ประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรังในโรงพยาบาลอาจสามารถ

Effectiveness of a Nursing Interventions Emphasing Self-mangement Program on Health Outcomes with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Atsamat Hospital

ละมุล วิเศษปัสสา*

Lamool Wisespussa

Corresponding author: E-mail: jjumo.2017@gmail.com

(Received: February 3, 2024; Revised: February 10, 2024; Accepted: March 9, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองและสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรังในโรงพยาบาลอาจสามารถ

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research; Two group pretest posttest design)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดโรงพยาบาลอาจสามารถและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน 2566 จำนวน 44 คน จำแนกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Interval

ผลการวิจัย : 1) หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก จำนวน 20 คน (90.91%) รองลงมาคือ ระดับสูง จำนวน 2 คน (9.1%) แต่ในกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 11 คน (50.0%) รองลงมาคือ ระดับสูง จำนวน 10 คน (45.5%) 2) หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองมากกว่า 1.98 คะแนน (95%CI; 1.69, 2.27) และ 3) กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) โดยมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดมากกว่า 65.45% (95%CI;6.47, 124.43)

สรุปและข้อเสนอแนะ : Intervention ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อควรนำไปใช้ในหน่วยงาน

คำสำคัญ : ประสิทธิผล; การจัดการตนเอง; ผลลัพธ์ทางสุขภาพ; ผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรัง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ

Abstract

Purposes : To compare mean scores of self-management and pulmonary function of patients with chronic obstructive pulmonary disease in Atsamat Hospital**.**

Study design : Quasi-experimental research; Two group pretest posttest design.

Materials and Methods : 44 of samples were consisted of patients with chronic obstructive pulmonary disease who received services at pulmonary disease Clinic at Atsamat Hospital and met the inclusion and exclusion criteria. We were conducted between August and November 2023, a total of 44 samples were classified as a control group and experimental group, 22 of per group. Data were collected using questionnaires and recording forms. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and independent t-test. Statistical significance was set at 95% Confidence Interval.

Main findings : 1) After the experiment, most of subjects in experimental group had a very high level of overall self-management, (20/22) (90.91%), followed by a high level, (2/22) (9.1%), but in the control group it was found that Most had a moderate level of self-management, (1/22)(50.0%), followed by a high level, (10/22)(45.5%). 2) After experiment, it were found that experimental group had a significantly higher mean scores self-management than control group ($p<.001$), with an mean scores self-management 1.98 scores higher (95%CI; 1.69, 2.27) and 3) the sample in experimental group had a significantly higher mean pulmonary function disease than control group ($p = .03$), with a mean chronic obstructive pulmonary function greater than 65.45% (95%CI; 6.47, 124.43).

Conclusion and recommendations : The intervention developed by researchers resulted in increased health outcomes for patients. Therefore, relevant agencies should use them in their agencies.

Keywords : Effectiveness; Self-mangement; Health Outcomes; Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

*Registered Nurse, Professional Level, Atsamat Hospital

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก COPD เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกและยังได้ประมาณการจำนวนผู้ป่วย COPD พ.ศ.2553 ไว้ที่ 384 ล้านคน คิดเป็นความชุกของ COPD ร้อยละ 11.72 ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีการสำรวจอุบัติการณ์การเกิด COPD ที่ชัดเจน แต่จากการประมาณการความชุกของ COPD ในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ.2553 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 2,268 ต่อ 100,000 ประชากร เป็น 7,035 ต่อ 100,000 ประชากร และจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ของประเทศไทย พบว่าประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)ปี พ.ศ.2562 และ พ.ศ.2563 มีผู้ป่วย COPD รายใหม่ จำนวน 14,243 ราย และ 11,349 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง อาจมีผลมาจากการที่สาธารณสุขของประเทศไทยมีการรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจาก COPD มาโดยตลอด แต่จะเห็นได้ว่าเมื่อเทียบกับประชากรโลกแล้วอัตราการเกิด COPD ของประชากรไทยยังสูงกว่าจึงต้องรณรงค์และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง[1-2] เช่นเดียวกับสถานการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ พ.ศ.2563-2565 พบว่า (1) จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 211 ราย (2) อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 15 ราย 3) ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 175 ราย (4) อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 ราย (5) อัตราการป่วยตายด้วยการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 15 ราย[3] จากข้อมูลด้านสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นมีปัญหาจากอาการหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อระบบบริการทางสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ ซึ่งเกิดจากการระคายเคืองเรื้อรัง ทำให้ปอดเกิดการอักเสบมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในหลอดลม และภายในเนื้อปอดทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดลม การดำเนินของโรคจะค่อยเป็นค่อยไปแต่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ เมื่อโครงสร้างภายในเนื้อปอดถูกทำลาย ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง อันเกิดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในถุงลมปอด ส่งผลให้ปริมาณก๊าซออกซิเจนลดลงเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้ต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้น[4]

