



การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้การสนับสนุนทางสังคม

นวลตา โพธิ์สว่าง พย.บ.*

สุดใจ ศรีสงค์ พย.ม.*

เพชรภรณ์ สุพร พย.บ.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้การสนับสนุนทางสังคม คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพนม ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 30 คน ผู้ดูแล 30 คน และบุคลากรพยาบาล 30 คน ขั้นตอนการพัฒนา ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) ประเมินผล ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2557 เมษายน 2558 เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบประเมินภาวะการหายใจลำบาก แบบประเมิน CAT (COPD assesment tast) และแบบบันทึกระยะทางเดินบนพื้นราบใน 6 นาที วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ paired t-test, independent t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา พบว่า 1) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การจัดระบบบริการ โดยใช้ระบบผู้จัดการรายกรณี การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การใช้ระบบการสนับสนุนทางสังคม และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 2) การประเมินผลลัพธ์หลังการพัฒนา พบว่า หลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นผู้ป่วยมีภาวะอาการหายใจลำบากลดลง ผลกระทบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุกและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=11.226$, $p=.00$ และ $t=12.000$, $p=.00$) ตามลำดับ ความสามารถในการออกกำลังกายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.195$, $p=.00$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะอาการหายใจลำบากและผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุกและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังการพัฒนาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะอาการหายใจลำบากและผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความผาสุกและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่แตกต่างกัน ($t=.695$, $p>.05$ และ $t=.182$, $p>.05$) ตามลำดับ แต่พบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนามีความสามารถในการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.064$, $p<.05$)

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการพยาบาลที่ใช้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพนม

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพนม



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ในปี 2005 มีประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้สูงถึง 210 ล้านคน มีผู้ป่วยมากกว่า 3 ล้านคนต้องเสียชีวิต และมีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีกมากกว่าร้อยละ 30 ในอีก 10 ปีข้างหน้า และมีการคาดการณ์ว่าโรคนี้จะ เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปี 2030¹

สำหรับประเทศไทยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศเช่นกัน จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2548-2551 พบว่า การเสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นจากอัตราตาย 8.6 คนต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 9.0 คนต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2551 อัตราการตายสูงที่สุดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คิดเป็น 67 คนต่อแสนประชากร²

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงต้องใช้ชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรังจึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ สำหรับผลกระทบด้านร่างกาย คือ อาการหายใจเหนื่อยหอบ ส่งผลให้ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายได้ตามปกติ ด้านจิตสังคม อาการหายใจเหนื่อยหอบทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้การมีกิจกรรมต่าง ๆ การทำบทบาทหน้าที่และการมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง การที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม พยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย หายใจลำบาก มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเต็มศักยภาพ บางครั้งต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น เป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแลหรือต้องปรับเปลี่ยนอาชีพ การงาน ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง^{3,4} โดยพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นทุกด้าน ซึ่งในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยกลับเข้ามา

รักษาตัวในโรงพยาบาลนั้นใช้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นเรื่อย ๆ⁵ อีกทั้งความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เนื่องจากอาการหายใจเหนื่อย การทำกิจวัตรประจำวันต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าลดลง เกิดความท้อแท้และเบื่อหน่ายในการดำรงชีวิต

เป้าหมายในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ ป้องกันการกำเริบซ้ำหรือชะลอการดำเนินของโรคหรือบรรเทาอาการของโรค โดยเฉพาะอาการหอบเหนื่อยให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติมากที่สุดทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ มาร่วมให้การดูแลรักษาให้ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตลอดจนปรึกษาหารือร่วมกัน จึงจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ

จากสถิติโรงพยาบาลนครพนม มีผู้ป่วยมารับการรักษาและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปี พ.ศ. 2556-2557 จำนวน 281 คน และ 302 คน ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน โดยในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 84 ครั้ง ปี พ.ศ. 2557 จำนวน 97 ครั้ง และต้องรับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล จำนวน 52 และ 55 ครั้ง⁶ ตามลำดับ และพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน 14.12 และ 11.86 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าเกิดจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมขาดการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดถึงแม้ว่าแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลนครพนม ได้มีการให้ความรู้เรื่องโรคการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการของโรคกำเริบ ตลอดจนการสอนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแล้วก็ตาม แต่ก็พบว่า การออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและร่างกายยังปฏิบัติได้ไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ข้อมูลจากการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ



โรงพยาบาลนครพนมในปี 2556⁷ ถึงแม้ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนาผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวดีขึ้น การจัดสิ่งแวดล้อมและการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบและการใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้น แต่เมื่อพิจารณาการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ได้ออกกำลังกายตามโปรแกรม ซึ่งข้อมูลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพรพรรณ อีรานูตร และคณะ⁸ ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอดโดยบริหารการหายใจและด้านการคงความสามารถในการประกอบกิจกรรมโดยการออกกำลังกายมีระดับน้อย

การฟื้นฟูสภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในปัจจุบันได้มีการนำมาใช้กันอย่างกว้างขวางเพื่อลดและควบคุมอาการอาการหายใจหอบเหนื่อย และเพิ่มสมรรถภาพของร่างกาย และถ้าผู้ป่วยฝึกตามโปรแกรมนานยิ่งได้รับประโยชน์มากขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ได้รับผลดีนั้นต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีการสร้างให้เกิดการคงอยู่ของความรู้อย่าง^{9,10} ดังการศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการหายใจลำบากลดลงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดที่จะให้ได้ผลดีตามวัตถุประสงค์จะต้องสร้างให้เกิดการคงอยู่ของความรู้และเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ควรจะต้องมีกำลังสนับสนุนทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วม⁹ ซึ่งเป็นสิ่งท้าทายในงานบริการพยาบาลที่จะมุ่งให้เกิดความสำเร็จ จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและเน้นการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ได้รูปแบบที่จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล นำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้การสนับสนุนทางสังคม
2. การศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้การสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ **ขั้นตอนที่ 1** วิเคราะห์สภาพเดิมของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการทบทวนวรรณกรรมเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลลัพธ์การดำเนินงาน **ขั้นตอนที่ 2** พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม **ขั้นตอนที่ 3** ประเมินผลตามผลลัพธ์ที่กำหนด ได้แก่ ภาวะอาการหายใจลำบาก ประเมินโดยใช้ Modified medical research council dyspnea score: mMRC ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุกและการทำกิจวัตรประจำวัน ประเมินโดยใช้แบบประเมิน CAT (COPD assessment test) และความสามารถในการออกกำลังกาย ประเมินโดยใช้ 6-minutes walk distance test โดยการสนับสนุนทางสังคมที่ใช้ในการศึกษานี้ใช้แนวคิดของเซฟเฟอร์ คอยน์ และลาซาลส์¹² เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบได้เป็นระยะ ๆ จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง อาการที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยเหล่านี้คืออาการหายใจหอบเหนื่อย ซึ่งมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ นับว่าเป็นปัญหาที่คุกคามอยู่ตลอดเวลาการเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย การดูแลด้านจิตสังคม เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการหายใจหอบเหนื่อยหอบ ระดับความรุนแรงของโรค และส่งเสริมความสามารถในการทำ



กิจกรรมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ และหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย นอกจากบุคลากรด้านสุขภาพแล้วยังมีบุคคลในครอบครัวด้วยการสนับสนุนของครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านซึ่งบุคคลในครอบครัวสามารถที่จะให้การสนับสนุน ในด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การสนับสนุนด้านอารมณ์เพื่อช่วยเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนด้านวัตถุและสิ่งของ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับวัตถุ สิ่งของ อุปกรณ์ที่มีความจำเป็นต้องใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ตลอดจนการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการด้านสุขภาพตามความเหมาะสม ซึ่งการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ อาจช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยลดลง ความสามารถในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2557 – เมษายน 2558

