

ผลของการพัฒนาแนวทางดูแลตนเองต่อเนื้องที่บ้าน ของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยนอก

สุพัตรา ใจแก้ว¹ พรพิมล วงศ์อินตา^{2*}

บทคัดย่อ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การขาดการดูแลตนเองต่อเนื้องที่บ้านอาจทำให้พฤติกรรมสุขภาพลดลง การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื้องที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 คน กลุ่มทดลองได้รับแนวทางการดูแลตนเองต่อเนื้องที่บ้านซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการบริการของแผนกผู้ป่วยนอกตามปกติ เครื่องมือรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองและแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test, Paired t-test, Wilcoxon Signed-Ranks test และ Mann-Whitney U test กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลตนเองระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 4.338, p < .001$) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านระดับดีและปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($Z = -4.776, p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีความรู้ในการดูแลตนเองระดับต่ำและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($t = 2.429, p = .023$) และพฤติกรรม ($Z = -2.143, p = .032$) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื้องที่บ้านมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงควรนำไปพัฒนาใช้อย่างต่อเนื้องในแผนกผู้ป่วยนอกและหลังจำหน่ายผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยใน เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

คำสำคัญ: แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื้องที่บ้าน ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก

¹โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

*ผู้ประสานรับบรรณกิจ E-mail: pornpimonwongintha@gmail.com

The effects of developing a home-based continuous self-care guideline for elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease in the outpatient settings

Supattra Jaikaew¹ Pornpimon Wong-intha^{2*}

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) significantly impacts the quality of life of elderly patients. A lack of continuous self-care at home may lead to declining health behaviors. This quasi-experimental, two-group pre-posttest design study aimed to compare self-care knowledge and self-care health behaviors among elderly patients with COPD in an outpatient department before and after using a home-based continuous self-care guideline. A total of 52 patients were divided into 2 groups: 26 in the experimental group and 26 in the control group. The experimental group received a home-based continuous self-care guideline, adapted from Orem's self-care theory, for 8 weeks. Data collection tools included a self-care knowledge scale and a home-based self-care behavior scale. Data were analyzed using independent t-test, paired t-test, Wilcoxon Signed-Ranks test, and Mann-Whitney U test, at a significance level of 0.05.

The research findings showed that the experimental group had moderate levels of self-care knowledge, with a significantly higher mean knowledge score than the control group ($t = 4.338, p < .001$). The experimental group had good-to-moderate levels of self-care behavior, with a significantly higher mean self-care behavior score than the control group ($Z = -4.776, p < .001$). In contrast, the control group had low levels of self-care knowledge and moderate levels of self-care behavior, with both mean knowledge ($t = 2.429, p = .023$) and behavior ($Z = -2.143, p = .032$) scores decreasing significantly by the end of the study.

The home-based continuous self-care guideline is effective in promoting self-care knowledge and health behaviors among elderly patients with COPD. Therefore, it should be continuously developed and implemented in outpatient department and following discharge from inpatient units, to sustain appropriate health behaviors and improve quality of life for patients.

Keywords: home-based self-care guidelines, elderly patients with COPD, knowledge, self-care behavior, outpatient settings

¹Sanpatong Hospital, Chiang Mai

²Faculty of Nursing, Maejo University

* Corresponding author E-mail: pornpimonwongintha@gmail.com

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคปอดที่พบบ่อยและรักษาไม่หายขาด เกิดจากการอักเสบและการตีบแคบของทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 4 ของโลก โดยมีผู้เสียชีวิตถึง 3.5 ล้านคนในปี พ.ศ.2564¹ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ ช่วงปี พ.ศ.2564 -2566 พบว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องจำนวน 55,125 53,852 และ 62,304 รายตามลำดับ โดยในอำเภอสันป่าตอง ในปี พ.ศ.2565-2566 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 2,844 เป็น 3,378 ราย² นอกจากนี้ ยังพบผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 1,800 ราย และเสียชีวิตจากโรคนี้อย่างต่อเนื่อง³ การเจ็บป่วยดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้ความสามารถในการทำงาน กิจกรรม และกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลให้ภาวะสุขภาพโดยรวมและคุณภาพชีวิตลดลง⁴ อีกทั้งยังสร้างภาระทางเศรษฐกิจ ทั้งค่ารักษาพยาบาลเมื่ออาการกำเริบ และการสูญเสียรายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว⁵ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการที่จะจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคและจัดการกับปัญหาจากโรคได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข⁶

การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลร่วมและกระทำด้วยตนเองเพื่อบำรุงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความผาสุก ซึ่งต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจในตนเอง การค้นหาและการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา เป็นสิ่งที่มาจากภายในตัวบุคคล และพฤติกรรมที่ควบคุมสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่มาจากนอกตัวบุคคลเพื่อให้เกิดการสื่อสารกับบุคคลอื่น และเกิดการใช้แหล่งสนับสนุนได้⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งด้านความรู้ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการตนเอง แรงสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม⁸ รวมถึงความสามารถในการทำกิจกรรมและพฤติกรรมการออกกำลังกายยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย⁹ อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมการดูแลตนเองเป็นการจัดการรายบุคคล เนื่องจากความแตกต่างของบุคคลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป การแนะนำการดูแลตนเองในผู้ป่วยอาจจะยังไม่ตรงกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน และขาดความต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวขาดความมั่นใจในการจัดการตนเองเมื่อมีอาการรุนแรง และมีอาการกำเริบซ้ำจนต้องกลับมาเข้ารับการรักษาบ่อยครั้ง¹⁰

พฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับความรู้และการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และการประยุกต์ใช้ความรู้ในที่สุด ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) เป็นกระบวนการเรียนรู้และตัดสินใจภายในตัวบุคคลที่จำเป็นเพื่อให้ถึงซึ่งความ

ต้องการของบุคคลและการดำรงชีวิต ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's theory of self – care deficit) อธิบายว่า เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นต้องได้รับ (Therapeutic self-care demand) จะเพิ่มสูงขึ้น หากความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยกลับไปดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านซึ่งขาดการสนับสนุนที่ต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพ อาจนำไปสู่การพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) ในการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย⁷ ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของโอเร็มร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและลดความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญ¹¹

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างและปรับปรุงรูปแบบการดูแลที่อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการโรคได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน พร้อมบูรณาการข้อเสนอแนะจากแนวทางของ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Guidelines (GOLD) และหลักฐานร่วมสมัยที่ยืนยันว่าโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องช่วยลดการกำเริบของโรค ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ^{11, 13} แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน (Home-based continuous self-care guideline) ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มุ่งเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยขยายการดูแลจากคลินิกผู้ป่วยนอกสู่บริบทของบ้าน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องเชิงการจัดการดูแล (Management continuity)¹² ผ่านการติดตาม ประเมิน และสนับสนุนตามความต้องการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แนวทางนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพร่องความสามารถในการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิด ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การแสวงหาบริการสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อน การยอมรับภาวะสุขภาพ และการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสม โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการจัดการโรคของผู้ป่วยและผู้ดูแล อันนำไปสู่การลดการกำเริบของโรคและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกก่อนและหลังได้รับแนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

2. เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 52 คน โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนทุกวันอังคาร เวลา 13.00-16.00 น. ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ คือ

