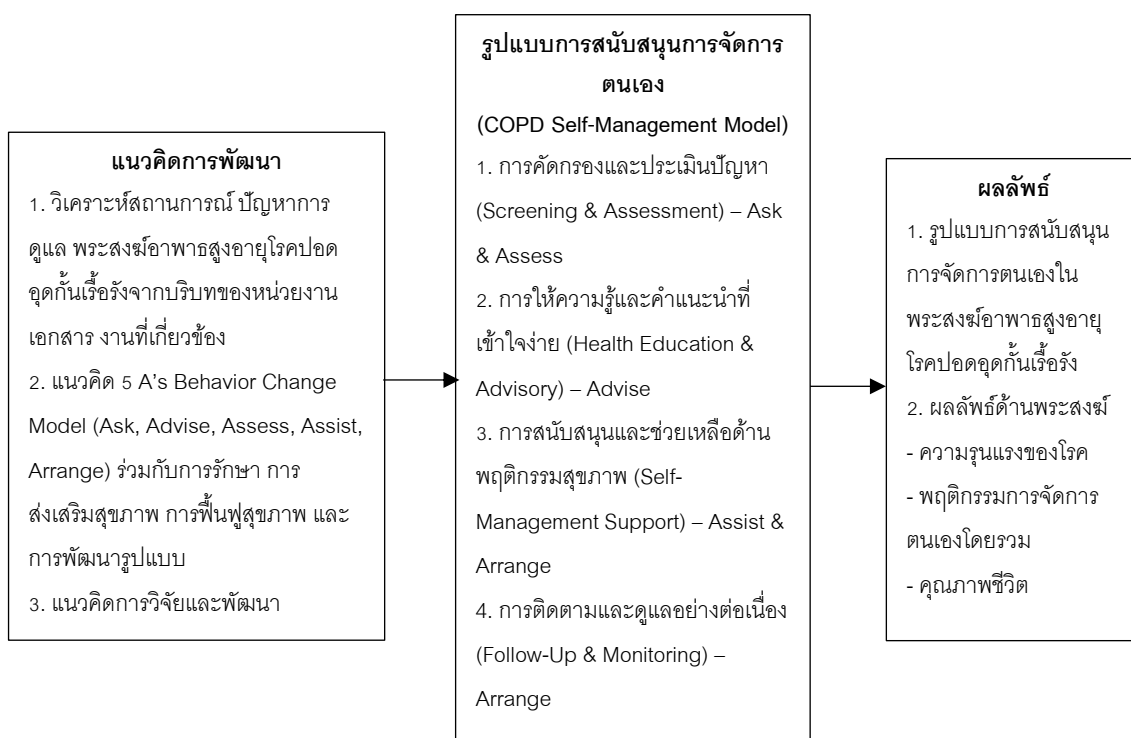
วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์

กรอบแนวคิด

การวิจัยและพัฒนานี้ ใช้แนวคิด 5 A's Behavior Change Model¹⁰ ซึ่งประกอบด้วย Ask (การสอบถามและประเมิน) Advise (การให้คำแนะนำ) Assess (การประเมินความพร้อม) Assist (การให้ความช่วยเหลือ) และ Arrange (การจัดระบบติดตาม) ร่วมกับการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการดูแลพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD บูรณาการกับแนวทาง

พัฒนารูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเอง¹⁵ และกระบวนการวิจัยและพัฒนาตามแนวคิดการพัฒนาสถานการณ์ (Situation คุณภาพอย่างต่อเนื่อง¹⁶ มีขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ Analysis) 2) การพัฒนารูปแบบบริการ (Development) 3) การนำรูปแบบไปใช้ (Implementation) และ 4) การประเมินผลสัมฤทธิ์ของการใช้รูปแบบ (Evaluation) และเชื่อมโยงกับการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์ ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขา

วิชาชีพ ที่รับผิดชอบดูแลพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และ พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย

1) บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ 8 คน เป็นบุคลากรที่รับผิดชอบดูแลพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มีประสบการณ์ทำงาน 5 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน และนักโภชนาการ 2 คน เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาสถานการณ์ปัญหา และความต้องการ

2) พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ มี 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ จำนวน 10 รูป มีสติสัมปชัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้ และมีความสมัครใจเข้าร่วมการให้ข้อมูล 2) กลุ่มที่ได้รับการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น นำร่องจำนวน 5 รูป และ 3) กลุ่มประเมินผลการใช้รูปแบบ 30 รูป โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 3.1) พระสงฆ์ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3.2) อายุ 60 ปีขึ้นไป 3.3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ 3.4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมที่รุนแรง และ 3.5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) พระสงฆ์อาพาธที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ อัตราการหายใจ > 24 ครั้ง/นาที มีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้น หายใจแบบห่อปาก ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ 2) SpO₂ < 90% ไอบหรือมีเสมหะเพิ่มขึ้น แน่นหน้าอก หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน อาการรุนแรงจนไม่สามารถประกอบกิจของสงฆ์หรือทำกิจกรรมตามรูปแบบได้ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย และ 3) มีความประสงค์ต้องการออกจากการศึกษา

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis กำหนดให้ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.56 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และ Power $(1-\beta) = 0.80$ ได้ขนาด

กลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ เลขที่ 07/2567 รับรอง ณ วันที่ 27 สิงหาคม 2567 พัทธกสิติกกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างดำเนินการกิจกรรมการวิจัย หากตัวอย่างมีอาการเหนื่อย หรือรู้สึกไม่สบาย ให้มีการหยุดพัก ผ่อนคลาย จนกว่าอาการดีขึ้น และมีความพร้อมที่จะดำเนินการวิจัยต่อไป พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของตัวอย่างในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ตัวอย่างยังได้รับการรักษาตามมาตรฐาน และผู้วิจัยชี้แจงว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยและนำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ รายละเอียด ดังนี้

1. **เครื่องมือดำเนินการวิจัย** ได้แก่ รูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสงฆ์ และคู่มือการจัดการตนเอง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI 0.93 พัฒนามาตามกรอบแนวคิด 5 A's Behavior Change Model ของ Glasgow และคณะ (2006)¹⁰ ร่วมกับการสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการดูแลพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD เพื่อให้ข้อมูลความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการป้องกัน

การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ภายหลังการนำ COPD-Self Management Model ไปทดลองใช้ เบื้องต้นกับพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD ผู้วิจัย ได้นำผลลัพธ์และข้อเสนอแนะมาวิเคราะห์และปรับปรุง จนได้เป็น รูปแบบ COPD-Self Management Model ฉบับสมบูรณ์ ซึ่งมีโครงสร้างครอบคลุม 4 ด้านตาม แนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (ตารางที่ 1) และมีการจัดระดับการดูแลตามศักยภาพของ พระสงฆ์ ได้แก่ 1) กลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้ 2) กลุ่มที่ต้องการการช่วยเหลือบางส่วน และ 3) กลุ่มที่ ต้องการการดูแลใกล้ชิด โดยรูปแบบนี้ ใช้เวลา 8 สัปดาห์ มี 5 กิจกรรม คือ 1) การประเมินและให้ คำแนะนำรายบุคคล 2) การฝึกปฏิบัติ 3) การส่งเสริม สุขภาพ 4) การติดตามต่อเนื่อง และ 5) การสนับสนุน ด้านโภชนาการ โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินและให้คำแนะนำ รายบุคคล ตามแนวทาง 5 A's เพื่อวิเคราะห์สภาพ ปัญหาและวางแผนการดูแลเฉพาะราย ดำเนินการ ระหว่างรอพบแพทย์ ก่อนเข้าห้องตรวจ ใช้เวลา 30 นาที

กิจกรรมที่ 2 การฝึกปฏิบัติ เช่น การใช้ยา พ่นอย่างถูกต้อง การฝึกหายใจแบบ pursed-lip และ

การบริหารปอดเพื่อเพิ่มสมรรถภาพการหายใจ ดำเนินการหลังจากพบแพทย์และระหว่างรอรับยา ใช้ เวลา 10-15 นาที

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การ จัดกิจกรรมเลิกลุหรี่ การบริหารร่างกายที่เหมาะสม และการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ดำเนินการหลังให้คำแนะนำ หลังการรับยา ใช้เวลา 10 นาที

กิจกรรมที่ 4 การติดตามต่อเนื่อง ผ่านการ เยี่ยมวัด การโทรศัพท์สอบถามอาการ และการส่ง ข้อความเตือนเพื่อเสริมแรงใจ การโทรศัพท์ใช้เวลา 5-7 นาทีต่อครั้ง การส่งข้อความเตือน ผ่านการ พิจารณารายละเอียด ความเหมาะสมและความ เป็นไปได้จากการสัมภาษณ์พระสงฆ์อาพาธแล้ว ส่วนการเยี่ยมวัดเพื่อสอบถามการปฏิบัติตามแนวทาง ของรูปแบบฯ ใช้เวลา 20-30 นาที

