

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและภาวะหายใจลำบาก
ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง

Effects of Self-management Support Program on Self-management Behaviors and
Dyspnea Among Patients with Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary
Disease

ศิวพล ศรีแก้ว¹ ชนิสร่า แสนยบุตร^{2*} ปวีณกานต์ จวนสง³ และนิสากร วิบูลชัย⁴

Siwapon Srikaew¹ Chanissara Saenyabutr^{2*} Paveenkan Juansang³ and
Nisakorn Vibulchai⁴

^{1, 2*} อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดมหาสารคาม 44000

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม 44170

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม 44000

^{1, 2*} Instructor, Srimahasarakham Nursing College

³ Nurse Professional, Nachuak Hospital, Mahasarakham Province

⁴ Senior Nurse Professional, Srimahasarakham Nursing College

Corresponding author: *E-mail: chanissara@smnc.ac.th

(Received: 14 February 2023 Revised: 10 July 2023 Accepted: 15 July 2023)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ

รูปแบบและวิธีการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (One group pre-posttest design) โดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ จำนวน 30 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยก่อนการทดลองผู้ป่วยจะได้รับระบบบริการสุขภาพแบบปกติของคลินิก ระยะเวลา 4 สัปดาห์ และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยจะได้รับระบบบริการสุขภาพตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การฝึกทักษะการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย 2) การฝึกทักษะผู้ดูแลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย 3) ระบบการส่งต่อและการเชื่อมประสานการดูแล 4) ระบบพี่เลี้ยงและติดตามกำกับ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตั้งแต่ กรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2560 วิเคราะห์ลักษณะทางประชากรและข้อมูลทางคลินิกโดยใช้สถิติบรรยาย และทดสอบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและภาวะหายใจลำบาก โดยใช้ Paired t-test

ผลการศึกษา : ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม $\bar{X} = 19.40$, $SD = 2.06$) และหลังเข้าร่วม $\bar{X} = 27.10$, $SD = 0.95$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการหายใจลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม $\bar{X} = 55.56$, $SD = 6.63$ และหลังเข้าร่วม $\bar{X} = 42.40$, $SD = 9.53$)

สรุปผลการศึกษา : โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในระบบการพยาบาลและบริการสุขภาพในโรงพยาบาล

คำสำคัญ : โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, ภาวะหายใจลำบาก, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ

ABSTRACT

Objective : To study the effect of self-management support program on self-management behaviors and dyspnea amongst patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease.

Methods : A quasi-experimental research (One group pre-posttest design) amongst 30 patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Na Chueak Hospital, Na Chueak district, Maha Sarakham province, Thailand. The participants were purposively sampling with inclusion. During a pre-experimental stage, the patients had undergone a regular clinical health service for four weeks, and after joining the program, they attended a recently developed health service program comprising: 1) the Self-management program for the patients, 2) the Self-management support program for the caretakers; 3) Patient's referrals and care continuity system; 4) A 4-week patient's caretaking and monitoring system (July – August 2017). The population and clinical data were analyzed with a descriptive statistical approach while paired T-Test specified their behavioral differences in self-management and dyspnea.

Results : The result of this study revealed that after receiving the program, the patient's behavioral average in self-management has significantly increased ($p < 0.001$) ($\bar{X}=27.10$, $SD=0.95$ vs. $\bar{X}=19.40$, $SD=2.06$) whereas their dyspnea average has significantly decreased ($p < 0.001$) ($\bar{X}=42.40$, $SD=9.53$ vs. $\bar{X}=55.56$, $SD=6.63$) compared with pre-experimental stage.

Conclusion : Developed self-management support programs to improve nursing and hospital health service outcomes.