การเกิดการกำเริบมีผลต่ออัตราการเสียชีวิต และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย COPD จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health Data Center : HDC) ของประเทศไทย พบว่าผู้ป่วย COPD ในประเทศไทยมีอัตราการกำเริบปี พ.ศ.2562 และ พ.ศ.2563 จำนวน 134 และ 124.8 ครั้งต่อ 100 รายผู้ป่วย COPD และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 18,925 คน และ 18,169 คน ตามลำดับ ทั้งนี้มีข้อจำกัดว่าข้อมูลนั้นเป็นการรวบรวมจากระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยซึ่งมีข้อจำกัดในการส่งตรวจสมรรถภาพปอดเพื่อการวินิจฉัย ซึ่งจากข้อมูลในต่างประเทศ พบว่าอัตราการกำเริบต่อปี อยู่ที่ 0.85-1.30 ครั้งต่อคน (เทียบเท่า 85-130 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วย COPD)[5] จากข้อมูลข้างต้นอัตราการกำเริบในไทยมีแนวน้มลดลงแต่ยังอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าต่างประเทศ การลดลงของอัตราการกำเริบอาจเป็นผลมาจากการที่ประเทศไทยมีแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ที่ชัดเจนและมีคุณภาพมากขึ้น การกำเริบมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิต ผู้ป่วยที่มีการกำเริบ >3 ครั้งต่อปีมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติการกำเริบ[6] การกำเริบที่มีผลต่อการลดลงของสมรรถภาพปอด พบว่าหากมีการกำเริบ 22.92 ครั้งต่อปี มีการลดลงของ FEV, 40 มิลลิลิตรต่อปี เทียบกับ 32.1 มิลลิลิตรต่อปี ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีการกำเริบน้อยกว่า[7]

อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของ COPD คือ การสูบบุหรี่ในประเทศไทยจากการสำรวจล่าสุดปี พ.ศ. 2557 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 20.7 (11.4 ล้านคน) และอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ลดลงจาก 16.8 ปี (พ.ศ. 2550) เป็น 15.6 ปี (พ.ศ.2557)[8] แม้ว่าจะมีการรณรงค์งดสูบบุหรี่ในประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การป้องกันไม่ให้เกิดผู้สูบรายใหม่ทั้งบุหรี่มวนและบุหรี่ไฟฟ้าและการช่วยเหลือ

ผู้ที่สูบบุหรี่อยู่ให้เลิกสูบบุรี่ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันการเกิด COPD ส่วนปัจจัยอื่นที่มีผล และกำลังเป็นปัญหาในประเทศไทย คือ มลพิษในอากาศทั้ง Organic และ Inorganic dust ทั้งอนุภาคขนาดใหญ่ และขนาดเล็ก โดย Particulate matter ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 10 ไมครอน (PM 10) และขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) มีผลเพิ่มความเสี่ยง COPD 1.51 และ 1.68 เท่าตามลำดับ[9] และในบางการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าระดับมลพิษในอากาศที่สูงขึ้นยังส่งผลต่ออัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย COPD อีกด้วย[10]

การจัดการด้วยตนเองเป็นการช่วยแนะแนวทางเลือกและดัดแปลงให้เหมาะสม โดยมีลักษณะเฉพาะซึ่งสามารถประยุกต์ในปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้น การปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพแนวใหม่ เพื่อให้เกิดความคงที่ของอารมณ์ รวมถึงผลของกิจกรรมที่ปรับตามสภาพการณ์ และการเสื่อมถอย ซึ่งผลจากการจัดการด้วยตนเองก่อให้เกิดประโยชน์จากการให้บริการทางสุขภาพ การจัดการด้วยตนเองเป็นทางเลือกสำหรับการดูแลรักษา มุ่งให้ผู้ป่วยที่เคยเป็นผู้ได้รับความช่วยเหลือกลายเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการตัดสินใจสำหรับการดูแลรักษา เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลตามจารีตประเพณี และปฏิบัติประจำสม่ำเสมอ ดังนั้น การจัดการด้วยตนเองจะประกอบไปด้วย การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับการรักษา การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการจัดการเกี่ยวกับอารมณ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง[11]