กิจกรรมที่ 5 การสนับสนุนด้านโภชนาการ ให้คำแนะนำการเสริมโปรตีนและการจัดมื้ออาหารให้ สอดคล้องกับวิถีชีวิตพระสงฆ์ โดยนักโภชนาการให้ ความรู้ระหว่างรอรับยาหรือหลังพบแพทย์ ใช้เวลา 10 นาที

ตารางที่ 1 รูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แยกตามศักยภาพ ของพระสงฆ์

ด้าน	กิจกรรม	กลุ่มที่ 1 สามารถดูแลตนเองได้	กลุ่มที่ 2 ต้องการช่วยเหลือบางส่วน	กลุ่มที่ 3 ต้องการดูแลใกล้ชิด
1. Ask & Assess การคัดกรองและประเมิน	- ใช้ COPD Assessment - แบบประเมิน CAT และ mMRC - แบ่งระดับการดูแล	ประเมินตนเองได้ ใช้ Passport ได้	ประเมินร่วมกับบุคลากร	ประเมินโดยบุคลากรใกล้ชิด
2. Advise ให้ความรู้และคำแนะนำ	- คู่มือดูแลตนเอง - อบรมเรื่องยาพ่น บริหารปอด โภชนาการ เลิกลุหรี่	ส่งข้อมูลผ่าน Line และวิดีโอดิจิทัล	จัดอบรมกลุ่มย่อยร่วมกับพระภิกษุ/ภิกษุณี/พระลูกวัด/ญาติ	สอนแบบตัวต่อตัว พร้อมอุปกรณ์ช่วยเตือนในกุฏิ

ตารางที่ 1 รูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แยกตามศักยภาพของพระสงฆ์ (ต่อ)

ด้าน	กิจกรรม	กลุ่มที่ 1 สามารถดูแลตนเองได้	กลุ่มที่ 2 ต้องการช่วยเหลือบางส่วน	กลุ่มที่ 3 ต้องการดูแลใกล้ชิด
3. Assist & Arrange การสนับสนุนและช่วยเหลือ	- ไลน์โทรศัพท์ ติดตามอาการ - เยี่ยมวัด ส่งยา อาหารเสริม - โปรตีนสำหรับที่ขาดสารอาหาร - คลินิกเลิกบุหรี่ - พระต้นแบบสร้างแรงบันดาลใจเลิกบุหรี่	- สนับสนุนผ่านสื่อ - ดิจิทัล การเข้าถึงสื่อ - ความรู้ทาง You tube - และจัดวัคซีนประจำปี	- เยี่ยมติดตามทุก 2 - เดือนโดยทีมพยาบาล	- ทีมสหวิชาชีพถวาย - คำแนะนำที่ - โรงพยาบาล และ - เยี่ยมวัด
4. Follow-Up & Monitoring การติดตามต่อเนื่อง	- ติดตามผ่านไลน์โทรศัพท์ - แจ้งเตือนฝึกบริหารปอด - พระศิลาบุญฐานามีส่วนร่วม	- รายงานสุขภาพด้วย - ตนเองผ่านไลน์	- โทรติดตาม สังเกต - อาการ	- เยี่ยมวัดรายเดือน - ร่วมกับเจ้าอาวาสและ - พระศิลาบุญฐานา

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) พระสงฆ์อาพาธโรค COPD เกี่ยวกับการรับรู้สถานการณ์ในการดูแลสุขภาพ การดูแลตนเองที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันโดยเน้นด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ปัญหาที่พบ การสนับสนุนที่ได้รับ และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสม

2) การสนทนากลุ่ม (Focus group) กับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD แนวทางการสนทนา ได้แก่ ความท้าทายในการดูแลพระสงฆ์อาพาธ COPD ระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ข้อจำกัดที่พบ บทบาทของทีมนสหวิชาชีพในการดูแล และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสม

2.2 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ประเมินความเหมาะสมและทดลองใช้รูปแบบ

1) แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ประเมิน ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความครบถ้วนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สำหรับพระสงฆ์อาพาธ 5 รูป ที่เข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพการใช้รูปแบบ ความสะดวก และข้อจำกัดที่พบ

3) แบบบันทึกการทดลองใช้รูปแบบ เช่นความร่วมมือในการปฏิบัติ อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

2.3 ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบฯ

1) แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป (อายุ ระยะเวลาบวช การศึกษา ดัชนีมวลกาย) ประวัติโรค COPD (ความรุนแรง ระยะเวลา การรักษา)

2) แบบประเมินระดับความรุนแรงของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม หรือการประเมินการหายใจลำบาก (Medical research council dyspnea scale: mMRC)¹⁷ แบ่งระดับการหายใจลำบาก 0-4 คะแนน จากน้อยไปมาก คะแนนยิ่งมากยิ่งมีความรุนแรง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ค่า CVI=0.94 ค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้ในพระสงฆ์อาพาธ 20 รูป ค่าความเชื่อมั่น

Cronbach's Alpha Coefficient=0.90

3) แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง¹⁸ มี 9 ด้าน 40 ข้อ คำตอบเป็นการประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลพฤติกรรมจัดการตนเอง เป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 40-67 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 68-133 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 134- 200 หมายถึง ระดับสูง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ค่า CVI=0.92 ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient=0.88

4) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (CAT Score)¹⁹ จำนวน 8 ข้อ ครอบคลุมอาการทางกาย ผลกระทบต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ความมั่นใจในการออกนอกบ้าน และคุณภาพการนอนหลับ มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 5 แปลผล ดังนี้ คะแนน 0-10 แสดงว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากโรคน้อย คะแนน 11-20 แสดงว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบในระดับปานกลาง คะแนน 21-30 แสดงว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบมาก คะแนน 31-40 แสดงว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงมาก ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ค่า CVI=0.96 ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient=0.92

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยและพัฒนานี้ มี 3 ระยะ ดำเนินการ ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์
ดำเนินการ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค ในการดูแล พระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD รวมถึงแนวทางการดูแลในโรงพยาบาลสงฆ์ จากมุมมองของสหวิชาชีพ และพระสงฆ์ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) พระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD 10 รูป ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยคำถามปลายเปิดที่มุ่งเน้นประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ ปัญหาที่พบ และข้อเสนอแนะในการ

พัฒนารูปแบบการดูแล และ 2) บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ 8 คน สอนหนักกลุ่ม ในประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นปัญหาในการดูแล ข้อจำกัดระบบบริการ และ ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบฯ

ระยะที่ 2 การพัฒนา ประเมินความเหมาะสมและทดลองใช้รูปแบบ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567-เดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยใช้กรอบแนวคิด 5 A's¹⁰ บูรณาการร่วมกับแนวทางการพัฒนารูปแบบฯ¹⁶ แนวทางพัฒนารูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเอง¹⁵ และโครงสร้างการดูแลที่มีอยู่ รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมความเป็นไปได้ ครอบคลุม ความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ความชัดเจน และความยืดหยุ่นในการนำไปใช้ในบริบทจริง พบว่า รูปแบบมีความเหมาะสมและนำไปใช้ได้ มีการทดลองใช้เบื้องต้นกับพระสงฆ์อาพาธ 5 รูป เพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริงในระยะต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบฯ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เดือนเมษายน พ.ศ. 2568 เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบฯ โดย 1) เก็บข้อมูลพื้นฐาน ประเมินความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ คุณภาพชีวิต (CAT Score) ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ และ 2) ดำเนินการตามรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้น เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจัดกลุ่มเนื้อหา สรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิต (CAT Score) ก่อนและหลังการทดลอง ใช้รูปแบบฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์รูปแบบการจัดการตนเองของพระสงฆ์อาพาธโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พบว่า โรงพยาบาลสงฆ์มีบุคลากรที่มีความพร้อม มีศักยภาพ การดูแลพระสงฆ์อาพาธโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นแบบสหวิชาชีพ โดยมีจุดแข็งที่การดำเนินงานเป็นระบบและใช้แนวทางมาตรฐาน ขณะที่การจัดการตนเองของพระสงฆ์อาพาธโรค COPD ยังมีช่องว่าง สะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของพระสงฆ์ที่ครอบคลุม เพื่อสนับสนุนพระสงฆ์ให้สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น โดยประเด็นสำคัญหรือข้อจำกัดที่พบ ได้แก่

ประเด็นที่ 1 ข้อจำกัดด้านร่างกายและจิตใจ พระสงฆ์มีอาการไอเรื้อรัง เสมหะมาก หอบเหนื่อย สมรรถภาพปอดต่ำ ร่วมกับความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองต่ำ และกลัวอาการกำเริบ ทำให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจกระตุ้นอาการ