Keywords : Self-management Support Program, Self-management Behaviors, Dyspnea, Chronic Obstructive Pulmonary Disease

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย พบว่า ปี 2561 มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 12 เขตบริการสุขภาพ ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีจำนวน 169,009 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2560 จำนวน 159,398 คน และ ปี 2559 จำนวน 152,319 คน⁽¹⁾ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ประชาชนสามารถป้องกันโรคได้ เป็นโรคที่มีการจำกัดการไหลเวียนอากาศที่เกิดขึ้นอย่างถาวร (persistent airflow limitation) ซึ่งเป็นผลจากการตอบสนองต่อการอักเสบเรื้อรังที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในทางเดินหายใจและปอดจากการได้รับก๊าซหรือสารพิษ ส่งผลให้พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก (dyspnea) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม เศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบอย่างเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหรือจำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล⁽²⁾

โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของโรงพยาบาล และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (revisit) ในห้องฉุกเฉินมากเป็นอันดับที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ ซึ่งด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน คือ อาการหายใจลำบาก เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 36.49, 29.68, และ 39.87 ตามลำดับ โดยมีสาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในการควบคุมโรคและป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันที่ไม่เหมาะสม

แนวคิดเรื่องการจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังมีความต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรคนั้นๆ โดยผู้ป่วยร่วมมือกับทีมสุขภาพ มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในโรค มีทักษะในการแก้ไขปัญหา มีความมั่นใจที่จะจัดการดูแลสุขภาพ และขอรับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม⁽³⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการตนเองมากขึ้น อาการหายใจลำบากลดลง⁽⁴⁾ โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง พัฒนามาจากแนวคิดสนับสนุนการจัดการด้วยตัวเอง ด้วยเทคนิค 5 เอ (5 A's behavior Change Model Adapted for Self-Management Support)⁽⁵⁾ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน (assessment) การแนะนำ (advise) การยอมรับ (agree) การช่วยเหลือ (assist) และการติดตาม (arrange) นำไปพัฒนาผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

อย่างไรก็ตาม โปรแกรมการจัดการตนเองส่วนใหญ่เป็นการจัดการตนเองโดยทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อยครั้งยังพบการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างน้อย โดยจากที่ได้กล่าวมาแล้วว่าโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบซ้ำมากขึ้น จึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปแล้วในระยะแรกในช่วงปี พ.ศ. 2560 ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงเป็นการนำร่องเพื่อทดลองใช้โปรแกรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประวัติอาการกำเริบเฉียบพลันมาก่อน เพื่อศึกษาผลลัพธ์การจัดการตนเองและอาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วยในการจัดบริการทางสุขภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ประยุกต์มาจาก 3 แนวคิด ได้แก่

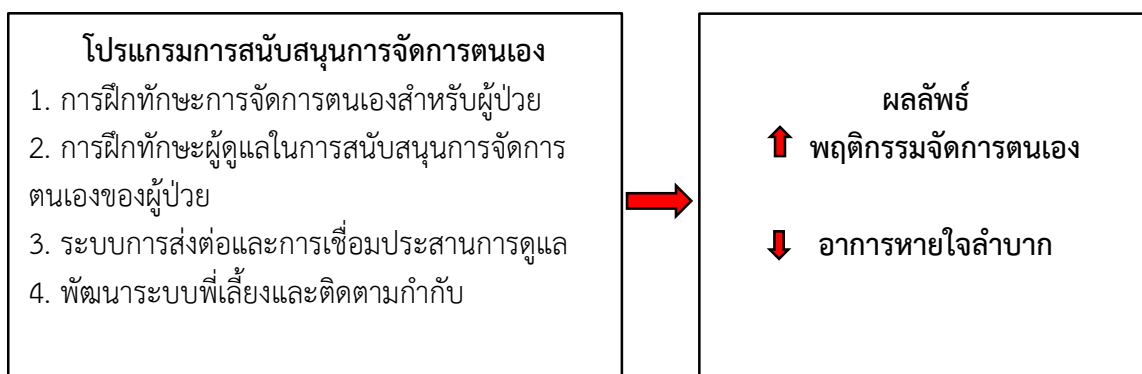
1. กรอบแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ซึ่งประกอบด้วยเทคนิค 5 เอ (5 A's behavior Change Model Adapted for Self-Management Support) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน (assessment) การแนะนำ (advise) การยอมรับ (agree) การช่วยเหลือ (assist) และการติดตาม (arrange)⁽⁵⁾

2. ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2560 สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ประกอบด้วย 3 หลักการใหญ่ๆ ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วย 2) แนวทางการรักษาด้วยยาแบบขั้นบันได 3) การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ⁽²⁾

3. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2553 มีการกำหนดแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยไว้ 4 หลักการใหญ่ๆ ได้แก่ 1) การลดปัจจัยเสี่ยง 2) การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในภาวะสงบ (stable COPD) 3) การประเมินและติดตามโรค 4) การดูแลรักษาโรคในภาวะกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation)⁽⁶⁾

โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ประยุกต์มาจากทั้ง 3 แนวคิด โดยผ่านขั้นตอนกระบวนการพัฒนาโปรแกรมมาแล้วในก่อนหน้านี้ จากการพัฒนาระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมาการวิจัยเชิงปฏิบัติการจากสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลนาเชือก ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว ประกอบด้วย 1) การฝึกทักษะการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย 2) การฝึกทักษะผู้ดูแลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย 3) ระบบการส่งต่อและการเชื่อมประสานการดูแล 4) พัฒนาระบบพี่เลี้ยงและติดตามกำกับ เป็นโปรแกรมที่ช่วยในการส่งเสริม สนับสนุนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และช่วยลดอาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นอาการกำเริบที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽⁷⁾

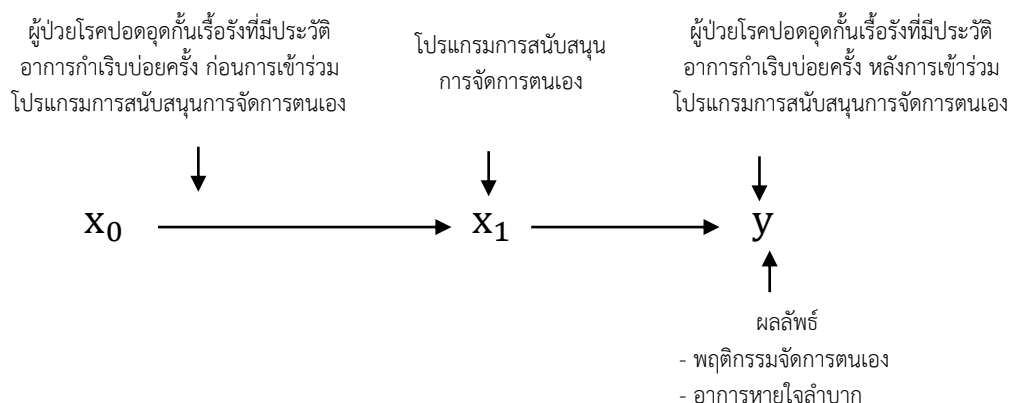
ผลลัพธ์ของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง การศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ผลลัพธ์ ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วย ที่จะสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพและการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง จะมีผลต่อผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีมากขึ้น และอาการหายใจลำบากจะลดลง^(8,15) แสดงดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบและวิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (one group pre-post design) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประวัติอาการกำเริบบ่อยครั้ง เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง แสดงดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 รูปแบบการวิจัย

X_0 หมายถึง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประวัติอาการกำเริบบ่อยครั้ง ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

X_1 หมายถึง โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประวัติอาการกำเริบบ่อยครั้งเข้าร่วม

Y หมายถึง ผลลัพธ์ภายหลังผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประวัติอาการกำเริบบ่อยครั้งเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (sample) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประวัติอาการกำเริบเฉียบพลัน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ในโรงพยาบาลนาเชือก อ.นาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงระยะเวลา กรกฎาคม-สิงหาคม 2560 ที่มีประวัติการกำเริบบ่อยครั้ง จำนวน 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน ได้แก่ การวินิจฉัยโรค มีประวัติอาการกำเริบบ่อยครั้ง และมีประวัติค่า FEV1 มากกว่า 50%

