



ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ออาการเหนื่อยล้าใน ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สุกัญญา นาคี พย.ม.*

อัมพรพรรณ ธีรานูตร ปร.ด.**

วีชรา บุญสวัสดิ์ พ.บ.***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสืออำนาจจังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อจัดการอาการเหนื่อยล้า กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะหลังการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ จึงควรนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อาการเหนื่อยล้า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจที่ไม่สามารถทำให้กลับสู่สภาพปกติได้¹ คาดการณ์ว่าโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 30 ในอีก 10 ปีข้างหน้าหากยังไม่มีการลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่างๆ ที่ทำให้เกิดโรคโดยเฉพาะการสูบบุหรี่ ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 210 ล้านคน อัตรายป่วยในเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน² สำหรับประเทศไทยจากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่

ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด 44 จังหวัด พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 132,205 ราย โดยพบมากในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งโรคนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ในกลุ่มอายุ 60-74 ปี และอันดับ 2 รองจากกลุ่มโรคระบบไหลเวียนโลหิตในกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป³ ลักษณะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมและเนื้อปอด จากการตอบสนองต่อการอักเสบจากสารพิษหรือมลภาวะต่างๆ ทำให้เกิดการจำกัดการไหลของอากาศหายใจอย่างถาวร¹ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลง

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



สภาพร่างกายตามกระบวนการชราของผู้สูงอายุแล้ว แต่ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง เมื่อโรครุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อยหายใจลำบากทั้งในขณะที่พักหรือในระหว่างการทำกิจวัตรประจำวัน⁴ อาการหายใจลำบากทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น รบกวนการนอนหลับพักผ่อน ผู้สูงอายุจะนอนไม่หลับ นอนหลับไม่สนิท หรือตื่นบ่อยในตอนกลางคืน ทำให้ร่างกายสูญเสียพลังงานโดยไม่จำเป็น จนส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการเหนื่อยล้าตามมาในที่สุด

อาการเหนื่อยล้า (fatigue) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่รู้สึกไม่สบายทั่วร่างกายที่เป็นผลมาจากความเหน็ดเหนื่อยจนขาดพลังงาน รบกวนความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติของบุคคล ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจลดลงกว่าปกติ เป็นอาการที่พบบ่อยเป็นอันดับสองรองจากอาการหายใจลำบาก⁵⁻⁷ โดยพบอาการนี้ในผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 40^{4,6} และในระยะรุนแรงของโรคจะพบอาการเหนื่อยล้าสูงถึงร้อยละ 80^{4,8} นอกจากนี้อาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นทุกวัน ระยะเวลาประมาณ 6-24 ชั่วโมง/วัน⁹ ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านความรู้สึกนึกคิด และสติปัญญา และด้านพฤติกรรม⁹⁻¹³ ผู้ป่วยมักขาดแรงจูงใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจนถึงขั้นแยกตัวออกจากสังคม¹²⁻¹⁴ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการควบคุมโรคหรืออาการที่เกิดขึ้น ขาดการตระหนักถึงความสำเร็จของตนเอง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ และจะละเว้นที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามปกติหรือทำกิจกรรมได้ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทั้งที่ผู้ป่วยยังมีศักยภาพที่จะปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกไร้พลังอำนาจ¹⁵ ที่ผ่านมามีการประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองตามกรอบแนวคิดของกิบสัน พบว่า ร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจในตนเองอยู่ในระดับต่ำ และอีกร้อยละ 10 มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง¹⁶ ซึ่งถ้าหากยังไม่ได้รับการแก้ไขให้ผู้สูงอายุมีพลังอำนาจเพื่อจัดการกับอาการเหนื่อยล้าก็จะส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข แต่การที่พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ไม่ใช่เพียงแค่ให้รู้ว่าวิธีอะไร ต้องทำอะไร และมีทักษะอย่างไรเท่านั้น สิ่งสำคัญคือการทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อในความสามารถและศักยภาพของตนในการนำความรู้หรือทักษะต่าง ๆ เหล่านั้นมาใช้ในสถานการณ์จริงได้ ซึ่งพยาบาลสามารถทำได้ด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังอำนาจและศักยภาพที่มีอยู่ในตนเอง โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ให้การสนับสนุน ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้ความรู้ ผู้ให้คำแนะนำและจัดหาแหล่งประโยชน์ ผู้อำนวยความสะดวก ผู้ส่งเสริมและผู้พิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วย แทนการเป็นผู้สอนหรือถ่ายทอดความรู้แบบดั้งเดิมที่เป็นรูปแบบผู้ป่วยต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่สุขภาพ¹⁷ เนื่องจากวิธีเดิมที่เคยปฏิบัตินั้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง ไม่ได้มีส่วนร่วมในการควบคุมตนเอง และอาจเกิดปัญหาขึ้นได้ถ้าทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยต่างจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ทั้งนี้พยาบาลต้องระลึกเสมอว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่เลือกวิธีเพื่อจัดการหรือบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วยตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน¹⁸

