

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

ประคอง เกียรติพงษ์, พย.บ.*

ปัญญากรินทร์ หอยรัตน์, ส.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มมีวัตถุประสงคเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 60 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1) โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนที่ 2) เครื่องมือตรวจสอบสมรรถภาพปอด และส่วนที่ 3) แบบสอบถาม ซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าความเที่ยงด้านความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ด้วยวิธีทดสอบ KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.72 ด้านทัศนคติในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 และ 0.87 ตามลำดับ ระยะเวลาจัดกิจกรรมและเก็บข้อมูล 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-Square test, Paired Sample t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทัศนคติในการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงที่สุดสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรกดังกล่าวไปใช้เป็นแนวปฏิบัติให้การดูแลและสอนสุขศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพปอดต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ภาวะกำเริบเฉียบพลัน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

*โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

Corresponding E-mail: wikornmatid@gmail.com

(Received: March 11, 2025; Revised: June 5, 2025; Accepted: June 10, 2025)

Effects of the Self-management Promotion Program for Prevention of Acute Exacerbation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Ban Na Hospital, Nakhon Nayok Province

Prakong Kiattipong, B.N.S.*

Pankarin Hoyrat, Dr.P.H.**

Abstract

This research is a quasi-experimental study with two groups that aims to study the effects of a self-management promotion program for preventing acute exacerbations in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). The sample consisted of 60 COPD patients, divided into experimental and control groups of 30 patients each, selected through simple random sampling. The research instruments were divided into 3 parts: 1) a self-management promotion program for prevention of acute exacerbations in COPD patients, 2) a Peak Flow Meter, and 3) questionnaires, which had content validity with item-objective congruence index ranging from 0.67-1.00 and reliability for knowledge about COPD and management of breathing difficulties using the KR-20 method with a value of 0.72. The attitudes toward self-management of COPD patients and self-management behaviors in COPD patients had Cronbach's alpha coefficients of 0.80 and 0.87, respectively. The implementation and data collection period lasted 12 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics including Chi-Square test, Paired Sample t-test, and Independent t-test.

The research results showed that after the program implementation, the experimental group had significantly higher mean scores in knowledge about COPD and management of breathing difficulties, attitudes toward self-management of COPD, self-management behaviors in COPD patients, and %Peak Expiratory Flow Rate than before the program and higher than the control group with statistical significance ($p < 0.05$). From the study results, head of the outpatient ward, nurses, and others should use this program to help take care of and teach COPD patients. This can help improve their lung health.

Keywords: Self-management Acute Exacerbation Chronic Obstructive Pulmonary Disease

*Banna Hospital, Nakhon Nayok Province

**Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) เป็นโรคปอดที่มีปัญหาด้านการหายใจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมหรือในเนื้อปอดทำให้หลอดลมตีบแคบหรือตันทำให้ การระบายอากาศ (Ventilation) และการกำซาบ (Perfusion) มีความผิดปกติเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ (Hypoxemia) และคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงสูง (Hypercapnia) ส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยหอบหายใจลำบาก (ประทุม สร้อยวงศ์, 2564) อันเป็นสาเหตุนำไปสู่ภาวะฉุกเฉินและเสียชีวิตได้ ปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีการเสียชีวิตเป็นอันดับ 4 ของโลกซึ่งในปี ค.ศ.2021 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 3.5 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 5 ของการเสียชีวิตประชากรทั่วโลกโดยเกือบร้อยละ 90 เป็นผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 70 ปี (World Health Organization: WHO, 2024) สำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทยพบว่าเป็น ภัยคุกคามชีวิตเป็นอันดับ 2 ซึ่งในช่วง พ.ศ.2562-2564 พบมีผู้ป่วยจำนวน 147,060, 123,110 และ 164,562 คน ตามลำดับ (คุณัญญา พลศักดิ์, 2567) และจากระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสาธารณสุขพบว่าปี พ.ศ.2562-2563 พบผู้ป่วยมีอัตราค่าเฉลี่ย จำนวน 134.0 และ 124.8 ครั้งต่อ 100 ราย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและเสียชีวิต จำนวน 18,925 คน และ 18,169 คน ตามลำดับ (สมาคมเวชศาสตร์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2565)

สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดนครนายกจากข้อมูล Health Data Center (HDC) ในปี พ.ศ.2562-2566 พบจำนวน 1,804, 1,878, 2,030, 2,187 และ 2,448 คน ตามลำดับ มีอัตราตาย ร้อยละ 3.05, 2.34, 3.05, 3.02 และ 2.66 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก, 2567) ขณะที่โรงพยาบาลบ้านนา มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ.2562-2566 จำนวน 113, 116, 178, 281, 244 คน จะเห็นว่าแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในทุกปีและพบว่าอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี 2562-2566 มีอัตรา 128.50, 136.56, 145.51, 98.40 และ 86.79 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เป้าหมายไม่เกิน 110.00 ต่อประชากรแสนคน (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลบ้านนา, 2567) ซึ่งสาเหตุการกำเริบเฉียบพลันมาจาก ระดับความรุนแรงของโรค มีการติดเชื้อปอดอักเสบ (ชมขวัญ แก้วพลงาม และคณะ, 2565) หรือมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และเกิดจากมลภาวะทางอากาศ (เอกวีร์ ศรีปริวุฒิ และคณะ, 2559)

บริบทประชากรในพื้นที่อำเภอบ้านนา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการจุดไฟเผาซึ่งข้าว และเป็นลูกจ้างโรงงานอุตสาหกรรมต่าง ๆ เช่น ปูนซีเมนต์ โรงงานกระเบื้อง ฟาร์มหมู ฟาร์มไก่ ประกอบกับมีพฤติกรรมสูบบุหรี่และไม่ได้หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นจึงทำให้มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับบริการในโรงพยาบาลบ้านนามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีและมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านนาโดยเฉลี่ยจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 17.20 จากการทบทวนสาเหตุการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันพบว่า ผู้ป่วยใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง ขาดความรู้เรื่องโรคและปัจจัยกระตุ้นไม่สามารถปรับพฤติกรรมเสี่ยงได้ ผู้ป่วยขาดนัดและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ยังมีการสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งจากที่กล่าวมาการป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยการเสริมสร้างความสามารถให้ผู้ป่วยจัดการตนเองและเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคจะเป็นการลดผลกระทบต่อสุขภาพและการกำเริบเฉียบพลันซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินของชีวิตได้

