

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน
ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด
The Development of Management Model in Community
at Tha Hat Yao Sub-District Phon Sai District Roi-Et Province

Received: May 7, 2021
Revised: Jul 5, 2021
Accepted: Jul 23, 2021

สิริวิชัย ศรีคำภา พย.ม. (Siravit Srikhampha, M.S.N.)¹
สุทธิพร มุลศาสตร์ ส.ด. (Sutteepon Moolsart, Dr.P.H.)²
กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา ปร.ด. (Kitsanaporn Tipkanjanaraykha, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: การจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนมีความสำคัญในการค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงและช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย: การวิจัยและพัฒนาโมเดลวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน พัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน และศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ดูแล จำนวน 15 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ แกนนำชุมชน และผู้ประกอบการท่าทราย จำนวน 15 คน และระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 243 คน ซึ่งถูกสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ และกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองจำนวน 30 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 15 คน ทั้งสองกลุ่มถูกสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม 2) แนวทางการระดมสมอง 3) แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .83 และ .97 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .81 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบที และสถิติทดสอบวิลคอกซันไชน์แรงค์และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

¹นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, E-mail: siravit2522.sri@gmail.com

²รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์ ประจำสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, E-mail: sutteepon@yahoo.com

³Corresponding author: อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: kitsanaporn.t@bcn.ac.th

^{1,2}School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand.

³Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok institute, Thailand

ผลการวิจัย: พบว่า 1) ปัญหาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อาการไอ หอบเหนื่อย เครียด น้อยใจครอบครัวที่ไม่เข้าใจการเจ็บป่วย มีความต้องการยาพัน ผู้ดูแล รดส่งไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการฉุกเฉิน และการแก้ไขมลพิษทางสิ่งแวดล้อม 2) รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย (1) กลุ่มประชาชน ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ควรได้รับการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งเสริมความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง (2) กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรได้รับความรู้และการอบรมเชิงปฏิบัติการ (3) กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการและการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 3) รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้น ทำให้ความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมการจัดการโรค และสมรรถนะทางปอดของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล: รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ทำให้มีการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป กลุ่มเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยรูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนได้รับการทดสอบและพบว่ารูปแบบฯ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในทางที่ดีต่อกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ: รูปแบบในการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน และนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคและโปรแกรมควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ศึกษาได้

คำสำคัญ: รูปแบบ การจัดการโรค โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ชุมชน

Abstract

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) management is important for exploring the problems and needs of COPD patients, risk group prevention, and care for effective exacerbation control of COPD patients.

Research objectives: The purposes of this research and development (R&D) were: (a) to investigate problems and needs of care among patients with COPD in the community; (b) to develop a COPD management model in the community; and (c) to evaluate the developed COPD management model in the community.

Research methodology: Participants were classified according to the study phases. Phase I: to investigate problems and needs of care, participants included 15 COPD patients and caregivers at Tha Had Yao Sub-district, Phon Sai District, Roi-Et Province. Phase II: for model development, 15 healthcare providers, village health leaders, and sand dredging entrepreneurs were included. Phase III: for the evaluation of model effectiveness, participants were: (a) 243 people aged 40 years and over selected by using stratified random sampling method; and (b) 30 COPD risk persons and 15 COPD patients selected by using simple random sampling method. Instruments included focus group guideline, brainstorming guideline, COPD prevention behavior questionnaire, and self-management

behavior questionnaire. Content validity indexes of the questionnaires were .83 and .97 and Cronbach alpha coefficients were .81 and .88 respectively. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, t-test, and Wilcoxon signed rank test. Content analysis was used to analyze qualitative data.

Results: Findings are as follows. The problems of COPD patients were cough, dyspnea, stress, and sensitivity over family members misunderstanding the illness. The needs were inhaled medicines, caregivers, emergency vehicles, and environmental problem-solving. The COPD management model comprised of: (1) people aged over 40 years who should be screened, knowledge improvement, and modified risk behavior; (2) COPD high-risk group should be enrolled in workshops; and (3) COPD patients should be enrolled in workshops and having home visits by multidisciplinary teams. The COPD management model could improve knowledge, COPD preventive behaviors, self-management behaviors, and lung function in the participants ($p=.05$).

Conclusions: COPD management model in the community leads to chronic disease management in the community in 3 groups: people aged 40 years and over, people at risk for COPD, and COPD patients. The COPD management model was proved and revealed successful and good outcomes for participants.

Implications: COPD management model in the community could be implemented for developing the COPD management model in similar context areas. It also could be a guide to develop COPD prevention and control programs in the studied area.

Keywords: model, disease management, chronic obstructive pulmonary disease, community

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร และหมายรวมถึง 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema)¹ ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก ในประเทศไทยพบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มอายุระหว่าง 30-50 ปี ซึ่งพบในเพศชายมากกว่าหญิงถึงสองเท่า² จากรายงานกระทรวงสาธารณสุขได้พบว่าความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน พ.ศ. 2553-2563 ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากจำนวน 2,268 เป็น 7,035 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่าภาระในการดูแลโรคมีความรุนแรงของปัญหาอย่างต่อเนื่อง³

ความชุกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าในอายุ 40 ปี เมื่ออายุมากขึ้น ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหืดประมาณร้อยละ 7 ของประชากรและพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีกจำนวน 1.5 ล้านคนและพบความชุกย้อนหลัง 3 ปี เท่ากับ 391.47, 386.26, 388.95 และ 386.17 ต่อแสนประชากรตามลำดับเฉพาะเขตบริการสุขภาพที่ 1 ทางภาคเหนือตอนบนพบผู้ป่วยมากที่สุดและเขตบริการสุขภาพที่ 12 ทางภาคใต้ชายแดนพบว่ามีอัตราการกำเริบของโรคเฉียบพลันมากที่สุด ซึ่งความชุกทั่วประเทศในเขตอื่น ๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกเขตบริการสุขภาพ¹ รวมทั้งเขตบริการสุขภาพที่ 7 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สถานการณ์จากรายงาน องค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นจากอันดับที่ 6 มาเป็นอันดับ 3 ในปี พ.ศ. 2563⁴