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณ โดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Cohen⁽⁹⁾ โดยการหาขนาดของอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรอิสระ ตัวแปรตาม และรูปแบบการวิจัยที่คล้ายคลึงกัน คือ เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการอาการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽¹⁰⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 25 ราย คำนวณได้ค่าขนาดของอิทธิพล เท่ากับ 0.43 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดสูง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจในการทดสอบ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีความเหมาะสมในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 30 ราย และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างได้แก่

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2. ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร สามารถเข้าใจ การสื่อสารกันได้ด้วยภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ 3. เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประวัติอาการกำเริบทำให้กลับมารักษาซ้ำในหึ่งฉุกเฉินมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อปี หรือเคยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ ตั้งแต่ 1 ครั้งต่อปี 4. มีผู้ดูแลผู้ป่วยหลักที่อยู่บ้านร่วมกันหรือในบริเวณใกล้เคียงกัน 5) มีค่า FEV1 มากกว่า 50% 6) ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1. ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามจำนวน 2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามอาการได้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมในระยะเวลา 1 เดือน

การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลองใช้โปรแกรม (pre-test) ระยะหลังทดลองใช้โปรแกรม (post-test)

ระยะก่อนการทดลองใช้โปรแกรม (pre-test) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับบริการตามระบบปกติในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การประเมินสภาพ พบแพทย์ ให้การรักษา ปรึกษา ให้คำแนะนำ และนัดหมายพบแพทย์อีก 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสอบถามข้อมูลลักษณะประชากรและข้อมูลทางคลินิก พฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบาก วัดอาการหายใจลำบากที่ผู้ป่วยรับรู้ในปัจจุบัน และดูข้อมูลจากเวชระเบียนจำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ระยะทดลองใช้โปรแกรม (post-test) เมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ตามนัดในคลินิก ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างที่กลับมาตามนัดที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับระบบบริการการดูแลเพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติของคลินิก ประกอบด้วย 1) การฝึกทักษะการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 1 2) การฝึกทักษะผู้ดูแลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 1 3) ระบบการส่งต่อและการเชื่อมประสานการดูแล ในสัปดาห์ที่ 1 และ 4) ระบบพี่เลี้ยงและติดตามกำกับ โดยการเยี่ยมบ้าน และโทรศัพท์สอบถาม ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4

เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมครบทุกองค์ประกอบ ผู้วิจัยบันทึกพฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบาก อาการหายใจลำบากที่ผู้ป่วยรับรู้ในปัจจุบัน และจำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เพื่อนำมาเปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลลักษณะประชากรและข้อมูลทางคลินิก (demographic and clinical profile) เป็นแบบสอบถามที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ประกอบด้วย

ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษา และข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ค่า FEV1 ระดับความรุนแรงของการหายใจลำบาก

2. แบบสอบถามพฤติกรรมในการจัดการอาการหายใจลำบาก เมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อประเมินความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสมและประเมินความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาในแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 0.8

ใช้ในผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในคลินิก ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม วัดโดยให้ผู้ป่วยให้คะแนนพฤติกรรมตนเอง ให้คะแนนแบบ rating scale คะแนน 1 - 4 ค่าคะแนน 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย คะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง ค่าคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองในระดับมาก ค่าคะแนนรวมน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองในระดับน้อย คะแนนรวม 1 - 8 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองในระดับน้อย คะแนนรวม 9 - 16 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองในระดับปานกลาง และคะแนนรวมมากกว่า 16-32 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองในระดับมาก

3. แบบวัดอาการหายใจลำบาก (Dyspnea visual and analogue scale [DVS])⁽¹¹⁾ เป็นแบบวัดมาตรฐานสากลที่เป็นมาตรวัดอาการหายใจลำบากที่ผู้ป่วยรับรู้อาการของตนเองในปัจจุบัน มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร ด้านบนสุดที่ตำแหน่ง 100 มิลลิเมตร หมายถึง ท่านมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ทางด้านล่างสุดที่ตำแหน่ง 0 มิลลิเมตร หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย ตรงกึ่งกลางที่ตำแหน่ง 50 มิลลิเมตร หมายถึง มีอาการหายใจลำบากปานกลาง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาดำเนินการ คือ 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) การฝึกทักษะการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 1 2) การฝึกทักษะผู้ดูแลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 1 3) ระบบการส่งต่อและการเชื่อมประสานการดูแล ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 และ 4) พัฒนาระบบพี่เลี้ยงและติดตามกำกับ โดยการเยี่ยมบ้าน และโทรศัพท์สอบถาม ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โดยได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ในการประเมินคุณภาพของโปรแกรมประเมินความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสมและประเมินความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้ในแต่ละหัวข้อกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 0.8