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในการเรียนรู้ ดูแลรักษา และป้องกันปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง รวมทั้งให้ตระหนักถึงภาวะคุกคามต่อชีวิตตนเอง มองเห็นคุณค่าของการปฏิบัติด้วยตนเอง การจัดการตนเองโดยมีครอบครัว แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขคอยให้การสนับสนุนนับว่าเป็นกระบวนการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับมานานเป็นแนวทางในการปฏิบัติรักษาผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดของ Kanfer and Gaelick (1991) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การกำกับตนเอง (Self-monitoring) 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และ 4) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสอดคล้องกับบริบทในการดำเนินชีวิตตนเองมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

จากแนวคิดการจัดการตนเองผู้วิจัยจึงได้ใช้พัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมีกิจกรรมอบรมให้ความรู้ กระตุ้นการกำกับตนเองให้ปฏิบัติตามปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต มีการตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตามไม่เกิดภาวะหืดกำเริบ ส่งเสริมให้เสริมแรงตนเอง และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ซึ่งการวิจัยของ ศิวพล ศรีแก้ว และคณะ (2566) ก็ใช้แนวคิดการจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ก็พบว่าพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้นและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยลดลง

โดยผู้วิจัยทำการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก ซึ่งการจัดการตนเองจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพและจัดการกับอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมและสามารถป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

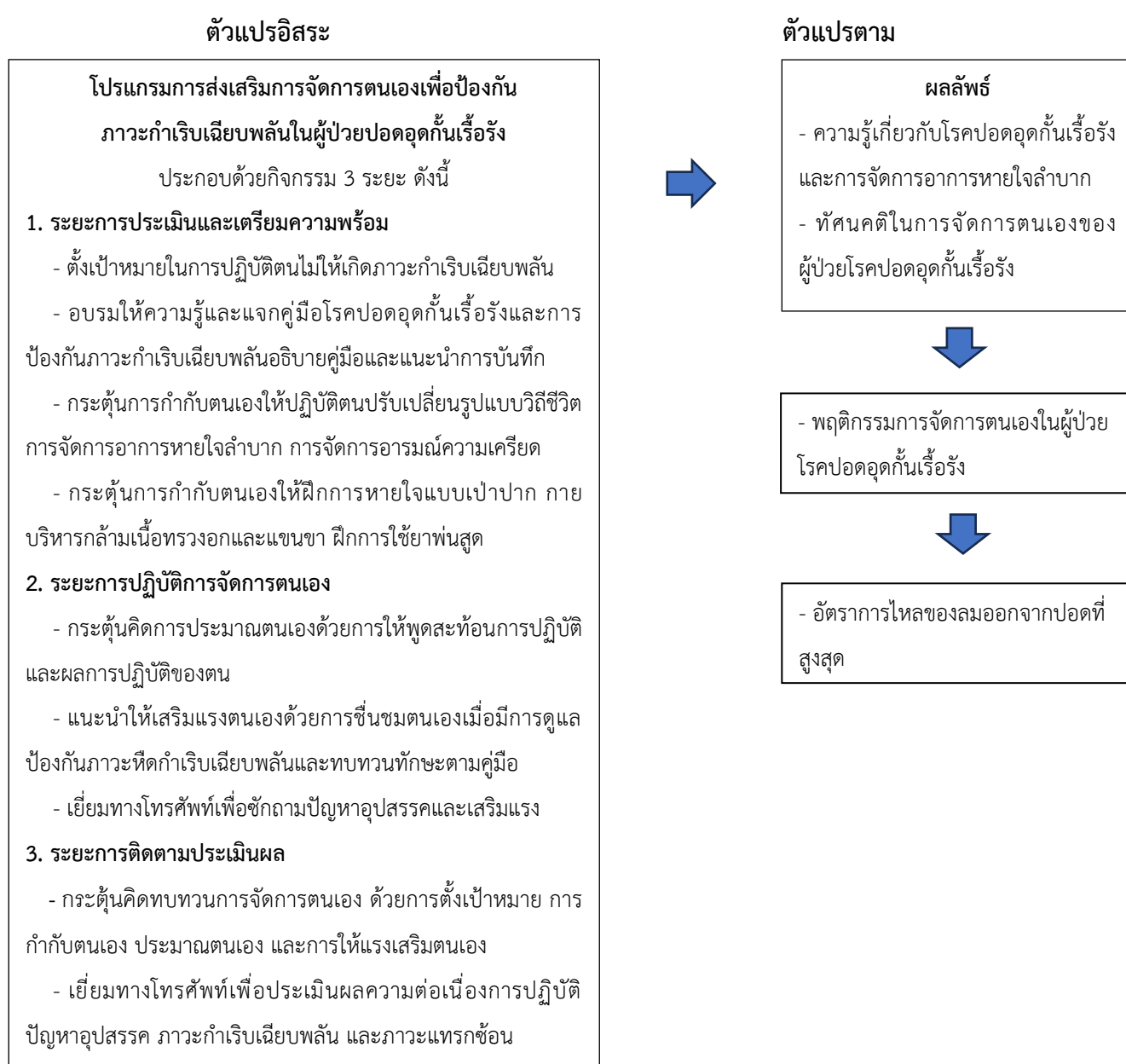
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะในการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการจัดการตนเองของผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer and Gaelick (1991) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลจะเกิดการเรียนรู้และตระหนักถึงภาวะคุกคามจากโรครวมถึงรับผิดชอบในพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติมากขึ้น มีการตอบสนองด้วยการควบคุมตนเองและให้ความสนใจในการเสริมแรงตนเองเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การกำกับตนเอง (Self-monitoring) 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และ 4) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีการวัดผล 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre-test and Post-test design) ระหว่างเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ.2566 ที่มารับการรักษาคลินิก COPD โรงพยาบาลบ้านนา จำนวน 237 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาคลินิก COPD โรงพยาบาลบ้านนา ในปี พ.ศ. 2566 และได้รับการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power เวอร์ชัน 3.1.9.7 กำหนดการทดสอบแบบทิศทางเดียว (One Tail) ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.65 คำนวณจากการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (กรกานต์ กระเดา, 2567) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α err prob) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power, $1 - \beta$ err prob) เท่ากับ 0.80 และ Allocation ratio N2/N1 เท่ากับ 1 พบว่าขนาดกลุ่มทดลอง เท่ากับ 30 คน และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 60 คน

โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาอย่างน้อย 1 ปี 2) มีอายุระหว่าง 40 - 70 ปี 3) ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ระดับ 2-3 4) มีสติสัมปชัญญะดี ฟัง อ่าน เขียน ภาษาไทยและให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง 5) มีโทรศัพท์หรือสมาร์ทโฟนสำหรับสื่อสารติดต่อเยี่ยมทางโทรศัพท์ และ 6) มีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยจนสิ้นสุดได้ 2) ย้ายออกจากอำเภอบ้านนา ก่อนสิ้นสุด การวิจัยและใช้การสุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืนให้ครบจำนวน 60 คน โดยสุ่มหยิบ 30 คนแรกเข้ากลุ่มทดลองและอีก 30 คนหลังเข้ากลุ่มควบคุม

เครื่องมือในการวิจัย สำหรับการวิจัยแบ่งเครื่องมือออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

เครื่องมือที่ 1) เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง และคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมของ เอกวิทย์ ศรีปริวุฒิ และคณะ (2559), ประทุม สร้อยวงศ์ (2564) และสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2565) ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยศึกษาการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของราเชนร์ สุโท (2565), สุภาวดี จริยาธรรมกร (2565) รวมถึงแนวคิดการจัดการตนเอง (กรรณิการ์ แสนสุภา และนเรศ กันธะวงศ์, 2564) เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การประเมินและเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเอง แนะนำการตั้งเป้าหมายว่าจะปฏิบัติตนไม่ให้เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน มีการอบรมให้ความรู้และแจกคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพร้อมกับอธิบายการใช้และการบันทึกการปฏิบัติตนลงในคู่มือ แนะนำให้ปฏิบัติตนปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต การจัดการอารมณ์ ความเครียด แนะนำให้ฝึกการหายใจแบบเป่าปาก ภายหลังบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกและแขนขา ฝึกการใช้ยาพ่นสูด ส่วนระยะที่ 2 การปฏิบัติการจัดการตนเอง ด้วยการกระตุ้นคิดการประมาณตนเองด้วยการให้พูดสะท้อนการปฏิบัติและผล

การปฏิบัติของตน แนะนำให้เสริมแรงตนเองด้วยการชื่นชมตนเองเมื่อมีการดูแลป้องกันภาวะที่ดื่มน้ำมากเกินไปและ ทบพวนทักษะตามคู่มือ และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และระยะที่ 3 ระยะการติดตามประเมินผล ด้วยการกระตุ้นคิด ทบพวนการจัดการตนเอง ด้วยการตั้งเป้าหมาย การกำกับตนเอง ประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง และเยี่ยม ทางโทรศัพท์เพื่อประเมินผลความต่อเนื่องการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรค รวมระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์

สำหรับคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง วิธีการจัดการตนเองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกี่ยวกับการเลี้ยงปัสสาวะ การออกกำลังกายในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ การฝึกหายใจ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาการกำเริบ การจัดการอาการกำเริบเมื่อแสดงอาการ การใช้อาสุพ่น และตารางบันทึกการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอาการกำเริบ เฉียบพลัน

เครื่องมือที่ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือตรวจสอบสมรรถภาพปอด (Peak Flow Meter) เป็น เครื่องมือที่ใช้วัดความเร็วของลมหายใจขณะเป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงที่สุดซึ่งค่าที่ได้จะ บอกถึงสถานะของหลอดลม ขณะนั้นว่ามีการตีบแคบหรือไม่ โดยเป็นตัววัดสมรรถภาพของปอดและผู้ป่วยควรมีอัตราการไหลของลมออกจากปอด สูงสุด (Peak Expiratory Flow Rate) ไม่น้อยกว่า 80% ซึ่งสะท้อนถึงอัตราการไหลของอากาศขณะหายใจออกที่ดี (อรุณรัตน์ ศรีทวงษ์ และคณะ, 2562) และแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมของ เอกวิทย์ ศรี ปรวิฐ และคณะ (2559), ประทุม สร้อยวงค์ (2564) และสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2565) ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยศึกษาการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ ราเชนร์ สุโท (2565), สุภาวดี จริยาธรรมกร (2565) ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการสูบบุหรี่ และอัตราการไหล ของลมออกจากปอดที่สูงที่สุด

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก จำนวน 29 ข้อ ลักษณะเป็น แบบตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ หากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-29 คะแนน การแปลผล ผู้วิจัยประยุกต์ใช้หลักเกณฑ์การประเมินผลของบลูม (Bloom, 1971) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ช่วง 23 - 29 คะแนน เท่ากับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ช่วง 17 - 22 คะแนน เท่ากับอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79) และน้อยกว่า 16 คะแนน เท่ากับอยู่ใน ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

ตอนที่ 3 ทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 9 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยหากเป็นคำถามเชิง บวก ให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ มี 7 ข้อ หากเป็นคำถามเชิงลบ ให้ค่าคะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ มี 2 ข้อ การแปลผลโดยใช้หลักเกณฑ์ของเบส (Best, 1981) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 เท่ากับ ทักษะในการ จัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 เท่ากับอยู่ในระดับปานกลาง และ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 เท่ากับอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 35 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ ให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผลโดยใช้หลักเกณฑ์ของเบส (Best, 1981) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 เท่ากับ พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 เท่ากับอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 เท่ากับอยู่ในระดับต่ำ

การหาคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ 1) ผู้วิจัยหาคุณภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยการตรวจสอบเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) นายแพทย์ทางอายุรกรรม 1 ท่าน และ 2) อาจารย์ทางการแพทย์ 2 ท่าน หลังจากนั้นนำไปปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ 2) เครื่องมือตรวจสอบสมรรถภาพปอด (Peak Flow Meter) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญอุปกรณ์การแพทย์ทำการสอบเทียบเครื่อง Peak flow meter ซึ่งใช้เครื่องมือมาตรฐานตรวจสอบความแม่นยำของค่าที่อ่านได้จากเครื่องก่อนนำไปเก็บข้อมูลและสำหรับแบบสอบถามจะผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) นายแพทย์ทางอายุรกรรม 1 ท่าน และ 2) อาจารย์ทางการแพทย์ 2 ท่าน ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Index of Item Objective Congruence : IOC) มีค่าระหว่าง 0.67-1.00 เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน (Hambleton, 1980) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่าด้านความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก มีค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson-20: KR20) เท่ากับ 0.72 ด้านทัศนคติในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80 และ 0.87 ตามลำดับ ตามเกณฑ์ยอมรับ (Cronbach, 1951)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายกตามเอกสารรับรองเลขที่ NPHO 2024-021 วันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงแก่อาสาสมัครในรายละเอียดของหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตนในการวิจัย ระยะเวลาการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และอธิบายให้อาสาสมัครเข้าใจว่าสามารถตอบรับเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมก็ได้โดยไม่ต้องให้เหตุผลในการไม่สมัครใจเข้าร่วมและการไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาแต่อย่างใด และข้อมูลของอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยทุกอย่างจะเป็นความลับ การบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุชื่อโดยจะทำการเป็นรหัสแทน และข้อมูลการวิจัยรวมถึงการอภิปรายผลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่ออาสาสมัครยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยจะให้อาสาสมัครลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ขั้นก่อนการทดลอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกให้ครบจำนวน 60 คน จากนั้นสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก 30 คนแรกเข้ากลุ่ม

ทดลองและเหลืออีก 30 คนเข้ากลุ่มควบคุม และทำการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ตามแบบสอบถามและวัดอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุดจากการเป่า Peak Flow Meter

2) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนในการทดลอง

สัปดาห์ที่ 2 ระยะประเมินและเตรียมความพร้อม โดยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมโรงพยาบาล สร้างสัมพันธภาพ และเกริ่นให้กลุ่มทดลองมีการตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การปฏิบัติตนไม่เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน จากนั้นอบรมให้ความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการดูแลป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลัน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิตหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น บุหรี่ ฝุ่นควัน มลภาวะทางอากาศ เป็นต้น แนะนำจัดการอารมณ์ ความเครียด ฝึกหายใจแบบเป่าปาก กายบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกและแขนขา ฝึกการใช้ยาพ่นสูด จากนั้นให้กลุ่มทดลองสร้างการกำกับตนเอง (Self-monitoring) ด้วยการแจกคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรวมถึงแนะนำวิธีการบันทึกการกำกับตนเองลงในคู่มือ และเปิดโอกาสให้ซักถามย้อนกลับประเด็นสงสัย นัดพบจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 3 ชม.

สัปดาห์ที่ 3 ระยะการปฏิบัติการจัดการตนเอง เยี่ยมทางโทรศัพท์พูดคุยกระตุ้นการปฏิบัติตามคำแนะนำและเสริมแรงกลุ่มทดลองด้วยการบอกให้ชื่นชมตนเองเมื่อมีการปฏิบัติตามคำแนะนำและเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาอุปสรรค โทรศัพท์จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

สัปดาห์ที่ 5 ระยะการปฏิบัติการจัดการตนเอง ด้วยการประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) เป็นการติดตามต่อเนื่องที่ห้องประชุมโรงพยาบาล โดยกระตุ้นคิดประเมินตนเองด้วยการให้พูดสะท้อนการปฏิบัติตามคำแนะนำและผลการปฏิบัติรวมถึงผู้วิจัยแนะนำกลุ่มทดลองเสริมแรงตนเองด้วยการชื่นชมตนเองเมื่อมีการปฏิบัติตามคำแนะนำและผู้วิจัยทบทวนทักษะการปฏิบัติตนให้กลุ่มทดลองตามคู่มือฯ นัดพบจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 3 ชม.

สัปดาห์ที่ 7 ระยะการปฏิบัติการจัดการตนเอง เยี่ยมทางโทรศัพท์พูดคุยกระตุ้นการปฏิบัติตามคำแนะนำและเสริมแรงกลุ่มทดลองด้วยการบอกให้ชื่นชมตนเองเมื่อมีการปฏิบัติตามคำแนะนำและทบทวนทักษะการหายใจแบบเป่าปาก การใช้ยาพ่นสูด โทรศัพท์จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

สัปดาห์ที่ 9 ระยะติดตามและประเมินผล ด้วยการติดตามต่อเนื่องที่ห้องประชุมโรงพยาบาล โดยให้กลุ่มทดลองทบทวนการปฏิบัติตน ดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) คือมีการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันไหม 2) การกำกับตนเอง (Self-monitoring) มีการปฏิบัติเป็นประจักษ์ร่วมกับบันทึกการปฏิบัติลงในคู่มือหรือไม่ 3) ประเมินตนเอง (Self-evaluation) ทบทวนว่าปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด และ 4) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) ด้วยการชมเชยตนเองเมื่อมีการปฏิบัติตนป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลัน และประเมินอาการทั่วไป อาการหายใจลำบาก ภาวะกำเริบเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อน นัดพบจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 3 ชม.

