

การพัฒนาแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคภูมิแพ้

ศศิภาส อริสริยวงศ์, พย.ม¹ อรุณ พรวรรธารัง, พย.บ¹ วัลภา กุลธิยะ, พย.บ¹ ดวงกมล วัตราคุลย์, พย.ด^{2*}

วันที่รับ: 21 กันยายน 2568 วันที่แก้ไข: 23 ธันวาคม 2568 วันที่ตอบรับ: 28 ธันวาคม 2568

บทคัดย่อ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหืด เพื่อนำไปพัฒนาแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคภูมิแพ้ และศึกษาผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 7 คน และผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคภูมิแพ้ จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้างในการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป รวมทั้งแบบประเมินผลอาการและการรักษาโรคหืดมีค่าประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินเท่ากับ .90 และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .802 ผลการวิจัย 1) ระยะเวลาศึกษาสถานการณ์การให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหืด พบว่า มีการสร้างพลังอำนาจในการดูแลไม่เป็นรูปธรรม ขาดกระบวนการดูแลแบบบูรณาการและไม่มี การดูแลต่อเนื่อง และขาดการประเมินผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพการจัดการตนเอง 2) ระยะเวลาพัฒนา พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 2.1) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนโดยใช้ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจการจัดการตนเองของผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเข้ารับรักษา ในโรงพยาบาล ขณะอยู่โรงพยาบาล และหลังจากออกจากโรงพยาบาล 2.2) การมีกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ออกแบบ และดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย 2.3) มีการประเมินอาการและผลการรักษาโรคหืด และพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย 3) ระยะเวลาศึกษาผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุม อาการได้ มีสมรรถภาพทางกาย และมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) จากผลการศึกษาคควรนำรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจและจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อเพิ่มพฤติกรรมจัดการตนเองและเพิ่มผลลัพธ์ในการดูแลรักษา

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, การจัดการตนเอง, ระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง, โรคภูมิแพ้

¹ พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลอภัยบุรี จังหวัดปทุมธานี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

* ผู้ประพันธ์บรรณานุกรม อีเมล duangkamol.w@rsu.ac.th

Development of an empowerment model for self-management among asthma patients with allergic rhinitis

Sasipa Arisariyawong, M.N.S.¹ Oranoot Pornworathamrong, B.N.S.¹ Wallapa Kunteeya, B.N.S.¹
Duangkamol Wattradul, D.N.S.^{2*}

Received: September 21, 2025 Revised: December 23, 2025 Accepted: December 28, 2025

Abstract

Asthma is a chronic respiratory disease that affects patients' quality of life. Patients require continuous care, along with appropriate health behaviors. This research and development study aimed to examine the current situation of service delivery for asthma patients, utilize the findings to develop an empowerment-based self-management model for asthma patients with co-occurring allergic conditions, and investigate the outcomes of implementation of the developed model. A purposively selected sample consisted of seven multidisciplinary members providing care to asthma patients and 50 co-morbid asthma patients with allergic rhinitis. The research instruments included a semi-structured interview for focus group discussion, a general information questionnaire, an asthma symptom and treatment outcome assessment, and a self-management behavior questionnaire. The inter-rater reliability of the asthma symptom and treatment outcome assessment was .90 and the Cronbach's Alpha Coefficient reliability of self-management behavior questionnaire was .802. The findings revealed that the current care model lacked clearly defined empowerment strategies, uninitiated and noncontagious care, and comprehensive evaluation of health behavior outcomes. The developed model incorporated a unified care approach based on the concept of patient empowerment across three phases—Pre-hospital, In-hospital, and Post-hospital—designed and implemented collaboratively by multidisciplinary care providers and patients' participation. Evaluation outcomes showed that patients experienced significant improvements in symptom control, physical functioning, and self-management behaviors ($p < .001$). This research suggests that this empowering self-management model should be applied to patients with other chronic illnesses to enhance self-management behavior and improve clinical outcomes.

Keywords: Empowerment, Self-Management, Continuity of care service, Asthma patients with allergic rhinitis

¹ Registered Nurse, Thanyaburi Hospital, Pathum Thani Province

² Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University

* Corresponding E-mail: duangkamol.w@rsu.ac.th

บทนำ

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก พบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2024) รายงานว่ามีผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกประมาณ 262 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหืดมากถึง 455,000 ราย ซึ่งโรคหืดเป็นโรคของระบบทางเดินหายใจที่มีการอักเสบของหลอดลมอย่างเรื้อรัง พบได้ในคนทุกวัยการอักเสบของหลอดลมมีผลทำให้เยื่อผนังหลอดลมของผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารภูมิแพ้ และสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ (bronchial hyper-reactivity) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอแน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีดหรือหอบเหนื่อย เกิดขึ้นทันทีเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น (Thai Asthma Council and Association, 2022) และอาการเหล่านี้อาจหายไปได้เอง หรือหายไปเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม การอักเสบส่วนใหญ่จะเป็นการอักเสบเรื้อรังเกิดจากภาวะที่มีการตอบสนองรุนแรง ภาวะที่กระตุ้นให้โรคหืดกำเริบ และมีความรุนแรงอาจเสียชีวิตได้ โรคหืดมักมีโรคร่วมของทางเดินหายใจส่วนบน (upper airway disease) ได้แก่ โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ (allergic rhinitis) ซึ่งสามารถกระตุ้นให้อาการของโรคหืดแย่ลง (Thai Asthma Council and Association, 2023) การศึกษาโรคหืดในประชากรผู้ใหญ่ในประเทศไทย ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีโรคร่วมโดยเฉพาะโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ ซึ่งพบร่วมในผู้ป่วยโรคหืดถึง ร้อยละ 86.1 การมีโรคร่วมดังกล่าวอาจส่งผลต่อความรุนแรงของอาการหืด การควบคุมโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Sriprasart, et al, 2024)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็น การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก (Phromprakhob et al., 2020) และผู้ใหญ่ (Sirithongsuk, 2016; Nilbanphot et al., 2022) รวมทั้งรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดยังเป็นแบบทั่วไป เพื่อการควบคุมอาการทางกาย แต่ยังขาดการส่งเสริมและติดตาม เรื่องพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม และการดูแลรักษาเน้นการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ส่วนงานวิจัยด้านการ สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจากญาติผู้ดูแลยังพบน้อย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังไม่มีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในชุมชน โดยเฉพาะด้านระบบบริการ มีการให้ความรู้ไม่ครอบคลุม ฐานข้อมูลในการดูแลไม่เป็นปัจจุบัน ไม่มีระบบติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง และยังขาดการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ยังมีการเผาขยะในครัวเรือน เช่นเดียวกับ การศึกษารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหืดโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ พบว่าผู้ป่วยโรคหืดจำนวนหนึ่งยังมิ ด้มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอต่อการจัดการการดูแลตนเอง จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ครอบครัวย และชุมชนเพิ่มขึ้น ด้านการจัดบริการสุขภาพควรมีอย่างต่อเนื่องโดยเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และมีการ ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยให้ผู้ป่วยหรือญาติร่วมตั้งเป้าหมาย การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและ แนวทางการให้สุขศึกษาผู้ป่วยโรคหืดแต่ยังไม่มีการนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้และประเมินผลลัพธ์ (Jompook et al., 2022)