ประชากรและผู้ร่วมวิจัยมี 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพนม ระหว่าง ตุลาคม – เมษายน 2558 โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) มีความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับปานกลางถึงรุนแรง 4) ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย และแพทย์ลงความเห็นว่าจะออกกำลังกายได้ 5) มีสมาชิกในครอบครัวดูแล ได้แก่ สามี/ภรรยา/บุตร/ญาติ 6) มีโทรศัพท์ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารได้สะดวก 7) มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมืองจังหวัดนครพนม 8) การรับรู้ปกติ สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ และ 9) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

ผู้ร่วมวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 30 คน โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนา (กลุ่มทดลอง) จำนวน 15 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม (กลุ่มควบคุม) จำนวน 15 คน โดยกำหนดเกณฑ์การเลือกกลุ่มเพื่อไม่ให้มีข้อแตกต่างกันดังนี้ ช่วงอายุใกล้เคียงกันแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี มีความรุนแรงของโรคระดับเดียวกัน ใช้จ่ายบรรเทาอาการหอบเหนื่อยในกลุ่มเดียวกัน หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้วิธีการจับสลาก โดยสลับกันจับจนครบ 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 3 บุคลากรทางการพยาบาลจำนวน 30 คน ได้แก่ พยาบาลประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง พยาบาลเวชกรรมสังคม และพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 30 ฉบับ ทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดที่ตั้งไว้ล่วงหน้าเป็นประเด็นในการสนทนา รวบรวมข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ประชุมพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง 30 คน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสะท้อนมุมมองต่ออาการต่าง ๆ ร่วมกัน สรุปปัญหาและหาแนวทางแก้ไข

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 1) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมการพยาบาล การนำเสนอสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และร่วมกำหนดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีจุดเน้นการพยาบาลที่สำคัญที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ได้แก่ ประเด็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอด การติดตามเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ทางการพยาบาล นำเสนอร่างรูปแบบการพยาบาล



ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อทีมพยาบาลที่ร่วมวิจัยและสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ปรับปรุงแก้ไขจนเป็นที่ยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และกำหนดเป็นรูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) การเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดูแลและประเมินผู้ป่วย และแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมแก่พยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ พยาบาลประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พยาบาลเวชกรรมสังคม พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง และพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 5 คน ผลการทดลองพบว่า รูปแบบที่กำหนดโดยให้มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีการติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ พบว่าผู้จัดการรายกรณีไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแผน จึงได้ปรับปรุงรูปแบบโดยให้พยาบาลจากศูนย์ดูแลต่อเนื่อง พยาบาลเวชกรรมสังคม และพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ นำรูปแบบที่ปรับปรุงไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วงรอบที่ 2 จำนวน 5 คน เก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ผลการทดลองใช้ และนำข้อมูลมาปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีความสอดคล้อง เหมาะสม และสามารถปฏิบัติได้จริง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นผ่านการทดลอง 2 วงรอบ ไปประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลเดิม ประเมินผลลัพธ์ภาวะอาการหายใจ ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุกและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ

เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบของกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) แบบประเมินภาวะการหายใจลำบาก ใช้แบบประเมิน Modified medical research council dyspnea score: mMRC ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน 0-4 คะแนน โดยคะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำ คะแนนลดลงแสดงว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น 3) แบบประเมิน CAT (COPD assessment test) ซึ่งเป็นแบบประเมินตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตของแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2555⁴ เป็นการประเมินผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อจำกัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบตามการประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของผู้ป่วยเอง คะแนน 40 คะแนน หมายถึง ผลกระทบอาการของโรครุนแรง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำ หากคะแนนลดลง หมายถึง คุณภาพชีวิตจะดีขึ้น 4) แบบบันทึกระยะทางเดินบนพื้นราบใน 6 นาที (6-minutes' walk distance) การวัดนี้ถูกนำมาใช้วัดความสามารถในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะอาการหายใจลำบาก ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุกและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 ที่ผู้ป่วยไปตรวจตามนัด ประเมินภาวะอาการหายใจลำบาก ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุกและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบภาวะอาการหายใจลำบาก



ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิต ความสามารถในการออกกำลังกายโดยสถิติทดสอบ paired t-test และ independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครพนม ทั้งนี้คณะผู้วิจัยพบผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัยโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยโดยไม่มีข้อบังคับใด ๆ และแจ้งให้ทราบว่าผู้ป่วยและญาติสามารถยุติการเข้าร่วมการทำการวิจัยในช่วงใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัยและไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย เป็นผู้ป่วยมีจำนวน 30 ราย เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 15 ราย เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะของผู้ร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทั้งด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรสอาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรค และการรักษา โดยพบว่า กลุ่มผู้ร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชายมากที่สุด กลุ่มทดลองร้อยละ 63.6 กลุ่มควบคุมร้อยละ 66.7 และมีอายุมากกว่า 60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 66.7 ทั้งสองกลุ่มสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ กลุ่มทดลองร้อยละ 66 กลุ่มควบคุมร้อยละ 67.6 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน กลุ่มทดลองร้อยละ 53.3 กลุ่มควบคุมร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่แล้ว กลุ่มทดลองร้อยละ 93.3 กลุ่มควบคุมร้อยละ 86.7 มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางมากที่สุด กลุ่มทดลองร้อยละ 60 กลุ่มควบคุมร้อยละ 67.7 และทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาพ่น 2 ชนิด และยารับประทาน (ร้อยละ 100) (ตารางที่ 1) กลุ่มผู้ดูแลเป็นเพศหญิงมากที่สุด กลุ่มทดลองร้อยละ 86.7 กลุ่มควบคุมร้อยละ 80 มีอายุระหว่าง 35-50 ปี เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 80 เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรมากที่สุด กลุ่มทดลองร้อยละ 80 กลุ่มควบคุมร้อยละ 86.7 (ตารางที่ 1)

2. ผลการวิเคราะห์ปัญหา จากการทบทวนปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 67) มีอาการกำเริบของโรคและต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 55 ครั้งต่อปี และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 11.9 ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด จากการประเมินปัญหา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยออกกำลังกาย เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุยิ่งทำให้ไม่มั่นใจว่าถ้าออกกำลังกายจะทำให้อาการหอบเหนื่อยกำเริบหรือไม่ ตลอดจนผู้ป่วยกลุ่มนี้รับรู้ทัศนคติของตนเองต่ำ และมีภาวะซึมเศร้า ผลกระทบจากภาวะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยจำกัดการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ไม่สนใจตนเอง ตลอดจนมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นลดลง และขณะเดียวกันปัจจัยจากข้อจำกัดต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในการบกพร่องด้านการได้ยิน การมองเห็น การรับรู้และความจำก็เป็นปัจจัยที่ทำให้ขาดการออกกำลังกาย นอกจากสาเหตุดังกล่าวแล้วยังพบว่า การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ เช่น การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง (secondhand smoke) สถานที่อยู่อาศัยมีฝุ่นมาก และควันจากสารพิษจากสิ่งแวดล้อม การใช้จ่ายไม่ถูกต้อง และการรักษาไม่ต่อเนื่องยังคงเป็นปัญหาอยู่ แต่พบได้น้อยกว่าปัญหาเรื่องออกกำลังกาย และที่สำคัญก็คือการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัด จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงอาการกำเริบของโรค พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวในการส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพปอดยังมีน้อย

3. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่

3.1 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากหลักฐานเชิงประจักษ์สรุปเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ดังนี้ 1) การประเมินความรุนแรงของโรคและการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่โปรแกรม