สัปดาห์ที่ 11 ระยะติดตามและประเมินผล เยี่ยมทางโทรศัพท์ประเมินซักถามความต่อเนื่องการปฏิบัติตนและกระตุ้นการจัดการตนเอง รวมทั้งซักถามปัญหาอุปสรรคตลอดจนประเมินอาการทั่วไป อาการหายใจลำบาก ภาวะกำเริบเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อน โทรศัพท์จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

สำหรับสัปดาห์ที่ 4, 6, 8 และ 10 ให้กลุ่มทดลองดำเนินชีวิตประจำวันด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลัน

3) ขั้นตอนที่ 3 สัปดาห์ที่ 12 ขั้นหลังการทดลอง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามเดิมและวัดสมรรถภาพปอดเช่นเดิม

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมโดยใช้แบบสอบถามและอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุดจากการเป่า Peak Flow Meter ทั้งก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) โดยทำควบคู่พร้อมกันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ ดังนี้

1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired sample t-test

3) เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 30 คน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 23 คน ร้อยละ 45.10 และกลุ่มควบคุม จำนวน 28 คน ร้อยละ 54.90 ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีช่วงอายุ 61-70 ปี มากที่สุด จำนวน 17 คน ร้อยละ 47.20 และ จำนวน 19 คน ร้อยละ 52.80 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในสถานะภาพคู่ จำนวน 21 คน ร้อยละ 50.00 มากที่สุดทั้งคู่ รวมถึงระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 21 คน ร้อยละ 51.20 และจำนวน 48.80 คน ร้อยละ 43.2 ตามลำดับเช่นกัน ด้านอาชีพพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกร/รับจ้างมากที่สุด จำนวน 23 คน ร้อยละ 48.90 และจำนวน 24 คน ร้อยละ 51.10 คน ซึ่งรายได้ต่อเดือนอยู่ที่น้อยกว่า 5,000 บาท มากที่สุดทั้งคู่ จำนวน 19 คน ร้อยละ 67.5 และจำนวน 17 คน ร้อยละ 45.9 ตามลำดับ ซึ่งการสูบบุหรี่พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วมากที่สุด จำนวน 22 คน ร้อยละ 44.90 และจำนวน 27 คน ร้อยละ 55.10 และมีระยะเวลาการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังช่วง 1-10 ปี มากที่สุด จำนวน 21 คน ร้อยละ 52.50 และจำนวน 19 คน ร้อยละ 47.50 ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		statistic	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					3.26 ^p	0.145
ชาย	23	45.10	28	54.90		
หญิง	7	77.80	2	22.20		
อายุ (ปี)					0.39 ^f	0.869
61-70 ปี	17	47.20	19	52.80		
51-60 ปี	9	52.90	8	47.10		
40-50 ปี	4	57.10	3	42.90		
สถานภาพสมรส					1.01 ^f	0.658
คู่	21	50.00	21	50.00		
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	5	41.70	7	58.30		
โสด	4	66.70	2	33.30		
ระดับการศึกษา					0.35 ^f	1.000
ประถมศึกษา	21	51.20	20	48.80		
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	8	47.10	9	52.90		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	1	50.00	1	50.00		
การประกอบอาชีพ					0.66 ^f	1.000
เกษตรกร/รับจ้าง	23	48.90	24	51.10		
ข้าราชการบำนาญ/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	55.60	4	44.40		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1	50.00	1	50.00		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	50.00	1	50.00		
รายได้ต่อเดือน						
< 5,000 บาท	19	52.80	17	47.20	0.51 ^p	0.774
5,000-10,000 บาท	7	50.00	7	50.00		
> 10,000 บาท	4	40.00	6	60.00		
การสูบบุหรี่						
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	22	44.90	27	55.10		
ไม่เคยสูบ	4	57.10	3	42.90	4.40 ^f	0.133
สูบ	4	100.00	0	0		

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		statistic	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง					0.30 ^p	0.584
1 - 10 ปี	21	52.50	19	47.50		
11 ปี ขึ้นไป	9	45.00	11	55.00		

หมายเหตุ p = Pearson chi-square, f = Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มควบคุม (n=30)			
	M	SD	t	p-value	M	SD	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก								
ก่อนจัดโปรแกรม	22.06	1.89	-5.57	<0.001	21.86	2.56	-0.47	0.638
หลังจัดโปรแกรม	24.36	1.67			22.16	2.24		
ทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง								
ก่อนจัดโปรแกรม	32.03	4.26	-4.86	<0.001	33.26	3.19	0.69	0.491
หลังจัดโปรแกรม	35.70	2.56			32.80	2.89		
พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง								
ก่อนจัดโปรแกรม	126.50	15.03	-3.36	0.002	124.96	17.60	-0.20	0.841

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มควบคุม (n=30)			
	M	SD	t	p-value	M	SD	t	p-value
หลังจัดโปรแกรม	136.76	8.01			125.73	19.21		
อัตราการไหลของลมออกจากปอดที่								
สูงสุด								
ก่อนจัดโปรแกรม	73.23	12.64	-9.41	<0.001	74.37	12.89	-1.34	0.190
หลังจัดโปรแกรม	83.83	13.50			75.11	13.81		

3. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะคิดในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะคิดในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ขณะที่หลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะคิดในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนจัดโปรแกรม				หลังจัดโปรแกรม			
	M	SD	t	p-value	M	SD	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง								
และการจัดการอาการหายใจลำบาก								
กลุ่มทดลอง	22.06	1.89	0.34	0.733	24.36	1.67	4.30	<0.001
กลุ่มควบคุม	21.86	2.56			22.16	2.24		
ทักษะคิดในการจัดการตนเองของ								
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง								
กลุ่มทดลอง	32.03	4.26	-1.26	0.210	35.70	2.56	4.11	<0.001
กลุ่มควบคุม	33.26	3.19			32.80	2.89		
พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วย								
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง								
กลุ่มทดลอง	126.50	15.03	0.36	0.718	136.76	8.01	2.90	0.006
กลุ่มควบคุม	124.96	17.60			125.73	19.21		

ตัวแปร	ก่อนจัดโปรแกรม				หลังจัดโปรแกรม			
	M	SD	t	p-value	M	SD	t	p-value
อัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด								
กลุ่มทดลอง	73.23	12.64	-0.34	0.730	83.83	13.50	2.47	0.016
กลุ่มควบคุม	74.37	12.89			75.11	13.81		

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามประเด็นดังต่อไปนี้คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด ดังต่อไปนี้

1) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มทดลองได้รับการอบรมความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการดูแลป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลัน ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิตหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น บุหรี่ ฝุ่นควัน มลภาวะทางอากาศ เป็นต้น ได้รับคำแนะนำจัดการอารมณ์ความเครียด ฝึกหายใจแบบเป่าปาก กายบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกและแขนขา ฝึกการไออย่างถูกต้อง รวมถึงได้รับการแจกรุ่นมือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อใช้สำหรับทบทวนความรู้และปฏิบัติตามซึ่งประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิธีการจัดการตนเองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกี่ยวกับการเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ การฝึกหายใจ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาการกำเริบ การจัดการอาการกำเริบเมื่อแสดงอาการ การไออย่างถูกต้อง พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามย้อนกลับในประเด็นสงสัย จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการวิจัยของ กัลยรัตน์ สังข์มรรทร และคณะ (2564) ศึกษาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งรูปแบบกิจกรรมมีการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่บุคลากรและผลศึกษาพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลมีคะแนนความรู้หลังให้ได้รับกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการวิจัยของ Olivera et al (2016) ศึกษาแบบการจัดการโรคหืดด้วยตนเอง : การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเพิ่มขึ้นและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มทดลองได้รับการกระตุ้นให้ตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตนไม่เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน ได้รับการเยี่ยมทางโทรศัพท์พูดคุยกระตุ้นให้ปฏิบัติตามคำแนะนำและได้รับการเสริมแรงให้ชื่นชมตนเองเมื่อมีการปฏิบัติตัวที่ดีรวมถึงยัง

ได้รับการกระตุ้นให้พูดสะท้อนคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติตนตามคำแนะนำมากน้อยเพียงไร จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการวิจัยของ อิทธิพล แก้วพอง และคณะ (2561) ศึกษาโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อ ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมและระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งใช้การกระตุ้นให้คิดถึงเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อติดตามพฤติกรรมผลการวิจัยพบว่า ด้านทัศนคติภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการวิจัยของ ธัญญาภรณ์ อุปมัยรัตน์ และคณะ (2561) ศึกษาโปรแกรมการกำกับตนเองต่อทัศนคติการใช้ความรุนแรงและพฤติกรรมควบคุมตนเองในนักเรียนวัยรุ่นซึ่งใช้กิจกรรม การกำหนดเป้าหมายเช่นกันในการควบคุมพฤติกรรมตนเองและมีการให้แรงเสริมแก่ตนเองร่วมด้วยผลการวิจัยพบว่าทัศนคติภายหลังการจัดโปรแกรมสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มทดลองได้รับการอบรมเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการดูแลป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันจึงทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นและได้รับการกระตุ้นให้ตั้งเป้าหมายไม่ให้เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันและเสริมแรงตนเองด้วยการชื่นชมตนเองเมื่อมีการปฏิบัติตนป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันและการเยี่ยมทางโทรศัพท์กระตุ้นให้ปฏิบัติตนตามคำแนะนำและซักถามปัญหาอุปสรรคเป็นการส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ขณะเดียวกันการกำกับตนเองให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต การจัดการอาการหายใจลำบาก ผ่อนคลายอารมณ์ความเครียด การหายใจแบบเป่าปาก ภายหลังการกลืนเนื้อทรวงอกแขนและขา การใช้ยาสูดพ่นรวมถึงการได้รับคู่มือการจัดการตนเองและมีการบันทึกการกำกับตนเองลงในคู่มือยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลัน นอกจากนี้การให้กลุ่มทดลองได้คำนึงว่าตนปฏิบัติเป็นอย่างไร มากน้อยเพียงใดนั้นเพื่อให้สะท้อนคิดว่าตนได้มีการดูแลตนเองเท่าที่ควรหรือไม่ซึ่งการกระทำดังกล่าวทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองที่ดี จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับการวิจัยของ วชิร พรหมประกอบ และคณะ (2563) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมโรคหืดของเด็กวัยเรียนโรคหืด พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคหืดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการวิจัยของ Ibrahim, Shahin, & Abdelkadr (2019) ศึกษาโปรแกรมการให้สุขศึกษาในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้นในทุกด้านเกี่ยวกับโรคหืดหลังการเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอัตราการไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มทดลองได้รับการอบรมเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการดูแลป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันจึงมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวมากขึ้นและการที่กลุ่มทดลองได้รับการกระตุ้นให้ตั้งเป้าหมายที่จะไม่เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันและการเสริมแรง

ด้วยการชมเชยตนเองเมื่อปฏิบัติตนป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันและการเยี่ยมทางโทรศัพท์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตน พร้อมซักถามปัญหาอุปสรรคเป็นการสร้างทัศนคติที่ดีที่ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีกด้วย กลุ่มทดลองยังได้รับการกระตุ้นให้กำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้มีการจัดการอาการหายใจลำบาก ผ่อนคลาย อารมณ์ความเครียด ฝึกการหายใจแบบเป่าปาก ภายหลังบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกแขนและขา การใช้ยาสูดพ่นและให้คู่มือ การจัดการตนเองไว้ให้ศึกษาและทำการบันทึกการปฏิบัติในการป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันเป็นการส่งเสริมให้เกิด พฤติกรรมที่ดี นอกจากนี้การได้รับการกระตุ้นให้สะท้อนคิดในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันเป็นการ ประเมินตนเองที่ให้ตระหนักต่อการดูแลตนเองอีกด้วย จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการ ดูแลตนเองที่ดีซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวนี้ส่งผลให้เมื่อวัดสมรรถภาพปอดพบว่าค่าอัตรา การไหลของลมออกจากปอดที่สูงสุด มีค่ามากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งงานวิจัยนี้มี ความสอดคล้องกับการวิจัยของ ธาดา วินทะไชย และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2561) ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่ง ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่ม ทดลองหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ สอดคล้องกับการวิจัยของราเชนร์ สุโท (2565) ศึกษาโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเองต่ออาการหายใจ ลำบากในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยแนวคิดสนับสนุนการจัดการตนเองพบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมคะแนน เฉลี่ยอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนจัดโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1) ด้านการบริหาร หัวหน้าพยาบาลหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามารถนำโปรแกรมการ ส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันมา กำหนดเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังได้

2) ด้านการปฏิบัติการ พยาบาลวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในหน่วยดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดและระบบทางเดินหายใจ ควรนำเอาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันไปให้การดูแลและสอนสุขศึกษาผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อช่วยส่งเสริมสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยต่อไป

การทำวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลัน เพื่อติดตามผลในระยะยาว เช่น การวิจัยแบบวัดซ้ำ (Repeated Research Design) เพื่อดูความคงทนของพฤติกรรมการ จัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรกานต์ กระเดา. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในชุมชน โรงพยาบาลเสลภูมิ. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(1), 126-138.
- กรรณิการ์ แสนสุภา และนเรศ กันธะวงศ์. (2564). การจัดการตนเอง: ทักษะในการพัฒนาตนเองอย่างยั่งยืน. *วารสารศิลปศาสตร์ (วังนางเลิ้ง) มทร. พระนคร*. 1(1), 25-37.
- กัลยรัตน์ สังข์มรรทร, ศศิธร กระจายกลาง และเพ็ญจันทร์ วันแสน. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*. 3(2), 327-342.
- คุณัญญา พลศักดิ์. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน : กรณีศึกษา. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*. 8(15), 228-237.
- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลบ้านนา. (2567). *สถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก
- ชมขวัญ แก้วพลงาม, ณัฐวดี อินทแสน, ภาณุพงษ์ อุ่นเรือนงาม และปาริชาติ นิยมทอง. (2565). ปัจจัยพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*. 3(1), 99-111.
- ธัญญาภรณ์ อุบัยรัตน์, วินิภาญจน์ คงสุวรรณ และวันดี สุทธรังษี. (2561). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อทัศนคติการใช้ความรุนแรงและพฤติกรรมการควบคุมตนเองในนักเรียนวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 33(2), 13-28.
- ธาดา วินทะไชย และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2561) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 3(2), 124-135.
- ประทุม สร้อยวงศ์. (2564). *การพยาบาลอายุรศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เอ็น.ที.พี.ปริ้นติ้ง
- ราชนันท์ สุโท. (2565). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง* [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชร พรหมประกอบ ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และนฤมล ชีระรังสิกุล. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคหืดของเด็กวัยเรียนโรคหืด. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 14(1), 1-12.
- ศิวพล ศรีแก้ว, ขนิษฐา แสนยบุตร, ปวีณกานต์ จวนสาธ และนิสากร วิบูลชัย. (2566). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 2(2), 100-115.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2565*. บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก. (2567). *การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ*. Health Data Center.
https://nyk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11

- สุภาวดี จริญญาธรรมกร. (2565). ผลของโปรแกรมบริหารการหายใจด้วยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อสมรรถภาพปอดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อรุณรัตน์ ศรีทะวงษ์, พุทธิพงษ์ พลคำฮัก, สุพรรณิการ์ ลดาวัลย์, พัชรินทร์ พรหมเผ่า, สายสุนีย์ คนสนิท และธิดาชนนท์ พรหมศรีสุข. (2562). ค่าอ้างอิงสำหรับค่าอัตราเร็วสูงสุดของการไอในคนไทยอายุ 20-90 ปี. *เทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*. 31(3), 337-346.
- อิทธิพล แก้วฟอง, ขมนาด วรรณพรศิริ และสุภาพร แนวบุตร. (2561). ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติ และระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*. 10(2), 51-71.
- เอกวิทย์ ศรีปริภูมิ, อภิรัตน์ หวังธีระประเสริฐ, วิทวัส จิตต์ผิงงาม และสุธาทิพย์ พงษ์เจริญ (บก.). (2559). *โรคเรื้อรังที่พบบ่อยทางอายุรศาสตร์: แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษา*. พิษณุโลก, สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). New Jersey: Prentice – Hall
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on Formative and Somative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Ibrahim, D.E., Shahin, E.S., & Abdelkadr, H.M. (2019). Effect of an Educational Program Regarding Self-Care Management Behaviors for Patients with Bronchial Asthma. *Port Said Scientific Journal of Nursing*, 4(2), 1-22.
- Cronbach, L.J. (1951). "Coefficient alpha and the internal structure of tests". *Psychometrika* 16, 297:334-3
- Hambleton, R. K. (1980). *Test score validity and standard-setting methods*. In R. A. Berk (Ed.), *Criterion-referenced measurement: The state of the art* (pp. 80-123). Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (1991). *Self-management method*. In F. H. Kanfer, & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed.). New York: Pergamon.
- Olivera, C.M., Vianna, E.O., Bonizio, R.C., Menezes, M.B., Ferraz, E., Cetlin, A.A., et.al. (2016). Asthma self-management model: randomized controlled trial. *Health Education Research*, 31(5), 1-14.
- World Health Organization: WHO. (2024). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*.
[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))



คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

พ.ศ. 2561

.....

คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

พ.ศ. 2561

.....

เพื่อให้การจัดทำวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ คำแนะนำนี้ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 2 คน ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพ สามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือ บทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีดังต่อไปนี้

1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์ สุขภาพและการศึกษาพยาบาลและสุขภาพ

1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงาน วิชาการที่ได้นำ เสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ใน วารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อย กว่า 2 คน

1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากโดย ผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จ และส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใด สถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. การเตรียมต้นฉบับ บทความวิจัย มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract)

2.3 ชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

2.4 คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียนพิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

2.5 บทนำ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็น

หลักการวิจัย เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา

2.6 วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน

2.7 ระเบียบวิธีการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ

2.8 ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย หากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง ควรออกแบบตารางให้เหมาะสม และให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

2.9 อภิปรายผล เป็นการแปลความหมายของผลการวิจัย และอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

2.10 ข้อเสนอแนะ ในการเขียนข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผล การวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

2.11 ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์

3. การเตรียมต้นฉบับ บทความปริทัศน์ (Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว

ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

3.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่น่าสนใจเขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

3.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับ ตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

3.6 วิวิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรมต่างๆมาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

3.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

3.8 เอกสารอ้างอิง

4. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ สำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของ APA 7th รายละเอียดศึกษา จากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association. มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค และต่อด้วย อักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ดังตัวอย่าง

4.1 หนังสือ

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ ชื่อเรื่อง/ (พิมพ์ครั้งที่)./ สำนักพิมพ์.

Author, A. A. (Year)./ *Title of the book* (Edition ed.)/ Publisher.