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง มีความรู้ ความ เชื่อมั่น และความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการจัดการตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ ภายใน สามารถกำหนดเป้าหมาย ปรับพฤติกรรมสุขภาพ และจัดการอาการของโรคได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย โรคหืด จะช่วยส่งเสริมผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และนำไปสู่การควบคุมโรคที่ดีขึ้น ลดการกำเริบ และเพิ่มคุณภาพชีวิตใน ระยะยาว (Global Initiative for Asthma, 2024) จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานีที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้สูงถึง ร้อยละ 82.5 ผู้ป่วยบางรายยังไม่สามารถควบคุม อาการได้ ยังมีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Thanyaburi Hospital, 2024) จากการทบทวนรูปแบบ การดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าว พบว่า มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืดแต่ยังไม่เป็นรูปธรรมและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การ ติดตามประเมินผลยังไม่มีอย่างต่อเนื่อง กระบวนการดูแลผู้ป่วยเน้นการดูแลรักษาในโรงพยาบาลเป็นหลักมากกว่าการดูแลใน ระยะก่อนและหลังเข้าโรงพยาบาล อสม. ยังไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในชุมชน ด้านผลลัพธ์การดูแลรักษาส่วน ใหญ่เป็นการประเมินผลลัพธ์ทางกาย การประเมินพฤติกรรมยังไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหา ผู้ป่วยบางรายยังมีพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้ยังพบผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาการเสริมพลัง อำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้ โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด สมรรถภาพร่างกายแข็งแรง สามารถควบคุมอาการในปัจจุบันและป้องกันภาวะเสี่ยงในอนาคต เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติต่อไป

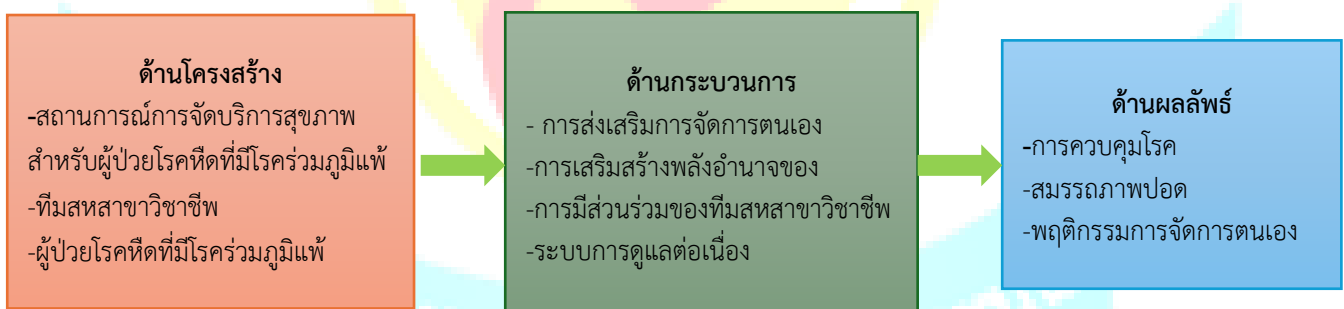
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการการเสริมพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการเสริมพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้โดยใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Donabedian (2003) ในการสร้างรูปแบบเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้ ประกอบด้วย โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) ในการพัฒนาวิธีการจัดการตนเองของผู้ป่วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ร่วมกับใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) เป็นวิธีการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วย การค้นพบปัญหาที่แท้จริง (discovering reality) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (taking charge) และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดี (holding on) ภายใต้ระบบบริการสุขภาพแบบต่อเนื่อง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (pre-hospital) ระยะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (in-hospital) และระยะหลังออกจากโรงพยาบาล (post-hospital) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถจัดการตนเองได้ และมีการควบคุมโรครวมทั้งสมรรถภาพทางกายดีขึ้น ดังแผนภาพที่ 1