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาถึงจริยธรรมการวิจัยในคน ตามหลักของ The Belmont Report Ethical Principles and Guideline for The Protection of Human Subjects of Research และผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และมีผลพิจารณาผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนดำเนินการวิจัย เลขที่ IRB SNC 001/2560 รับรองเมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแบบบรรยายในการการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ได้แก่ ข้อมูลทางประชากรและคลินิก และใช้สถิติ Paired-Sample t test ในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและคะแนนอาการหายใจลำบากก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากรและข้อมูลทางคลินิก

ข้อมูลลักษณะประชากร กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 30 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 93.3) มีอายุอยู่ในช่วง 45 ถึง 71 ปี ($\bar{X}$ = 61, SD = 6.59) มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 86.7) การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 80) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 80) รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 60 และ 3,000-5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 36.7 ตามลำดับ ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 93.3) และมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคอยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 93.3) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.3 มีประวัติการสูบบุหรี่มาก่อน โดยมีระยะเวลาในการสูบบุหรี่มาตั้งแต่ 8 – 25 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.28 มีปริมาณในการสูบ 16-20 มวนต่อวันคิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ 11-15 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 42.85 และในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างทุกรายเลิกสูบบุหรี่แล้ว (ร้อยละ 100) โดยเลิกมาแล้วมากกว่า 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.86 4 - 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.1 และ 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.43 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลอยู่ด้วยกันในครอบครัว (ร้อยละ 93.3) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากร ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ามาใช้บริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีประวัติอาการกำเริบเฉียบพลัน (n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	28 (93.3)
หญิง	2 (6.7)
อายุ (ปี)	อยู่ในช่วง 45-71 ปี ($\bar{X}$ = 61, SD = 6.59)
สถานภาพสมรส	
คู่	26 (86.7)
หม้าย/หย่า/แยก	4 (13.3)
การศึกษา	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6 (20.0)
ระดับประถมศึกษา	24 (80.0)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4 (13.3)
เกษตรกร	24 (80.0)
รับจ้าง	2 (6.7)
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)	
น้อยกว่า 3,000	18 (60.0)
3,000-5,000	11 (36.7)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (ร้อยละ)
สิทธิการรักษา	5,001-10,000	1 (3.3)
	บัตรทอง	28 (93.3)
	ประกันสังคม	2 (6.7)
ปัญหาค่าใช้จ่าย	ไม่มีปัญหา	2 (6.7)
	มีปัญหาเล็กน้อย	28 (93.3)
ประวัติการสูบบุหรี่	เคย	28 (93.3)
	ไม่เคย	2 (6.7)
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (ปี)	อยู่ในช่วง 8-25 ปี	
	1-10 ปี	8 (28.6)
	11-20	18 (64.2)
	มากกว่า 20 ปี	2 (7.2)
ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน (มวน)	6-10	2 (7.2)
	11-15	12 (42.9)
	16-20	14 (50.0)
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน	เลิก	28 (100.0)
ระยะเวลาการเลิกบุหรี่ (ปี)	1-3	6 (21.4)
	4-6	10 (35.7)
	มากกว่า 6 ปี	12 (42.9)
ผู้ดูแลหลัก	อยู่บ้านหลังเดียวกัน	28 (93.3)
	อยู่บ้านคนละหลัง	2 (6.7)

ข้อมูลทางคลินิก มีโรคร่วมจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาคือโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 20 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาพ่นขยายหลอดลมและยารับประทาน คิดเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมาคือยาพ่นอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 26.7 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ามารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีประวัติอาการกำเริบเฉียบพลัน (n= 30)

