

การศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี

A STUDY OF THE SITUATION OF A CARE MODEL FOR EARLY CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENTS AT THANYABURI HOSPITAL

ศศิภาส์ อริสริยวงศ์[1] อารี ชีวเกษมสุข[2] ดวงกมล วัตราดุลย์[3]

Sasipa Arisariyawong Aree Cheevakasemsook Duangkamol Wattradul

[1]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จังหวัดนนทบุรี 11120

Students of the Master of Nursing Science Program Nursing Administration,

Sukhothai Thammathirat University, Nonthaburi, 11120, Thailand

[2]รองศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จังหวัดนนทบุรี 11120

Associate Professor, Ph.D., Department of Nursing Science, Sukhothai Thammathirat University, Nonthaburi, 11120, Thailand

[3]ผู้ช่วยศาสตรจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต จังหวัดปทุมธานี 12000

Assistant Professor, D.N.S., Faculty of Nursing, Rangsit University, Pathum Thani, 12000, Thailand

[2]Corresponding author E-mail: areecheeva@gmail.com

Received: *August 26, 2023* Revised: *November 6, 2023* Accepted: *December 25, 2023*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยผสมวิธี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก ในโรงพยาบาลธัญบุรี โดยใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Donabedian (2003) ประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มทีมสุขภาพ 7 รายและผู้ป่วยและญาติ 10 ราย และประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก 20 ราย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี ด้านโครงสร้าง การดูแลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่เป็นรูปธรรมและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ทีมสุขภาพให้การดูแลตามหน้าที่ ใช้ประสบการณ์เดิมจาการทำงานในการดูแลผู้ป่วย การติดตามประเมินผลยังไม่มีความต่อเนื่อง ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นแบบแบบทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ด้านผลลัพธ์ ส่วนใหญ่เป็นการประเมินผลลัพธ์ทางกาย ไม่ให้ความสำคัญกับการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดังนั้น ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรกที่ชัดเจน ทีมสุขภาพใช้เป็นแนวทางเดียวกัน ส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ประเมินผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองควบคู่ไปกับผลลัพธ์ด้านสมรรถภาพทางกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการ ชะลอการดำเนินของโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก, การเสริมสร้างพลังอำนาจ, การจัดการตนเอง

Abstract

This study employed a mixed methods approach with the aim of examining the state of the care model for patients in the early stages of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at Thanyaburi Hospital. The conceptual framework utilized for this study was based on Donabedian's (2003) service quality assessment, encompassing the dimensions of structure, process, and results. Data collection involved a focus group discussion with seven healthcare providers, as well as individual discussions with 10 patients and their relatives. Additionally, a self-management assessment was conducted with twenty COPD patients. Descriptive statistics were applied for quantitative data analysis, while content analysis was employed for qualitative data.

The findings indicated that the guidelines for the structural aspects of the caring model for COPD patients were intangible and inconsistent. Most healthcare teams provided routine and functional care based on their prior experience in patient care. Continuous monitoring and evaluation of care were inconsistent. The patient care process was general and lacked specificity in terms of empowering patients for enhanced self-management. Outcome evaluation primarily focused on physical assessments and did not prioritize self-management behavior. Consequently, there is a need for a clearly defined care model for early-stage COPD patients, emphasizing the promotion of patient empowerment for self-management. Outcome evaluations of the behavior aspect should encompass both self-management behavior and physical capacities, assisting COPD patients to be able to manage current symptoms, slow the progression of the disease, and improve their overall quality of life.

Keywords: early chronic obstructive pulmonary disease, empowerment, self-management

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นกลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นอย่างถาวรจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของปอด จนเกิดอาการหลอดลมตีบแคบหรือตันลงอย่างเรื้อรัง ไม่สามารถกลับคืนเป็นปกติได้ โดยการตรวจสมรรถภาพปอด (pulmonary function tests) จะพบว่าปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วและแรงใน 1 วินาทีแรก (forced expiratory volume in one second: FEV_1) ต่อปริมาตรของอากาศที่หายใจเข้าอย่างเต็มที่ (forced vital capacity: FVC) หลังได้รับยาขยายหลอดลมค่า FEV_1 / FVC จะน้อยกว่าร้อยละ 70 (The Global Initiative for Obstructive Lung Disease: GOLD, 2020) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นโรคที่มีความสำคัญทางสาธารณสุขและเป็น 1 ใน 3 สาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลก (World Health Organization, 2016) ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบแต่ละครั้งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 5 เท่า (GOLD, 2020) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เมื่อการดำเนินของโรคมากจนส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากอาการเหนื่อย เมื่ออาการหายใจลำบากรุนแรงมากขึ้นในระยะท้ายของโรคจะเข้าสู่ภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อ

ชีวิต จนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความเครียด วิตกกังวล ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Lilly & Senderovich, 2016) ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงมักมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง จนต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีสถิติประมาณ 100,000 รายต่อปี (Thai Health Promotion Foundation, 2016) และต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ จึงเกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น หรืออาจทำให้เสียชีวิตได้เร็วขึ้น (American Thoracic Society, 2017)