นิยามเชิงปฏิบัติการ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ศึกษาที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลธัญบุรี ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้ ดำเนินการตั้งแต่ 4 กรกฎาคม 2567 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดทั้งหมด กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง โดยเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคหืด มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคปอด พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพ นักโภชนาการ นักจิตวิทยา และแพทย์แผนไทย สาขาละ 1 คน รวม จำนวน 7 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi- structure interview) สำหรับการสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยสร้างโดยการทบทวนวรรณกรรมจากแนวคิดทฤษฎี และผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มมี 2 คำถาม คือ 1) ท่านคิดว่าสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลธัญบุรี ในปัจจุบันเป็นอย่างไร และ 2) ท่านคิดว่ารูปแบบการเสริมสร้างอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้ โรงพยาบาลธัญบุรี ควรเป็นอย่างไร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาในการสนทนา 60 นาที บันทึกการสนทนากลุ่มและรวบรวมข้อมูลครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ นำข้อมูลที่ได้ไปสรุปประเด็นสำคัญและทำการวิเคราะห์เนื้อหาอย่างเป็นระบบ โดยมีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้กับกลุ่มตัวอย่างว่ามีการตีความถูกต้อง (member checking) เพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้ ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567

ผู้วิจัยนำผลการการศึกษาศถานการณ์ในระยะที่ 1 ร่วมกับการศึกษาดำรง ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลรักษาโรคหืด (Global Initiative for Asthma, 2024) โดยประยุกต์ใช้แนวคิด 3 ประการ ได้แก่ 1) แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1995) เพื่อใช้เป็นวิธีการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วย 2) แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) ในการพัฒนาวิธีการจัดการตนเอง และ 3) แนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบต่อเนื่อง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (pre-hospital) ระยะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (in-hospital) และระยะหลังออกจากโรงพยาบาล (post-hospital) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและโรคภูมิแพ้ 3 ท่าน

ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ไปจากการสนทนากลุ่ม ในจากระยะศึกษาศถานการณ์ของรูปแบบการการดูแลผู้ป่วยโรคหืด และข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการให้บริการจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการและผลการรักษาโรคหืด แบบประเมินสมรรถภาพปอด แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบในอนาคต และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ร่วมกับการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎี ศักยภาพวรรณกรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลรักษาโรคหืด โดยประยุกต์ใช้แนวคิด 4 ประการ ได้แก่ แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Donabedian (2003) เป็นกรอบในการสร้างรูปแบบการจัดการตนเอง ใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1993) เพื่อใช้เป็นวิธีการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วย และใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991)

ระยะที่ 3 ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียว เปรียบเทียบก่อนหลังการทดลอง (quasi experimental study, one group pretest-posttest design) ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ.2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคหืด ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโรงพยาบาลธัญบุรี

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ โปรแกรม G*power โดยใช้สูตร t tests-means: different from constant (one sample case) กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.5 สำหรับกลุ่มตัวอย่างขนาดปานกลาง (Cohen, 1988) α เท่ากับ 0.5 กำลังการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.95 โดยมีการทดสอบ 1 ทาง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 45 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 50 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดและมีโรคร่วมภูมิแพ้

2) ได้รับการรักษาในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้ง 3) สามารถสื่อสารอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมโครงการฯ จนสิ้นสุดการวิจัย และ 2) ระหว่างการรักษาในคลินิกโรคหืดมีโรคร่วมหรือภาวะที่จำเป็นต้องส่งตัวไปรักษาต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้ ที่ศึกษาค้นคว้า ดำเนินการงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีร่วมกับการศึกษาวรรณกรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลรักษาโรคหืด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Donabedian (2003) เป็นกรอบในการสร้างรูปแบบการจัดการตนเอง ประกอบด้วย โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993) เพื่อใช้เป็นวิธีการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหาที่แท้จริง (Discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (taking charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) เป็นขั้นตอนที่ทีมสุขภาพเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ และใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) ในการพัฒนาวิธีการจัดการตนเองของผู้ป่วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) 3) การให้เสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล pre-hospital) ระยะเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (In-hospital) และระยะหลังออกจากโรงพยาบาล (post-hospital) เพื่อสร้างรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย มี 2 ส่วน ได้แก่

(1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้โรคหืด ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ และสิทธิการรักษาพยาบาล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

(2) แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาโรคหืด ระยะเวลาที่เริ่มป่วยโรคหืด ประวัติการสัมผัสสิ่งกระตุ้น การสูบบุหรี่ และโรคร่วม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ

3. แบบประเมินอาการและผลการรักษาโรคหืด ประกอบด้วย

3.1. แบบประเมินการควบคุมโรคหืด (asthma control test: ACT) ผู้วิจัยนำแบบประเมินมาจากแนวทางการวินิจฉัยและบำบัดโรคหืดในผู้ใหญ่ จัดทำโดยสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 (The Thoracic Society of Thailand, 2023) เป็นแบบประเมินภาษาไทยใช้เป็นมาตรฐานในการประเมินผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทย เป็นมาตรวัดระดับความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ มีอาการตลอดเวลา ตอบ 1 มีอาการบ่อยมาก ตอบ 2 มีอาการบางครั้ง ตอบ 3 น้อยครั้ง ตอบ 2 ไม่มีอาการ ตอบ 1 และนำคะแนนรวมเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้ คะแนน 5-15 หมายถึง ควบคุมอาการไม่ได้ คะแนน 16-18 หมายถึง ควบคุมอาการได้บางส่วน คะแนน 19-25 หมายถึง ควบคุมอาการได้ดี

3.2. แบบประเมินสมรรถภาพปอด ด้วยการตรวจอัตราการหายใจออกสูงสุด (peak expiratory flow rate: PEFr) ด้วยการเป่าเครื่องตรวจสมรรถภาพปอด (peak flow meter) เป็นอัตราการไหลของอากาศที่หายใจออกที่สูงที่สุดจากการหายใจออกเร็วและแรงเต็มที่ หน่วยเป็นลิตรต่อวินาที ซึ่งประเมินโดยแพทย์ในคลินิกโรคปอด