สุกัญญา รอส. (2561). *วัสดุชีวภาพ*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2563). *พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์
////////มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Schmidt, N. A., & Brown, J. M. (2017). *Evidence-based practice for nurses: Appraisal and
////////application of research* (4th ed.). Jones & Bartlett Learning, LLC.

4.2 วารสาร

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ ชื่อบทความ./ ชื่อวารสาร./ เลขของปีที่/ (เลขของฉบับที่)/ เลขหน้า.

วิชัย พานิชย์สวຍ, สุนน ไวยบุญญา, พัชรพร ศุภกิจ, และรัตนกร หลวงแก้ว. (2562). ผลของการใช้บทเรียน PISA
////////ที่มีต่อความสามารถด้านทักษะกระบวนการทางคณิตศาสตร์ ของนักเรียนระดับประถมศึกษา.

////////วารสารการวิจัยพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 12(3), 133-160.

4.3 วิทยานิพนธ์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่)./ ชื่อวิทยานิพนธ์/ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทหรือปริญญาเอก] บัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์หรือวิทยานิพนธ์
////////ปริญญาโทบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์./ ชื่อมหาวิทยาลัย.

Author, A. A. (Year)./ Title/ [Unpublished doctoral or master's thesis]./ Name of the Institution
////////awarding the degree.

สรญา แสงเย็นพันธ์. (2559). *การพัฒนารูปแบบการเขียนบรรณานุกรมออนไลน์* [วิทยานิพนธ์ปริญญา
////////มหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร

Stewart, Y. (2000). *Dressing the tarot* [Unpublished master's thesis]. Auckland University of
////////Technology.

4.4 รายงานการประชุม

รายงานการประชุม/ การสัมมนา/ อภิปราย

ชื่อหน่วยงานที่จัดประชุม./ (ปีพิมพ์)./ ชื่อเรื่องการประชุม./ ชื่อการประชุม./ สถานที่จัดประชุม.

ที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยของรัฐ. (2565). การประชุมสามัญที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
////////มหาวิทยาลัยของรัฐ และมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับ.
////////บัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53 ก. มหาวิทยาลัยนเรศวร

4.5 เว็บไซต์

ชื่อ นามสกุลผู้เขียน./ (วัน/เดือน/ปีที่เผยแพร่)./ ชื่อบทความ./ ชื่อเว็บไซต์./ URL

Author, A. A. (Year, Month date)./ *Title of the work*: Subtitle./ Website name./ URL

สรญา แสงเย็นพันธ์. (18 กันยายน 2561). *มาทำความเข้าใจระบบสี CMYK กับ RGB*. สำนักพิมพ์

มหาวิทยาลัย/////////นครสวรรค์. <https://www.nupress.grad.nu.ac.th/cmyk-and-rgb/>

Sparks, D. (2019). Women's wellness: *Lifestyle strategies ease some bladder control problems*.

/////////Mayo Clinic. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/womens-wellness-lifestyle-/////////strategies-ease-some-bladder-control-problems/>

5. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆถูกต้องตาม พจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

6. การตั้งค่านำกระดาษ ให้ตั้งค่านำกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ TH Sarabun ขนาด 16 และ single space และมี เนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

7. บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องยังไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารอื่น ก่อนขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ซึ่งหากกองบรรณาธิการ วารสารฯ ตรวจสอบว่าบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาขอตีพิมพ์มีชื่อเดียวกันหรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อนกับที่ปรากฏใน วารสารอื่นกองบรรณาธิการจะดำเนินการถอดถอนเรื่องของผู้นิพนธ์ออกจากการลงตีพิมพ์ของวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีทันทีที่พบความจริง รวมทั้งถอนรายชื่อของผู้นิพนธ์ออกจากส่วนที่เกี่ยวข้องกับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี และไม่รับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีอีก

8. กรณีที่เป็นบทความวิจัยต้องผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และ สัตว์ (Institutional Review Board: IRB) หรือในคน หรือชื่ออื่นที่เกี่ยวข้องโดยระบุชื่อเรื่อง เลขที่อนุมัติ วันอนุมัติ และวัน สิ้นสุด การอนุมัติภายในเนื้อหาส่วนที่เป็นการพิทักษ์สิทธิ์ หรือแสดงหลักฐานการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลอื่นและแสดง ให้เห็นว่าได้รับการยินยอมจากตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัยและให้แนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB และเอกสารที่ เกี่ยวข้อง ในรูปแบบของ pdf ไฟล์

9. ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้นิพนธ์จะได้รับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท

10. การส่งต้นฉบับ ให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

10.1 ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย มาที่ netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

10.2 เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารให้ผู้เขียน ดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

10.3 โดยมีค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ 5000 บาท/เรื่อง

สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

118 หมู่ 1 ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง

จังหวัดสุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ 72000

โทรศัพท์ 0-35-535250 ต่อ 5206 , 2105 โทรสาร 0-35-535251

มือถือ 085-5415142 E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

ใบสมัครสมาชิกวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

1. ชื่อ-สกุล.....ขอให้จัดส่งวารสารตามที่อยู่ดังนี้

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

2. ระยะเวลาบอกรับวารสาร

เริ่มฉบับที่..... (ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน หรือ ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม) ปีที่ 2561....

..... 1 ปี (2 ฉบับ) 200 บาท

..... 3 ปี (6 ฉบับ) 600 บาท

..... 4 ปี (นักศึกษา 8 ฉบับ) 800 บาท

3. การชำระเงิน ชำระโดย

โอนเงินเข้า บัญชี วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

เลขที่บัญชี 710-0-10043-7 สาขา สุพรรณบุรี

และส่งหลักฐานการโอนเงินมายัง E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

ส่งใบสมัครสมาชิกวารสารได้โดยตรงหรือส่งทางไปรษณีย์ที่

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

118 หมู่ 1 ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง

จังหวัดสุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ 72000

E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

ใบสมัครสมาชิกวารสารสามารถ Download ได้ที่เว็บไซต์ <http://www.snc.ac.th/> หรือติดต่อที่หมายเลขโทรศัพท์
 035-535250 ต่อ 5206 โทรสาร 035-535251 มือถือ 085-5415142