โดยมีเกณฑ์คัดกรองผู้เข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วย มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางถึงระดับมาก ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย และมีความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation มากกว่าหรือเท่ากับ 95%) 2) การให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย (patient education) 3) การฝึกหายใจ 4) การฝึกการออกกำลังกาย

3.2 รูปแบบการให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (continuing care) โดย 1) คัดเลือกสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโดยเลือกบุคคลที่อยู่ในครอบครัวผู้ป่วยหรือบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด 2) กำหนดบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เป็นหมอประจำตัวผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน ทำหน้าที่สังเกตอาการ ดูแลเรื่องการไข้อยา การออกกำลังกาย และการดูแลด้านจิตใจ ตลอดจนการสนับสนุนการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด 3) สอนผู้ดูแลพร้อมกับผู้ป่วย ทั้งเรื่องความรู้เรื่องโรค การใช้ยา การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบควบคุมด้านจิตสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะอย่างดีและเพียงพอที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง การมีสมาชิกในครอบครัวที่เข้าใจในโรคและขั้นตอนการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตัวเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 4) เป็นผู้ชี้พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เพื่อให้ข้อมูลของผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์ในการปรับแผนการรักษา

3.3 จัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโดยผู้จัดการรายกรณีรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พัฒนาศักยภาพของผู้จัดการรายกรณีให้เป็นผู้เชี่ยวชาญที่สามารถให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยและญาติ

3.4 ระบบสนับสนุนทางสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ญาติผู้ป่วย บุคลากรทีมสุขภาพ ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือการให้บริการให้แก่การสนับสนุนด้านอุปกรณ์เสริมในการออกกำลังกาย เช่น พู่ขยายทรวงอก ดรัมเบล ถุงทราย และยางยืดเพื่อใช้ในการออกกำลังกาย ซึ่งผู้ป่วยและญาติมีส่วน

ร่วมในการผลิตอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ผลิตประยุกต์ใช้คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สมุดประจำตัวผู้ป่วย การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

3.5 การติดตามเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วยในเขตพื้นที่ออกติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่สอง และโทรศัพท์ติดตามทุกสัปดาห์เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเรื่องต่าง ๆ ที่ได้เรียนและฝึกฝนมา ตลอดจนให้คำปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหาอุปสรรคในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ตามแผน

4. การประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เปรียบเทียบคะแนนภาวะอาการหายใจลำบาก ผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุกและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม (กลุ่มควบคุม) หลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะอาการหายใจลำบาก และค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุกและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($t=11.226, p=.00$ และ $t=12.000, p=.00$) ตามลำดับ ความสามารถในการออกกำลังกายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.195, p=.00$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนและหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการหายใจลำบาก และคะแนนผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุก และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

5. เปรียบเทียบความสามารถในขณะออกกำลังกาย ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม (กลุ่มควบคุม) ซึ่งประเมินจากระยะเวลาที่เดินได้ในเวลา 6 นาที (6-minutes' walk distance) พบว่าหลังการพัฒนาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสามารถในการออกกำลังกาย โดยเดินได้ระยะทางที่มากกว่าก่อนพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการพัฒนาพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความ



สามารถในการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ($t = .695$, $p > .05$ และ $t = .182$, $p > .05$) ตามลำดับ แต่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาความสามารถในการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.064$, $p < .05$) (ตารางที่ 3)