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 ถึง ระดับ 3 ตามเกณฑ์ของ GOLD¹³ และรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2568
2. มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเดิล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ ที่ต้องได้คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป
3. รู้สึกตัวดี และการรับรู้เป็นปกติ โดยผ่านการคัดกรองแบบประเมินภาวะการรู้คิดฉบับสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire : SPMSQ) ที่สร้างโดยโฟเฟอร์¹⁵ ที่แปลฉบับภาษาไทยโดยประครอง อินทรสมบัติ¹⁶ โดยต้องได้คะแนนอย่างน้อย 8 จาก 10 คะแนน
4. สามารถอ่านหนังสือและเขียนหนังสือได้
5. สามารถใช้โทรศัพท์ในการสื่อสารผ่านไลน์แอปพลิเคชันได้
6. ไม่มีโรคร่วมอย่างอื่นที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมหรืออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มโรคทางระบบประสาทและการเคลื่อนไหว และโรคปอดอื่นที่ก่อให้เกิดอาการหายใจลำบาก¹³
7. ยินดีให้ความร่วมมือกับการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. อาสาสมัครต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล หรือย้ายภูมิลำเนา หรือเสียชีวิต
2. อาสาสมัครถอนความยินยอมระหว่างการศึกษา
3. มีอาการเจ็บป่วยระหว่างทำการทดลอง ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปอดอักเสบ หรือหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือภาวะกล้ามเนื้ออุดตันในหลอดเลือดปอด¹³

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 และขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกลุ่มละ 64 คน รวม 128 คน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์และเข้ารับบริการในช่วงเวลาที่กำหนด ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง เดือนพฤศจิกายน 2568 ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้จริงกลุ่มละ 26 คน รวม 52 คน ซึ่งน้อยกว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมให้ครบจำนวน 26 คนก่อน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างอีก 26 คนในลำดับถัดมาภายในช่วงเวลาเดียวกัน ทั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การจัดกลุ่มตามลำดับก่อน-หลัง (Sequential allocation) แทนการเก็บข้อมูลทั้งสองกลุ่มพร้อมกัน (Concurrent data collection) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมารับบริการ ณ คลินิกเดียวกันในช่วงเวลาเดียวกัน หากดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งสองกลุ่มควบคู่กันไปอาจเกิดการปนเปื้อนของสิ่งทดลอง (Contamination) จากการที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสพบปะและแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองระหว่างกันที่คลินิก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความถูกต้องของผลการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เชลเอ็ดแอล (ADL)¹⁴
 - 1.2 แบบประเมินภาวะการรู้คิดฉบับสั้น (SPMSQ)¹⁵⁻¹⁶
2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน (Home-based continuous self-care guideline) หมายถึง ชุดกิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยมีลักษณะสำคัญคือการขยายขอบเขตการดูแลจากการรับบริการ ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ไปสู่การดูแลตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่องระหว่างช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องเชิงการจัดการดูแล (Management continuity)¹²

โดยแนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁷ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การแสวงหาบริการสุขภาพ 2) การปฏิบัติตามแผนการรักษา 3) การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค 4) การยอมรับภาวะสุขภาพ 5) การเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น โดยให้กลุ่มตัวอย่างใช้แนวทางนี้เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในแนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วยชุดกิจกรรม ดังนี้

- 1) การบรรยายประกอบภาพให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย หัวข้อ โรค อาการ อาการแสดง การดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน
- 2) วิดีโอการจัดการกับอาการกำเริบของโรค
- 3) คู่มือการดูแลตนเองด้านสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย การเลิกบุหรี่ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การใช้ยาพ่น เทคนิคการฝึกการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) สมุดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านเพื่อบันทึกข้อมูลของตนเองระหว่างเข้าร่วมการทำวิจัย
- 5) นวัตกรรม “วัยเก่าไม่ทิ้งกัน” ได้รับการออกแบบตามแนวคิดการสนับสนุนโดยเพื่อน (Peer support) โดยจับกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มละ 2 คน ทำกิจกรรม การให้กำลังใจกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการส่งข้อความโทรศัพท์ หรือในกลุ่มไลน์แอปพลิเคชันทุกเช้า เพื่อช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ความรับผิดชอบร่วม และการติดตามกันอย่างสม่ำเสมอ ลดปัญหาการสื่อสารที่กระจายตัวซึ่งมักพบในกลุ่มขนาดใหญ่¹⁸ ซึ่งผู้วิจัยติดตามการทำกิจกรรมผ่าน LINE official ของโครงการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำการถ่ายภาพหน้าจอ (Screenshot) และปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พัฒนาโดยผู้วิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