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่ามีการนำเสนอแนวคิดการจัดการตนเองอย่างหลากหลาย ได้กล่าวถึงกลวิธีที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล มีจุดประสงค์หลักที่เหมือนกันเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองต่อปัญหาสุขภาพของตนเองได้ และพื้นฐานของแนวคิดการจัดการตนเอง มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocalderterminism) ระหว่าง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม Bandura กล่าวได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในแต่ละงานวิจัย มีองค์ประกอบของการจัดการตนเองเหมือนและแตกต่างกัน แต่ทั้งหมดก็มีผลในการส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อพิจารณาความคุ้มค่า ความสะดวกในการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง ยังไม่สามารถบอกได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในด้านใดที่มีความคุ้มค่าและความสะดวกในการปฏิบัติ และให้ประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพมากที่สุด

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในแง่ของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุภาพ พบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเดียวกันใช้การปฏิบัติการจัดการตนเองที่แตกต่างกันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เหมือนกัน อาจกล่าวได้ว่าประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรครื้อรังยังคลุมเครือ ผลการวิจัยที่ผ่านมาไม่สามารถสรุปให้ชัดเจนได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในด้านใดมากที่สุด หรือมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดใดมากที่สุด นอกจากนี้ไม่สามารถสรุปได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองในองค์ประกอบที่แตกต่างกันมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพเหมือนหรือต่างกันอย่างไร จากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้นการรวบรวมงานวิจัยเพื่อนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน และสามารถนำไปอ้างอิงสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองได้อย่างมั่นใจและน่าเชื่อถือจึงมีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรังในโรงพยาบาลอาจสามารถขึ้น เพื่อหารูปแบบการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการดูแลตนเองที่ดี และพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน

โรงพยาบาลอาจสามารถ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยรูปแบบการทดลองเป็นการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest posttest design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรังในโรงพยาบาลอาจสามารถโดยมีแบบแผนการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งชายและหญิงอายุตั้งแต่ 18-59 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม-เดือนพฤศจิกายน 2566 จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์**คัดเข้าการศึกษา** (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 ถึงระดับ 3 ตามเกณฑ์ของ GOLD (2) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทย และสื่อสารภาษาไทยได้เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง และต้องมีการบันทึกการติดตามตนเอง (3) ไม่มีโรคร่วมอย่างอื่นที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม หรืออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรควัณโรค โรคไตเรื้อรัง โรคมะเร็งปอด ความผิดปกติของระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ เป็นต้น และ (4) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน เป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยให้แต่ละคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันเกี่ยวกับเพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระดับความรุนแรงของโรคระดับ 2 และชนิดของยาสูดพ่น

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด เช่น การเสียชีวิตหรือการย้ายที่อยู่ใหม่เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดเสียชีวิตหรือการย้ายที่อยู่ใหม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลองผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistical Power Table) โดยการกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .50 อำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ (α=.05 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test ในการทดสอบสมมุติฐานแบบทางเดียว (One-tailed test) จากการเปิดตารางอำนาจทดสอบได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน โดยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความใกล้เคียงกันมากที่สุดด้วยการจับคู่ (Matched pairs) ในเรื่อง เพศ อายุ และระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 2 และ 3 และชนิดของยาสูดพ่น ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบก่อนแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และเป็นอิสระจากกลุ่มทดลอง

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดที่คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลอาจสามารถ โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบ 22 คน ก่อนจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจนครบ 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ ตัวแปรอายุ เพศ ศาสนา อาชีพสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และ