ข้อมูลทางคลินิก		จำนวน (ร้อยละ)
โรคร่วม	ไม่มี	15 (50.0)
	มี	15 (50.0)
	ความดันโลหิตสูง	10 (70.0)
	เบาหวาน	3 (20.0)
	เบาหวานและความดันโลหิตสูง	2 (10.0)
การรักษาในปัจจุบัน	ยาพ่น	8 (26.7)
	ยาพ่นและยารับประทาน	22 (73.3)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีคะแนนอยู่ในช่วง 15-22 คะแนน ($\bar{X}$ = 19.40, SD = 2.06) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีคะแนนอยู่ในช่วง 20-28 คะแนน ($\bar{X}$ = 27.10, SD = 0.95) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

เมื่อทดสอบการกระจายแบบปกติของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ One sample Kolmogorov-Smirnov Test ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov Z = 0.810 ค่า p = .528, 1.42 ค่า p = 0.06 แสดงให้เห็นว่ามีการแจกแจงแบบปกติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (n= 30)

กลุ่มตัวอย่าง	พฤติกรรมการจัดการตนเอง			
	$\bar{X}$	SD	Paired t-test	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	19.40	2.06	-20.05	< 0.001
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	27.10	0.95		

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเปรียบเทียบระดับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนอาการหายใจลำบาก ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีคะแนนอยู่ในช่วง 45-65 คะแนน (มิลลิเมตร) ค่าเฉลี่ย 55.56 มีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 55.56, SD = 6.63) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีคะแนนอยู่ในช่วง 20-58 คะแนน (มิลลิเมตร) ค่าเฉลี่ย 42.40 อาการหายใจลำบากอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X}$ = 42.40, SD = 9.53)

วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) พ.ศ. 2566

MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL Vol. 20 No. 2 (May – August) 2023

เมื่อทดสอบการกระจายแบบปกติของคะแนนอาการหายใจลำบากก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ One sample Kolmogorov-Smirnov Test ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov Z = 1.176 ค่า p = 0.126, 0.600 ค่า p = 0.864 แสดงให้เห็นว่ามีการแจกแจงแบบปกติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการหายใจลำบากก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

กลุ่มตัวอย่าง	อาการหายใจลำบาก			
	$\bar{X}$	SD	Paired t-test	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	55.56	6.63	9.88	< 0.001
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	42.40	9.53		

การอภิปรายผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะประชากรและข้อมูลทางคลินิก

จากลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและอยู่ในวัยผู้สูงอายุ เนื่องจากผลการสำรวจและการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง ทำให้มีการค้นพบโรค COPD ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งทำให้เพศชายมีโอกาสเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อยครั้งและกลับมารักษาซ้ำได้ จากการศึกษาในประเทศไทย ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการกำเริบในผู้ป่วย COPD พบว่า ได้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และสูงอายุ อายุเฉลี่ย 73.38 ปี⁽¹²⁾ และการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในโรงพยาบาลอ่างทอง พบว่า เพศชายมีโอกาสเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน 5.78 เท่า (OR = 5.78) เมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิง อายุที่มากกว่า 65 ปี มีโอกาสเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน 1.47 เท่า (OR = 1.47) เมื่อเปรียบเทียบกับอายุน้อยกว่า 65 ปี สถานภาพสมรสโสด (OR = 2.13) โอกาสเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันมากกว่า 2.13 เท่า จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (OR = 1.46) และจำนวนปีที่เลิกบุหรี่ (OR = 1.76) โอกาสเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน 1.46 เท่า และ 1.76 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่สูบน้อยกว่า และจำนวนปีที่สูบน้อยตามลำดับ ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ พบกลุ่มตัวอย่างมีประวัติสูบบุหรี่มายาวนาน ซึ่งพบได้สูงสุดถึง 25 ปี⁽¹³⁾ และจากการศึกษาในเอเชีย ประเทศจีน ศึกษาปัจจัยด้านเพศที่มีความสัมพันธ์กับอาการกำเริบเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 289 ราย พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน โดย พบว่า เพศชายมีโอกาสเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันมากกว่าเพศหญิงเกือบ 3 เท่า (30% vs 10%)⁽¹⁴⁾