และในประเทศไทยทำให้เสียชีวิตเป็นอันดับที่ 7 ในเพศชาย และลำดับที่ 11 ในเพศหญิง⁵ ในส่วนของอำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด มีอัตราการตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สูงขึ้น จากข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง 4.62, 5.38 และ 8.14 ต่อแสนประชากร โดยมีการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งหมดจำนวน 147 คน และพบว่าพบในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ถึง 121 คน คิดเป็นร้อยละ 82.31 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยเฉพาะในตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราม ที่อยู่ใกล้ริมแม่น้ำที่มีท่าขนทราย จำนวน 11 ท่า พบว่าในปี พ.ศ. 2562 ตำบลท่าหาดยาวมีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 41.50 แต่ในปี พ.ศ. 2563 ความชุกเพิ่มขึ้นเป็น 62.23 ต่อแสนประชากร⁶ แสดงให้เห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคของระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาสำคัญของตำบลท่าหาดยาว

นโยบายการป้องกันและการควบคุมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทยมีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการและเพิ่มคุณภาพในการรักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงต่าง ๆ ได้ ทั้งลดสาเหตุการตาย การสูญเสียสมรรถภาพ รวมทั้งระบบบริการสาธารณสุข ทั้งนี้นโยบายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพัฒนาระบบสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ⁷ อย่างไรก็ตาม มาตรการกิจกรรมการเฝ้าระวังคัดกรองเหล่านี้เป็นเพียงนโยบายยังไม่มีกิจกรรมที่ชัดเจน ซึ่งแต่ละพื้นที่จะต้องไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ ซึ่งในตำบลท่าหาดยาวยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและยังขาดการเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการเพียงแค่อ้อยละ 50-60 ส่วนที่เหลืออยู่ในชุมชน บางคนยังมิได้รับการวินิจฉัยหรือไม่ได้เข้ารับการรักษา⁸ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน จึงมีความจำเป็น เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพจัดบริการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและดูแล รวมทั้งเป็นการป้องกันกลุ่มผู้ที่ภาวะสุขภาพดีในชุมชน และค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคก่อนที่จะเกิดโรคลุกลามมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่กิจกรรมการป้องกันโรค คัดกรองโรค การดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน พบว่าเจ้าหน้าที่มักเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในโรงพยาบาล และการจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อภาวะหอบกำเริบ เช่น การให้ยาบรรเทา เป็นต้น ส่วนในชุมชนนั้นยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ซึ่งมีการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหอบกำเริบ⁹ แต่บางครั้งไม่สามารถส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ดี เพราะส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ผู้ป่วยมีความต้องการความรู้ ข้อมูลในการดูแลตนเอง ต้องการคนดูแลใกล้ชิด ต้องการเยี่ยมบ้าน ซึ่งการเสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ดีขึ้น⁹ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยพัฒนาความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขโดยพยาบาลสนับสนุน ข้อมูลความรู้และการใช้คู่มือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในชุมชนได้ดีขึ้น¹⁰ นอกจากนี้การจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนสร้างการรับรู้และเกิดข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินงานด้วยระบบดิจิทัล ทำให้แกนนำดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพโดยการประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนมีผลต่อตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น¹¹

การศึกษานี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยได้ประยุกต์แนวทางอนุกรมวิธานจัดการโรคตามองค์ประกอบของระบบการจำแนกโปรแกรมในการจัดการโรค (A taxonomy for disease management) ซึ่ง Crumholz และคณะ¹² ได้รวบรวมแนวทางการจัดการโรคของสมาคมโรคหัวใจ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้เข้าร่วมกิจกรรม เนื้อหาการจัดกิจกรรม ทีมสหสาขาวิชาชีพ วิธีการสื่อสาร สภาพแวดล้อม ความรุนแรงและความซับซ้อน และการวัดผลลัพธ์ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการ

จัดการโรคและให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน รวมทั้ง การป้องกันโรค รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน ชุมชนที่ได้พัฒนาขึ้นนี้จะนำไปสู่การจัดการโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังที่เหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการดูแลของ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังในชุมชน
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and developmental design) โดยแนวคิด ที่ใช้ในการวิจัยในแต่ละขั้นตอนมีดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** การศึกษา ปัญหาและความต้องการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในชุมชน ตามแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ศึกษา โดยการสนทนากลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ดูแล **ขั้นตอนที่ 2** การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดอนุกรมวิธาน จัดการโรคตามองค์ประกอบของระบบการจำแนกโปรแกรม ในการจัดการโรคของ Crumholz และคณะ¹² มาใช้เป็น แนวทางในการระดมสมอง **ขั้นตอนที่ 3** การศึกษาประสิทธิผล ของรูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นการศึกษาประสิทธิผลในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 40 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโรค กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังในชุมชน และผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and develop- ment) ศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงช่วงเดือนมีนาคม 2564 มีวิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** การศึกษาปัญหาและความต้องการดูแลของผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการของโรคไม่กำเริบ มีสติสัมปชัญญะ ดี ฟังภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารซึ่งถูกเลือกอย่าง เจาะจง (purposive sampling) **ขั้นตอนที่ 2** การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ให้บริการสุขภาพ แก่นนำชุมชนและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในตำบล จำนวน 23 คน ถูกคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง **ขั้นตอนที่ 3** การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชากรที่ อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่กำหนดเป็นพื้นที่ศึกษาที่สมัครใจเข้า ร่วมการวิจัย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ จำนวน 243 คน 2) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง จำนวน 30 คน และ 3) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 15 คน ทั้งสองกลุ่มถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ มีสติสัมปชัญญะ สามารถพูด ฟังและเข้าใจภาษาไทย ไม่มี ปัญหาในการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียดตามขั้นตอน การศึกษา ดังนี้

1) ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการ การดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ 1) แบบประเมิน ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยแบบประเมิน CAT score 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้ดูแลผู้วิจัยพัฒนา ขึ้นจากแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามหลัก 3 ข้อ และข้อคำถามรอง 26 ข้อ ข้อคำถามหลัก ได้แก่ (1) ปัญหา สุขภาพและความต้องการการดูแลด้านร่างกาย คำถามรอง จำนวน 8 ข้อ (2) ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแล ด้านจิตใจ คำถามรอง จำนวน 9 ข้อ (3) ปัญหาสุขภาพและ ความต้องการการดูแลด้านสังคม คำถามรอง จำนวน 9 ข้อ รวมคำถามรอง จำนวน 26 ข้อ

2) ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ แนวทางการระดมสมอง เป็นแนวระดมสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการประยุกต์ แนวคิดการจัดการโรคตามอนุกรมวิธานของการจัดการโรค ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ที่ควรเข้าร่วมกิจกรรม เนื้อหาการจัดกิจกรรม ทีมสหสาขาวิชาชีพ วิธีการสื่อสาร ความเข้มข้นและความซับซ้อน สภาพแวดล้อม การวัดผลลัพธ์

3) ขั้นตอนที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้น มีเครื่องมือ ดังนี้ 1) แบบคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย (COPD easy screening) จำนวน 5 ข้อ 2) แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง จำนวน 28 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) 3) แบบสอบถามพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีคำถามทั้งหมด 38 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 (rating scale) ระดับ 4) แบบทดสอบสมรรถภาพปอดด้วยการเดิน 6 นาที (Six minute walk test) ให้ผู้ป่วยเดินบนเส้นทางที่กำหนดจนครบ 6 นาที จึงแจ้งให้ผู้ป่วยหยุดเดิน แล้วนำเก้าอี้ให้ผู้ป่วยนั่งพัก ณ จุดนั้น และวัดสัญญาณชีพและ 5) แบบประเมินความเหนื่อย Borg scale ซึ่งมีคะแนนวัดความเหนื่อยตั้งแต่ระดับ 0 ถึงระดับ 10 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

คุณภาพของเครื่องมือถูกตรวจสอบ โดยผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา และนำข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงข้อคำถาม ได้แก่ 1) แบบคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย 2) พฤติกรรม การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง และ 3) พฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .97, .83 และ .97 ตามลำดับ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงและแบบสอบถามพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งกำหนดค่าที่ความเที่ยงที่ยอมรับได้เท่ากับ .8 ขึ้นไป การวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า พฤติกรรม การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .80, .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (เลขที่ 23/2563) ซึ่งในการวิจัยได้คำนึงถึงสิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการรักษาความลับความยุติธรรม และประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอแก่ผู้ให้ข้อมูลและมีมาตรการในการรักษาความลับของผู้ป่วย ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการศึกษา ประโยชน์คาดว่าจะได้รับ การนำเสนอผลการศึกษาคือเป็นภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาต เพื่อเก็บข้อมูลในการวิจัยและติดต่อประสานงานพยาบาลที่รับผิดชอบคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาล และขอข้อมูลและคัดเลือกผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของโรคผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ศึกษา แล้วทำการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง โดยแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงครึ่ง

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ **ครั้งที่ 1** การระดมสมองและนำคำตอบจากการสนทนากลุ่มมาเสนอให้ทีมพัฒนาระดมสมองตามแนวทาง ใช้เวลา 1 ชั่วโมงครึ่ง **ครั้งที่ 2** นำเสนอ (ร่าง) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้เวลา 1 ชั่วโมงครึ่ง **ครั้งที่ 3** ประชุมกลุ่มนำเสนอการดำเนินการตามรูปแบบและเสนอผลการใช้ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 5 นาที **ครั้งที่ 4** ทีมพัฒนารูปแบบแสดงความคิดเห็นและปรับปรุงรูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น ใช้เวลา 1 ชั่วโมงครึ่ง

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้น การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยก่อนใช้รูปแบบได้ศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่ม

เสียง พฤติกรรมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการประเมินสมรรถภาพทางปอด ใช้การเดินระยะทาง 6 นาที โดยดำเนินกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่ วิเคราะห์ ข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพในส่วนปัญหาและความต้องการ ดูแลและรูปแบบโดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา ส่วนการเปรียบเทียบ พฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง ความรู้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพฤติกรรมการจัดการตนเองผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังใช้รูปแบบ วิเคราะห์ด้วย สถิติทีคู่ (paired t-test) และถ้าข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลง เบื้องต้นของสถิติที่ ได้ใช้สถิตินอนพาราเมตริก

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัญหาและความต้องการการดูแลของ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่เข้าร่วมสนทนา กลุ่ม จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.33 ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 93.33 โดยมีอายุเฉลี่ย 71 ปี ($SD = 6.16$) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.33 และประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 93.33 ส่วนมากมีระยะการเจ็บป่วยด้วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ที่ 3-4 ปี ร้อยละ 66.67 ($Mean = 3.27, SD = 1.49$) มีประวัติการสูบบุหรี่มากกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่ จะมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 93.33 การศึกษา ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในชุมชน พบดังนี้