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ (Pattama, 2018) และศึกษาในผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคอยู่ในระยะที่ 3 - 4 ซึ่งมีอาการรุนแรง กำเริบบ่อยและมีอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำ (Usa et al., 2018) ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาเรื่องการรักษาด้วยยามากกว่าการเสริมพลังอำนาจการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Bourbeau & van der Palen, 2009) เช่นเดียวกับคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลธัญบุรี ที่ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้องรังของสมาคมอารุเวชช์และตามแนวทาง The Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD, 2020) ที่ผ่านมาผู้ที่มารับการรักษาในระยะที่ 3 - 4 ไม่สามารถควบคุมอาการได้และมีอาการกำเริบบ่อย บทบาทสำคัญในการดูแลรักษาจึงอยู่ที่ทีมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ โดยที่ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมน้อย

นอกจากนี้ รูปแบบในการดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลธัญบุรี แม้จะใช้แนวทางเดียวกัน แต่ในทีมสุขภาพยังมีการประยุกต์ใช้แนวทางของสมาคมอุรุเวชช์ แนวทางของ The Global Initiative for Obstructive Lung Disease และตามรูปแบบของตนเอง ทำให้ระบบบริการสุขภาพไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้เกิดข้อผิดพลาดในการดูแล จนนำไปสู่การร้องเรียนหรือความเสี่ยงในการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และหากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นแนวทางเดียวกัน ตั้งแต่ระยะแรกจะสามารถชะลอการดำเนินของโรค เพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Fromer, 2011) ดังการศึกษาในเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น มีสมรรถภาพทางกายและคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Danyuthasilpe, 2017) ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการดูแลที่เป็นระบบมาตรฐานเดียวกัน การศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรกในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารักษาที่โรงพยาบาลธัญบุรี ให้สามารถควบคุมอาการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและป้องกันภาวะเสี่ยงในการเกิดซ้ำ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี

คำถามวิจัย

สถานการณ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โดยใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Donabedian (2003) ประกอบด้วย โครงสร้าง (structure) กระบวนบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) มาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้เข้าถึงสถานการณ์และปัญหา

ที่แท้จริง นำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยในการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ มีสมรรถภาพทางกายที่ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods research) ซึ่งแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ส่วนส่วน คือ การวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร คือ ทีมสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 7 วัน และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 381 คน และญาติที่ดูแลพามารักษา ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี (Thanyaburi Hospital, 2020)

(1) การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล ที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มมี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพ 1 คน และนักจิตวิทยา 1 คน รวมจำนวน 7 คน ซึ่งทุกคนเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

2. ผู้ป่วยและญาติ ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5 คน ซึ่งต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีค่า FEV_1/ FVC น้อยกว่า 70% มีความรุนแรงอยู่ในระยะที่ 1 - 3 และมีค่า FEV_1 มากกว่า 30% และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลธัญบุรี อย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง และ 2) ญาติผู้ป่วยที่เป็นผู้ดูแลหลักที่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งทั้งผู้ป่วยและญาติต่างก็สามารถสื่อสารอ่านเขียนภาษาไทยได้

(2) การวิจัยเชิงปริมาณ

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก 20 ราย ที่มีค่า FEV_1/ FVC น้อยกว่า 70% และค่า FEV_1 มากกว่าหรือเท่ากับ 80% ของค่ามาตรฐาน และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลธัญบุรี อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 2 ครั้ง และสามารถสื่อสารอ่านเขียนภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากตำราและงานวิจัยเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจ การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้คำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม 1 คำถาม คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปัจจุบันเป็นอย่างไร

2. แบบสอบถามสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก มี 3 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ สิทธิ์ค่าใช้จ่ายในการรักษา และจำนวนสมาชิกในบ้าน

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประวัติการสูบบุหรี่ โรคร่วม ปัจจัยกระตุ้นอาการกำเริบ และการรักษาในปัจจุบัน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยแปลจากแนวทางการประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (GOLD, 2020) แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามระดับความเหนื่อย (modified medical research council dyspnea score: mMRC score) ผู้วิจัยใช้ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

(Thoracic Society of Thailand under the Royal Patronage, 2017) เป็นมาตรวัดระดับความเหนื่อยขณะทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 5 ระดับ มีค่าตั้งแต่ 0 - 4 โดยระดับ 0 คือ ปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยง่าย ระดับ 1 คือ มีอาการเหนื่อยเมื่อเดินเร็ว ๆ หรือขึ้นทางชัน ระดับ 2 คือ เดินไม่ทันเพื่อนที่อยู่ในวัยเดียวกันในพื้นราบ ต้องหยุดเดินเป็นพักเพราะเหนื่อย ระดับ 3 คือ เดินได้ระยะทางน้อยกว่า 100 เมตร ระดับ 4 คือ ทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลงเนื่องจากเหนื่อยง่าย การแปลผล mMRC แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ 0 - 1 คะแนน แสดงว่า มีอาการเหนื่อยน้อย มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน แสดงว่า มีอาการเหนื่อยมาก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยใช้เป็น COPD Assessment Test (CAT) ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (Thoracic Society of Thailand under the Royal Patronage, 2017) มี 8 หัวข้อ โดยผู้ป่วยให้คะแนนตนเองในแต่ละหัวข้อ ระหว่างดี (0) จนถึง แย่มาก (5) แล้วนำคะแนนแต่ละหัวข้อมารวมกัน แปลผลคะแนน CAT น้อยกว่า 10 แสดงว่า ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อย คะแนน CAT มากกว่า 10 แสดงว่า ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มาก