การรักษา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ

1.2 เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด เป็นการวัดอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะ หายใจออกโดยใช้อุปกรณ์ที่เรียกว่า Wright Peak Flow Meter ของบริษัท Clement Clarke International Limited วัดความเร็วสูงสุดของลมที่เป่าออก ในช่วงต้นของการหายใจออกอย่างเร็ว และแรงเต็มที่จากตำแหน่งที่หายใจเข้าเต็มที่ ค่าที่วัดได้แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของแรงต้านในหลอดลม ถ้าค่าที่วัดสูงแสดงว่ามีแรงต้านในหลอดลมต่ำ ถ้าค่าที่วัดได้ต่ำแสดงว่ามีแรงต้านในหลอดลมสูง ผลของการวัดรายงานเป็น ลิตรต่อนาที โดยสมรรถภาพของปอดขึ้นอยู่กับอายุ เพศ ค่าสูงสุดในคนอายุ 25-40 ปี เพศหญิงมีค่าประมาณ 300-500 ลิตร/นาที เพศชายมีค่าประมาณ 400-600 ลิตร/นาที การตรวจสอบมาตรฐานของเครื่อง เครื่อง Wrigh Peak Flow Meter เป็นของบริษัท Clement Clarke International Linited ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานจากบริษัทก่อนจำหน่ายเรียบร้อยแล้ว มีขนาด 850 ลิตรต่อนาที สามารถวัดสมรรถภาพปอดออกมาเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-850 ลิตรต่อนาที มีการตรวจสอบสภาพ ความพร้อมก่อนใช้งานทุกครั้ง และมีการตรวจสอบระบบการทำงานและ Calibrate ทุก 1 ปี จากกองวิศวกรรมการแพทย์โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 10% และผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจสมรรถภาพปอดให้ผู้ป่วยและใช้เครื่องเดียวตลอดการทำวิจัย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer และจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการฝึกทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการส่งเสริมให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชากร งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองประกอบด้วย หลักการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนของโปรแกรม วิธีการดำเนินการแต่ละขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการ และการประเมินผลของโปรแกรม

3. กำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย การให้ความรู้เป็นรายบุคคล การสอนทักษะการใช้ยา การหายใจ และการออกกำลังกาย แจกคู่มือการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม การกระตุ้นเตือนและให้คำปรึกษา

4. จัดทำเอกสารและสื่อประกอบการใช้โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ กิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง พบผู้ป่วย 1 ครั้งที่โรงพยาบาล เยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง และประเมินสมรรถภาพปอดเมื่อสิ้นสุดการทดลอง 1 ครั้ง โดยมีกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 พบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคปอด ระยะเวลา 30 นาที ผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามคำชี้แจง ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ทำการทดสอบสมรรถภาพปอดจากนั้นให้ความรู้และสอนทักษะการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดทักษะการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน

สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ติดตาม กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเองทางโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 5 พบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ประเมินการจัดการตนเองและนัดหมายทำ Post-test ในสัปดาห์ที่ 6

สัปดาห์ที่ 6 ประเมินสมรรถภาพปอด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองประกอบด้วย แผนการสอนการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการจัดการตนเองคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนการโทรศัพท์

ติดตาม ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 คน และอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 คน ตรวจสอบเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ว่าเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือไม่ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 3 คน ในคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลอาจสามารถ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของระยะเวลา ภาษาและความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[12] และงานวิจัยของธาดา วินทะไชย[13] มีข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และะภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ แพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1 คน พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 ผลการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .90

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliabilty) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดโรงพยาบาลอาจสามารถ จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคโดยมีเกณฑ์พิจารณาดังนี้ค่าที่ยอมรับได้ คือ 0.70 พบว่าเท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อม ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยทั้งต่างประเทศ และในประเทศ เกี่ยวกับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เตรียมตัวผู้วิจัยให้มีความพร้อมเพื่อเป็นผู้มีความรู้และความชำนาญในการฝึกทักษะ การใช้ยาสูดพ่น การออกกำลังกาย และการฝึกหายใจ

2. เตรียมเครื่องมือการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแผนการสอนเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกระบวนการจัดการตนเองของ Creer (2000)[12] คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและแผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

3. ผู้วิจัยนำบันทึกข้อความเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมพร้อมทั้งโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ ตัวอย่างเครื่องมือเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน

4. ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยจัดทำบันทึกข้อความพร้อมทั้งส่งโครงร่างวิจัยและเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถ และดำเนินการขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคปอด

5. ภายหลังอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว จึงขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มการการพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการจัดเตรียมสถานที่ ในการดำเนินการวิจัย โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการเก็บข้อมูล วันและเวลาที่จะดำเนินการวิจัยตั้งแต่เริ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งสิ้นสุดการทดลอง

กระบวนการดำเนินการทดลอง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการทดลอง มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อม ในเรื่องการดูแผู้ป่วยโดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยทั้งต่างประเทศ และในประเทศ เกี่ยวกับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เตรียมตัวผู้วิจัยให้มีความพร้อมเพื่อเป็นผู้มีความรู้และความชำนาญในการฝึกทักษะ การใช้ยาสูดพ่น การออกกำลังกายและการฝึกหายใจ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การฝึกการหายใจ กรฝึกการออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการด้านอาหาร การเลิกสูบบุหรี่การป้องกันและจัดการกับอาการกำเริบของโรค เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เตรียมความพร้อมในการสอนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.2 การฝึกทักษะ การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การฝึกการหายใจแบบเป้าปาก และการหายใจแบบใช้กระบังลม ก่อนนำไปสอนให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง

2. เตรียมเครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแผนการสอนเรื่อง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกระบวนการจัดการตนเอง คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแผนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

3. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมพร้อมทั้งโครงร่างฉบับสมบูรณ์ ตัวอย่างเครื่องมือสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน

4. ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยจัดทำบันทึกข้อความพร้อมทั้งส่งโครงร่างฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถและดำเนินการขออนุญาตดำเนินการทดลอง และเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคปอด

5. ภายหลังอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว จึงขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการจัดเตรียมสถานที่ ในการดำเนินการวิจัย โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการเก็บข้อมูล วันและเวลาที่จะดำเนินการวิจัยตั้งแต่เริ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งสิ้นสุดการทดลอง

6. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนทุกวันอังคาร ช่วงเช้า เพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลในวันอังคาร ช่วงบ่าย เนื่องจากโรงพยาบาลอาจสามารถ มีคลินิกโรคปอด ทุกวันอังคาร เวลา 13.00-16.00 น. ผู้วิจัยทำการคัดกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria) โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่มารับบริการในแต่ละวัน ระยะเวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 7 วัน ได้กลุ่มตัวอย่างครบ 22 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มควบคุม (Matched pairs) โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 2 และ 3 ชนิดของยาสูดพ่น โดยใช้ระยะเวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 7 วัน ได้กลุ่มตัวอย่าง 22 คน

7. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคปอด เพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยระยะเวลา ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ตลอดจนขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 2 เมษายน 2566 ที่คลินิกโรคปอดงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอาจสามารถ มีขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (15 นาที) พบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคปอด ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามคำชี้แจง และลงมือชื่อในแบบยินยอม ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจากนั้นทำการประเมินสมรรถภาพปอด แล้วให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติในคลินิกผู้ป่วยโรคปอด ได้แก่ การได้รับการตรวจรักษาโรคจากแพทย์ประจำคลินิก การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุ อาการ แนวทางการรักษา การมาตรวจตามนัด จากพยาบาลวิชาชีพและการได้ยาและคำแนะนำในการใช้ยาจากเภสัชกรสรุปกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในกิจกรรมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

สัปดาห์ที่ 6 (30 นาที) ผู้วิจัยทำการประเมินสมรรถภาพปอด ขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการให้ความร่วมมือในการทำการวิจัย พร้อมทั้งให้ความรู้ในการจัดการตนเองโดยการสอนและการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมอบคู่มือความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคบอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นคู่มือสำหรับใช้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน

สรุปกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในกิจกรรม หลังการประเมินสมรรถภาพปอดส่วนใหญ่ ค่าสมรรถภาพปอดลดลงหรือเท่าเดิม การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเมื่อมีอาการเหนื่อยบ้าง และมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสูดพ่นได้ถูกต้องตามขั้นตอน แต่ไม่เคยฝึกออกกำลังกายและการฝึกการหายใจ ผู้วิจัยจึงได้ให้ความรู้ และสอนทักษะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการตนเองกลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจ มีการซักถามเพิ่มความเข้าใจมากขึ้น