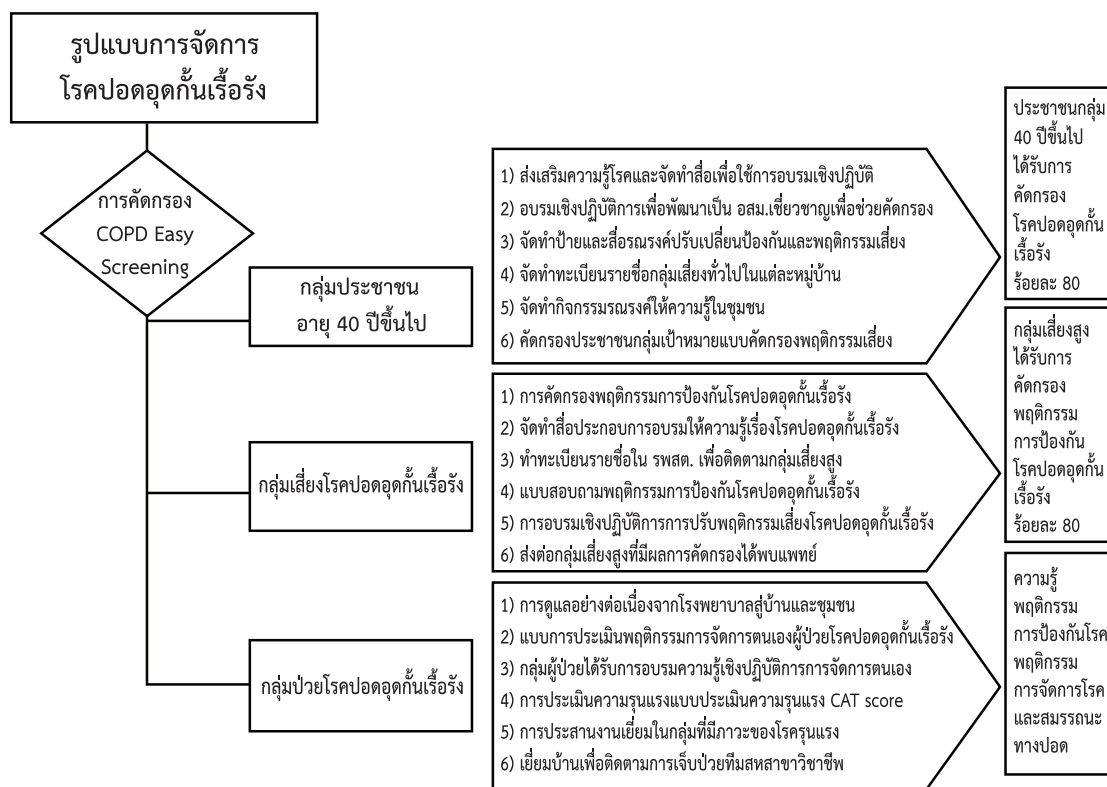
1) **ปัญหาด้านร่างกาย** พบว่ามีอาการดังนี้ ไอเรื้อรัง หอบ เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ คัดจมูก น้ำมูกไหล พบว่า อาการเหนื่อยหอบ ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีความไม่

สุขสบายในการหายใจ อาการอ่อนแรง ไม่สามารถทำกิจวัตร ประจำวันได้ตามปกติ ดังที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “ไอแล้วไอ รอด นอนกลางคืนไอจนได้กองกันกองกอง” (ผู้ป่วย, 69 ปี) และหอบ ผู้ป่วย ให้ข้อมูลว่า “เมื่อยขึ้นมาคือใจขาดนี้สะ ป่านกะพ่นยา ตื่นขึ้นมากะพ่น คับได้บ่นพ่นกะลิเป็นขึ้น มากะปู้ว่าหอบมันดัง ฮ้องแฮก ฮ้องแฮก” (ผู้ป่วย, 73 ปี) ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการใช้ ยาพ่นที่ถูกต้องและการรับประทานยาที่ถูกต้องและทราบ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและไม่มีความรู้ในการดูแลตนเอง การจัดการหายใจลำบากและวิธีการจัดการอาการหอบเหนื่อย และมีความต้องการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่

2) **ปัญหาด้านจิตใจ** ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และน้อยใจบุคคลในครอบครัว เปื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิด และมีความกลัวและวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการหอบเหนื่อยเปลี้ยดังที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “คิดมาก เครียด เห็ดแบบได้จั้งลิบเมื่อย” (ผู้ป่วย, 80 ปี) และมีความต้องการการดูแล ด้านจิตใจ ความต้องการวิธี ผ่อนคลายความเครียด ลดความคิดมากของผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง

3) **ปัญหาด้านสังคม** พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีผลให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป การดำรงบทบาท ในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลง มีข้อจำกัดในการปฏิบัติ หน้าที่ซึ่งมีผลต่อการทำงานของผู้ป่วยหรืออาจมีการแยกตัว ออกจากสังคม การเข้าร่วมสังคมเริ่มน้อยลง ขาดการเอาใจใส่ ในการดูแลตนเอง ได้แก่ ต้องการให้ญาติเข้าใจการเจ็บป่วย ขาดผู้ดูแล อยู่บ้านตามลำพัง ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการให้ญาติ และครอบครัวให้ความสำคัญกับผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ความต้องการ ให้ญาติเข้าใจ ให้ความสำคัญและญาติเข้าใจการเจ็บป่วย ดังคำพูดที่ว่า “ให้ทุกคนเข้าใจว่าป่วย บ่ได้ทำท่าป่วย” (ผู้ป่วย 57 ปี) ต้องการให้มีการเยี่ยมบ้าน

ตอนที่ 2 รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในชุมชน แสดงดังภาพที่ 1 ซึ่งอธิบายรูปแบบได้ ดังนี้



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

1) **กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป** มีการจัดกิจกรรมให้ประชาชนได้รับความรู้ในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยนักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพจัดอบรม อสม. ให้เป็น อสม.เชี่ยวชาญเพื่อช่วยคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แบบคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย (COPD Easy Screening) ปีละ 1 ครั้ง นักวิชาการสาธารณสุขให้ความรู้ประชาชนและแจกแผ่นพับในวันกิจกรรมการรณรงค์ในวันงดสูบบุหรี่โลกและวันปอดอุดกั้นเรื้อรังโลก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ผู้นำชุมชนให้ความรู้ผ่านเสียงตามสายรณรงค์ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2) **กลุ่มเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** มีการจัดให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และจัดทำแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินผลการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และจัดระบบทะเบียนกลุ่มเสี่ยงเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยพยาบาลวิชาชีพ

การติดตามกลุ่มระดับความเสี่ยงสูงตามแนวทางในการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปีละ 2 ครั้งต่อปี การสร้างมาตรการทางสังคม บังคับการใช้กฎหมายบุหรี่สุราในชุมชนและการติดตามพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุก 6 เดือน โดยนัดมาที่ รพ.สต.