ส่วนที่ 3 การประเมินการทดสอบสมรรถภาพปอด (peak expiratory flow rate) ด้วยการเป่าเครื่อง Peak flow meter เป็นอัตราการไหลของอากาศที่หายใจออกที่สูงที่สุด จากการหายใจออกเร็วและแรงเต็มที่ หน่วยเป็นลิตรต่อนาที (Thoracic Society of Thailand under the Royal Patronage, 2017)

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993) และการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) มี 38 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ บ่อยที่สุด (5) – นาน ๆ ครั้ง (1) กำหนดเกณฑ์การแปลผลตามคะแนนเฉลี่ย (Boonchai, 2010) ดังนี้

4.50 - 5.00 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ระบุในรายการประเมินบ่อยที่สุด/ทุกวัน

3.50 - 4.49 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ระบุในรายการประเมินบ่อยครั้ง

2.50 - 3.49 หมายถึง ผู้ป่วยพฤติกรรมที่ระบุในรายการประเมินบ่อยพอสมควร

1.50 - 2.49 หมายถึง ผู้ป่วยพฤติกรรมที่ระบุในรายการประเมินบางครั้ง

1.00 - 1.49 หมายถึง ผู้ป่วยพฤติกรรมที่ระบุในรายการประเมินนาน ๆ ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยนำแนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก และแบบสอบถามการตรวจสอบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรกที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคระบบหายใจ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .97 - 1.00 และนำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก ผู้วิจัยหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่างวิจัย ในโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลคลองหลวง โรงพยาบาลลำลูกกา โรงพยาบาลหนองเสือ รวม 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เลขที่ PPHO-REC 2565/6 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 และ

แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ทำให้ไม่สามารถดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยจึงทำเรื่องขอขยายเวลาออกไปถึงวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรับทราบประโยชน์ สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย ขณะทำการศึกษาผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลเสียหายต่อการดูแลรักษาที่มีอยู่เดิม ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ

การสนทนากลุ่ม (focus group) ดำเนินการโดยผู้วิจัยเป็นผู้นำการสนทนากลุ่มและมีผู้ช่วยวิจัยที่เป็นผู้จดบันทึกการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยแบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทีมสุขภาพ และกลุ่มผู้ป่วยและญาติ โดยเริ่มการวิจัยกับกลุ่มทีมสุขภาพก่อน แล้วตามด้วยกลุ่มผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 60 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยมีการประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 20 ราย และให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้เวลาคนละประมาณ 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิจัยเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

2. การวิจัยเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์จากการสนทนากลุ่มโดยทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ ตามแนวคิดของ Donabedian (2003) สามารถสรุปเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ รวมทั้ง ได้ข้อสรุปเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลของกลุ่มทีมสุขภาพกับกลุ่มผู้ป่วยและญาติ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 สถานการณ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี จากการสนทนากลุ่มเปรียบเทียบระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ

สถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี	
1. ด้านโครงสร้าง : ขาดแนวทางปฏิบัติในการสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติที่ชัดเจน	
1.1 ทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ ให้ความคิดเห็นต่างกัน โดยผู้ป่วยและญาติให้ความคิดเห็นว่าแนวทางในการดูแลผู้ป่วยดีอยู่แล้ว ให้การดูแลรักษาอย่างมีมาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัว มีกำลังใจ แต่ทีมสุขภาพให้ความคิดเห็นว่าการดูแลรักษายังไม่เป็นไปแนวทางเดียวกัน ไม่เฉพาะเจาะจงไปที่การเสริมสร้างพลังอำนาจหรือการจัดการตนเองของผู้ป่วย เป็นการดูแลแบบทั่ว ๆ ไป ผู้ป่วยยังขาดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นและยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลกระตุ้นให้มีอาการกำเริบ	
ดังคำกล่าวของทีมสุขภาพ *“เราให้การดูแลตามแนวทางทั่ว ๆ ไป ยังไม่ชัดเจน ไม่ได้เฉพาะเจาะจงที่การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยบางคนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่”* (H5)	ดังคำกล่าวของผู้ป่วยและญาติ *“บริการดีมาก มีมาตรฐานที่สุดแล้ว ผมรักษามาหลายที่ คลินิกเราดีที่สุดแล้ว”* (P4)

สถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี

1.2 ทีมสุขภาพ : ควรปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามปัญหาสุขภาพ

ผู้ป่วยและญาติให้ความคิดเห็นว่าทีมสุขภาพมีความรู้ความสามารถ เหมาะสม ดูแลดี ผู้ป่วยมีกำลังใจ พึงพอใจ และมีความมั่นใจ ให้ความร่วมมือในการรักษา ส่วนทีมสุขภาพมีความคิดเห็นว่ายังต้องปรับปรุงการบริการเพราะส่วนใหญ่ใช้ประสบการณ์เดิมหรือเรียนรู้เพิ่มเติมจากที่อื่น เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีปัญหาแตกต่างกัน แต่ยังได้รับการดูแลเหมือนกัน