3.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3.2 ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง และการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน จำนวน 24 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยบูรณาการจากกรอบแนวคิดการวิจัย ลักษณะคำตอบเป็น “ใช่” และ “ไม่ใช่” การแปลผล หากลักษณะคำถามทางบวก ถ้าตอบ “ใช่” ได้ “1 คะแนน” ถ้าตอบ “ไม่ใช่” ได้ “0 คะแนน” หากเป็นลักษณะคำถามทางลบ การให้คะแนนจะกลับกัน คะแนนรวมด้านความรู้อยู่ระหว่าง 0-24 คะแนน โดยแปลผลระดับความรู้ตามเกณฑ์ของ Bloom¹⁹ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (20-24 คะแนน) ระดับปานกลาง (15-19 คะแนน) และระดับต่ำ (0-14 คะแนน)

3.3 ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 26 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1) การแสวงหาบริการสุขภาพ 2) การปฏิบัติตามแผนการรักษา 3) การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค 4) การยอมรับภาวะสุขภาพ 5) การเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ คือ “ทุกครั้ง” หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง “บ่อยครั้ง” หมายถึง ปฏิบัติ 4-6 วัน/สัปดาห์ หรือ 2 ใน 3 ครั้ง “น้อยครั้ง” หมายถึง ปฏิบัติ 1-3 วัน/สัปดาห์ หรือ 1 ใน 3 ครั้ง และ “ไม่เคย” หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติเลย หากเป็นลักษณะคำถามทางบวก ถ้าตอบ “ทุกครั้ง” ได้ “4 คะแนน” ถ้าตอบ “บ่อยครั้ง” ได้ “3 คะแนน” ถ้าตอบ “น้อยครั้ง” ได้ “2 คะแนน” และ ถ้าตอบ “ไม่เคย” ได้ “1 คะแนน” ทั้งนี้ หากเป็นลักษณะคำถามทางลบ การให้คะแนนจะกลับกัน คะแนนรวมด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ระหว่าง 26-104 คะแนน โดยแปลผลระดับพฤติกรรมตามเกณฑ์ของ Bloom¹⁹ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (84-104 คะแนน) ระดับปานกลาง (63-83 คะแนน) และระดับต่ำ (26-62 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