3.3) แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบในอนาคต ผู้วิจัยนำมาจากแนวทางการวินิจฉัยและบำบัดโรคหืดในผู้ใหญ่จัดทำโดยสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 (The Thoracic Society of Thailand, 2023) เป็นแบบประเมินภาษาไทยที่ใช้เป็นมาตรฐานในคลินิก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มี กับ ไม่มี ปัจจัยเสี่ยง จำนวน 10 ข้อ

4. แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ผู้วิจัยพัฒนามาจากที่ได้มาจากการศึกษา ตำรา ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหืด แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และการจัดการตนเองของ kanfer and gaelick-buys (1991) โดยสร้างข้อคำถามลักษณะเป็นข้อความเชิงบวก แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามระดับความเห็น ดังนี้ 5 หมายถึง บ่อยที่สุด 4 หมายถึง บ่อยครั้ง 3 หมายถึง บ่อยพอสมควร 2 หมายถึง บางครั้ง และ 1 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหืดและโรคปอดจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เชี่ยวชาญด้านอายุรแพทย์โรคระบบทางเดินหายใจ พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไปและเวชปฏิบัติชุมชน และอาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ของเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด มีค่าความตรงของเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.9 นำไปหาความเที่ยงโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคหืดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .802 ทั้งนี้แบบประเมินอาการและผลการรักษาโรคหืด และแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบในอนาคต เป็นแบบประเมินที่ทีมสหสาขาวิชาชีพใช้เป็นมาตรฐานตาม Global Initiative for Asthma (2024) มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.90 มีผลการทดสอบความเชื่อมั่น (interrater reliability) เท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปทุมธานี ได้รับการอนุมัติในแจ้งจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัย เลขที่ PPHO-REC 2567/25 รับรองวันที่ 3 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยขออภัยวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ประโยชน์ของการวิจัย การตอบ แบบสอบถาม สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย ขณะทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัย ในระหว่างการวิจัยได้ โดยไม่เกิดผลเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความความลับและนำเสนอข้อมูลใน ภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประชุมทีมสุขภาพเพื่อให้มีความเข้าใจ โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ และนำรูปแบบ การเสริมสร้างพลังอำนาจและจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นไปใช้ดูแลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ขณะอยู่โรงพยาบาล และหลังจากออกจากโรงพยาบาล และติดตามประเมินผลก่อนและหลัง (pre-post test) โดยใช้แบบประเมินอาการและผลการรักษาโรคหืด และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ที่ถูกต้องและสอดคล้อง ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นลักษณะโค้งปกติ (normality distribution) โดยใช้ สถิติ Kolmogorov-Smirnov test และใช้สถิติทดสอบ paired-t test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ผลการรักษา โรคและการควบคุมอาการ สมรรถภาพปอดและพฤติกรรมจัดการตนเองก่อนและหลังใช้รูปแบบการเสริมสร้าง พลังอำนาจ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษารายงานเป็นระยะต่างๆ ดังนี้

ระยะที่ 1

กลุ่มทีมสุขภาพ 7 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพ นักโภชนาการ นักจิตวิทยา และแพทย์แผนไทย อย่างละ 1 คน มีอายุอยู่ในช่วง 28-52 ปี มีอายุงานอยู่ในช่วง 3-31 ปี ประสบการณ์ การทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหืดอยู่ระหว่าง 2-7 ปี

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) **ด้านโครงสร้าง:** แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย ไม่ชัดเจนและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยไม่เป็นรูปธรรม ทีมสุขภาพใช้ความรู้เชิงวิชาชีพและประสบการณ์เดิมจากการทำงานมาประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ขาดการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สมุดประจำตัวผู้ป่วย ทีมสุขภาพเป็นผู้ใช้เพื่อบันทึกอาการ ติดตามอาการ บันทึกแผนการรักษา การนัดหมายครั้งต่อไป ผู้ป่วยใช้สมุดเพื่อดูวันนัดเป็นส่วนใหญ่ การสื่อสารส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารจากทีมสุขภาพอื่น ๆ ไม่มีการกำหนดแนวทางในการสื่อสารให้เป็นไปในทางเดียวกัน

ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “เราใช้ความรู้เชิงวิชาชีพและประสบการณ์จากการทำงานมาประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย การสร้างพลังอำนาจไม่ชัดเจน แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่เราจะดูแลแบบกลุ่ม ไม่เป็นรายบุคคล และการติดตามดูแลต่อเนื่องยังไม่ชัดเจนโดยเฉพาะในชุมชน อสม.ยังขาดความรู้” (ผู้ให้ข้อมูล N1)

“สมุดคู่มือที่ให้ผู้ป่วยไปใช้ ผู้ป่วยไม่ค่อยอ่านความรู้ในสมุดและตัวหนังสือเล็ก การสื่อสารไม่มีการกำหนดแนวทางในการสื่อสารทั้งเนื้อหาและช่วงเวลา ใช้โทรศัพท์และไลน์กลุ่มในการสื่อสารกับผู้ป่วยยังมีปัญหา บางคนไม่มีไลน์ การสื่อสารรายกลุ่มเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ไม่ทราบปัญหารายบุคคล” (ผู้ให้ข้อมูล P1)

2) **ด้านกระบวนการการดูแลผู้ป่วย:** ขาดการดูแลแบบบูรณาการและไม่มีการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากการดูแลรักษาส่วนใหญ่ออกแบบและดำเนินการโดยทีมสุขภาพ ไม่มีรูปแบบในการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ชัดเจน ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยไปยังผู้ดูแลในชุมชน และไม่ได้ส่งเสริมให้ผู้ดูแลในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล

ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “เราเน้นการดูแลเมื่อผู้ป่วยโรคหืดมารับบริการที่โรงพยาบาลเท่านั้น ได้ยาแล้วก็กลับบ้าน ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยไปยังทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น ให้เภสัชกรให้สอนพ่นยา แต่ยังไม่มีการดูแลติดตามต่อเนื่องขณะอยู่บ้าน ไม่มีการติดตามว่าผู้ป่วยใช้อุปกรณ์พ่นฟูปอดหรือไม่” (ผู้ให้ข้อมูล T1)

“บทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย ด้านการจัดการและการสนับสนุนการจัดการตนเองในระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดยังไม่ต่อเนื่อง ขาดแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการตนเอง การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดยังไม่ดีพอ” (ผู้ให้ข้อมูล N1)

“เรายังขาดการส่งเสริมให้ อสม.มีส่วนร่วมกับทีมในโรงพยาบาลในการดูแลที่บ้าน โดยเฉพาะการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้าน พกพาขยะ หรือควันไฟ” (ผู้ให้ข้อมูล D1)

3) **ด้านผลลัพธ์:** ขาดการติดตามผลลัพธ์ที่เป็นองค์รวม เนื่องจากมีการประเมินอาการและสมรรถภาพทางกาย โดยทีมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ การประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่ชัดเจน

ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “เรามีการประเมินอาการและผลการรักษาโรคหืดทางด้านร่างกาย เช่น สมรรถภาพปอด โดยทีมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังขาดการประเมินผลด้านพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วย” (ผู้ให้ข้อมูล N1)

ระยะที่ 2

รูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้ มีดังนี้

1. **ด้านโครงสร้าง** มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) เพื่อใช้เป็นวิธีการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหาที่แท้จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) ในการพัฒนาวิธีการจัดการตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินตนเอง และ 3) การเสริมแรงตนเอง เป็นขั้นตอนที่ทีมสุขภาพเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ มีช่องทางและแนวทางการสื่อสารที่ชัดเจน โดยใช้ไลน์กลุ่มผู้ป่วยโรคหืดเพื่อสื่อสารรายกลุ่ม และเพิ่มการสื่อสารเฉพาะบุคคลด้วยการใช้แอปพลิเคชัน LINE Official Account (Line OA) และมีการปรับปรุงสมุดประจำตัวและคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

ในการติดตาม ประเมิน อาการและพฤติกรรม และเสริมแรงผู้ป่วยให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีบทบาทในการสร้างเสริมพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น พยาบาล มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ เสริมแรงโดยการให้ความรู้ฝึกทักษะในการจัดการตนเอง การประสานงานด้านการรักษาจากแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร และติดตาม ประเมินอาการและพฤติกรรมสุขภาพจากข้อมูลในสมุดประจำตัวของผู้ป่วย ร่วมกับการใช้ Line OA รวมทั้งประสานงานกับพยาบาลและอสม. ในชุมชนในการติดตามและเสริมแรงให้ผู้ป่วยให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

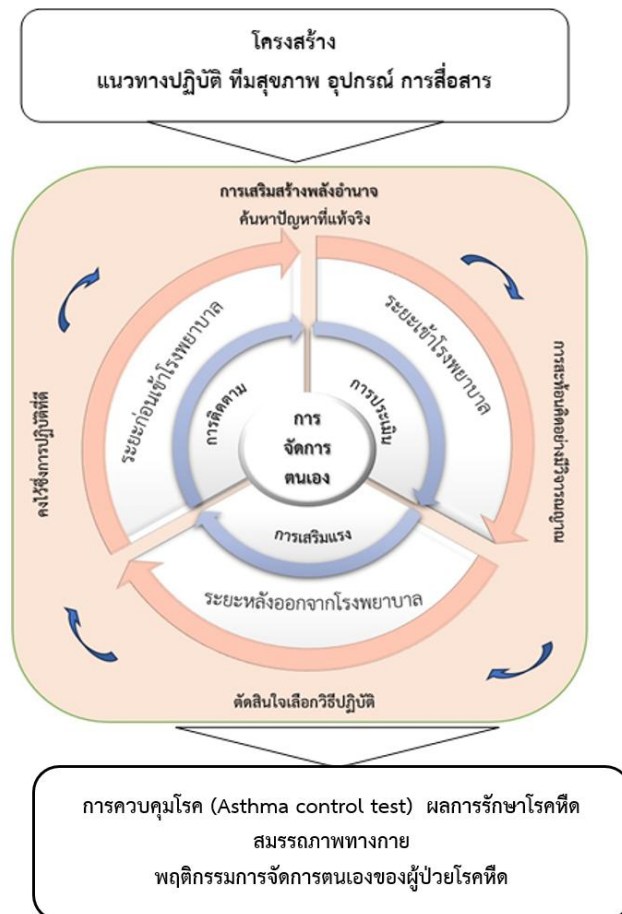
2. ด้านกระบวนการ ทีมสุขภาพดูแลแบบต่อเนื่องครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (pre-hospital) ใช้กระบวนการดูแลเน้นการควบคุมความเสี่ยงการเกิดอาการกำเริบ โดยสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อสม. ในพื้นที่ โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ “การดูแลผู้ป่วยโรคระบบหายใจ แบบไร้รอยต่อ” จำนวน 1 วัน โดยให้ความรู้เรื่องโรคหืด โรคภูมิแพ้ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมและทักษะในการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ อสม. จำนวน 50 ราย โดย อสม.ทุกรายที่ผ่านการอบรม ทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้าน ช่วยผู้ป่วยค้นหาปัญหาที่แท้จริง ช่วยดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน เพื่อลดสิ่งกระตุ้น ลดการเพิ่มฝุ่นในชุมชน และสามารถช่วยติดตามอาการและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย และสามารถประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อมีอาการได้อย่างรวดเร็ว และช่วยเสริมแรงผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยมีทีมสุขภาพในคลินิกโรคหืดให้การช่วยเหลือและสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น หน้ากากใส่ป้องกันฝุ่น รวมทั้งเพิ่มช่องทางในการติดต่อสื่อสารผ่านทางไลน์กลุ่มเครือข่ายคลินิกโรคหืด ในการปรึกษา ให้ข้อมูลต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง

2) ระยะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (in-hospital) ทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคหืดให้การดูแลครอบคลุมกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานตั้งแต่การเข้ารับเข้าถึง การประเมิน การวางแผน การดูแลรักษา การให้ข้อมูลเสริมพลังโดยใช้การให้ความรู้และการฝึกทักษะในการจัดการตนเองด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การผ่อนคลาย การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การใช้ยาอย่างถูกต้องเป็นรายบุคคล โดยใช้แนวทางในการจัดการตนเองและการดูแลต่อเนื่อง (the Healthcare Accreditation Institute [Public Organization], 2022) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืดอย่างมีประสิทธิภาพ (The Thoracic Society of Thailand. 2023; Global Initiative for Asthma, 2024) รวมทั้งการวางแผนการจำหน่ายที่เน้นการจัดการตนเองและติดตามดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละราย

3) ระยะหลังออกจากโรงพยาบาล ทีมสุขภาพ โดยพยาบาลประจำคลินิก พยาบาล รพ.สต. และ อสม. ร่วมกันดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อติดตาม ประเมินอาการ ปัญหาที่เกี่ยวข้อง และหาแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกัน เน้นการมีส่วนร่วมและการสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย ญาติ และการสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน และติดตามผลการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการประเมินผลลัพธ์ ทีมสุขภาพมีการติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และประเมินผลลัพธ์จากการควบคุมโรค และผลการรักษาโรคหืด การประเมินสมรรถภาพทางกาย และพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้

ระยะที่ 3

ประเมินผลการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ย 54 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 26 และอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 26 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 32 ส่วนใหญ่มีรายได้หลักมาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 68 มีสิทธิการรักษาเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 86

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาโรคหืด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการหอบครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ร้อยละ 94 ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นภูมิแพ้ โรคหืด ร้อยละ 84 มีประวัติอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 62 ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 74 ผู้ป่วยที่เคยสูบบุหรี่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้วทุกราย ไม่มีประวัติสัมผัสสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้เกิดการระคายเคืองระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 56 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคหืดมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 70 ระยะเวลาตั้งแต่ป่วยด้วยโรคหืดจนได้รับการวินิจฉัยและรักษาในคลินิกโรคหืดมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 62 มีโรคร่วม ร้อยละ 60 และโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.9 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 17

2. เปรียบเทียบผลการรักษาและสมรรถภาพอด

1.2 การประเมินผลการรักษาโรคหืด

1.2.1 การประเมินการควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมอาการได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการประเมินการควบคุมโรคก่อนและหลังการทดลอง ($n=50$)

รายการประเมิน	ก่อน		หลัง		t	p -value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ระดับการควบคุมอาการ	77.87	15.193	87.99	14.102	-4.252	.001**

** $p<.001$

1.2.2 การประเมินสมรรถภาพปอด หลังการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้น โดยมีค่าอัตราการหายใจออกสูงสุด (PEFR) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินสมรรถภาพปอดก่อนและหลังการทดลอง ($n=50$)

สมรรถภาพปอด	ก่อน		หลัง		t	p -value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
PEFR	77.87	15.193	87.99	14.102	-7.604	.001**

** $p<.001$

1.2.3 การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบในอนาคต หลังการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบในอนาคตลดลงทุกอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบในอนาคตก่อนและหลังการทดลอง ($n=50$)

ปัจจัยเสี่ยง	ก่อน		หลัง		t	p -value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
มีอาการหืดกำเริบชนิดรุนแรง ≥ 1 ครั้ง ในปีที่ผ่านมา	0.44	0.50	0.14	0.35	-4.583	.001**
มีอาการกำเริบจนต้องนอนโรงพยาบาล (Admit)	0.32	0.47	0.00	0.00	-4.802	.001**
มีอาการหืดกำเริบจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ	0.00	0.00	0.00	0.00	0	.001**
ใช้ยาควบคุมอาการไม่สม่ำเสมอ หรือผิดวิธี	0.28	0.45	0.04	0.20	-3.562	.001**
ใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน ≥ 3 ครั้ง/ปี	0.30	0.46	0.04	0.20	-4.149	.001**
มีอาการกำเริบเฉียบพลันจนต้องไปพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน	0.60	0.49	0.28	0.45	-4.413	.001**
การทดสอบสมรรถภาพปอดพบค่า FEV1 $< 60\%$	0.16	0.37	0.04	0.20	-2.585	.013*
สัมผัสสารก่อภูมิแพ้ เช่น ควันบุหรี่ มลพิษทางอากาศ	0.52	0.05	0.24	0.43	-4.365	.001**
โรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า	0.06	0.24	0.00	0.00	-1.769	.001**
โรคร่วมหรือภาวะต่างๆ เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคกระดูก ไหลย้อน	0.22	0.41	0.10	0.03	-2.585	.013*

* $p<.05$, ** $p<.001$

3. พฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้ มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น ทั้ง 3 ด้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจการจัดการตนเอง จำแนกรายด้าน และโดยรวม ($n=50$)

รายละเอียด	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
พฤติกรรมการติดตามตนเอง	11.16	2.02394	14.28	.83397	-12.902	.001**
พฤติกรรมการประเมินตนเอง	61.20	9.42641	77.14	4.4032	-13.911	.001**
พฤติกรรมการเสริมแรงตนเอง	3.10	1.216	4.26	.694	-7.029	.001**
พฤติกรรมรวม 3 ด้าน	75.46	11.583	95.68	5.133	-15.019	.001**

