



ประสิทธิผลของแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

(The effectiveness of discharge planning on quality of life in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ*

ละเอียด จารุสมบัติ**

ดร.วันเพ็ญ พิชิตพรชัย***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแผนจำหน่ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการจับสลากกลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่แผนจำหน่ายและคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าการวางแผนจำหน่ายควรทำตั้งแต่วันแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และติดตามเยี่ยมเพื่อปรับแผนให้เหมาะสมกับสภาพสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย หรือส่งต่อหน่วยปฐมภูมิเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลควรมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายในทุกขั้นตอน เพื่อให้สามารถนำแนวทางการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยไปปฏิบัติได้จริง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



คำสำคัญ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การวางแผน
จำหน่าย, คุณภาพชีวิต

Abstract

This quasi experimental research with two groups pre test-post test design aimed to determine the effect of discharge planning on quality of life in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). The sample consisted of thirty patients who had been admitted in a medical unit, at Chachoengsao Hospital, Chachoengsao Province. The eligible patients were selected based on the inclusion criteria and were equally assigned to two groups, experimental and control groups. The experimental group received the interventional discharge planning from the investigators, whereas the control group received conventional care from health care team. The research instruments comprised a structured discharge planning and a handbook of self-care for the patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The instruments for data collection were a demographic questionnaire and a quality of life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease patients questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics and ANCOVA.

The result revealed that after intervention the experimental group had a significantly higher mean score of quality of life than the control group ($p < .001$). The result of this study indicated

that health care team should engage in the discharge planning program on first day of the admission until discharge. In order to improve patients' quality of life health providers should visit or refer patients to primary care unit for continuing care. Patients and their caregivers should participate in every step of the discharge planning so that they can enhance effective self management with COPD in the real situation at home.

Key Word

Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, discharge planning program, quality of life.

ความสำคัญของปัญหาวิจัย

ในประเทศไทยพบโรคระบบทางเดินหายใจเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี¹ โดยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควร อันดับ 7 ซึ่งพบอัตราการตายถึงร้อยละ 90 ของการตายในโรคระบบทางเดินหายใจ (อัตรา 33.5 ต่อแสน)² และในปี ค.ศ. 2000 ประเทศสหรัฐอเมริกาต้องใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยถึง 40,400 ล้านดอลลาร์สหรัฐ³ ในประเทศไทยค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และได้รับเครื่องช่วยหายใจ ประมาณ 7,000 บาทต่อวัน สำหรับโรงพยาบาลรัฐบาล และประมาณ 10,000 บาทต่อวัน สำหรับโรงพยาบาลเอกชน ช่วงระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 2-90 วัน เฉลี่ย 14 วัน⁴

ลักษณะที่สำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ ภาวะการอุดกั้นการระบายอากาศ ทำให้มีอากาศคั่ง

ในฤดูแล้ง การแลกเปลี่ยนก๊าซเป็นไปไม่ได้ไม่ดี ก่อให้เกิดอาการหายใจลำบาก ในระยะเริ่มต้นของโรค อาการหายใจลำบากยังจะไม่รุนแรง ผู้ป่วยอาจเกิดอาการหายใจลำบากภายหลังการออกกำลังกายหนักๆ หรือขณะเกิดความเครียดที่รุนแรง แต่เมื่อโรคก้าวหน้าลุกลามมากขึ้น อาการเกิดขึ้นได้แม้มีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และมีความพึงพอใจในชีวิตน้อยกว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ⁵