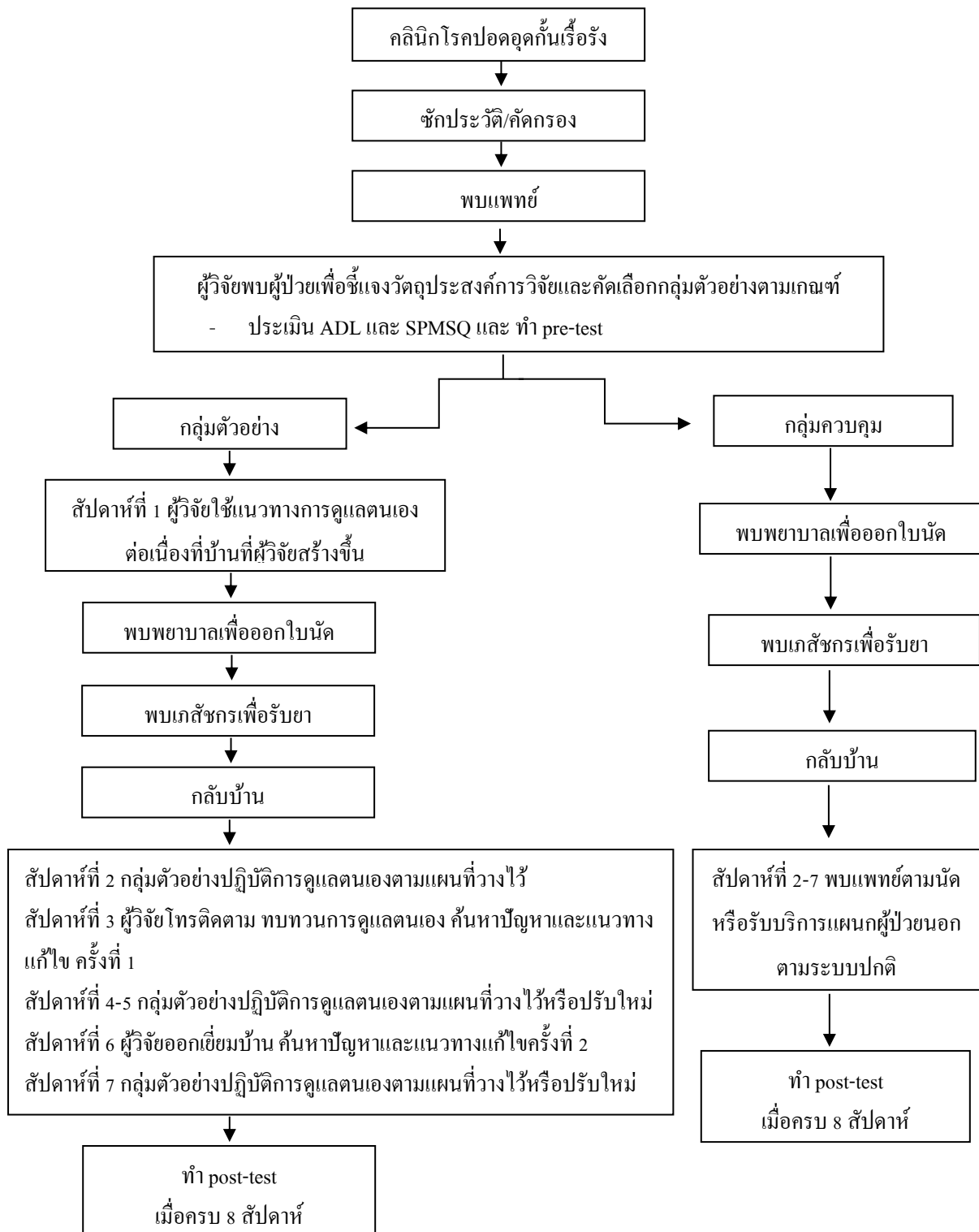
ผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหาแนวทางการดูแลตนเองต่อเนื้อที่บ้านและแบบสอบถามผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผลการประเมินพบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item-level Content Validity Index: I-CVI) อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเฉลี่ยทั้งฉบับ (Scale-level Content Validity Index/Average: S-CVI/Ave) เท่ากับ 0.933 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้¹⁷ ภายหลังการปรับปรุงเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 20 ราย ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเดียวกันซึ่งมิใช่สถานที่เก็บข้อมูลจริง ระหว่างเดือนพฤษภาคม–มิถุนายน พ.ศ. 2568 เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลและประเมินความเป็นไปได้ในการใช้เครื่องมือ ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นพบว่า แบบวัดความรู้มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแบบคูเดอร์–ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ 0.824 และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.836¹⁷

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสันป่าตอง กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ SPT REC 028/2568 ลงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2568 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย สิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
2. ผู้วิจัยสำรวจชื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามคุณสมบัติที่ต้องการจากเวชระเบียนโรงพยาบาล สันป่าตอง ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมตรงตามที่กำหนด
3. ผู้วิจัยจะขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ตลอดจนขั้นตอนดำเนินการวิจัยและพิกัดสิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้น กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Inform Consent) จนครบ 52 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการบริการในระบบผู้ป่วยนอกตามปกติตลอด 8 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยทั้งหมด จะได้รับการดูแลสุขภาพตนเองต่อเนื่องที่บ้านทั้งหมด 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย การประเมินด้วยแบบสอบถาม ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กับกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มกิจกรรม (Pre-test) หลังจากนั้น ผู้วิจัยใช้แนวทางการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน ดำเนินการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง มอบคู่มือการดูแลสุขภาพด้านสุขภาพที่บ้าน และสมุดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน และนวัตกรรม “วัยเก๋าไม่ทิ้งกัน” ในสัปดาห์แรก หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ร่วมกับผู้ดูแลและติดตามตนเองผ่านสมุดบันทึกในสัปดาห์ที่ 2, 4, 5 และ 7 โดยผู้วิจัยมีการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อทบทวนปัญหาและหาแนวทางแก้ไขในสัปดาห์ที่ 3 และเข้าเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 6 และการประเมินซ้ำ (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 8 ทั้งสองกลุ่ม รายละเอียดขั้นตอนแสดงดังภาพที่ 1
4. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ



ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ ใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติ โดยข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk พบว่าข้อมูลคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองมีการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติ (Normal distribution) จึงใช้สถิติ Independent Samples t-test และ Paired t-test ส่วนคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพมีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงเลือกใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test และ Mann-Whitney U Test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดเรื้อรังจำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน โดยได้ทดสอบความคล้ายคลึงกัน (Homogeneity) ของข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติ Chi-Square และ Independent t-test พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 69 ปี (SD = 5.73) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.7) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 69.2) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 65.4) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 71 ปี (SD = 6.16) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.8) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 84.6) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 53.8) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน และเริ่มรักษาทันทีอย่างต่อเนื่องเมื่อทราบว่าป่วยเป็นโรค

2. ความรู้ในการดูแลตนเอง

จากการศึกษาระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง พบว่า ก่อนการวิจัย กลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำร้อยละ 61.5 และระดับปานกลางร้อยละ 38.5 เท่ากัน ภายหลังได้รับแนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำลดลงเหลือเพียงร้อยละ 19.2 ระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 73.1 และระดับสูงร้อยละ 7.7 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 65.4 ระดับปานกลางลดลงเป็นร้อยละ 30.8 และระดับสูง ร้อยละ 3.8 เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนได้รับแนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.283, p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ลดลงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ($t = 2.429, p = .023$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมหลังใช้แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.338, p < .001$) ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแลตนเอง
ต่อเนื้องที่บ้านระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม

คะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง	Mean	SD	t	p
กลุ่มตัวอย่าง (n = 26)				
ก่อน (Pre-test)	13.42	2.35	-5.283	<.001***
หลัง (Post-test)	16.19	2.33		
กลุ่มควบคุม (n = 26)				
ก่อน (Pre-test)	13.92	2.19	2.429	.023*
หลัง (Post-test)	13.00	2.94		
เปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มหลังใช้แนวทางการดูแลต่อเนื้องที่บ้าน				
กลุ่มตัวอย่าง (n = 26)	16.19	2.33	4.338	<.001***
กลุ่มควบคุม (n = 26)	13.00	2.94		

*Significant p 0.05, *** Significant p < 0.001

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมระดับต่ำ ร้อยละ 15.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 57.7 และระดับดี ร้อยละ 26.9 กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 7.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 61.5 และระดับดี ร้อยละ 30.8 ภายหลังใช้แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื้องที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนผู้ที่มีพฤติกรรมระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 และระดับปานกลาง ร้อยละ 50 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนผู้ที่มีพฤติกรรมระดับดีลดลงเหลือเพียงร้อยละ 7.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 88.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.8 สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยในตารางที่ 2 โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านสูงกว่าหลังใช้แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื้องที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.017, p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.143, p = .032$) แสดงว่ากลุ่มควบคุมมีแนวโน้มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพลดลง และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมหลังใช้แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื้องที่บ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับแนวทางการดูแลตนเองต่อเนื้องที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.776, p < .001$) หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้นหลังจากได้รับแนวทางการดูแลตนเองต่อเนื้องที่บ้าน เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่งที่บ้านระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง	Mean	SD	Z	p
กลุ่มตัวอย่าง (n = 26)				
ก่อน (Pre-test)	76.35	11.87	-4.017	<.001***
หลัง (Post-test)	85.27	6.14		
กลุ่มควบคุม (n = 26)				
ก่อน (Pre-test)	79.43	8.25	-2.143	.032*
หลัง (Post-test)	75.69	6.98		
เปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มหลังใช้แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่งที่บ้าน				
กลุ่มตัวอย่าง (n = 26)	85.27	6.14	-4.776	<.001***
กลุ่มควบคุม (n = 26)	75.69	6.98		