การอภิปรายผล

ผู้ศึกษาขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผลลัพธ์การพยาบาลที่ดีกว่าก่อนการพัฒนา โดยประเมินจากภาวะอาการหายใจลำบาก ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุกและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาครั้งนี้คือการกำหนดให้มีระบบบริการ โดยผู้จัดการรายกรณีและการใช้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีทั้งจากบุคคลในครอบครัว และบุคลากรที่มสุขภาพ กล่าวคือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจากทีมสุขภาพที่ให้การดูแลเชิงวิชาชีพเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาชี้แนะ จะช่วยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การดูแลตนเองประสบความสำเร็จ นอกจากนี้บุคคลในครอบครัวซึ่งสามารถเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยในการฝึกฝนทักษะการดูแลตนเอง แบ่งปันข้อมูลและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง หรือเวลาผู้ป่วยมีความกลัวหรือวิตกกังวล ทำให้เห็นได้ว่านาคครอบครัวเข้ามาเป็นแหล่งสนับสนุนฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการส่งเสริมในการดูแลตนเองบรรลุเป้าหมาย ดังการศึกษาของทีปภา พุดา¹³ ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในการออกกำลังกายมีความสามารถในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นและมีคะแนนภาวะอาการหายใจลำบากลดลงกว่ากลุ่มที่

ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

2. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการหายใจลำบาก (mMRC) และผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุกและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ความสามารถในการออกกำลังกายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) อธิบายได้ว่าในแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ได้เน้นการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เสริมเพิ่มเติมจากการรักษาด้วยยา ซึ่งได้รับการยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่ามีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่มีคุณภาพ จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยลดลง ความสามารถในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ถ้ายิ่งฝึกตามโปรแกรมนานและปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอก็ยิ่งได้รับประโยชน์มากขึ้น และมีผลการศึกษาที่สนับสนุน เช่น การศึกษาของ จันทรจิรา วิรัช¹¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบาก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีการติดตามเยี่ยมและสอนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอด ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบาก และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการศึกษาของ วรางคนา บุญมา¹⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อความทนในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผู้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสามารถเดินบนพื้นราบภายใน 6 นาทีได้ระยะเวลาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อย่างไรก็ตามการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้ได้ผลดีจะต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและมีการสร้างให้เกิดการคงอยู่ของความรู้ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องต่อบุคคล ดังการศึกษาที่ผ่านมา¹⁵ ที่พบว่า การ



สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งในการศึกษานี้ได้ใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ บุคคลในครอบครัวที่มีความใกล้ชิดที่จะดูแลผู้ป่วยได้ตลอด เข้าร่วมเรียนรู้กับผู้ป่วย ตลอดจนการฝึกทักษะต่าง ๆ ซึ่งการฝึกบุคคลในครอบครัวให้มีทักษะที่ดีในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลที่ดีที่สุด ได้โทรศัพท์ติดตามทุกสัปดาห์ เพื่อประเมินความเข้าใจ การทบทวนซ้ำ และเสริมในส่วนที่ขาด การให้กำลังใจผู้ป่วย การสนับสนุนที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้อย่างต่อเนื่องลดอาการหายใจลำบาก มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมแล้วมีอาการหายใจลำบากลดลงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลวรรณ จันตระกูล¹⁶ และรัตนันท์ เวชชีวัน¹⁷ ที่พบว่า ภายหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ($p < 0.01$)

ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับรูปแบบการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบาก และผลกระทบบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุกและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของ กมลวรรณ จันตระกูล¹⁶ ที่ศึกษาผลการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และแตกต่างจากการศึกษาของทิปา พุดปา¹³ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

ในการออกกำลังกายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่พบว่า คะแนนอาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ถึงแม้จะพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาคะแนนค่าเฉลี่ยการหายใจลำบากและผลกระทบบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุกและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า ลดลงมากกว่ากลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการหายใจลำบากเท่ากับ 1.2 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 1.33 ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุกและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 11.53 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 13.60 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการประเมินภาวะการหายใจลำบากและผลกระทบบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุกและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนี้เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งบางครั้งจะประเมินภาวะต่าง ๆ ต่ำกว่าความเป็นจริงได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีความอดทนสูง

สำหรับความสามารถในการออกกำลังกาย พบว่า ภายหลังการได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มทดลองมีความสามารถในการออกกำลังกาย โดยประเมินด้วยระยะทางที่สามารถเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิปา พุดปา¹³ ที่พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มสมรรถนะของพยาบาล ผู้ป่วย และญาติผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม
2. ควรนำรูปแบบการพยาบาลนี้ไปพัฒนาต่อสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังโรคอื่น ๆ ต่อไป



References

1. World Health Organization. World health reports. (Serial online) [cited 2009 May 1]. Available from: <http://www.who.int/whr/2008/en/>.html Bureau of policy and strategy. Public Health statistics 2005–2008. Bangkok: Ministry of Public Health; 2008.
2. Pothirat C, Petchsuk N, Long term survival among COPD patients at Northern Thailand COPD club members. J Med Assoc. Thai 2007; 90: 653–62.
3. Boonsawat w. Easy COPD Treatment. KhonKaen: kalangananawitays; 2012.
4. Bereau of policy and strategy. Public Health statistics (serial online) [cited 2012 July 8]. Available from: <http://www.bhps.moph.go.th>.
5. Medical statistics department. Medical statistics 2010–2011. Nakhon Phanom: Nakhon Phanom Hospital; 2011.
6. Hosawang N, Srisong S, Supom P. The development of Discharge Planning model for Patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of nursing.
7. นวลตา โพธิ์สว่าง, สุดใจ ศรีสงค์, เพชรภรณ์ สุพร. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557; 32(1): 165–175.
8. อัมพรพรรณ อธิฐานตร, วัชรา บุญสวัสดิ์, สุวรรณ บุญยะสิทธิ์, เจียมจิต แสงสุวรรณ, วลัยพร นันทศุภวัฒน์, อุไรวรรณ แซ่อู่. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2539.
9. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR). Guidelines for pulmonary rehabilitation 2nd ed. Champaign: Human Kinetics; 1998.
10. American Thoracic Society (ATS). Pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med 1999; 159: 1666–82.
11. Wirach J. Effects of pulmonary rehabilitation Program on dyspnea and quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease. [Thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2005.
12. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health related functions of social support. J Behav Med 1981; 4: 381–406.
13. Phudpa T. Effects of the exercise self-efficacy and social support Enhancement program On Functional Capacity and Dyspnea Among Elders with Chronic obstructive pulmonary Disease [Thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2009.
14. Bunma W. Effect of pulmonary rehabilitation program on activity tolerance among person with chronic obstructive pulmonary disease. [Thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2005.
15. Srikrutranun A. Social support and Health Care Behaviors among Patients with COPD. The Thai Journal of Primary Care and Family medicine: 7–14.
16. Jantrakul K. Effect of Pulmonary rehabilitation with Family support on Quality of Life among Persons with chronic obstructive pulmonary Disease. [Thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2004.
17. Aemawichaiwat R. Pulmonary Rehabilitation and Family support program to improve Quality of life among COPD patients. Lumpang Journal 2009; 30(1): 9–17.



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรค การรักษา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	11	63.6	10	66.7	1.0
หญิง	4	36.4	5	33.3	
อายุ (ปี)					
≤ 60	5	33.6	5	33.3	1.0
> 60	10	66.7	10	66.7	
กลุ่มทดลอง $\bar{x} = 66.80$ S.D. = 14.24 พิสัย 38 – 85 กลุ่มควบคุม $\bar{x} = 68.26$ S.D. = 11.41 พิสัย 42 – 83					
สถานภาพสมรส					
โสด/หม้าย/หย่า	6	40.0	5	33.3	1.0
คู่	9	60.0	10	67.7	
อาชีพ					
ไม่ได้ทำงาน	8	53.3	9	60.0	1.0
เกษตรกร/รับจ้าง	7	46.7	6	40.0	
ประวัติการสูบบุหรี่					
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว	14	93.3	13	86.7	1.0
ยังสูบบุหรี่	1	6.7	2	13.3	
ระดับความรุนแรงของโรค					
ปานกลาง (Moderate)	9	60.0	10	67.7	1.0
รุนแรง (severe)	6	40.0	5	33.3	
การรักษา					
ยาพ่น 3 ชนิดและยารับประทาน	15	100.0	15	100.0	1.0