ดังคำกล่าวของทีมสุขภาพ	ดังคำกล่าวของผู้ป่วยและญาติ
“ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง แต่เรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยยังต่างคนต่างทำ” (H4) “เราให้การดูแลตามความรู้สึก ทำตามประสบการณ์ ทำแบบนี้แล้วน่าจะดีก็ทำ คนไข้เราได้รับการดูแลเหมือนๆ กันไม่ค่อยต่างกัน” (H7)	*“เป็นมืออาชีพ ทุกคนทำงานเป็นทีม ดีมากๆ ใส่ใจ เป็นกำลังใจให้คนไข้ตลอด ติดตามดูแลคนไข้ดีมาก ๆ ”* (P1,P3) (Y2) “ให้คำแนะนำให้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ผมได้กำลังใจจากหมอนี่แหละทำให้เลิกได้ (P2)

1.3 อุปกรณ์และสื่อการให้ความรู้ : ขาดการติดตามและประเมินผลการใช้อุปกรณ์และสื่อการสอน

ทั้งผู้ป่วยและทีมสุขภาพให้ข้อมูลว่าอุปกรณ์ในคลินิกปอดมีเพียงพอและกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากบริหารปอด แต่ทีมสุขภาพมีความคิดเห็นว่า ยังมีข้อที่ต้องปรับปรุง คือ ผู้ป่วยไม่ได้ใช้อุปกรณ์บริหารปอดทุกคน และขาดการติดตามประเมินผลหลังใช้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผู้ป่วยไม่รู้วิธีใช้ประโยชน์จากสมุดประจำตัวผู้ป่วย ตัวหนังสือเล็ก จึงต้องปรับปรุงให้สามารถใช้ได้ร่วมกันเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดเป็นไปตามวัตถุประสงค์

ดังคำกล่าวของทีมสุขภาพ	ดังคำกล่าวของผู้ป่วยและญาติ
“คลินิกเรามีอุปกรณ์บริหารปอด และมีนวัตกรรมเยอะ แต่เสียดายไม่ได้เอามาใช้กับคนไข้ทุกคน อีกอย่างเราไม่ได้ประเมินผลหลังใช้ด้วย” (H5) *“สมุดเราใช้ทำอะไร ส่วนใหญ่เราเอาไว้บันทึกประวัติ อาการ การรักษา การนัด แต่สำหรับคนไข้ส่วนใหญ่ไม่เคยเปิดดู เอาไว้ดูวันนัดอย่างเดียว”* (H4)	*“ผมชอบนะ มันสนุกดี ทำให้อยากออกกำลังบริหารปอดทุกวัน”* (P4) *“ตัวหนังสือเล็กอ่านไม่เห็น ไม่ได้เปิดดูอะไรในคู่มือ”* (Y1) *“เอาไว้ดูวันนัด ไม่ได้ดูรายละเอียดข้างในจริง ๆ”* (P5)

1.4 การสื่อสารด้านสุขภาพ : มีข้อจำกัดและผู้ป่วยบางรายเข้าไม่ถึง

ผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถสื่อสารโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ทีมสุขภาพสามารถให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาและตอบข้อซักถามต่าง ๆ การแจ้งเลื่อนนัด รวมทั้งใช้ในการติดตาม ประเมินอาการและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบข้อจำกัดในการสื่อสารเนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่มีโทรศัพท์ ไม่มีไลน์ หมายเลขโทรศัพท์ไม่เป็นปัจจุบัน นอกจากนี้ยังพบว่าไม่มีการกำหนดแนวทางในการสื่อสารทั้งทางโทรศัพท์และทางไลน์เนื่องจากผู้ป่วยจะชอบสอบถามในช่วงกลางคืน

ดังคำกล่าวของทีมสุขภาพ	ดังคำกล่าวของผู้ป่วยและญาติ
“มีหลายคน ไม่มีโทรศัพท์ ไม่เล่นไลน์ เวลาเราสื่อสารอะไรไป แจ้งอะไรไปคนที่ไม่อยู่ในกลุ่มก็จะไม่รู้เรื่อง” (H2) *“ไลน์กลุ่มแรก ๆ ก็สวัสดีตอนเช้า วันจันทร์สีเหลือง ยันวันอาทิตย์เลย แต่ไม่ค่อยใช้สอบถามเรื่องสุขภาพ”* (H5)	*“แต่ผมแอบสงสารคุณหมอนะ 4 ทุ่ม 5 ทุ่ม ยังต้องตอบไลน์อยู่เลย มันเบียดเบียนเวลาคุณหมอมากไป”* (P2) *“ส่วนใหญ่มักมีเรื่องสงสัยอะไร สามารถถามคุณหมอได้ทันที”* (Y3)

2. ด้านกระบวนการ : ขาดรูปแบบที่ชัดเจนด้านการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย

ทีมสุขภาพเห็นว่ามีกระบวนการดูแลรักษาตาม GOLD guideline ร่วมกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาล ประกอบด้วย การเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมิน การวางแผน การดูแล แต่เรื่องการให้ข้อมูลและเสริมพลัง ยังปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