*Significant p 0.05, *** Significant p < 0.001

อภิปรายผล

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของแนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่งที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยวัดผลจากระดับความรู้ในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่งที่บ้านตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ความรู้ในการดูแลตนเอง

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.338, p < .001$) สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่งที่บ้านที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผ่านการให้ความรู้ที่เห็นภาพ เข้าใจง่ายและทันสมัย ช่วยยกระดับความรู้ของผู้ป่วยได้จริง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของหนูกาญจน์ แฝงเมืองคุก และคณะ²⁰ พบว่าแนวทางการปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้นก่อนใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ งานวิจัยของณัฏฐา ดวงดา และคณะ²¹ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($r = 0.314, p < 0.01$)

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

จากแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม 5 ด้าน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ($Z = -4.776, p < .001$) เป็นผลมาจากแนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยให้ความรู้ผ่านสื่อที่เข้าใจง่าย และนวัตกรรม “วัยเก่าไม่ทิ้งกัน” การฝึกปฏิบัติความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพที่บ้าน และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านด้วยสมุดบันทึก ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นตามมา สอดคล้องกับงานวิจัยของนวพร เกตุสระ²² ได้ศึกษาและพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม พบว่า หลังการพัฒนาการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้น มีพฤติกรรมด้านการใช้ยาและสิ่งแวดล้อมในระดับมาก และด้านการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

อย่างไรก็ตาม การที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองลดลงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ($Z = -2.143, p = .032$) เป็นข้อบ่งชี้สำคัญว่า หากผู้สูงอายุไม่ได้รับความรู้และแนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน อาจส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพลดลงตามการดำเนินไปของโรคเรื้อรัง ดังนั้น แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบไปด้วยการบรรยายประกอบภาพโดยผู้วิจัย วิดีโอการจัดการกับอาการกำเริบของโรค คู่มือการดูแลด้านสุขภาพที่บ้าน สมุดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนวัตกรรม “วัยเก่าไม่ทิ้งกัน” ซึ่งมีความโดดเด่นและครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องจากคลินิกไปจนถึงที่บ้าน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของเชิดพงศ์ เชิญกลาง²³ ที่นำแนวทางการตามมาตรฐาน GOLD guideline มาใช้ในโรงพยาบาลโนนสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการและทักษะการใช้ยาพ่นอย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น มีสมรรถนะปอดและคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับโปรแกรมของกมลทิพย์ ช้างทองและคณะ ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy) ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติดูแลสุขภาพปอด 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติดูแลสุขภาพปอดสูงกว่ากลุ่มควบคุม²⁴ ส่วนในบริบทแผนกผู้ป่วยนอก การศึกษาของจิราพร รักษายศ และศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ ที่ได้จัดทำแนวทางดูแลผู้ป่วย

ผ่านทีมสุขภาพ การให้ความรู้ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การสร้างภาคีเครือข่ายในชุมชน พบว่าผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 28 วันลดลง²⁵

จากผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า แนวทางการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัว ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในทุกด้าน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การจัดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่สุ่มตามลำดับก่อน-หลัง ร่วมกับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) อาจเกิดอคติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาในสถานที่เดียวกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จึงมีข้อจำกัดด้านการอ้างอิงในวงกว้าง โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้จริงกลุ่มละ 26 คน น้อยกว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย ซึ่งอาจส่งผลให้อำนาจการทดสอบทางสถิติ (Statistical power) ต่ำกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ อย่างไรก็ตาม เมื่อคำนวณขนาดอิทธิพลจากผลการวิจัยที่พบจริง ภายหลังการทดลอง (Post-hoc effect size) พบว่ามีขนาดอิทธิพลใหญ่กว่าที่ตั้งสมมติฐานไว้อย่างชัดเจน ทั้งด้านความรู้ในการดูแลตนเอง (Cohen's $d = 1.20$) และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ($r = 0.66$) ซึ่งจัดอยู่ในระดับขนาดอิทธิพลใหญ่ (Large effect size) ตามเกณฑ์ของโคเฮน²⁶ จึงยังคงพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แม้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก นอกจากนี้ ระยะเวลาติดตามผล 8 สัปดาห์อาจสั้นเกินไปสำหรับการประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรม และการที่ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลเองอาจเกิดอคติจากผู้วิจัย ผลการศึกษาจึงควรได้รับการตีความด้วยความระมัดระวัง อีกทั้ง การศึกษาในอนาคตควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอตามเกณฑ์การคำนวณเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำแนวทางนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก
2. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรผลักดันแนวทางนี้เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พร้อมทั้งจัดอบรมพัฒนาทักษะพยาบาลด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อรองรับนโยบายสุขภาพระดับชาติที่เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ควรขยายผลการศึกษาในกลุ่มอายุหรือโรคอื่น เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ติดตามประเมินผลระยะยาวเพื่อดูความยั่งยืน และนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มญาติหรือผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 April 20]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
2. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) - PHS2C Surveillance [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://ph.cmu.ac.th/PHS2C/p_copd_new.php?year=2566
3. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center): โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 พ.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>
4. Viniol C, Vogelmeier CF. Exacerbation of COPD. Eur Respir Rev. 2018;27:1-9.
5. Guarascio AJ, Ray SM, Finch CK, Self TH. The clinical and economic burden of chronic obstructive pulmonary disease in the USA. ClinicoEcon Outcomes Res. 2013;17(5):235-45.
6. ชูสิทธิ์ คำนุฑพิศิตปี. การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2560;11(2):97-104.
7. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
8. พวงเพชร ใจคำ, เดชา ทำดี, ศิวพร อึ้งวัฒนา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร. 2563;47(4):142-53.
9. กันจนา ภู่วิไลย์, นงนุช โอบะ, สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล, ทวีพร ไพบูลย์. ปัจจัยคัดสรรที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2555;6(2):12-24.
10. เนาวรัตน์ ชำนาญกิจ. ผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2564; 6(4):158-67.
11. Reiszadeh I, Abolhassani S, Masoudi R, Kheiri S. The effect of self-care program based on the Orem self-care model on fatigue and quality of life in patients with COPD. J Nurs Midwifery Sci. 2022;9(4):e134531.
12. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003;327(7425):1219-21.
13. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention: 2024 Report [Internet]. 2024 [cited 2026 April 20]. Available from: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>

14. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2557.
15. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1975;23(10):433-41.
16. ประคอง อินทรสมบัติ. การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. *รามาชิปดีพยาบาลสาร.* 2539;2(3):44-56.
17. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
18. Liu YY, Li YJ, Lu HB, Song CY, Yang TT, Xie J. Effectiveness of internet-based self-management interventions on pulmonary function in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2023;79(8):2802-14
19. Bloom BS. *Learning for Mastery. Evaluation Comment.* 1968;1(2):1-12.
20. หนูกาญจน์ แผลงเมืองคุก, อื่น วงษ์เคน, คณรัตน์ เดโฝเซซ. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลน้ำโสม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.* 2567;9(2):98-108.
21. ณีฐฐา ดวงตา, เกศสุดา ขาวสร้อย, ญาณิศา ดุ้ยพนม, กษมา มาตรศรี, จริยา ททรัพย์เรือง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร.* 2569;20(1):57-68.
22. นวพร เกตุสระ. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.* 2567;9(1):587-95.
23. เชิดพงศ์ เชิญกลาง. ประสิทธิภาพการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ.* 2569;11(1):1327-33.
24. กมลทิพย์ ช้างทอง, รังสิยา นารินทร์, ศิวพร อึ้งวัฒนา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลสุขภาพปอดในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีสเคียน.* 2566;29(2):28-44.
25. จิราพร รักษายศ, ศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกภัยปอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2556;22(6):973-8.
26. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* [Internet]. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988 [cited 2026 Aug 22]. Available from: <https://doi.org/10.4324/9780203771587>