แม้ว่าปัจจุบันความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการแพทย์ จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีอายุที่ยืนยาวขึ้น แต่ยังไม่มียาที่สามารถรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้หายได้ บุคคลเหล่านี้จึงต้องมีชีวิตอยู่กับโรค ความเสื่อม ความพิการ และอาการที่คุกคามไปตลอดชีวิต รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจึงเปลี่ยนจากการเน้นการจัดการเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย มาเป็นการเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งหมายถึง การทำหน้าที่ในบ้านและที่ทำงานได้โดยขาดงานลดลง มีทัศนคติที่ดีต่อชีวิตและสุขภาพ พึงพอใจที่จะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และมีสมรรถภาพการทำงานของปอดสูงสุด การเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลลดลง ถ้าจำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาลก็อยู่ในระยะเวลาอันสั้น⁶ ประเด็นที่กล่าวมาจึงต้องอาศัยกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบริการสุขภาพที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กระบวนการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ขั้นตอนการประเมินภาวะเสี่ยง ปัญหาและความต้องการหลังจากจำหน่าย (2) ขั้นตอนการวินิจฉัยปัญหา และความต้องการการดูแลหลังจากจำหน่าย ทั้งปัญหาในระยะสั้นและระยะยาว (3) ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล

โดยครอบคลุมการให้ยา การจัดสภาพแวดล้อม การประกอบอาชีพที่เหมาะสม การสังเกตอาการ และอาการแสดงของการเจ็บป่วย ความรู้ในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินของโรคด้วยตนเอง การเข้าใจภาวะเจ็บป่วย ข้อจำกัด ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งผู้ป่วยจะต้องปรับตัว การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และอาหารที่เหมาะสมกับโรค โดยแผนการพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนไปตามภาวะของผู้ป่วย (4) ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน และ (5) ขั้นตอนการประเมินผลตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ถ้าไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ต้องย้อนกลับไปพิจารณาขั้นตอนแรกใหม่ การวางแผนจำหน่ายต้องเริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การส่งต่อไปยังหน่วยปฐมภูมิใกล้บ้านเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญจะต้องชัดเจน มีรายละเอียดมากพอ ครอบคลุมปัญหาทั้งหมด เป็นระบบ และรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง^{7,8} จากผลการวิจัยถึงประสิทธิผลของแผนจำหน่ายในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม และในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง และระยะเวลากลับไปอยู่บ้านนานขึ้น^{9,10}

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมานาน จึงถูกคาดหวังว่าจะมีความรู้และปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองได้ถูกต้อง ทำให้พยาบาลละเลยในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย หรือให้ข้อมูลในวันก่อนกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและกลับมารักษาซ้ำบ่อยๆ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแผนจำหน่ายมาใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพ



ผู้ป่วย และผู้ดูแล โดยให้การพยาบาลตามแผนตั้งแต่วันแรกรับ จนถึงวันจำหน่าย และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหลังจากจำหน่าย 1 สัปดาห์ เพื่อปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองได้จริง ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการหายใจลำบาก โดยไม่มีโรคปอดอื่นๆ เช่น มะเร็งปอด วัณโรคระยะแพร่เชื้อ รู้สึกตัวดี ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีค่า FEV1/FVC < 70% และพักอาศัยในบริเวณที่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้ จำนวน 30 ราย โดยการจับฉลาก สุ่มผู้ป่วยรายแรกเข้ากลุ่มควบคุม และจัดผู้ป่วยรายต่อไปเข้ากลุ่มทดลองสลับกันไปจนครบ 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 17 ข้อ และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง สร้างโดยกายแอท และคณะ (Guyatt, et al.)¹¹ เป็นแบบประเมินคุณภาพทั้งด้านตนเองจำนวน 27 ข้อ แบ่งเป็น 9 ด้าน ประกอบด้วย (1) อาการหายใจลำบาก (2) ความสามารถในการควบคุมอาการหายใจลำบาก (3) ความรู้สึกอ่อนล้า (4) การรบกวนการนอนหลับ (5) ความรู้สึกอับอายเมื่อมีอาการในที่ชุมชน (6) ความรู้สึกซึมเศร้า (7) ความวิตกกังวล (8) คับข้องใจต่อความจำกัดในการดำรงชีวิต และ (9) ความรู้สึกเสื่อมถอยทางความคิดและความจำ การให้ค่าคะแนนเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย ให้ 5 คะแนน มีมากที่สุด ให้ 1 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งพัฒนามาจากมโนทัศน์ของโรเดนและทัพท์⁸ ประกอบด้วย การประเมินปัญหา และความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติตามแผนจำหน่าย เกณฑ์การประเมินผล และการประเมินผล และคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การหาคุณภาพเครื่องมือโดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือในการดำเนินการวิจัยไปหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ สำหรับแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง นำไปหาความสอดคล้อง