3) **กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** มีการจัดให้ผู้ป่วยได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมจัดการตนเองทุก 6 เดือน การเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคพร้อมทั้งแจกคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี เพื่อเพิ่มพูนทักษะการจัดการตนเอง โดยพยาบาลวิชาชีพ การได้รับการประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคด้วยแบบประเมินความรุนแรง CAT score และแบบประเมินการหายใจลำบากทุกครั้งเมื่อมารับการรักษาโดยแพทย์ ให้คำแนะนำการใช้ยาและสาคิดการใช้ยาพ่นโดยเภสัชกร สาคิดส่งเสริมการบริหารปอด วิธีบริหารปอด การฝึกการไอ และการหายใจที่มี

ประสิทธิภาพและการออกกำลังกายโดยนักกายภาพบำบัด และให้คำแนะนำการรับประทานโดยนักโภชนาการ ส่วนกลุ่มที่ไม่มีความรุนแรงของโรค ให้ติดตามเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน การทดสอบรูปแบบฯ ได้ทำกิจกรรม ดังนี้

1. กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป กิจกรรมที่ 1 การประชุมชี้แจงการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ในการแก้ปัญหาาร่วมกัน ผู้นำชุมชน และ อสม. การจัดประชุมประชาชนในหมู่บ้านให้ทราบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการคืนข้อมูลในการศึกษาปัญหาและความต้องการและจากทีมระดมสมองพื้นที่ศึกษา **กิจกรรมที่ 2** การป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป

- 1) สร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรค
- 2) ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม กิจกรรมที่ 3 การประเมินผล

2. กลุ่มเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กิจกรรมที่ 1 การคัดกรองประชาชนด้วยแบบคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย (COPD Easy Screening) **กิจกรรมที่ 2** การให้ความรู้ การจัดอบรมให้ความรู้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรัง การปฏิบัติตัวในการส่งเสริมป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง **กิจกรรมที่ 3** การเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อส่งต่อดูแลและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ดูแล **กิจกรรมที่ 1** การให้ความรู้ การจัดอบรมให้ความรู้ และการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสุขภาพโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการฝึกทักษะสนับสนุนการจัดการตนเองให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจัดการอาการและพฤติกรรมที่ถูกต้อง ลดอาการกำเริบของโรคได้ ฝึกกิจกรรมการหายใจที่ถูกต้องเพื่อลดอาการหายใจลำบาก ฝึกการไอที่มีประสิทธิภาพและการออกกำลังกายที่เหมาะสม **กิจกรรมที่ 2** ฝึกการทดสอบสมรรถภาพปอดโดยใช้ระยะทางเดิน 6 นาที (6 minute walk test)

ตอนที่ 4 ผลการทดลองใช้รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น มีดังนี้

4.1 กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป การทดลองคัดกรองประชาชนด้วยแบบคัดกรอง COPD Easy Screening พบว่า ร้อยละ 35.80 มีความเสี่ยงสูงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 40.32 และความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 23.86 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองตามแบบคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 243)

หมู่บ้าน	จำนวนประชากร	ได้รับการคัดกรอง	ระดับความเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
			ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงสูง
หมู่ที่ 1 บ้านปลาคุณ	188	74 (39.36%)	18 (24.32%)	30 (40.54%)	26 (35.13%)
หมู่ที่ 2 บ้านม่วงน้อย	261	102 (39.08%)	24 (23.53%)	41 (40.20%)	37 (36.27%)
หมู่ที่ 9 บ้านปลาคุณ	171	67 (39.18%)	16 (23.88%)	26 (38.81%)	25 (37.31%)
รวม	620	243 (39.19)	58 (23.86%)	98 (40.32%)	87 (35.80%)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน (n = 30)

พฤติกรรม การป้องกัน	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			paired t-test	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง								
ด้านการรับประทานอาหาร	2.72	0.38	ปานกลาง	3.57	0.29	มาก	19.941	≤.001
ด้านการออกกำลังกาย	2.29	0.63	น้อย	3.38	0.68	ปานกลาง	17.299	≤.001
ด้านการจัดการความเครียด	2.92	0.89	ปานกลาง	3.59	0.68	มาก	8.082	≤.001
ด้านการป้องกันโรค	2.70	1.07	ปานกลาง	3.10	0.74	ปานกลาง	3.344	0.002
รวม	2.76	0.50	ปานกลาง	3.31	0.38	มาก	7.081	≤.001

4.2 กลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.3 อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 46.67 การศึกษาระดับประถม ร้อยละ 86.7 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 93.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในช่วง 1,000-3,000 บาท ร้อยละ 73 มีสิทธิ์การรักษาบัตรทอง ร้อยละ 83.3 ส่วนมากดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 53.3 สูบบุหรี่ ร้อยละ 50 ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 73.3 ไม่มีอาการหอบและไม่เคยได้รับความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 70