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการนำเอากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสันมาใช้ในผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยจิตเภท¹⁹⁻²³ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้น ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจลดลง มีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสันมาประยุกต์เป็นโปรแกรม เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยเน้นศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความชุกของโรคนี้สูง ทั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเองเพิ่มมากขึ้น



รับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้มาใช้ในการคิดวิเคราะห์ พิจารณา และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมกับตนเองมากที่สุดในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบบสัน^{24,25} มาประยุกต์เป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตัวเองและลงมือปฏิบัติ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ (quasi - experimental research)

ประชากรคือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิริอำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ เลือกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีประวัติการสูบบุหรี่และผลการวัดค่าความเร็วสูงสุดของลมที่เป่าออก (PEFR) ภายหลังการพ่นยาขยายหลอดลม 30 นาที มีค่าเพิ่มขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 80 ของค่าที่เป่าได้ก่อนพ่นยา และแพทย์อนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย 3) ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1, 2 และ 3 โดยแบ่งตามลักษณะของการมีอาการหายใจลำบากของสมาคมแพทย์อเมริกัน (Medical Research Council dyspnea scale)²⁶ 4) มีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจ

ในตนเองอยู่ในระดับต่ำโดยประเมินจากแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของเมธิดิ จันติยะ¹⁶ ได้คะแนนไม่เกิน 48 คะแนน เพราะถือว่าเป็นผู้ที่ควรได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ²⁰ 5) สามารถเดินได้เอง โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการเดินหรือมีคนช่วยพยุงเดิน 6) สามารถอ่าน พุด ฟัง และติดต่อสื่อสารได้ดี โดยใช้ผลการทดสอบสภาพสมองโดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini - Mental State Examination Thai 2002 [MMSE - Thai 2002]) ได้คะแนน คือ ไม่ได้เรียนหนังสือได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 15 คะแนน เรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 18 คะแนน เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 23 คะแนน

สำหรับเกณฑ์ในการคัดออกคือผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามระยะเวลาของโปรแกรมไม่ว่ากรณีใด ๆ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยกึ่งทดลองอย่างน้อยที่สุด 30 ราย โดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 รายกรณีมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม²⁷ ดังนั้นจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อให้มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้สำหรับการวิจัยครั้งนี้โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified sampling) แบบใช้สัดส่วนที่เท่ากัน²⁸ ตามระดับความรุนแรงของโรค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เดิม ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว สิทธิการรักษา บุคคลที่คอยดูแลช่วยเหลือ ระยะเวลาที่ป่วย และประวัติการสูบบุหรี่

2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค แบ่งตามประวัติการมีอาการหายใจลำบากของสมาคมแพทย์อเมริกัน²⁶



3. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002)

4. แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของ เมธิณี จันติยะ¹⁶ พัฒนามาจากวัดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ของพนารัตน์ เจนจบ²⁰ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของกิบบสัน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านการรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง 2) ด้านการพัฒนาตนเอง 3) ด้านความพอใจในตนเอง และ 4) ด้านการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต รวมทั้งหมด 24 ข้อ ลักษณะของคำตอบมี 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-4 คือ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ตามลำดับ คะแนนที่ได้จากแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจอยู่ระหว่าง 0 - 96 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ยิ่งมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองมาก หากคะแนนต่ำกว่า 48 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 50) แสดงถึงมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองต่ำ¹⁶ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.81 และหาความเชื่อมั่นโดยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.84

5. แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า²⁹ เป็นแบบวัด multidimensional fatigue inventory (MFI-20) ของสมเทส และคณะ พัฒนาโดยอรัญญา ชิตชอบ ประกอบด้วย คำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านอาการเหนื่อยล้าทั่วไป ได้แก่ ข้อ 1, 5, 12, 16 ด้านอาการเหนื่อยล้าทางร่างกาย ได้แก่ ข้อ 2, 8, 14, 20 ด้านการลดลงของการทำกิจกรรม ได้แก่ ข้อ 3, 6, 10, 17 ด้านการลดลงของแรงจูงใจ ได้แก่ ข้อ 4, 9, 15, 18 ด้านอาการเหนื่อยล้าทางจิตใจ ได้แก่ ข้อที่ 7, 11, 13, 19 โดยในแต่ละด้านจะมีคำถามที่แสดงออกถึงอาการเหนื่อยล้า ประกอบด้วยข้อ 2, 5, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 18 และ 19 ตัวอย่างคำถามเช่น “ฉันรู้สึกเหนื่อย” หากได้คะแนนสูงก็หมายความว่ามีอาการเหนื่อยล้าสูง และคำถามที่ไม่แสดงออกถึงอาการเหนื่อยล้า ประกอบด้วย ข้อ 1, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 15 และ 20 ตัวอย่างคำถาม

เช่น “ฉันรู้สึกแข็งแรง” หากได้รับคะแนนสูงก็หมายความว่า มีอาการเหนื่อยล้าต่ำ ลักษณะของคำตอบมี 5 ระดับ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อยและไม่เป็นจริง การกำหนดคะแนนในแต่ละระดับ กำหนดให้ 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน คะแนนสูงมาก หมายถึง มีอาการเหนื่อยล้ามาก นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.87

6. แบบติดตามการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ การได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า การออกกำลังกาย การใช้เทคนิคการสงวนพลังงาน การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และการส่งเสริมภาวะโภชนาการ โดยให้ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลบันทึกวิธีการบรรเทาอาการเหนื่อยล้าและความถี่ที่มีการปฏิบัติจริงที่บ้าน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย 1 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.89 นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 10 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหาของโปรแกรมและความเหมาะสมกับผู้สูงอายุก่อนนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. ระยะเวลาการ 1) เสนอโครงการเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ ต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์



มหาวิทยาลัยขอนแก่น และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ 2) ตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลลืออำนาจจากทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นำรายชื่อผู้สูงอายุเข้าปรึกษาแพทย์ประจำคลินิกโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อขอความร่วมมือและพิจารณาการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุ หลังจากนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของผู้สูงอายุที่แพทย์เห็นควรให้เข้าร่วมโปรแกรมได้โดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายจากทะเบียนประวัติ 3) ติดตามพบผู้สูงอายุที่บ้าน แนะนำตัวต่อผู้สูงอายุและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และมีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประเมินระดับความรุนแรงของโรค ประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง และประเมินสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุเพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 4) กำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 15 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม และดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนการวิจัยในระยะทำการทดลองจนเสร็จสิ้นก่อนเพื่อป้องกันการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแล้วจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างอีก 15 รายหลังให้เป็นกลุ่มทดลอง

2. ระยะทำการทดลอง

1) กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แต่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่เคยได้รับคือ การตรวจรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ การได้รับยาและการมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุ 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8 โดยดำเนินการ คือ 1.1) สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายขั้นตอนการวิจัยอีกครั้ง ประเมินอาการเหนื่อยล้า (pre-test) และนัดพบครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 8 1.2) สัปดาห์ที่ 8 ประเมินอาการเหนื่อยล้าและประเมินการรับรู้พลังอำนาจ (post-test) ภายหลังจากเสร็จสิ้นโครงการวิจัยและผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐาน ผู้วิจัยนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้กับกลุ่มควบคุมภายหลัง พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าจากคู่มือและ

มอบคู่มือให้ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำมาทบทวนความรู้ความเข้าใจด้วยตนเองต่อที่บ้านได้

2) กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านทั้งหมด 6 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 6 และ 8 ครั้งละประมาณ 45-60 นาที เพื่อดำเนินการตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน คือ 2.1) สัปดาห์ที่ 1 ประเมินอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครั้งแรก (pre-test) หลังจากนั้นดำเนินการตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 1 คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง และขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อกระตุ้นและเปิดโอกาสให้เล่าประสบการณ์ เกิดการรับรู้ เข้าใจ และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนได้ใช้ความสามารถในการคิดวิเคราะห์เพื่อจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตัวผู้สูงอายุเอง พร้อมกับมอบคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนต่อที่บ้าน 2.2) สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและลงมือปฏิบัติ เพื่อให้สามารถคิดวิเคราะห์ พิจารณาความเหมาะสมของวิถีปฏิบัติต่างๆ และวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ผ่านการตัดสินใจเลือกด้วยตัวเอง ทำให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองในการจัดการกับปัญหา 2.3) สัปดาห์ที่ 3 เน้นขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและลงมือปฏิบัติ ให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น 2.4) สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินการตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจในวิธีการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าที่ผ่านการตัดสินใจเลือกด้วยตัวเองและสนับสนุนให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพต่อไป พร้อมกับประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเองครั้งที่ 2 เพื่อติดตามความก้าวหน้าของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หากพบว่าคะแนนการรับรู้พลังอำนาจยังอยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัยดำเนินการพูดคุยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้เล่าถึงประสบการณ์ ปัญหา และอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น



ในระหว่างฝึกปฏิบัติวิธีการบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในแต่ละวิธีที่บ้าน และร่วมกันคิดวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางแก้ไข สนับสนุนความรู้ความเข้าใจและการฝึกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุรับรู้ในความสามารถและศักยภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น 2.5) สัปดาห์ที่ 6 เน้นขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพต่อไป และดำเนินการประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเองครั้งที่ 3 เพื่อติดตามความก้าวหน้าของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2.6) ดำเนินการยุติและประเมินผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พร้อมกับประเมินอาการเหนื่อยล้าและประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ คือ 1) ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ χ^2 และใช้สถิติ t-test 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบ 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) 4) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบ 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (กลุ่มทดลองเฉลี่ย 68 ปี กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 68.07 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ (กลุ่มทดลองร้อยละ 53.3, กลุ่มควบคุมร้อยละ 60) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (กลุ่มทดลองร้อยละ 86.7 กลุ่มควบคุมร้อยละ 93.3) อาชีพเดิมส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรกรม (กลุ่มทดลองร้อยละ 60 กลุ่มควบคุมร้อยละ 66.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอ (กลุ่มทดลองร้อยละ 86.7 กลุ่มควบคุมร้อยละ 80) และ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี (กลุ่มทดลองร้อยละ 46.7 กลุ่มควบคุมร้อยละ 40.0) ส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่แล้วในปัจจุบัน โดยส่วนใหญ่สูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวนต่อวัน (กลุ่มทดลองร้อยละ 58.3, กลุ่มควบคุมร้อยละ 72.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 (กลุ่มทดลองร้อยละ 53.3 กลุ่มควบคุมร้อยละ 46.7)

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ไม่มีผลการวิจัยของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (post-test)

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลืออำนาจจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 30 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นเวลา 8 สัปดาห์ จำนวน 15 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 15 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติ ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการมีปฏิสัมพันธ์ทางบวกระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เปิดโอกาสให้เรียนรู้ตามความสมัครใจ มีการวางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง ตลอดจนการช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเพิ่มทักษะในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความมั่นใจและรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเองเพิ่มมากขึ้น^{24,25} ดังจะเห็นได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจในตนเองเพิ่มขึ้นจาก 35.93 ในสัปดาห์แรก เป็น 74.93 ในสัปดาห์ที่ 8 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการพัฒนาความสามารถใน



การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าได้ดียิ่งขึ้น ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าได้ลดลงจาก 65.6 (SD=12.41) เป็น 50.6 (SD=11.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจยังช่วยพัฒนาทักษะการคิด การวิเคราะห์ และทักษะการแก้ปัญหา ได้เรียนรู้จุดดีและจุดด้อยของตนเอง จนสามารถยอมรับตนเองทั้งในจุดดีและจุดด้อย อันนำไปสู่การรู้จักและยอมรับตนเองในที่สุด³⁰

การทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการป้องกันและควบคุมอาการเหนื่อยล้า รวมทั้งการได้ฝึกทักษะการบรรเทาอาการเหนื่อยล้าด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการเหนื่อยล้าและสามารถปรับตัวเพื่อดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ผู้ป่วยสามารถกล้าเผชิญกับอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคได้³¹ อีกทั้งการสนับสนุนด้านจิตใจยังทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและต่อเนื่อง การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องถือว่าเป็นสิ่งสำคัญไม่ว่าจะเป็นจากญาติผู้ดูแลหรือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมักมีการหลงลืม อีกทั้งปัญหาสุขภาพที่เกิดจากกระบวนการชรา จึงต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี การติดตามเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ เป็นที่ปรึกษา ชี้แนะการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยตระหนักในหน้าที่การดูแลตนเอง³¹ ส่งผลให้อาการเหนื่อยล้าลดลงและสามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความสุขต่อไปในระยะยาว

ผู้วิจัยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมโดยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านทั้งหมด 6 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 6 และ 8 ซึ่งพบว่า ในการดำเนินกิจกรรมครั้งแรกซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง และขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำให้การฝึกฝนกระบวนการคิดด้วยตนเองมีค่อนข้างน้อย ทำให้ต้องใช้เวลาในขั้นตอนที่ 1 ค่อนข้างนาน จึงควรจัดกิจกรรมทั้ง 2 ขั้นตอน แยกออกจากกัน หลังจากผ่าน

ขั้นตอนที่ 2 แล้ว กลุ่มตัวอย่างสามารถคิดพิจารณาตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งสามารถประเมินได้จากคำพูดและพฤติกรรมที่แสดงออก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในแผนกผู้ป่วยนอกหรือในหอผู้ป่วยและที่บ้านเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้พลังอำนาจและส่งเสริมศักยภาพที่มีภายในตนเองในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดการอบรมพยาบาล ทีมสุขภาพ ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างชัดเจน เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตลอดจนการลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล
3. ควรมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มภายหลังการศึกษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อศึกษาคงไว้ของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
4. ควรมีการพัฒนาารูปแบบของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้มีระยะเวลาสั้นลง รวมทั้งการติดตามผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Fact about chronic obstructive pulmonary disease. [Online] 2001 [cite 2008 January 11]. Available from: http://www.goldcopd.com/GOLD_guideline/facts1.html
2. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease. [Online] 2008 [cite 2008 November 15]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/print.html>



3. วันสนันท์ รุจิวิวัฒน์. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปี 2550-2552: การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์] 2553 [อ้างเมื่อ 8 พฤษภาคม 2554]. จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20110411_52687420.pdf
4. Theander K. Fatigue, functional status, health and pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease [Electronic version]. Medical Dissertation, Department of Medicine and Care, Sweden: Linköping University; 2007.
5. Gift AG, Shepard CE. Fatigue and other symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: Do women and men differ? [Electronic version]. Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing 1999; 28(2): 201-208.
6. Janson-Bjerklie S, Carrieri BK, Hudes M. The sensation of pulmonary disease. Nursing Research 1986; 35(3): 154-159.
7. Graydon JE, Ross E. Influence of symptoms, lung function, mood, and social support on level of functioning of patients with COPD. Research in Nursing & Health 1995; 18(6): 525-533.
8. Lynn J, Teno JM, Phillips RS, Wu AW, Desbiens N, Harrold J. et al. Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients [Electronic version]. Annals of Internal Medicine 1997; 126(2): 97-106.
9. Theander K, Unosson M. Fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease [Electronic version]. Journal of Advanced Nursing 2004; 45(2): 172-177.
10. Fisk JD, Ritvo PG, Ross L, Haase DA, Marrie TJ, Schlech WF. Measuring the functional impact of fatigue: Initial validation of the fatigue impact scale. Clinical Infectious Diseases 1994; 18(1): S79-S83.
11. Kapella MC, Larson JL, Patel MK, Covey MK, Berry JK. Subjective fatigue, influencing variables and consequences in chronic obstructive pulmonary disease [Electronic version]. Nursing Research 2006; 55(1): 10-17.
12. Ream E, Richardson A. Fatigue in patients with cancer and chronic obstructive airway disease: A phenomenological enquiry. International Journal of Nursing Studies 1997; 34(1): 44-53.
13. Small S, Lamb M. Fatigue in chronic illness: The experience of individuals with chronic obstructive pulmonary disease and with asthma [Electronic version]. Journal of Advanced Nursing 1999; 30(2): 469-478.
14. Breslin E, van der Schans C, Breukink S, Meek P, Mercer K, Volz W. et al. Perception of fatigue and quality of life in patients with COPD [Electronic version]. Chest 1998; 114(4): 958-964.
15. Wigal JK, Creer TL, Kotses H. The COPD self-efficacy scale. Chest 1991; 99(5): 1193-1196.
16. เมธิณี จันตียะ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (รายงานการศึกษาระยะ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
17. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. การสร้างพลังอำนาจ: กลยุทธ์ในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2540; 3(2): 200-210.
18. ดารณี จามจรี. รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2546.
19. ประภัสสร สมศรี. ผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
20. พนารัตน์ เจนจบ. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.