<table>
<tr><th colspan="2">สถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี</th></tr>
<tr><td>ดังคำกล่าวของทีมสุขภาพ
“ผมก็รักษาตาม guideline ยาอะไรที่เราต้องมี คนไข้ควรได้รับ เราก็จัดหามา ผมว่ายาเราดีที่สุดแล้วในบรรดา รพช.ทั้งหมดในปทุมธานี” (H3)
“เรื่องของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย เราให้การดูแลเริ่มตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน HA แต่เรื่องการให้ข้อมูลเสริมพลังอำนาจยังไม่ชัดเจนไหร่ ยังต่างคนต่างให้ ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน” (H1)</td><td>ดังคำกล่าวของผู้ป่วยและญาติ
“ผมว่าดีมากอยู่แล้ว มีมาตรฐานมากกว่าที่อื่นเยอะ” (P2)
“ใช่ เห็นด้วย ดีมาก การรักษาก็ดี มีการติดตามคนไข้อย่างต่อเนื่อง ถามไถ่อาการ ให้กำลังใจดีมาก ๆ ทำให้พวกเรามีกำลังใจในการรักษา และกำลังใจในการดูแลตัวเอง” (Y4)</td></tr>
<tr><td colspan="2">3. ด้านผลลัพธ์ : ขาดการประเมินผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
การประเมินผลลัพธ์ส่วนใหญ่เป็นการประเมินโดยทีมสุขภาพ มุ่งเน้นการประเมินด้านสมรรถภาพทางกาย เช่น อาการเป็นอย่างไร มีอาการกำเริบหรือไม่ ทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่ นอกจากนี้ทีมสุขภาพยังเห็นว่า แนวทางการประเมินด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมปัญหาที่แท้จริง การบันทึกผลของทีมสุขภาพไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน</td></tr>
<tr><td>ดังคำกล่าวของทีมสุขภาพ
“การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการประเมินสมรรถภาพทางกาย แต่การประเมินพฤติกรรมของเราไม่ชัดเจน” (H1)
“เราไม่ได้กำหนดให้ชัดเจนว่าเราจะต้องประเมินเรื่องอะไร ตอนนี้เราจะได้ผล Peak flow, CAT และอาการเป็นอย่างไรและบันทึกในใบเฝ้าระวัง แต่เรื่องพฤติกรรมแทบไม่ได้ประเมินเลยนะ อีกอย่างทีมสุขภาพเราเป็นคนประเมินเกือบทั้งหมด คนไข้มีส่วนร่วมน้อยมาก (H2)</td><td>ดังคำกล่าวของผู้ป่วยและญาติ
“ผมอาการดีมาก ไม่มีอาการกำเริบเลย ไม่ได้ใช้ยาฉุกเฉินเลย สบายมาก ๆ ผิดกับแต่ก่อนเยอะเลย ” (P2)
“ผมก็ทำตามที่หมอสั่ง หอบเหนื่อยก็พ่นยา เท่านั้นแหละ เหนื่อยเพราะอะไร ผมไม่รู้หรอก” (P5)
“เคยบอกให้จดอยู่นะ ว่าหอบกี่ครั้ง ใช้ยาไปกี่กด จะได้มาบอกหมอ แต่ก็ไม่ได้ทำ” (Y3)</td></tr>
</table>

2. สมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก

2.1 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 17 คน เป็นร้อยละ 85 มีอายุเฉลี่ยอายุ 54 ปี (*SD* = 4.33) อายุมากที่สุด 59 ปี อายุต่ำที่สุด 46 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 60 ทุกคนมีรายได้หลักมาจากการประกอบอาชีพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 90 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน ร้อยละ 85 จำนวนสมาชิกในบ้านอยู่ระหว่าง 2 - 5 คน

2.2 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 20 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมานานเฉลี่ย 6.5 ปี (*SD* = 4.46) ส่วนใหญ่เคยมีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 75 มีประวัติสูบบุหรี่เฉลี่ย 18.5 ปี (*SD* = 2.18) สูบวันละ 16 - 20 มวน ร้อยละ 58.8 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่นานเฉลี่ย 30 ปี (*SD* = 10.57) ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 74.47 เลิกสูบบุหรี่มาแล้วเฉลี่ย 6.29 ปี (*SD* = 8.35) ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 23.53 จำนวนที่สูบเฉลี่ย 3.5 มวน/วัน (*SD* = .71) ส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นจมูกอักเสบภูมิแพ้คิดเป็นร้อยละ 70 มีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI = 18.5 - 22.99 kg/m^2) ร้อยละ 50 น้ำหนักเกิน (BMI ≥ 23 kg/m^2) ร้อยละ 35 และมีน้ำหนักน้อย (BMI < 18.5 kg/m^2) ร้อยละ 15 ส่วนใหญ่มีการสัมผัสปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันบางครั้ง (1 - 2 ครั้ง/

สัปดาห์) ร้อยละ 47.4 สัมผัสปัจจัยกระตุ้นเป็นประจำ (ทุกวัน) ซึ่งเกิดจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 26.3 สภาพแวดล้อมบ้านปลอดโปร่ง ร้อยละ 85 และในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยที่ไม่เคยมีอาการกำเริบเฉียบพลันจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 55 ปัจจุบันผู้ป่วยได้รับยาทั้ง 2 ชนิด ได้แก่ ยาพ่นฉุกเฉิน และยาพ่นควบคุมอาการ ร้อยละ 95

2.3 ผลสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก ตามแนวทางการประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (GOLD, 2020) พบว่ามีความเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันน้อย (0 - 1 คะแนน) ร้อยละ 100 มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับน้อย มีค่าคะแนน CAT score < 10 ร้อยละ 100 ส่วนการทดสอบสมรรถภาพปอดด้วยการเป่า Peak flow meter พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่า PEFR เท่ากับ 67.95 % บ่งบอกถึงมีการอุดกั้นทางเดินหายใจ

3. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับบ่อยพอสมควร (*M* = 2.53, *SD* = .88) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านพฤติกรรมการประเมินตนเองซึ่งอยู่ในระดับบ่อยพอสมควร (*M* = 2.80, *SD* = .83) รองลงมา คือ พฤติกรรมการติดตามตนเองซึ่งอยู่ในระดับบางครั้ง (*M* = 2.46, *SD* = .90) และน้อยที่สุด แต่อยู่ในระดับบางครั้งเช่นกัน คือ พฤติกรรมการเสริมแรงตนเอง (*M* = 2.33, *SD* = 1.34) ดังตาราง 2

ด้านพฤติกรรมการติดตามตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรกมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา พยาบาลมากที่สุดและอยู่ในระดับบ่อยครั้ง (*M* = 4.11, *SD* = .87) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรกมีน้อยที่สุด และอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง คือ การบันทึกพฤติกรรมของตนเองอย่างสม่ำเสมอ (*M* = 1.05, *SD* = .22) ดังตาราง 2

ด้านพฤติกรรมการประเมินตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้กับคนที่เป็นหวัดมากที่สุด และอยู่ในระดับบ่อยที่สุด (*M* = 4.50, *SD* = .51) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรกมีน้อยที่สุดและอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง คือ การออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที/วัน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง (*M* = 1.10, *SD* = .31) ดังตาราง 2

ด้านพฤติกรรมการเสริมแรง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเสริมแรงเมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งไว้ ด้วยคำกล่าวชื่นชม ยกย่องด้วยวาจามากที่สุด และอยู่ในระดับบ่อยพอสมควร (*M* = 2.80, *SD* = 1.15) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรกมีน้อยที่สุด และอยู่ในระดับ คือ การเสริมแรงเมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งไว้ ด้วยการให้รางวัล หรือสิ่งของ (*M* = 1.80, *SD* = 1.36) 1.80 (*SD*=1.36) มี ดังตาราง 2

ตาราง 2 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก (*n* = 20)

พฤติกรรมจัดการตนเอง	*M*	*SD*	ระดับ
<u>พฤติกรรมการติดตามตนเอง</u>	2.46	.90	บางครั้ง
1. สามารถปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาพยาบาล	4.11	.88	บ่อยครั้ง
2. การตัดสินใจกำหนดเป้าหมายการดูแลภาวะสุขภาพตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ	2.85	1.35	บ่อยพอสมควร
3. สามารถประเมินผลภาวะสุขภาพว่าเป็นไปตามเป้าหมาย	2.84	1.17	บ่อยพอสมควร
4. สามารถสังเกต ติดตามอาการหรือปัญหาสุขภาพของตนเอง	2.55	1.00	บ่อยพอสมควร

พฤติกรรมจัดการตนเอง	*M*	*SD*	ระดับ
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองที่ไม่บรรลุเป้าหมายเสมอ	2.40	.88	บางครั้ง
7. เปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้	1.80	.83	นาน ๆ ครั้ง
6. การบันทึกพฤติกรรมของตนเองอย่างสม่ำเสมอ	1.05	.22	นาน ๆ ครั้ง
พฤติกรรมการประเมินตนเอง	2.80	.83	บ่อยพอสมควร
8. หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้กับคนที่เป็นหวัด	4.50	.51	บ่อยที่สุด
9. สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า เมื่อต้องสัมผัสกับฝุ่นละออง ควันต่างๆ	4.45	.76	บ่อยครั้ง
10. นอนหลับอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน	4.30	.80	บ่อยครั้ง
11. บ้วนปาก/กลั้วคอหลังใช้ยาพ่นควบคุมอาการมีส่วนผสมของสเตียรอยด์	4.25	.85	บ่อยครั้ง
12. ทำความสะอาดบ้าน ห้องนอน เปลี่ยนเครื่องนอน เพื่อลดฝุ่นละออง	4.20	.70	บ่อยครั้ง
13. ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาพ่น พ่นยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.10	.79	บ่อยครั้ง
14. สามารถใช้ยาพ่นควบคุมอาการและยาพ่นขยายหลอดลมตามแผนการรักษา	4.10	.91	บ่อยครั้ง
15. การจัดการด้านอารมณ์ เมื่อเกิดความเครียด ความวิตกกังวล	3.90	.64	บ่อยครั้ง
16. สวมเสื้อผ้าหรือห่มผ้า เพื่อรักษาความอบอุ่นร่างกาย	3.50	.83	บ่อยครั้ง
17. หลีกเลี่ยงการสัมผัสสิ่งกระตุ้น	3.45	.89	บ่อยครั้ง
18. หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่มีผู้คนแออัด	3.15	.93	บ่อยพอสมควร
19. พกยาพ่นฉุกเฉินเมื่อเดินทางออกนอกบ้าน	3.00	1.45	บ่อยพอสมควร
20. จัดการด้านอารมณ์ด้วยวิธี	2.80	.77	บ่อยพอสมควร
21. ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2-3 ลิตรต่อวัน	2.70	.98	บ่อยพอสมควร
22. ปรับลดยา หรือหยุดยาเองเมื่อรู้สึกอาการดีขึ้น	2.60	.82	บ่อยพอสมควร
23. เพิ่มการใช้ยาเมื่อรู้สึกอาการแย่ลงหรือหอบเหนื่อย	2.55	1.00	บ่อยพอสมควร
24. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัด	2.35	1.09	บางครั้ง
25. รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ปริมาณน้อยๆ แบ่งเป็น 5-6 มื้อต่อวัน	1.85	.93	บางครั้ง
26. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่อาจทำให้ท้องอืดง่าย	1.80	.77	บางครั้ง
27. การรับประทานอาหารประเภทโปรตีน	1.75	.72	บางครั้ง
28. จัดการด้านอารมณ์ โดยใช้เทคนิคการหายใจด้วยกระบังลม	1.75	1.25	บางครั้ง
29. จัดการด้านอารมณ์ โดยใช้เทคนิคการหายใจ ด้วยการจินตนาการ	1.55	.95	บางครั้ง
30. ลดปริมาณการรับประทานอาหารประเภทแป้ง	1.50	.69	บางครั้ง
31. จัดการด้านอารมณ์ ด้วยการการนั่งสมาธิ เพื่อให้เกิดความสงบ	1.45	.89	นาน ๆ ครั้ง
32. ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยการฝึกกล้ามเนื้อหายใจ	1.40	.75	นาน ๆ ครั้ง
33. ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยการหายใจแบบห่อริมฝีปาก	1.35	.75	นาน ๆ ครั้ง
34. ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยการฝึกการหายใจ	1.25	.55	นาน ๆ ครั้ง
35. ออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3 วัน	1.10	.31	นาน ๆ ครั้ง
พฤติกรรมการเสริมแรง	2.33	1.34	บางครั้ง
36. ได้รับการเสริมแรง ด้วยคำกล่าวชื่นชม ยกย่องด้วยวาจา	2.80	1.15	บ่อยพอสมควร
37. เมื่อปฏิบัติได้ตามพฤติกรรมเป้าหมาย รู้สึกพึงพอใจ ความภาคภูมิใจในตนเอง	2.40	1.50	บางครั้ง
38. ได้รับการเสริมแรง ด้วยการให้รางวัล หรือสิ่งของ	1.80	1.36	บางครั้ง
รวม	**2.53**	**.88**	**บ่อยพอสมควร**