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่าหลังใช้รูปแบบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวม ด้านการรับประทานอาหารและด้านการจัดการความเครียด เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก ด้านการออกกำลังกายเพิ่มจากระดับน้อยเป็นระดับปานกลาง ส่วนด้านการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นแต่อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม ซึ่งค่าเฉลี่ยทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.3 กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1) **พฤติกรรมการจัดการตนเอง** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่าหลังใช้รูปแบบ พฤติกรรมโดยรวมด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการป้องกันอาการกำเริบ เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก ส่วนด้านการรับประทานอาหารและด้านการใช้ยา เพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับปานกลาง และพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคอยู่ในระดับเดิม ซึ่งค่าเฉลี่ยทุกด้านเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) **สมรรถภาพของปอด** การเปรียบเทียบประเมินสมรรถภาพก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่า หลังใช้รูปแบบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการไม่รุนแรง จำนวน 5 คน มีสมรรถนะทางปอดเพิ่มขึ้น โดยการวัดระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที พบว่าเดินได้ไกลกว่าก่อนใช้รูปแบบ โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 516 เมตร (SD = 26.65) เป็น 533 เมตร (SD = 20.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wilcoxon value = -2.023, p-value .02)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน (n =15)

พฤติกรรม การจัดการตนเอง	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			Wilcoxon value	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ด้านการรับประทานอาหาร	3.57	0.10	มาก	3.54	0.23	มาก	-3.36	.001
ด้านการออกกำลังกาย	2.74	0.61	ปานกลาง	4.11	0.30	มาก	-3.42	.001
ด้านการจัดการความเครียด	3.25	0.31	ปานกลาง	3.81	0.19	มาก	-3.31	.001
ด้านการป้องกันอาการกำเริบ	3.10	0.54	ปานกลาง	3.72	0.24	มาก	-2.98	.003
ด้านการใช้ยา	3.53	0.29	มาก	3.77	0.26	มาก	-3.42	.001
รวม	3.24	0.17	ปานกลาง	3.76	0.10	มาก	-3.41	.001

การอภิปรายผล

1. ปัญหาและความต้องการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

การที่ผู้ป่วยมีปัญหาและความต้องการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ อาการไอเรื้อรัง หอบ เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ คัดจมูก น้ำมูกไหล ทำให้ผู้ป่วยต้องการความรู้ในเรื่องดังกล่าว สอดคล้องการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มีอาการดังกล่าวเมื่อสิ่งแวดล้อมและสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจึงมีความต้องการมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวเพื่อการจัดการตนเอง¹³ และสอดคล้องการศึกษาว่าการเกิดอาการหอบเหนื่อยเป็นประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมานจากการหายใจที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและเป็นสิ่งที่รบกวนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง¹⁴ ดังนั้นจึงควรช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถสังเกตอาการที่เกิดการเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ส่วนปัญหาและความต้องการดูแลด้านจิตใจ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่ากลุ่มอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจำแนกได้สองกลุ่ม คือกลุ่มอาการทางร่างกายและกลุ่มอาการทางจิตใจ ซึ่งประกอบด้วยอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งอาการทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์กัน¹⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาการที่ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยทางกายของตนเองมีผลต่อด้านจิตใจของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวลและซึมเศร้า มีกำลังใจในการ

ต่อสู้กับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁶

ผลการศึกษาพบปัญหาในด้านร่างกายนั้น เกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดจากสมรรถภาพการทำงานของปอดไม่สามารถทำงานได้ปกติ เกิดจากการสูญเสียความยืดหยุ่นประกอบด้วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ซึ่งเมื่อมีการหลั่งเมือกหรือเสมหะออกมามากกว่าปกติส่งผลให้หลอดลมมีลักษณะตีบแคบลง ลมหายใจเข้าออกได้ยากลำบากขึ้น ส่วนโรคถุงลมโป่งพอง มีพยาธิสภาพจากการทำลายของถุงลมและส่วนปลายสุดของหลอดลมที่มีถุงลมทั้ง 2 โรคอยู่ร่วมกันแยกจากกันได้ยาก จึงทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการไอ หายใจลำบาก หอบ เหนื่อย ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ทำได้ไม่เหมือนเดิมจึงส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ โดยทำให้มีความเครียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง การติดต่อกับบุคคลอื่นเริ่มลดน้อยลง เกิดความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าได้ และเกิดปัญหาด้านสังคมตามมา เพราะการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเริ่มทำได้ลำบาก ขาดผู้ดูแล ขาดการประสานงานระหว่างเพื่อนบ้านหรือหน่วยงานราชการ จึงไม่สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้

2. รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนประกอบด้วยกิจกรรมและความรับผิดชอบของบุคลากร ดังนี้

2.1 กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป คือ ประชาชนที่เป็นกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่าคนที่อายุน้อยและเมื่ออายุมากพยาธิสภาพของปอดมีความยืดหยุ่นลดลง จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้สูง และการจัดการให้ความรู้ในการส่งเสริมการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การอบรมเชิงปฏิบัติการให้ อสม. เชี่ยวชาญคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบ COPD easy screening test และการรณรงค์การปรับพฤติกรรมที่มีความเสี่ยง รวมทั้งจัดทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและการใช้แบบคัดกรองกลุ่มเป้าหมายจากพฤติกรรมเสี่ยง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาการให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขทำให้การดูแลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนได้ดีขึ้น⁹ และสอดคล้องกับนโยบายของประเทศไทยในการป้องกันและควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเทศไทยที่มีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการและเพิ่มคุณภาพในการรักษาเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งลดสาเหตุการตาย การสูญเสียสมรรถภาพ ภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายครัวเรือน รวมทั้งระบบบริการสาธารณสุข⁶ ซึ่งได้กำหนดให้โรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นส่วนหนึ่งของแผนการจัดบริการความเป็นเลิศด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Service Excellence NCDs) มุ่งเน้นการดูแลรักษาแบบองค์รวมในรูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพ แต่การนำมาใช้ยังไม่เป็นรูปธรรม การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนจากการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ดังการศึกษาของ ครัมโฮล์ช และคณะ¹² ที่ได้รวบรวมอนุกรมวิธานการจัดการโรคแบบสหวิทยาการเพื่อพัฒนาการจำแนกระบบการจัดการโรค เพื่อใช้ในการดูแลโรคเรื้อรังได้มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการดูแลโรคได้