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะการหายใจลำบาก ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุก และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังพัฒนา

	ก่อนพัฒนา (n=15)		หลังพัฒนา (n=15)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ภาวะการหายใจลำบาก (MMRC)						
กลุ่มทดลอง	2.40	.50	1.2	.56	11.226	.000**
กลุ่มควบคุม	2.33	.48	1.3	.48	7.246	.000**
ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุกและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (CAT score)						
กลุ่มทดลอง	20.36	3.13	11.33	3.44	7.246	.000**
กลุ่มควบคุม	20.33	3.80	13.60	2.97	12.000	.000**
ความสามารถในการออกกำลังกาย						
กลุ่มทดลอง	326.51	88.23	395	66.85	5.195	.000**
กลุ่มควบคุม	310.32	12.30	322	126.29	4.266	.000**

**p<.01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะการหายใจลำบาก ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุก และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังพัฒนา

	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ภาวะการหายใจลำบาก (MMRC)						
ก่อนพัฒนา	2.40	.05	2.33	.48	.367	.079 ^{NS}
หลังพัฒนา	1.20	.56	1.30	.48	.695	.068 ^{NS}
ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความผาสุกและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (CAT score)						
ก่อนพัฒนา	20.36	3.13	20.33	3.80	.156	.097 ^{NS}
หลังพัฒนา	11.33	3.44	13.60	2.97	.182	.095 ^{NS}
ความสามารถในการออกกำลังกาย						
ก่อนพัฒนา	326.51	88.23	310.32	12.30	.374	.081 ^{NS}
หลังพัฒนา	395.12	66.85	322.08	12.62	2.064	.049*

**p<.05, NS = Not significant



Development of a Nursing Care Model Based on Social Support on Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Naultha Phosawang B.N.S.*

Sudjai Srisong M.N.S.*

Petcharporn Suporn B.N.S.**

Abstract

This action research aimed to develop and investigated the developed nursing model on patients with chronic obstructive pulmonary disease at chronic obstructive pulmonary disease clinic, Nakhonphanom Hospital. The subjects were 30 patients, 30 caregivers and 30 nurses. The development process had been performed from October to April, 2014, including three steps: 1) situation analysis to indentify problem; 2) developing the nursing model for patients with chronic obstructive pulmonary disease; and 3) evaluation. The research methods were the geographical questionnaire part, the Modified medical research council dyspnea score (mMRC), the COPD assessment test (CAT) and the 6-minutes' walk distance assessment. The data were analyzed using 1) descriptive statistic with frequency, mean, S.D.; 2) inferential statistic with paired t-test and independent t-test, and 3) qualitative data with content analysis.

The results of the study showed that the nursing model composed of five elements: 1) clinical nursing guidelines for lung rehabilitation; 2) using case management system; 3) social supports; 4) continuing care; and 5) telephone visit. After using the nursing mode, the mean score of dyspnea and the effect of COPD on activities daily living were significantly less than those in before using the model ($t = 11.226$, $p = .00$ and $t = 12.000$, $p = .00$). The tolerance of 6-minutes' walking distance were significantly higher than those in before ($t = 5.195$, $p = .00$). There were no significant difference on the mean score of mMRC and the impacts of COPD on daily living activities between those receiving care of the developed nursing model(experimental group) and those were cared by using the conventional nursing (control group) ($t = .695$, $p > .05$ and $t = .182$, $p > .05$). However, the experimental group had the tolerance of 6-minutes' walking distance significantly higher than those in the control group ($t = 2.064$, $p < .05$). For conclusion, the developed nursing model means to promote the self-care of patients with COPD.

Keywords: Nursing model, chronic obstructive pulmonary disease, social support

*Registered Nurse Senior Professional level, Nakhonphanom Hospital

**Registered Nurs Professional level, Nakhonphanom Hospital