** $p<.001$

อภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. สถานการณ์ของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้ โรงพยาบาลธัญบุรี สามารถอภิปรายผล จำแนกตามโครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ ได้ดังนี้

1.1 โครงสร้างของรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหืดเดิม ถึงแม้ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลรักษาตามมาตรฐาน (Global Initiative for Asthma, 2024) แต่พบว่า ยังมีรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหืดยังขาดการประสานงานกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ แนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่ชัดเจน และไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทีมสุขภาพแต่ละสาขาใช้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยการสื่อสารกับผู้ป่วยทั้งโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ แต่ไม่มีการกำหนดเนื้อหาและช่วงเวลาสื่อสาร การสร้างเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน และขาดการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับตนเองเป็นรายบุคคล ส่วนด้านการดูแลผู้ป่วยยังขาดการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน พยาบาลและอสม.ในชุมชนชนขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Phichaicherd, & Limtragool, 2021) ส่วนการใช้อุปกรณ์และสมุดประจำตัวผู้ป่วยยังขาดแนวทางในการใช้ที่ชัดเจน ขาดการติดตามและประเมินผลการใช้อุปกรณ์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ขาดการประเมินผลลัพธ์การดูแล เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและพฤติกรรม自我管理ของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการใช้อุปกรณ์สื่อสาร เช่น ไม่มีโทรศัพท์ หรือมีโทรศัพท์แต่ไม่มีอินเทอร์เน็ตและแอปพลิเคชันไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Phichaicherd and Limtragool (2021) เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุไม่มีโทรศัพท์มือถือ ไม่มีการใช้อินเทอร์เน็ต ทำให้ทีมสุขภาพไม่สามารถติดตามและประเมินได้อย่างต่อเนื่อง และโรงพยาบาลยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการติดตามผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าทีมสุขภาพมีความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมและต้องการปรับปรุงการดูแลเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ควรมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Donabedian, 2003)

1.2 ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากรูปแบบเดิมกระบวนการดูแลรักษาออกแบบและดำเนินการโดยทีมสุขภาพ มีโครงสร้างการให้บริการไม่เป็นรูปธรรม ทำให้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ไม่เฉพาะเจาะจง เรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเอง การมอบหมายงานและบทบาทในทีมสหสาขาจึงยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะบทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย ในระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังไม่เป็นรูปธรรม ขาดการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเอง สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น ดังนั้น ถ้าต้องการให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีควรดูแลโดยทีมสหสาขาให้การดูแลแบบบูรณาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pitakanop and Muangthaingam (2018) เนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพจะให้การดูแลแบบบูรณาการอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรมชัดเจน

1.3 ด้านผลลัพธ์ เนื่องจากรูปแบบเดิมมีโครงสร้างและกระบวนการของการให้บริการไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการติดตามและการประเมินผลการดูแลภาวะสุขภาพตนเองร่วมกับทีมสุขภาพที่ชัดเจน ผู้ป่วยบางรายยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน เช่น

การสัมผัสฝุ่นควัน ไม่สวมหน้ากากอนามัย การใช้ยาไม่ถูกต้อง ปรับลดหรือเพิ่มยาสุดพ่นเองเป็นบางครั้ง ไม่ล้างจมูก เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Jompook et al., (2022) ดังนั้น ทีมสุขภาพจึงควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและกำหนดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tareram and Ua-kit (2018) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมในการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคหืดหลังใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี มีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรม การจัดการตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

2. รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้ที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบตั้งแต่โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ด้วยแนวคิดการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยทีมสุขภาพร่วมกันเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยตามแนวทางของ Gibson (1995) ผู้ป่วยค้นพบปัญหาที่แท้จริงของการเกิดอาการเหนื่อย หอบ สามารถสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อหาวิธีการแก้ปัญหา มีการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชนซึ่งประสานงานกันดูแลผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ฝึกทักษะการจัดการตนเองที่จำเป็น มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบและให้ญาติช่วยเหลือสนับสนุนการใช้เครื่องมือสื่อสารแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มผู้ป่วยโรคหืด เพื่อติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Keawlai and Boontongto (2020) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น สามารถควบคุมโรคได้ และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. เปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบในอนาคตลดลง สามารถควบคุมโรคได้ ส่งผลให้มีสมรรถภาพปอดดีขึ้น เนื่องจากหลังการทดลองใช้รูปแบบเสริมสร้างพลังอำนาจโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีการประสานการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลจากโรงพยาบาลและชุมชน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง มีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับใช้อุปกรณ์บริหารปอดอย่างง่าย ส่งเสริมผู้ป่วยบริหารปอดอย่างสม่ำเสมอ เพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อหน้าอก เพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ควบคุมอาการกำเริบเฉียบพลันได้ ส่งผลให้ โดยมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอด (PEFR) เท่ากับ 87.99 ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบในอนาคตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Kaewsing et al. (2021) ซึ่งผลของโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการกำเริบได้ และมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติและทำงานได้ ผู้ป่วยเสริมแรงตนเองและมีความรู้สึภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพราะมีการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Gibson, 1995)

นอกจากนี้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้มีการเสริมแรงผู้ป่วย และในกลุ่มผู้ป่วยโรคหืดมีการเสริมแรงร่วมกันผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มผู้ป่วยโรคหืด ด้วยการกล่าวชื่นชม ให้กำลังใจ ทั้งในรูปแบบข้อความ และสติกเกอร์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพลังอำนาจและมีแรงจูงใจในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องโดยประเมินจากผลการรักษาและการติดตามจากการบันทึกผลในกราฟแสดงสมรรถภาพปอดในสมุดคู่มือของผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เพื่อให้มีสมรรถภาพปอดที่ดีขึ้น และจากการที่ผู้ป่วยบริหารปอดอย่างสม่ำเสมอทุกวัน หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ มีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wintachai and Ua-kit (2018) ซึ่งส่งผลของโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบในอนาคตได้เพิ่มขึ้น รวมถึงการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นสามารถช่วยปรับปรุงการควบคุมโรคได้ดีขึ้น (Gebresilassie et al., 2025) จากการพัฒนารูปแบบบริการด้านโครงสร้างการดูแลที่ปรับปรุงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้มีแนวทางการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน และเป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการ

ตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น สามารถควบคุมโรคหืดได้ มีสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ทีมผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดที่พัฒนาขึ้นมาใช้อย่างเป็นระบบในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น สามารถควบคุมโรคและผลการรักษาโรคที่ดี เพิ่มสมรรถภาพทางกายและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และควรติดตามผลลัพธ์การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเชิงทดลอง โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้สามารถมองเป็นภาพรวมใหญ่ของผลการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของโรคหืดที่มีโรคร่วมภูมิแพ้ที่สมบูรณ์ได้ชัดเจนขึ้น และควรเพิ่มตัวแปรวิจัยอื่นๆ ด้านจิตสังคม และติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- Borisutsukseri, N. (2024). Development of a seamless care model for pediatric asthma patients to access quality services according to disease-specific standards at Phon Thong Hospital, Roi Et Province. *Journal of Environmental Health and Community Health*, 9(4), 150-159. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/2929> (in Thai)
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford University Press.
- Gebresilassie, T. G., Worku, A., Ahmed, A. A., & Kabeta, N. D. (2025). Effect of asthma education intervention on self-management knowledge and control level in Tigray, Northern Ethiopia: a quasi-experimental study. *BMC pulmonary medicine*, 25(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12890-025-03574-4>
- Gibson C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of advanced nursing*, 21(6), 1201–1210. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x>
- Global Initiative for Asthma, GINA. (2024). *Global strategy for asthma management and prevention*. https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2024/05/GINA-2024-Strategy-Report-24_05_22_WMS.pdf.
- Jompook, P., Siritarungsri, B., Sosom. B. (2022). Self-management model for asthma patients of secondary community hospitals in Saraburi Province. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 49, (1), 60-78. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/255928/183385> (in Thai)
- Kaewsing, P., Thapinta, D., Chaiard, J., & Srirat, C. (2021). Effectiveness of a self-management enhancement program among adults with uncontrolled asthma: A randomized controlled trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(3), 375–388. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/245150>

- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buy, L. (1991). Self-management method. In F. H. Kanfer, & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4 th ed., pp. 305-360). Pergamon.
- Keawlai, K., & Boontongto, S. (2020). The effect of a motivational enhancement program on self-management behaviors of patients with asthma. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 4(7), 153–164.
<https://www.thaidj.org/index.php/AJMP/article/view/8921>(in Thai)
- Nilbanphot, P., Sinsupphan, N., & Purisan, K. (2022). Effectiveness of a self-efficacy promotion program on self-management behavior in adult asthma patients at the asthma clinic, Khon Kaen Hospital. *Journal of the 7th Disease Prevention and Control Office, Khon Kaen*, 29(2), 76–86. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/253217/174097> (in Thai)
- Phichaicherd, N., & Limtragool, P. (2021). The health care system of patients with asthma at asthma clinic, Huaimek Hospital, Huaimek District, Kalasin Province. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*. 39(1), 118–127. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/246847> (in Thai)
- Pitakanop, D., & Muangthaingam, B. (2018). Development of an asthma management system for asthma management at an integrated asthma clinic, Sankhaburi Hospital, Chai Nat Province. *Journal of Public Health Academic*, 27(5), 856–865.
<https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/5083/4814> (in Thai)
- Promprakob, V., Sananreangsak, S., & Teerarungsikul, N. (2020). Effects of the self-management program on asthma control behaviors of school-age children with asthma. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 14(1), 110–121. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/239960> (in Thai)
- Sirithongsuk, A. (2016). Effects of a self-efficacy promotion program on self-efficacy and preventing behavioral of acute exacerbations in asthma patients. *Journal of Nursing Science and Health*, 39(1), 61–69. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/40961> (in Thai).
- Sriprasart, T., Saiphoklang, N., Kawamatawong, T., Boonsawat, W., Mitthamsiri, W., Chirakalwasan, N. ...Poachanukoon, O. (2024). Allergic rhinitis and other comorbidities associated with asthma control in Thailand. *Frontiers in medicine*, 10, 1308390.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1308390>
- Tareram, J., & Ua-Kit, N. (2018). The effect of motivation promoting program on self-management behavior in asthmatic adult patients. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(3), 221–232. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/151851> (in Thai)
- Thai Asthma Council and Association. (2022). *Thai asthma guideline in adult 2022*.
<https://www.tac.or.th/wp-content/uploads/2023/11/Thai-Asthma-Guideline-for-Adult-2022.pdf> (in Thai)
- Thai Asthma Council and Association. (2023). *Clinical practice guideline for Asthma management in primary care 2023*. <https://www.tst.or.th/wp-content/uploads/2023/05/Asthma-Thai-guideline-2566-PDF-final-.pdf> (in Thai)
- Thanyaburi Hospital. (2024). *Report on allergy and asthma patients as of December 31, 2024*. Thanyaburi Hospital. (in Thai)

- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2022). *Hospital and healthcare service standards* (5th edition). The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (in Thai)
- The Thoracic Society of Thailand. (2023). *Guidelines for the diagnosis and treatment of asthma in adults*. <https://www.tst.or.th/wp-content/uploads/2023/05/Asthma-Thai-guideline-2566> (in Thai)
- Wintachai, T., & Ua-kit, N. (2018). Effect of a self-management program on pulmonary function in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Science, Chulalongkorn University*, 30(2), 124–135. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/160152> (in Thai)
- World Health Organization. (2024, May 6). *Asthma*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>