คล่องภายในโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Coefficient Alpha) ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น .89

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการ

2. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และได้รับการสอนเกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองรวมถึงการใช้ยา ในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแผนจำหน่ายจากผู้วิจัย โดยประเมินภาวะเสี่ยง ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแล ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วินิจฉัยปัญหาและความต้องการการดูแลระยะสั้นและระยะยาว วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนโดยเฉพาะการสอนและการสาธิตเริ่มตั้งแต่วันแรก เช่น สอนหายใจ สอนการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม และค่อยๆ เพิ่มเนื้อหาตามสภาพและความพร้อมของผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถาม ประเมินผลการพยาบาล ถ้าไม่บรรลุตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จะทบทวนขั้นตอนต่างๆ ใหม่ จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยครอบคลุมการใช้ยา การจัดสภาพแวดล้อม การประกอบอาชีพที่เหมาะสม การสังเกตอาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วย ความรู้ในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินของโรคด้วยตนเอง การเข้าใจภาวะเจ็บป่วย ข้อจำกัด ผลกระทบต่อการ

ดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งผู้ป่วยจะต้องปรับตัวในการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค โดยเริ่มจากประเมินปัญหา และความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย ผู้วิจัยพบผู้ป่วยทุกเช้า และพบญาติในช่วงที่ญาติสะดวกหรือช่วงบ่ายของทุกวัน และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหลังจากจำหน่าย 1 สัปดาห์ เพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และร่วมกับผู้ป่วย และผู้ดูแลปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัย เพื่อให้แผนที่ตั้งไว้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

3. ผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินผู้ป่วยขณะรับการรักษา โดยสอบถามผู้ป่วยถึงการดำรงชีวิตอยู่กับโรคตามปกติก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ และประเมินอีกครั้งหลังจากจำหน่าย 4 สัปดาห์

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

แจกแจงความถี่วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยวิเคราะห์ความแปรปรวนรวม (ANCOVA)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 83.33) อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 93.33) นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส การศึกษาระดับประถม ไม่ได้ทำงาน มีรายได้จากบุตรหลาน เข้ารับการรักษาโดยใช้สิทธิบัตรทอง ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2-3 จำนวนครั้งของการเข้ารับการ

รักษาใน 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มากกว่า 4 ครั้ง (ร้อยละ 37.5) ระยะห่างจากการเข้ารับการรักษาครั้งสุดท้าย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-3 เดือน (ร้อยละ 40) ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง (ร้อยละ 93.33) มีประวัติสูบบุหรี่ (ร้อยละ 83.33) ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่ (ร้อยละ 84.0) เหตุผลที่เลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น (ร้อยละ

61.9) และเคยเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินภายใน 1 ปี (ร้อยละ 80)

2. หลังได้รับการพยาบาลโดยใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับการพยาบาลโดยใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้สถิติ ANCOVA ($n = 30$)

คุณภาพชีวิต	df	SS	MS	F
Covariate variable	1	1387.39	1387.39	18.57***
Between group	1	1129.60	1129.60	15.57***
Error	27	1958.47	72.54	
Total	29	4652.67		

*** $p < .001$

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่ากลุ่มควบคุมทั้งนี้อาจเป็นเพราะการวางแผนจำหน่ายครั้งนี้ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดกิจกรรมตามความพร้อมของผู้ป่วย ตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล กิจกรรมในแผนจำหน่ายประกอบด้วย การบริหารการหายใจโดยใช้กลัมนื้อหน้าทอง การไอที่มีประสิทธิภาพ การเคาะปอดเพื่อระบายเสมหะ (สำหรับผู้ป่วย) การดื่มน้ำปริมาณมากเพื่อลดความเหนียวของเสมหะ (ในกรณีที่ไม่ใช่ข้อห้าม) การออกกำลังกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการ การใช้ยาและผลข้างเคียง เทคนิคการสรงนพพลังงาน อาการผิดปกติที่ควรมา