การอภิปรายผลการวิจัย

1. โครงสร้างรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี มีการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ให้การดูแลรักษาตามมาตรฐาน GOLD guideline ซึ่งข้อมูลจากทีมสุขภาพที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพประเมินว่ายังมีรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยยังไม่มี

ความชัดเจน และขาดการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับตนเอง (Disler, Gallagher, & Davidson, 2012; Gold, 2020) อีกทั้ง ยังขาดแนวทางปฏิบัติในการสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติ ทีมสุขภาพจึงต้องการปรับปรุงด้านการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามปัญหาสุขภาพ ส่วนการใช้อุปกรณ์และสื่อให้ความรู้ยังขาดการติดตามและประเมินผลการใช้อุปกรณ์และสื่อการสอนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

นอกจากนี้ ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพยังมีข้อจำกัดและผู้ป่วยบางรายยังเข้าไม่ถึงการใช้โทรศัพท์ที่มีอินเตอร์เน็ตและไลน์แอปพลิเคชัน ส่วนการประเมินผลลัพธ์การดำเนินการโดยทีมสุขภาพ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนเกี่ยวกับการสร้างพลังอำนาจและการจัดการตนเอง ซึ่งจากการให้ข้อมูลด้านโครงสร้างระบบการดูแลโดยทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพแสดงให้เห็นว่าทีมสุขภาพต้องการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ (Davies et al., 2014)

กระบวนการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลจากทีมสุขภาพแสดงให้เห็นประเด็นที่ต้องปรับปรุงด้านกระบวนการดูแลเนื่องจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่ได้เน้นการสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วย กระบวนการดูแลผู้ป่วยยังเป็นแบบทั่วไป ไม่มีการประเมินปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล มีการทำงานไม่ประสานกันระหว่างทีมสุขภาพ ไม่เจาะจงเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วย (Wattana, 2020)

ด้านการมอบหมายงานในทีมสุขภาพสหสาขายังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะบทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยด้านการจัดการและการสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้ในระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังไม่เป็นรูปธรรม เนื่องจากขาดโปรแกรมการเพิ่มทักษะการสร้างเสริมพลังอำนาจ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ให้สามารถจัดการตนเอง เพิ่มสมรรถภาพทางกายให้ดีขึ้น และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ (Chuaythao, 2015; Vivien, 2017)

ผลลัพธ์ด้านการดูแล ข้อมูลจากทีมสุขภาพแสดงให้เห็นว่าการประเมินด้านสมรรถภาพทางกายมีมากกว่าการประเมินผลด้านพฤติกรรมและยังขาดแนวทางในการประเมินผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมพลังอำนาจด้านกระบวนการและผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและการพัฒนาการจัดการตนเอง มีแรงจูงใจด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร การตัดสินใจแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ (Dowling et al., 2011)

ส่วนการประเมินผลโดยผู้ป่วยด้านการจัดการตนเอง สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยขาดทักษะในการจัดการตนเองแบบองค์รวม ผู้ป่วยไม่ทราบปัญหาที่แท้จริงและยังคงปฏิบัติพฤติกรรมเดิมที่เป็นปัญหาสุขภาพ เช่น การสัมผัสสิ่งกระตุ้น การสูบบุหรี่ การใช้ยาไม่ถูกต้อง เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติตามที่ทีมสุขภาพบอก แต่ยังไม่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการได้ อีกทั้ง ยังมีอาการกำเริบเฉียบพลันจึงต้องปรับแผนการรักษาในระดับที่สูงขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีส่วนร่วมในการดูแลจัดการตนเองตามแผนการรักษาค่อนข้างน้อย (Danyuthasilpe, 2017)

2. ผลการประเมินการจัดการตนเองพบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่เหมาะสม เนื่องจากร้อยละ 45 ยังมีอาการกำเริบเฉียบพลันจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากยังไม่มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลภาวะสุขภาพตนเองร่วมกับทีมสุขภาพที่ชัดเจน ผู้ป่วยบางรายยังสัมผัสปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน เช่น การสูบบุหรี่ การสัมผัสฝุ่นควัน การใช้ยาไม่ถูกต้อง ปรับลดหรือเพิ่มยาสูดพ่นเองเป็นบางครั้ง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ฝึกหายใจและการจัดการด้านอารมณ์ที่ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้

ยังขาดการเสริมแรงตนเองให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ดังนั้น ทีมสุขภาพควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนโดยการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเอง เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ (Dowling et al., 2011; GOLD guideline, 2020)

3. การศึกษาสถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก ข้อมูลที่แสดงมาข้างต้น สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) เพื่อใช้เป็นวิธีการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การค้นหาปัญหาที่แท้จริง (discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (taking charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ในการพัฒนาวิธีการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) 3) การให้เสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถควบคุมโรคได้ ลดหรือชะลอความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก ควรทำทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ที่ครอบคลุมพฤติกรรมการติดตาม พฤติกรรมการประเมิน และพฤติกรรมการเสริมแรงตนเอง ให้สามารถนำไปใช้แนวทางในการปฏิบัติได้จริงและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายการสร้างเสริมพลังอำนาจและการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ในระยะแรกอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ป่วยยังสามารถจัดการตนเองได้ เพื่อชะลอการดำเนินโรค COPD ป้องกันการกำเริบเฉียบพลัน โดยมีการมอบหมายทีมสุขภาพให้ปฏิบัติงานร่วมกัน ภายใต้แนวทางเดียวกัน และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและมีการติดตามผลลัพธ์การสร้างเสริมพลังอำนาจและจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. ควรนำผลการศึกษาสถานการณ์ในครั้งนี้ ไปพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

American Thoracic Society. (2017). Management of COPD exacerbations: A European Respiratory Society/ American Thoracic Society guideline. *European Respiratory Journal*, 49(3), 1600791.

Bourbeau, J., & van der Palen, J. (2009). Promoting effective self-management program to improve COPD. *European Respiratory Journal, 33*(3), 461–463.

Chuaythao, T. (2015). *Effects of a self-management support program. in patients with COPD to self-management behavior knowledge Difficulty breathing and lung function* (Master of Nursing Science program). Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen.

Danyuthasinlpe, C. (2017). Promoting self-management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Health Sciences, 11*(2), 97-104.

Davies, F., Risør, M. B., Melbye, H., Spigt, M., Brookes-Howell, L., . . . Francis, N. (2014). Primary and secondary care clinicians' views on self-treatment of COPD exacerbations: A multinational qualitative study. *Patient education and counseling*, *96*(2), 256–263.

Disler, R. T., Gallagher, R. D., & Davidson, P. M. (2012). Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease: An integrative review. *International journal of nursing studies*, *49*(2), 230–242.

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care.* Oxford: Oxford University Press.

Dowling, M., Murphy, K., Cooney, A., & Casey D. (2011). A concept analysis of empowerment in chronic illness from the perspective of the nurse and the client living with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness, 3* (4),476-487.

Fromer, L. (2011). Implementing chronic care for COPD: Planned visits, care coordination, and patient empowerment for improved outcomes. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, *6*, 605–614.

Gibson, C. H.(1993). *A study of empowerment in mothers of chronically ill children* (Doctoral Dissertation School of Arts and Sciences). Department of Nursing, Boston College.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2020). *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD*. Retrieved from https://goldcopd.org/gold-2020-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/

Kanfer, F. H., & Garlick, L. (1991). Self-management method. In F. H. Kanfer, & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed.). New York, NY: Pergamon.

Lilly, E. J., & Senderovich, H. (2016). Palliative care in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Critical Care, 35,* 150–154.

Thai Health Promotion Foundation. (2016). Set a goal to reduce the number of patients with asthma-chronic obstructive pulmonary disease. Retrieved from https://www.thaihealth.or.th/?p=258579

Thanyaburi Hospital. (2020). *Statistical of patients with chronic obstructive lung disease in early stage at COPD clinic.*

Thoracic Society of Thailand under the Royal Patronage. (2017). *Recommendations for the treatment of chronic obstructive pulmonary disease*. Bangkok: Beyond Enterprise.

Vivien, E. C. (2017). Role of nurses in supporting patients to self-manage chronic conditions. *Nursing Standard: Official Newspaper of the Royal College of Nursing, 31*(38), 42-46.

Wattana, C. (2015). *Self-management support: Strategies for promoting disease control*. Journal of *Phrapokklao Nursing College, 26*(1), 117-127.

Wattana, C. (2020). *Guidelines for applying self-management theory into practice to promote public health management*. Division of Nursing and the Office of the Health Promotion Foundation.

World Health Organization. (2016, March 12). *Burden of COPD.* Retrieved from http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en