แต่อย่างไรก็ดี ยังมีการศึกษาที่พบว่าเพศหญิงมีโอกาสการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันได้มากกว่าเพศชาย จากการศึกษาในต่างประเทศ ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านเพศกับอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 384 ราย พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันมากกว่าเพศชาย และมีอาการรุนแรงมากกว่าเพศชาย ($P < .05$)⁽¹⁵⁾

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้งที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองจะมีคะแนนพฤติกรรมในการจัดการตนเองมากกว่าก่อนที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการจัดการตนเองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งคะแนนเฉลี่ยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นทุกรายการประเมิน ได้แก่ การประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก การหยุดกิจกรรมที่กำลังปฏิบัติทันทีเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก การนั่งพักโน้มตัวไปข้างหน้าหรือนอนพักหัวสูง การจัดการกับสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง หลีกหนีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ไอ การหายใจโดยการห่อปาก การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมและยารับประทาน การร้องขอความช่วยเหลือ และการตัดสินใจไปรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะในการจัดการตนเองและผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติทักษะในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อมีการกำเริบได้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมในการจัดการตนเองนั้นมีความเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชรินทร์ จันทโร และคณะ ที่พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง เทคนิค 5 เอ (5 A's behavior Change Model Adapted for Self-Management Support) และแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553 มีผลต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการและลดอาการหายใจลำบากได้⁽⁴⁾ และจากการศึกษาของ ชลภูมิ รุ่งรจนา และทัศนาศูววรรณะปรกรณ์ พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ การบริหารการหายใจ สามารถช่วยลดอาการหายใจลำบากได้ แต่อย่างไรก็ตาม โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผ่านมา จะใช้เวลาปฏิบัติการ 5 - 8 สัปดาห์ การศึกษาในครั้งนี้ใช้เวลาในการปฏิบัติการ 4 สัปดาห์ ซึ่งอาจประหยัดเวลามากกว่า แต่ใช้ทรัพยากรที่มากกว่า เนื่องจากต้องใช้ทีมสหวิชาชีพในการดูแล⁽⁸⁾

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้งที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองจะมีระดับคะแนนอาการหายใจลำบากน้อยกว่าก่อนที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการหายใจลำบากเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งลดลงจากระดับปานกลางเหลือเพียงเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากการให้ความรู้และฝึกทักษะปฏิบัติการจัดการอาการตนเองเมื่อมีอาการกำเริบทั้งในผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวทำให้เกิดการเรียนรู้และสามารถจัดการอาการของตนเองเมื่อมีอาการกำเริบได้ดีขึ้น อีกทั้งการมีระบบการส่งต่อและการประสานการดูแลพร้อมทั้งติดตามเยี่ยมบ้าน และโทรศัพท์สอบถามอาการของผู้ป่วยทำให้เกิดการดูแลที่เป็นระบบและสามารถให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวแก่

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ต่อเนื่องมากยิ่งขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญชกร ช่วยท้าว ที่พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ การให้ความรู้และการฝึกทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับการจัดการอาการหายใจลำบาก การติดตามเยี่ยมบ้าน จะสามารถช่วยลดอาการหายใจลำบากได้⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ละเอียด จารุสมบัติ, พิทักษ์ ไชยกุล และ เวทิส ประทุมศรี พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแล การให้ความรู้และการฝึกทักษะการจัดการอาการหายใจลำบาก และการติดตามเยี่ยมบ้าน จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอาการหายใจลำบากได้⁽¹⁷⁾

บทสรุป

โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีผลช่วยสนับสนุนพฤติกรรมจัดการตนเองและช่วยลดหรือควบคุมภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประวัติอาการกำเริบได้ ซึ่งโปรแกรมที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ทำให้มีความเหมาะสมกับบริบททั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. ขอบเขตการใช้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ใช้ในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1 และ 2 คือ เล็กน้อยถึงปานกลาง (FEV1 >50%) เท่านั้น

2. โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พัฒนาตามในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอาจมีข้อจำกัด หรือทรัพยากรในการจัดบริการที่แตกต่างกันในแต่ละแห่ง อย่างไรก็ตามควรตระหนักถึงบริบทก่อนการนำโปรแกรมไปใช้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป

ด้านการวิจัย

1. ศึกษาผลโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองหรือทดลองที่มีการแบ่งกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง เพื่อช่วยสนับสนุนผลโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองมากขึ้น

2. ควรมีการทบทวนและปรับปรุงโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองให้ทันสมัยอยู่เสมออย่างน้อยทุก 5 ปี

3. สุ่มกลุ่มตัวอย่าง ให้มีทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีจำนวนใกล้เคียงกัน

ด้านการศึกษา/ฝึกอบรม

1. ประยุกต์โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง มาใช้ในการเรียนการสอน ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล หรือพยาบาลผู้เข้าฝึกอบรมพยาบาลเฉพาะทางฯ นำมาถอดแทรกหรืออภิปรายในการเรียนการสอน เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติ เพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย COPD

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. นำโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพ เพื่อร่วมกันอภิปรายกำหนดเป็นนโยบาย และวางแผนกำหนดเป็นมาตรฐานการดูแล หรือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย COPD

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ สถาบันโรคทรวงอก. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>
2. สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอนเตอร์ไพรส์ จำกัด; 2560
3. ชุติกร ตำนยทุทศิลป์. การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2560;11(2):97-104.
4. นุชรัตน์ จันทโร, เนตนา คุพันธ์วิ, ทิพมาส ชินวงศ์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. Songklanagarind Journal of Nursing. 2561;38(3):25-37.
5. Glasgow, W. E., & Whitlock, E. A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support Improvement. Change. [Internet] 2002. [Cited 2018 October 16] Available from : <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/home/getfilebytoken/vGpPzqpTfEzP42Woby59Ds>
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: บริษัทยูเนี่ยน อุลตรา ไวโอเรต จำกัด; 2553.
7. ปวีณา จวนสง, นิสากร วิบูลชัย, นภาพร ต๋ยสีมมา, และ ธิดารัตน์ รอดแสดง. การพัฒนาระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. เอกสารรายงานวิจัยเชิงปฏิบัติการโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม; 2560.
8. ชลภูมิ รุ่งจนา และทัศน ชูวรรณะปรกรณ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการฝึกบริหารการหายใจโดยการเป่าฮาร์โมนิกาต่อ อาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2558;7(1):197-209.
9. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press; 1977.
10. อาริรัตน์ ม่วงไหมทอง. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2551.
11. Gift, A. G. Validation of a vertical visual analog scale as a measure of clinical dyspnea. Rehabilitation Nursing. 1989; 14(6): 323-325. doi:10.1002/j.2048-7940.1989.tb01129.x
12. วิภาณี คงทน, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล และนัฐพล ฤทธิ์ทยมย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การศึกษาไปข้างหน้า. วารสารสภาการพยาบาล. 2019;34(3):76-90.
13. อุษา เอี่ยมละออ, เยาวเรศ สายสว่าง, ปิยะลักษณ์ ฉายสุวรรณ และอารีย์ โกพัฒนกิจ. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลอ่างทอง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2018;12(2):240-252.

14. Kaiqin Tian. The gender difference on acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease combined with osteoporosis. AIP Conference Proceedings 10 January 2019;2058(1):020048.<https://doi.org/10.1063/1.5085561>
15. Kilic H, Kokturk N, Sari G, Cakir M. Do females behave differently in COPD exacerbation? Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2015 Apr 24;10:823-30.
16. ธัญญชกร ช่วยท้าว. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอด (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.
17. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ละเอียตจารุสมบัติ, พิทักษ์ ไชยกุล และ เวทิส ประทุมศรี. ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากและความทนทานในการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์. 2558;21(3):352-367.