กลุ่มทดลอง เริ่มดำเนินการตั้งแต่ 2 เมษายน 2566 ที่คลินิกโรคปอด งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอาจสามารถ มีขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (30 นาที) พบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคปอด งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอาจสามารถ (ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด)

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามคำชี้แจง ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นทำการประเมินสมรรถภาพปอด

2. ประเมินความรู้และการจัดการตนเองขณะเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นรายบุคคล เพื่อให้ได้ข้อมูลว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองด้านใดเพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความรู้ในการจัดการตนเอง

3. ให้ความรู้ในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การเลิกสูบบุหรี่ การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย การใช้ยาการจัดการด้านอาหาร การป้องกันและจัดการกับอาการกำเริบ

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการการจัดการตนเอง และสอนทักษะการจัดการตนเอง ได้แก่ เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น การออกกำลังกาย การฝึกการหายใจ และการใช้คู่มือบันทึกการจัดการตนเองโดยในแต่ละสัปดาห์กลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองตามกระบวนการจัดการตนเอง

5. เมื่อสิ้นสุดกระบวนการสอนเกี่ยวกับกระบวนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้ว มอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แล้วนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างในการติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ (10 นาที) โดยสอบถามปัญหาเกี่ยวกับการฝึกทักษะจัดการตนเองรวมถึงให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาในกรณีที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหา กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการฝึกทักษะจัดการตนเอง เสริมแรง และให้กำลังใจ

กลุ่มตัวอย่างการฝึกทักษะจัดการตนเองสรุปกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อทางโทรศัพท์เยี่ยมได้ทุกคน ผู้วิจัยทบทวนความรู้และการจัดการตนเอง สอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองได้และมีบางคนที่มีปัญหาเรื่องการบันทึกการจัดการตนเอง ผู้วิจัยจึงได้อธิบายเพิ่มเติม

สัปดาห์ที่ 5 พบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านผู้ป่วย (15 นาที) ประเมินการจัดการตนเองและนัดหมายทำ Post-test ในสัปดาห์ที่ 6 สรุปกิจกรรม ผู้วิจัยสามารถติดตามประเมินการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ทุกคน พบว่าการประเมินการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์ทุกคน

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บัน (15 นาที) ประเมินสมรรถภาพปอด และชี้แจงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการฝึกทักษะจัดการตนเองต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการให้ความร่วมมือ สรุปกิจกรรม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน สอบถามอาการและทำการประเมินสมรรถภาพปอด พบว่าสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นทุกคน ผู้วิจัยแจ้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะจัดการตนเองต่อเนื่อง สรุปกิจกรรม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน สอบถามอาการและทำการประเมินสมรรถภาพปอด พบว่าสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นทุกคน ผู้วิจัยแจ้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะจัดการตนเองต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ (1) ข้อมูลลักษณะทางประชากร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test และ (3) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมเละกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95% Confidence Inerval

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด COE 1272565 ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลอาจสามารถในวันที่ 2 เมษายน 2566 ผู้วิจัยเข้าชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัยประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากการวิจัย โดยผู้วิจัยให้ข้อมูล และเวลาที่เพียงพอในการตัดสินใจอย่างอิสระ ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงกรวิจัย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (86.4%) อายุกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 55-59 ปี (54.5%) ดัชนีมวลกายมากกว่า 23 ขึ้นไป (45.5%) สถานภาพสมรสคู่ (72.7%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (68.2%) ประกอบอาชีพรับจ้าง (56.8%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป (25.0%) สิทธิ์การรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (77.3%) ระยะเวลาที่เป็นโรค ส่วนใหญ่ 1-5 ปี (54.5%) หนึ่งปีที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการเกิดอาการกำเริบ (54.5%) เคยมีประวัติการรักษาในโรงพยาบาล (79.5%) สำหรับประวัติการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุรี่ (88.6%) จำนวนบุหรี่ที่ 1-20 มวนต่อวัน (35.9%) และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (82.1%)