ประเด็นที่ 2 ข้อจำกัดจากบริบทในวัด ขาดผู้ดูแลหลัก สภาพแวดล้อมมีฝุ่นควัน และข้อจำกัดในการเดินทาง โดยเฉพาะในกรณีฉุกเฉิน

ประเด็นที่ 3 ปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมสุขภาพ ใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ ขาดยาจากการลืมนัดหรือหยุดยาเอง สืบสนจากการใช้ยาหลายชนิดเนื่องจากมีโรคร่วมหลายโรค

ประเด็นที่ 4 มุมมองและข้อเสนอจากทีมสุขภาพ บางรูปไม่ยอมรับการสอนซ้ำเรื่องการใช้อาพ่น เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องเวลามาโรงพยาบาล

ประเด็นที่ 5 ความต้องการเฉพาะ ต้องการอุปกรณ์ช่วยหายใจที่ใช้ได้ในวัด อาหารเสริมโปรตีน

2. รูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองฯ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ การรักษา (Management & Treatment) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) สอดคล้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า พระสงฆ์อาพาธมีระดับความสามารถในการจัดการตนเองที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน จึงแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้ กลุ่มที่ต้องการช่วยเหลือบางส่วน และกลุ่มที่ต้องการการดูแลใกล้ชิด การจำแนกระดับนำไปสู่การออกแบบกิจกรรมและแนวทางการดูแลแต่ละกลุ่ม รูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองฯ ประกอบด้วย 4 ด้านสำคัญ ได้แก่

ด้านที่ 1 การคัดกรองและประเมิน (Ask & Assess) ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และจำแนกระดับการดูแล นำไปสู่การให้คำแนะนำรายบุคคล

ด้านที่ 2 การให้ความรู้และคำแนะนำ (Advise) มี “คู่มือการดูแลตนเอง” และโปรแกรมถวาคำแนะนำเฉพาะเรื่อง โดยเน้น การใช้ยาพ่น การบริหารปอด โภชนาการ และการเลิกบุหรี่

ด้านที่ 3 ด้านสนับสนุนและช่วยเหลือ (Assist & Arrange) เพิ่มช่องทางการสื่อสาร จัดหน่วยเยี่ยมพระสงฆ์อาพาธที่วัด บริการส่งยา และโปรแกรมอาหารเสริมโปรตีน

ด้านที่ 4 การติดตามต่อเนื่อง (Follow-Up & Monitoring) มีกลไกในการขับเคลื่อนและประเมินผลจากการติดตามสุขภาพรายบุคคลผ่านช่องทางไลน์หรือโทรศัพท์ ตามระยะเวลาที่กำหนด

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

3.1 ข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD 30 รูป ส่วนมากอยู่ในกลุ่มอายุ 60-65 ปี อายุพรรษามากที่สุดอยู่ในช่วง 11-20 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.33 ค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 50 เล็กสูบนบุหรี่ ร้อยละ 66.67 ศึกษาระดับนักธรรมตรีและเอกเท่ากัน ร้อยละ 33.33 ระยะเวลาที่เป็นโรค COPD อยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 76.66 การรักษาใช้ยาพ่นขยายหลอดลมและยาตนเอง ร้อยละ 73.33 มีประวัติเข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาล ร้อยละ 80.00 ไม่เคยติดเชื้อโควิด ร้อยละ 56.67 ไม่มีการเข้ารับการรักษาก่อนที่แผนกฉุกเฉินก่อนเวลานัดปกติ ร้อยละ 56.67 เวลา 1 ปีที่ผ่านมาไม่

มีอาการหายใจลำบากต้องนอนพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 70.00 มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ 2 ร้อยละ 63.33

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การจัดการตนเอง คุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ และ ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า หลังใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 8.85, $p < .001$ และ t 11.79, $p < .001$ ตามลำดับ) ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังใช้รูปแบบฯ ลดลงต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t -4.35, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง คุณภาพชีวิต และความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (n=30)

รายการ	ก่อนใช้รูปแบบฯ		หลังใช้รูปแบบ		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. พฤติกรรมการจัดการตนเอง	163.56	10.52	185.20	8.27	8.85	< .001*
2. คุณภาพชีวิต	14.13	5.94	9.23	4.76	11.79	< .001*
3. ความรุนแรงของโรค	1.90	.80	1.50	.68	-4.35	< .001*