พบแพทย์ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การใช้ออกซิเจนที่บ้าน แหล่งประโยชน์ในชุมชน การมาพบแพทย์ตามนัด

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ทำให้พยาบาลได้รับแผนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะยากจน เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งห้องน้ำอยู่ไกลจากตัวบ้าน ผู้ป่วยเหนื่อยมากถ้าเข้าห้องน้ำวันละหลายครั้ง ได้แนะนำให้ญาติทำที่นั่งพักระหว่างทาง ผู้ป่วยอีก 1 ราย อาศัยอยู่ในบริเวณโรงสี ซึ่งมีฝุ่น ควัน เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในวันที่เดินเครื่องจักร ภายในเพิงพักเต็มไปด้วยหยากไย่ และฝุ่นละออง ทำให้ผู้ป่วยหอบบ่น



ครั้ง คำแนะนำให้ผู้ป่วยย้ายที่พักคงเป็นไปได้อย่าง
จึงทำได้เพียงแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวจัดทำ
ความสะอาดให้ผู้น้อยลง และแนะนำให้ใช้ผ้าปิด
ปากปิดจมูกเพื่อลดการสัมผัสกับฝุ่นละออง

เมื่อพิจารณาทางด้านผู้ป่วยกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันของคะแนนเฉลี่ย
คุณภาพชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านภายหลังได้รับการพยาบาลโดยใช้แผน
จำหน่าย โดยใช้คะแนนก่อนการทดลองในแต่ละด้านเป็นตัวแปรร่วม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		F
	M	SD	M	SD	
1. อาการหายใจลำบาก					
1.1 เมื่อเดินขึ้นบันได	3.40	0.91	2.60	0.91	6.29*
1.2 เมื่อเดินขึ้นบันได	3.60	0.98	2.93	0.70	4.88*
1.3 เมื่อทำกิจกรรมโดยรีบเร่ง	3.33	0.90	2.87	0.74	3.15 ^{NS}
2. ความสามารถในการควบคุมอาการหายใจลำบาก					
2.1 รู้สึกกลัวเมื่อมีอาการหายใจลำบาก	2.93	0.96	2.53	0.92	2.41 ^{NS}
2.2 รู้สึกควบคุมตนเองไม่ได้เมื่อมีอาการ หายใจลำบาก	3.00	1.0	2.40	0.82	4.94*
2.3 กลัวว่าจะมีอาการหายใจลำบากเมื่อ ออกไปอยู่นอกบ้าน	3.00	0.76	2.60	0.63	3.42 ^{NS}
3. ความรู้สึกอ่อนล้า					
3.1 ไม่ค่อยมีแรง	3.47	0.83	2.67	0.82	6.87*
3.2 เพลีย อิดโรย	3.47	0.91	2.67	0.82	8.02**
3.3 เฉื่อยชา เชื่องช้า	3.53	0.83	2.73	0.88	11.44**
4. การรบกวนการนอนหลับ					
4.1 นอนหลับได้ดี	2.67	0.82	3.27	0.80	4.82*
4.2 นอนหลับยาก	3.47	0.83	3.00	1.1	1.33 ^{NS}
4.3 ตื่นขึ้นมาระหว่างที่หลับ	3.60	0.63	3.00	0.84	5.68*
5. ความรู้สึกอับอายเมื่อมีอาการในที่ชุมชน					
5.1 เมื่อไอมาก ๆ	4.13	1.0	3.93	0.96	0.25 ^{NS}
5.2 เมื่อหายใจหอบ	4.27	0.80	4.06	0.80	0.43 ^{NS}
5.3 เมื่อใช้ยาพ่นขยายหลอดลม	4.73	0.46	4.07	0.80	4.64*