21. อุรา สุวรรณรักษ์. การเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสทิงพระ จังหวัดสงขลา (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
22. รัชนีพร คนชุม. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
23. จารุวรรณ จินตามงคล. ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
24. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16(3): 354-361.
25. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 21(6): 1201-1210.
26. American Thoracic Society and European Respiratory Society. Standards for the diagnosis and management of patients with COPD. [Online] 2004 [cite 2008 November 18]. Available from: <http://www.thoracic.org/sections/copd/resources/copddoc.pdf>
26. Polit FD, Hungler PD. *Nursing research: Principle and methods*. Philadelphia: J.B. Lippicott; 1999.
27. ลิทธิ์ อีรสรณ์. แนวคิดพื้นฐานทางการวิจัย. กรุงเทพฯ: วี.พริ้น; 2550.
28. อรัญญา ชิดชอบ. การจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
29. อัมพรพรรณ อีรานูต, ปัทมาสุริต, สุวรรณ แก้วไสย. การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบ้านโนนม่วง (รายงานการวิจัย). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
30. จุฬารัตน์ สุริยาทัย, สารภี วงศ์ลิทธิ, ศรีมาศ พันธุ์แก้ว และ มณีวรรณ วงศ์สุขพิศาล. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2554; 20(2): 313-322.



The Effect of Empowerment Program on Fatigue symptom in The Elderly with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

Sukanya Nadee M.N.S.*

Ampronpan Teeranute PhD**

Watchara Boonsawat M.D.***

Abstract

This quasi - experimental research aimed to investigate the effect of The effect of empowerment program on fatigue symptom in the elderly with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The samples of this research were the elderly with COPD, Out-patient department, Lueamnat hospital, Amnatcharoen during July 2009 to March 2010. Thirty participants were purposively selected and equally assigned to the experimental and control group, 15 in each group. The experimental group received the empowerment program, while those in the control group did not. The instruments consisted of Demographic data form, the Medical Research Council dyspnea scale, the Perception of self power questionnaire, the Mimi-Mental State Examination-Thai, the Multidimensionat Fatigue Inventory (MFI-20),the Empowerment program, and hand-book for fatigue management for the elderly with COPD. Data were analyzed by using descriptive statistics and t-test.

The results of this research were as follows: 1) The elderly with COPD who received the Empowerment program had a mean score of fatigue was lower than that of before, at the significant level of .01. 2) The elderly with COPD who received the Empowerment program had a mean score of fatigue was lower than that the control group, at the significant level of .01

The results of this study indicated that the Empowerment program could reduce fatigue in the elderly with COPD. Therefore, this finding could be used develop as a guide for nursing care in the COPD patients and other chronic disease, and also providing baseline information for further research.

Keywords: Empowerment program, Fatigue, the Elderly with COPD

*Student of Master of Nursing Science, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Associate Professor, Faculty of Medicine, Khon Kaen University