*p < .05

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามระยะการพัฒนาคือ

1) สถานการณ์การดูแลพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD พบว่าจุดแข็งด้านศักยภาพสหวิชาชีพ และมีความพร้อมในการให้บริการผู้ป่วยที่เน้นถึงความสำคัญของการบูรณาการของสหวิชาชีพ ครอบคลุมทั้งการรักษา การให้คำแนะนำ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิด Integrated Care Model²⁰ และ Nici L และคณะ²¹ ซึ่งว่าการดูแลแบบบูรณาการและต่อเนื่อง ลดอัตราการรักษาซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน²² ผลการศึกษาพบความ

ท้าทาย คือ พระสงฆ์อาพาธสูงอายุมีอุปสรรคในการจัดการสุขภาพตนเองหลายด้าน สะท้อนถึงข้อจำกัดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิด Self-Care Deficit Nursing Theory ของ Orem²³ ที่อธิบายว่าผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดจำเป็นต้องได้รับระบบสนับสนุนจากภายนอกเพื่อเติมเต็มความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sundh J และคณะ²⁴ ที่ว่าผู้ป่วย COPD ที่มีโรคร่วมหลายโรคมักมีคุณภาพชีวิตต่ำลง และเผชิญปัญหาในการจัดการสุขภาพตนเอง ผลการวิจัยยังพบว่า พระสงฆ์มีความต้องการโดยเฉพาะเครื่อง

พยาที่ใช้ได้ในกฎเพื่อช่วยลดอาการเหนื่อยหอบ และอาหารเสริมโปรตีนเพื่อชดเชยข้อจำกัดด้านโภชนาการ สอดคล้องกับงานของ Soo Hoo GW และคณะ²⁵ ที่ระบุว่าผู้ป่วย COPD จำนวนมากประสบปัญหาทุพโภชนาการและสมรรถภาพปอดลดลง การได้รับการสนับสนุนด้านโภชนาการและอุปกรณ์การแพทย์ที่เหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิต อีกทั้งยังสนับสนุนข้อค้นพบของ Paneroni และคณะ²⁶ ที่ยืนยันว่าการจัดหาอุปกรณ์ช่วยหายใจและโภชนาบำบัดช่วยลดอัตราการกำเริบและเพิ่มสมรรถภาพร่างกายในผู้ป่วย COPD ได้อย่างมีนัยสำคัญ

2) รูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองในพระสงฆ์อาพาธสูงอายุโรค COPD มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) Ask & Access มีการแบ่งระดับของพระสงฆ์อาพาธโรค COPD เพื่อจัดระบบการดูแลตามความต้องการ 2) Advise จัดการอบรมถวายความรู้ที่สำคัญตอบปัญหาเฉพาะบุคคล พร้อมสื่อการเรียนรู้สร้างความตระหนัก เป็นกลยุทธ์ในการยกระดับการบริการตามความต้องการของผู้ป่วย ข้อค้นพบที่พระสงฆ์บางรูปยังใช้ยาพ่นผิดวิธี ด้วยการสอน สาธิตการใช้ยาพ่นซ้ำๆ โดยเภสัชกรและประเมินซ้ำโดยทีมพยาบาลปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมาตามนัด การทำวิดีโอสั้นประกอบภาพ การจัดทำคู่มือการใช้ยาพ่น และการใช้ระบบเตือนผ่าน Line official ช่วยเพิ่มความถูกต้องและความสม่ำเสมอในการใช้ยา 3) Assist & Arrange ยกระดับการบริการเชิงรุก ทั้งการติดตามผ่านช่องทางต่างๆ และการเยี่ยมวัด เพื่อประเมินการดูแลตนเองและหาวิธีการสนับสนุนเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับบริบทการเจ็บป่วย และ 4) Follow-up & Monitoring มีกลไกเพื่อประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบที่ได้รับเกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ Jiang X และคณะ (2022)²⁷ ที่ประยุกต์ใช้โมเดล 5 A's ในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย COPD พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมี

ทักษะการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และยังสอดคล้องกับรายงาน GOLD (2023)¹ ที่เน้นระบบการดูแล COPD ครอบคลุมทั้งการประเมิน ให้ความรู้ สนับสนุนการจัดการตนเอง และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3) ประสิทธิผลของรูปแบบฯ ที่ครอบคลุมทั้ง 3 มิติ ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิต ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ 5 A's สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต่อเนื่องและเป็นระบบ สอดคล้องกับงานวิจัยของราเชนทร์ สุโท (2023)⁷ ที่นำกลยุทธ์ 5 A's สนับสนุนให้ผู้ป่วย COPD มีพฤติกรรมและความสามารถในการจัดการตนเองได้ดีขึ้น ช่วยลดอาการหายใจลำบากได้ Jiang และคณะ²⁷ ยืนยันว่าโปรแกรมการจัดการตนเองโดยอิง 5 A's เพิ่มการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย COPD อย่างชัดเจน กิจกรรมสำคัญในการวิจัยนี้ได้แก่ การให้ความรู้ผ่านสื่อที่เหมาะสมกับพระสงฆ์ เช่น คู่มือภาพ วิดีโอสั้น และการสอนซ้ำแบบตัวต่อตัว การฝึกการบริหารปอดอย่างง่าย เช่น การฝึกหายใจเข้าและลึก (pursed-lip breathing) และการบริหารปอดด้วยท่ากายภาพบำบัด สอดคล้องกับ Paneroni และคณะ²⁶ ที่พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการออกกำลังกายแบบง่ายช่วยให้ผู้ป่วย COPD ลดอาการเหนื่อยหอบและเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันได้ การออกแบบกิจกรรมแบบยืดหยุ่น เช่น แบบบันทึกสุขภาพรายสัปดาห์ และการติดตามผ่าน Line official หรือการเยี่ยมวัดของทีมสุขภาพ ช่วยให้การจัดการตนเองมีความต่อเนื่อง คุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ดีขึ้นหลังการใช้รูปแบบ สะท้อนให้เห็นถึงประโยชน์ของระบบสนับสนุนที่บูรณาการและสอดคล้องกับวิถีสงฆ์ งานของ Sundh และคณะ²⁴ ชี้ว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วย COPD ไม่ได้ขึ้นกับความรุนแรงของโรค แต่ยังขึ้นกับระบบสนับสนุนด้านสุขภาพและสังคมที่เหมาะสม การมี

เครื่องพ่นยา อาหารเสริมโปรตีน และการมีพระคิลานุปัฏฐากดูแลในกิจกรรมประจำวันเป็นปัจจัยสำคัญสนับสนุนคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ 1) แรงจูงใจภายในของพระสงฆ์ โดยเฉพาะผู้ที่เคยเข้ารับการรักษามีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อน มีเจตคติเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพ และมุ่งมั่นปฏิบัติตามคำแนะนำ 2) การมีส่วนร่วมของพระคิลานุปัฏฐากเป็นกลไกสนับสนุนรายวัน ทั้งการเตือน ให้อาหาร ฝึกหายใจ และช่วยบันทึกข้อมูล 3) การสนับสนุนจากเจ้าอาวาส ช่วยให้กิจกรรมสามารถดำเนินการในวัดได้สะดวก และไม่ขัดกับกิจสงฆ์ 4) การออกแบบกิจกรรมที่ยืดหยุ่นและเป็นมิตร เช่น ใช้สื่อที่เข้าใจง่าย มีวิดีโอสั้น การอบรมที่ใช้เวลาไม่มาก และภาษาที่เหมาะสมกับวิถีสงฆ์ ขณะที่ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ 1) วัดที่ไม่มีพระคิลานุปัฏฐาก หรือบุคคลหลักในการดูแลพระอาพาธ ทำให้การปฏิบัติตามกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ 2) ข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี โดยเฉพาะในพระสงฆ์สูงอายุที่ไม่มีสมาร์ตโฟน หรือใช้ไลน์ไม่ได้

สรุปผลการวิจัย รูปแบบการสนับสนุนการ

จัดการตนเองโดยบูรณาการแนวคิด 5 A's Behavior Change Model ลดความรุนแรงของโรค ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ ซึ่งเป็นความสำคัญของการออกแบบระบบการดูแล ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตอบสนองต่อบริบททางวัฒนธรรมและสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ ควรส่งเสริมการขยายผลรูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลสงฆ์หรือสถานพยาบาลที่มีการดูแลพระสงฆ์อาพาธ โดยเน้นการจัดการตนเองเฉพาะรายตามบริบทการเจ็บป่วย และเผยแพร่องค์ความรู้ไปยังพระสงฆ์เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน

2. การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลลัพธ์ของรูปแบบในระยะยาว (6 เดือน-1 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบ พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจของพระสงฆ์เพื่อนำไปปรับปรุงรูปแบบต่อไป

Reference

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]. <http://www.goldcopd.org/> 2023
2. World Health Organization (WHO). Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach. Geneva: WHO; 2012.
3. Health Data Center (HDC), Ministry of Public Health. Report on the situation of chronic obstructive pulmonary disease 2021-2123. Bangkok: Ministry of Public Health; 2023.
4. Priest Hospital. Report of COPD patient statistics 2021–2023. Bangkok: Priest Hospital; 2023. Thai.
5. Li J, Sun S, Tang R, Qiu H, Huang Q, Mason TG, et al. Major air pollutants and risk of COPD exacerbations: a systematic review and meta-analysis. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2020;15:2889–2902.