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรังในโรงพยาบาลอาจสามารถ

2.1 หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

ส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก จำนวน 20 คน (90.91%) รองลงมาคือ ระดับสูง จำนวน 2 คน (9.1%) แต่ในกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 11 คน (50.0%) รองลงมาคือ ระดับสูง จำนวน 10 คน (45.5%); หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองมากกว่า 1.98 คะแนน (95%CI; 1.69, 2.27) และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) โดยมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดมากกว่า 65.45% (95%CI;6.47, 124.43) ดังแสดงในตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับการจัดตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับการจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	0	0.0	1	4.5
ระดับปานกลาง	0	0.0	11	50.0
ระดับสูง	2	9.1	10	45.5
ระดับสูงมาก	20	90.9	0	0.0

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean differences(SE)	95%CI	p
การจัดการตนเอง					
กลุ่มทดลอง	22	4.50(0.37)	1.98(0.14)	1.69, 2.27	<.001
กลุ่มควบคุม	22	2.52(0.56)			

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวม หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	n	Mean(SD.)	Mean differences(SE)	95%CI	p
สมรรถภาพปอด					
กลุ่มทดลอง	22	345.18(94.20)	65.45(29.22)	6.47, 124.43	.03
กลุ่มควบคุม	22	279.81(99.59)			

วิจารณ์

ผลการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์กับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การใช้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับกลุ่มทดลองและดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาปกติเป็นเวลา 12 สัปดาห์ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองมีความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาปกติ[14]; ภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean + SD.) 3.00 : 0.32 vs 5.65 + 0.67; p< 0.001) และมีคะแนนเฉลี่ยสถานะสุขภาพ (COPD) Assessment Test Score) มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 19.33 ± 3.73 vs 20.83± 3.41;p<0.001)[15]

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยที่ศึกษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ซึ่งพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งได้พัฒนาการบริการสุขภาพและเน้นการสร้างเครือข่ายในการดูแลรักษาทั้งทีมบุคลากรทางการแพทย์ ชุมชน และครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 72 คน ที่มีประวัติเข้ารับรักษาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2560 มีอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจากจำนวนคนที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลงไม่แตกต่างกัน (p= 0.73) และอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจากจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินสูงขึ้นไม่แตกต่างกัน (p= 0.15) แต่เมื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดจากค่าเฉลี่ย FEV:(% Predicted) พบว่า รูปแบบพัฒนาแล้วสูงกว่ารูปแบบเดิมแสดงถึงผู้ป่วยสมรรถภาพปอดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.05) และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรูปแบบพัฒนาแล้วมีแนวโน้มสูงขึ้น[16] สอดคล้องกับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นรื้อรัง มีกิจกรรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) กิจกรรมครอบครัวออกกำลังกาย 3) กิจกรรมครอบครัวรักษ์สิ่งเวดล้อม 4) กิจกรรมครอบครัวชิดใกล้ และ 3) การติดตามเยี่ยมบ้าน ผลของการใช้โปรแกรมพบว่า (1) ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีสัดส่วนของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.004) (2) ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีสัดส่วนของระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากลดลงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.05) (3) สัดส่วนของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง จากเดิมร้อยละ 33.33 เหลือร้อยละ 16.66 ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีได้ ดังนั้น ควรนำประยุกต์ใช้กับครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อลดผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้[17]; ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในระดับดีในกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการก่อนการใช้โปรแกรมและกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการหลังการใช้โปรแกรมคิดเป็นร้อยละ 48.29 และ 89.39 ตามลำดับ[18] และหลังกรทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ ความสามารถแห่งตนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และความ สามารถทางกายมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ (p< 0.05)[19]

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเน้นเนื้อหาที่ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ และเข้าใจได้ง่ายและเน้นการฝึกทักษะที่สำคัญ เช่น ฝึกการใช้เครื่องมือ

ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมฝึกทักษะการจัดการอาการหายใจลำบากระยะฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย และอารมณ์ ฝึกวิธีการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมหลังจากลงมือปฏิบัติกิจกรรมว่าอาการหายใจลำบากดีขึ้นหรือไม่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่สำคัญและต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น นอกจากนี้การสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจและการฝึกทักษะพยาบาลวิชาชีพในการใช้โปรแกรมโดยน้น ทักษะและเทคนิคการสอน การให้คำปรึกษา การฝึกการปฏิบัติแก่ผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องผ่านการฝึกทักษะก่อนที่จะนำไปปฏิบัติจริงทำให้รูปแบบการจัดโปรแกรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กล่าวได้ว่าแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-manage-ment) ได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการสนับสนุนผู้ป่วยให้รับผิดชอบและดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของตนเองในการจัดการเกี่ยวกับอาการ อาการกำเริบ การปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมเพื่อให้สามารถควบคุมโรคไม่ให้รุนแรงมากขึ้น ดังนั้นโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น และส่งผลต่อสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ดีขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่ได้ติดตามและวัดประเมินผลการจัดการตนเองในระยะยาวดังนั้นควรมีการศึกษาผลการใช้โปรแกรมในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้ ดังนี้ (1) ด้านบริหาร ควรการสนับสนุน และพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการพยาบาลทางกลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดระบบการบริการที่มีคุณภาพ ลดการแออัด ลดระยะเวลารอคอย และผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายและครอบคลุม สามารถดูแลจัดการตัวเองได้ที่บ้านได้ถูกต้อง (2) ด้านบริการ ควรนำรูปแบบการบริการพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการพยาบาลทางไกลที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้ปฏิบัติให้เต็มรูปแบบในการบริการผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยและพัฒนาการบริการพยาบาลที่ดีต่อไป (3) ด้านวิชาการ ควรมีการเผยแพร่ความรู้เรื่องดูแลผู้ป่วย ในรูปแบบการบริการพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการพยาบาลทางไกล ให้กับหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีลักษณะการบริการที่คล้ายกันและควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการพยาบาลทางไกล

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป (1) ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการพยาบาลทางไกลต่อไป และ (2) ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลทางไกลในกลุ่มโรคอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. 2021. [cited 2021 Dec 14]. Available from: Chronic obstructive pulmonary disease(COPD) (who.int)
2. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565.กรุงเทพฯ: สมาคม; 2565.
3. โรงพยาบาลอาจสามารถ. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ประจำปี พ.ศ.2556. กลุ่มการพยาบาล; 2565.
4. วัชรา บุญสวัสดิ์. แนวทางการดูแสรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.ขอนแก่น: มหวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
5. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป). กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) [Internet]. 2021. [cited 2021 Dec 14]. Available from:

HDC- Dashboard (moph.go.th)

6. Soler-Cataluña J J, Martínez-García M A, Sánchez P R, Salcedo E, Navarro M, Ochando R. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 2005;60(11):925-31.
7. Donaldson G C, Seemungal T A R, Bhowmik A, Wedzicha J A. Relationship between exacerbationfrequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 2002;57(10):847-52.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2557. [อินเทอร์เน็ต]. 2022 [3 มกราคม 2565]. Available from: การสำวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ปี พ.ศ.2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (m-society.go.th)
9. Tashkin D P, Celli B, Senn V, Burkhart D, Kesten S, Menjoge S, et al. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2008;359(15):1543-54.
10. Tobin D L, et al. Self- management and Social Learning Theory. In K. A. Holroyd and T.L. Creer. (Eds), self- management of chronic Disease: Handbook of clinical Intervention and Research. New York : Academic Press, Inc; 1986.
11. Lorig K, Holman H. Self-management education : context, definition, and outcomes and manchanisms. Paper presented at the first Chronic; 2000.
12. Creer T L. Self-management and the control of chronic pediatric illness. In D. Drotar (Ed), Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness: Concepts methods and interventions. Hillsdale pp 95-129. NewJercy: Erlbaum; 2000.
13. ธาดา วินทะไชย. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
14. ธีระพันธ์ โต้หนองแปน. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;3(1):6-16.
15. อำไพ หลังปุเต๊ะ, ฟารีดา สูเด็น, ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลควนโดน จังหวัดสตูล. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2561;33(4):346-50.
16. อังคณา วงศ์แสนสี, ธีระวุธ ธรรมกุล, สมโภช รติโอฬาร. รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรดปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(3):48-61.
17. วัชระ เกี๋ยนต๊ะ. การพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยชียงใหม่; 2560.
18. จิรารัชต์ คำใจ. ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ที่เป็นโรดปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
19. สุทัศน์ พิภพสุทธิไพบูลย์, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช, เบญจมาศ ช่วยชูม. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอด. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2560;47(2):200-11.