2) กลุ่มเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การศึกษาค้นพบว่า การกำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประสานปัญหาและการดูแลจากชุมชนไปยังเจ้าหน้าที่ผ่านทางโทรศัพท์ หรือทางแอปพลิเคชันไลน์ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ออกคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งนั้น สอดคล้องกับ

การศึกษาที่ใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อการป้องกันและการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในมณฑลกว่างตุงประเทศจีนได้ประเมินผลสัมฤทธิ์ของชุมชนแบบบูรณาการป้องกันและการควบคุมป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยตนเองและการฝึกอบรมการจัดการเพื่อป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁰ ผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ อภิปรายได้ว่า การเฝ้าระวังประชาชนที่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความเสี่ยต่ำ ระดับความเสี่ยปานกลาง ระดับความเสี่ยสูง มีความจำเป็นที่มีต่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยเฉพาะการป้องกันในระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) ซึ่งกลุ่มเสี่ยงจำเป็นต้องได้รับความรู้ในการปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยกิจกรรมที่ทำในการฝึกทักษะการดูแลตนเอง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การลดการสูบบุหรี่ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีไม่มีมลพิษ ไม่มีฝุ่นละออง ซึ่งถ้ากลุ่มเสี่ยงไม่เข้าถึงสาเหตุของปัจจัยเสี่ยงจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม

3) กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รูปแบบของกิจกรรมในกลุ่มนี้มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันอาการกำเริบ และการใช้ยา ซึ่งการจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ การให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การหายใจลำบาก และการประเมินสมรรถภาพปอด ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงความรุนแรงของโรคและสมรรถภาพปอด และการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งทำให้จัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ดังการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบองค์รวมและครบทุกมิติโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นเครื่องมือในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือในระบดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกันดีขึ้น¹⁶ รวมทั้งการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่าอัตราการได้รับการเยี่ยมบ้าน

ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น¹⁹

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

1) การคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ใช้แบบคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย (COPD Easy Screening) และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลต่อการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดย อสม. สามารถใช้แบบคัดกรองในประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งสามารถทำได้ง่ายและรวดเร็ว ประชาชนเข้าถึงง่าย และ อสม. สามารถมีส่วนร่วมในการจัดการโรคได้ ทำให้สามารถแยกกลุ่มประชาชนได้ตามความเสี่ยง อย่างไรก็ตาม การคัดกรองทางสุขภาพเชิงรุกเป็นการตรวจหาโรคหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในประชากรที่มีสุขภาพดีหรือยังไม่มีอาการ ช่วยลดความเสี่ยงหรือรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของโรค รวมทั้งช่วยสร้างความตระหนักในประชากรที่ไม่คิดว่าตนเองมีความเสี่ยงมาก่อน ซึ่งในปัจจุบันการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่และระดับในประเทศยังไม่เป็นนโยบายที่มีความชัดเจน กิจกรรมการคัดกรองโรคนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonsawad ที่พบว่า การคัดกรองแบบง่ายในคลินิกโรคหอบหืด ทำให้ทราบถึงความรุนแรงของโรคเบื้องต้นได้ สามารถใช้ได้โดยการเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะในการคัดกรองให้แก่เจ้าหน้าที่คลินิกโรคหอบหืดและอาสาสมัครสาธารณสุขรวมทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยได้¹⁸

2) พฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง การที่พฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยงดีขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากในการทดลองใช้รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนได้นำกลุ่มเสี่ยงมาอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งกิจกรรมการอบรมดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Puwili และคณะที่ได้ใช้พฤติกรรมการป้องกันหอบหืดกำเริบ ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อการสูบบุหรี่ การพักผ่อน โภชนาการ และการออกกำลังกาย สามารถทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น²¹ ซึ่งมีความใกล้เคียงกัน ทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3) พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการใช้รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้น พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น ทั้งนี้การอบรมเชิงปฏิบัติการมีกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพัฒนาทักษะด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันอาการกำเริบ และการใช้ยา รวมทั้งการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ไม่มีอาการกำเริบโดย อสม.และกลุ่มที่เสี่ยงต่อการกำเริบสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันอาการกำเริบ และการใช้ยา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดีขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบ ซึ่งกิจกรรมการอบรมเน้นสอดคล้องกับการศึกษาที่ได้อบรมให้ความรู้ ฝึกทักษะและสาธิตทักษะในการจัดการตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งด้านการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต ด้านการจัดการอาการหายใจลำบาก และด้านการจัดการอารมณ์²¹

4) สมรรถภาพของปอด การที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการทดสอบสมรรถภาพของปอด โดยการเดิน 6 นาที ซึ่งเป็นการทดสอบการออกกำลังกายในระดับเดียวกับการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน โดยสามารถใช้ประเมินสมรรถนะของระบบต่างๆ ของร่างกาย และประเมินสมรรถนะของปอดได้ในระดับหนึ่ง การทดสอบนี้เป็นการทดสอบที่ง่าย ไม่ใช้อุปกรณ์ที่ยุ่งยาก ภายหลังใช้รูปแบบการเดิน 6 นาที ดีขึ้น ดังการศึกษาซึ่งได้วัดการประเมินสมรรถภาพปอดด้วยการทดสอบเดิน 6 นาที ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีพฤติกรรมการจัดการโรคดี ย่อมส่งผลให้สมรรถภาพการทำงานของปอดดีขึ้น¹⁵ แต่อย่างไรก็ตามสมรรถภาพการทำงานของปอดยังต้องใช้เวลาและร่างกาย จะต้องมีการปรับตัวเพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้คงที่ด้วย เพราะจากการประเมินค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับความเหนื่อย Modified Borg dyspnea scale เมื่อสิ้นสุดการเดินพบว่าค่าดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนเหมาะสมกับบริบทของตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด หากสถานบริการอื่นจะนำไปใช้อาจต้องพิจารณาถึงความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

2. รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนสามารถนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับการป้องกันในระดับบุคคลและสิ่งแวดล้อมในชุมชน และพิจารณาผลลัพธ์ทางคลินิกอื่นประกอบนอกจากพฤติกรรม การป้องกันโรค เช่น สมรรถนะการทำงานของปอด เป็นต้น

2. รูปแบบการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนสามารถนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งควรใช้ระยะเวลาในการดำเนินการให้มากกว่า 4 สัปดาห์ เพื่อให้การปรับพฤติกรรมจัดการตนเองมีระยะเวลาเพียงพอที่จะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างชัดเจน

References

1. Working Group for the Development of Public Health Service Practices Chronic Obstructive Pulmonary Disease. COPD Public Health Service Guidelines .Ultra Violet Union.Bangkok. 2020:24: 13-7. (in Thai)
2. Asthma Foundation of Thailand. Asthma patient club. World Inflammation Day Campaign, Asthma Patient Club and Lung Health Center. (2013). Year 20 No. 62: 5. (in Thai)
3. Bureau of Non-communicable Diseases. Department of Disease Control. Ministry of Public Health. Situation and Results of NCD Prevention and Control. In the 2016 Annual Report: The War Veterans Organization Publishing House, (2016). Bangkok. (in Thai)
4. American Thoracic Society & European Respiratory Society. Standard for the diagnosis and management of patient with chronic obstructive pulmonary disease. American Thoracic Society. [Internet]. (2011). Jan/Feb [cited 2019 Dec 23];68(1):9-14. Available from [http:// www.thoracic.org/clinical_guidelines/resources/COPD_doc.pdf](http://www.thoracic.org/clinical_guidelines/resources/COPD_doc.pdf).
5. Public Health Development Group Bureau of Non-communicable Diseases Department of Disease Control.World COPD Day campaign issues. [Internet]. (2020) Nov/Dec (cited 2020 Dec 12) Available from <http://www.Thai NCD.com/document/file/info/non-communicable-disease/160.pdf>.
6. Health Data Centre Ministry of Public Health..MOPH .go.th/HDC/documents/document.php [Internet]. (2019 May 22) Available from:<https://HDC /service.com>.
7. Uravechs Association of Thailand.Diagnosis Guidelines COPD in Thailand (Revised 2015). Uravechs Association of Thailand, [Internet]. (2020) July/Dec (cited 2020 July 12) Available from <https://www.thoracicsocietythai.org/guidelines>.

8. Bureau of Non-communicable Diseases, Department of Disease Control. Ministry of Public Health. Situation and Results of NCD Prevention and Control. [Internet].2020) Nov/Dec (cited 2020 Dec 12) Available from Annual Report (Annual REPORT 2015). Available from <http://www.thai ncd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>.
9. Phosawang N, Srisong S,Suporn P. The development of a nursing model for patients with chronic obstructive pulmonary disease Using social support. Journal of Nursing and Health Care.2015: 33(1):50-62. (in Thai)
10. Tachama A. To study the effects of using the knowledge and skills enhancement program for home care of COPD patients In village health volunteers.(Master of Nursing Thesis, Major Community Practice Nursing), Chonburi.Burapha University.(2012).
11. Phonkon C.Develop a participatory action research model in taking care of chronic obstructive pulmonary disease patients from the hospital to the community via digital systems in the district. Health Center Service Area 11, Nakhon Si Thammarat Province. [Internet].2020) Nov/Dec (cited 2020 May 12) Available from <http://www.hpc11.go.th /web 60/upload/07/2018>.
12. Crumholz, HM, Currie, PM, Riegel, B, Phillips, CO, Peterson, ED, Smith, R, Yancy, CW & Faxon, DP.. A Taxonomy for Disease Management : A Scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group Circulation ,114. 1432-1145 et al. (2006). Retrieved from <http://ahajournals.org> by on July 24,(2020)
13. Wangsom A. Dyspnea management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.2015:27 (1)1-12. (in Thai)
14. Lorga T. Predicting breathlessness symptoms in older adults with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang (2018).24(2),142-54. (in thai)
15. Jantiya M,Chumnanseaw P,Kunapan P.Quality of life of COPD patients receiving services Saraburi Hospital.Ramathibodi nursing journal.2011:7(2)328-40. (in Thai)
16. Yasamud P.Developing holistic and comprehensive care for chronic obstructive pulmonary disease patients with the participation of health service network partners Ban Hong District, Lamphun Province .Journal of Health Science.2020:29(2):282-92. (in Thai)
17. Anoma S,Chonnung W. Assessment of cardiac function, and lungs with a 6-minute walk test. Siriraj Medical Bulletin. 2020:11(1),57-64.
18. Boonsawad W. Easy Asthma Clinic 5th BGH Annual academic meeting: from the basic to the top in medicine.Sarungthip Offset Limited Partnership, [Internet].2020) May/June (cited 2020 May 23) Available from <http://www.easyasthma.com/index.php>.
19. Sirikul P, Putthapitukpol S, Sangmanee R. The effect of caring model for patients with chronic obstructive pulmonary disease in the community after discharge from Sungaipadi hospital, Narathiwat province. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.2017:28(1) 58-9. (in Thai)

20. Yumin Zhou,et al. Community based integrated intervention for prevention and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Guangdong, China: cluster randomized controlled trial. [Internet].2020) May/June (cited 2020 Feb 2. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih>.
21. Puwilai K, Oba N. Tansuphasawadikul S, Siripornpibul T. Selection factors that predict quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Journal of Nursing and Health Sciences*.2012;6(1) 12-24. (in Thai)
22. Chauytay T. Effect of self-management support program in COPD patients on knowledge self-management behavior, symptoms, dyspnea and pulmonary function. *Thai Journal of Nursing*, 2020;69(2), 11-20. (in Thai)