6. Wang C, Xu J, Yang L, Xu Y, Zhang X, Bai C, et al. Prevalence and risk factors of chronic obstructive pulmonary disease in China (the China Pulmonary Health [CPH] study): a national cross-sectional study. *Lancet*. 2018;391(10131):1706–17.
7. Rachen Sutho, Sunida Preechawong. The effect of the 5A self-management program on dyspnea in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Nurs Res Inno J*. 2023;29(3):379-92. Thai.
8. Umaporn Sonpanya, Pornanan Domthong, Wanna Piyasawetkul, Piches Ruangsuksud, Anucha Taiwong. The effect of self-management program on pulmonary function in chronic obstructive pulmonary disease, Khon Kaen Hospital. *Academic Journal of Nursing and Health Science*. 2023;3(2):114-26. Thai.
9. Punasee S, Taiwong A, Juntakam S, Dana K, Anseekaew P. The Effects of a Self-Management Program Combined with Social Support from Family on Dyspnea Management Ability and Clinical Outcomes in Readmitted Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*. 2025;43(2):1-15. Thai.
10. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. *Health Promot Int*. 2006;21(3):245–55.
11. Lenferink A, Brusse-Keizer M, van der Valk PD. Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database systematic review*. 2017; 8:CD011682. doi:10.1002/14651858.CD011682pub2
12. Schrijver J, Lenferink A, Brusse-Keizer M, Zwerink M, van der Valk PD, Job van der Palen, et al. Self-management interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Jan 10;1(1):CD002990.doi: 10.1002/14651858.CD002990.pub4.
13. Nootcharat Chantaro; Natenapha Khupantawee, Tippamas Chinnawong. Effect of Self-Management Support Program on Ability to Manage Symptom and Dyspnea Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2018; 38(3):25-37. Thai.
14. Atchanat Wangsom. Dyspnea management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic*. 2016;27(1):2-12. Thai.
15. Luangrattanam L. Development of a self-management support model for patients with chronic diseases. *Thai Nurs J*. 2022;34(2):45–60. Thai.
16. Deming WE. PDCA cycle: a quality approach. Cambridge (MA): MIT; 1993.
17. Perez T, Burgel PR, Paillasseur JL, Caillaud D, Deslée G, Chanez P, et al. Modified Medical Research Council scale vs Baseline Dyspnea Index to evaluate dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015;10:1663–72.

18. Wiwat Laochai, Pleonta Pipatsombat, Nongluck Jiraprappong, Ponmalia Sangsena, Rungrote Salub. Effects of a self-management program on self-care behaviors among Buddhist monks with hypertension. *Police Nurs J.* 2021;13(2):326–35. Thai.
19. Pothirat C, Kiatboonsri S, Chuchottaworn C. Validation of the new COPD assessment test translated into Thai in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Pulm Med.* 2014;14:193.
20. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care.* 2002;2:e12.
21. Nici L, ZuWallack R. An official American Thoracic Society workshop report: Integrated care of the patient with chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Am Thorac Soc.* 2019; 16(7): 806–14.
22. Pornwipa Yasamut, Wipaphun Meamma, Pisamai Srisuwannophakul, Chortip Promarat, Nuntana Wongprom, Aroonwadee Chotinun. Improving Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Holistic and All-Dimensional by the Participation of Health Service Network, Ban Hong District, Lamphun Province. *Journal of Health Science.* 2020; 29(2): 281-92. Thai.
23. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice.* 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
24. Sundh J, Ekström M, Larsson K. Patients with COPD and multimorbidity report lower quality of life and increased symptom burden. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2021;16:229–39.
25. Soo Hoo GW, Santiago S, Williams AJ. Nutritional status and health outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Nutr Clin Pract.* 2020;35(3):455–69.
26. Paneroni M, Simonelli C, Vitacca M, Ambrosino N. Aerobic exercise training and nutritional support in patients with COPD: Effects on exercise capacity and quality of life. *Respir Med.* 2019;150:128–34.
27. Jiang X, Guo Y, Zhang H, Wang Y. Application of the 5A's Behavior Change Model to improve self-management and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Educ Couns.* 2022;105(5):1125–32.