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		F
	M	SD	M	SD	
6. ความรู้สึกซึมเศร้า					
6.1 รู้สึกท้อถอย	4.33	1.1	3.87	0.92	1.38 ^{NS}
6.2 รู้สึกจมอยู่ในห้วงแห่งความทุกข์	4.40	0.83	3.67	0.82	7.05*
6.3 ซึมเศร้าบางที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม	4.27	0.80	3.80	0.68	3.60 ^{NS}
7. ความวิตกกังวล					
7.1 กระสับกระส่าย	4.47	0.64	3.80	0.68	5.67*
7.2 กังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	4.00	0.85	3.67	0.72	0.65 ^{NS}
7.3 ตึงเครียด กล้ามเนื้อตึงตัว	4.07	0.70	3.60	0.83	0.66 ^{NS}
8. คับข้องใจต่อความจำกัดในการดำรงชีวิต					
8.1 คับข้องใจ	3.93	0.80	3.40	0.83	4.53*
8.2 เบื่อหน่าย ไร้ค่า	3.80	0.94	3.40	0.83	1.68 ^{NS}
8.3 หงุดหงิด	4.27	0.70	3.73	0.59	6.26*
9. ความรู้สึกเสื่อมถอยทางความคิดและความจำ					
9.1 ขี้หลงขี้ลืม	3.80	1.1	3.40	0.91	1.11 ^{NS}
9.2 สมาธิไม่ดี	3.93	0.96	3.53	0.92	1.77 ^{NS}
9.3 จดจ่อในเรื่องใดเรื่องหนึ่งไม่ได้	4.07	0.80	3.53	0.83	4.56*

*p < .05 **p < .01 ^{NS}p > .05

จากตารางที่ 2 พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตด้านอาการหายใจลำบากน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) โดยเฉพาะเมื่อเดินขึ้นที่สูง เช่น ขึ้นเนิน หรือขึ้นบันได ปัญหาสำคัญที่สุดในผู้ป่วยก่อนการทดลองคือไม่สามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้ด้วยตนเอง ทำให้ไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่คิดว่าจะทำให้มีอาการ ซึ่งแซซซีแดมบรอน และคณะ¹⁴ กล่าวว่า การมีกิจกรรมที่ลดลงของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ก่อให้

เกิดอาการหายใจลำบากเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกบริหารการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง และให้ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งการหายใจด้วยวิธีนี้จะทำให้กล้ามเนื้อหน้าอกและไหล่ได้พัก กระบังลมแข็งแรง ซึ่งนอกจากจะทำให้การหายใจเข้าดีขึ้นแล้ว ยังช่วยให้การระบายอากาศในปอดส่วนล่าง การไอ จาม และขับเสมหะดีขึ้น ประกอบกับการหายใจที่ช้าและลึก หายใจออกโดยใช้วิธีเป่าปาก (purse lip) ทำให้หลอดลมเปิดกว้างและไม่แฟบง่าย ลดการทำงาน

ของกล้ามเนื้อหายใจในการออกแรงต้านทางเดินหายใจที่ตีบแคบลง ผู้ป่วยจะเหนื่อยน้อยลง อัตราการหายใจที่ลดลงมีความหมายต่อผู้ป่วยมากเพราะทำให้สามารถควบคุมการหายใจได้ดีขึ้นเมื่ออาการหายใจลำบาก และออกแรงได้ดีขึ้น^{13,14} การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาการหายใจลำบากลดลงและมีกิจกรรมได้มากขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของ สมองค์ วงศ์ศรี¹⁵ ซึ่งศึกษาผลของการบริหารการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกะบังลม ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 20 ราย โดยสอนให้ผู้ป่วยทำเองที่บ้านวันละ 4 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีอาการไอ และหายใจลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในการวิจัยครั้งนี้สำหรับอาการหายใจลำบากเมื่อทำกิจกรรมโดยรับแรง พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการหายใจลำบากน้อยกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อรับแรงทำกิจกรรมผู้ป่วยกลุ่มทดลองไม่สามารถจะหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและไม่สามารถหายใจได้ช้าลงได้

คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการควบคุมตนเองเมื่อมีอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้สึกกลัวเมื่อมีอาการหายใจลำบากและกลัวว่าจะมีอาการหายใจลำบากเมื่อออกไปอยู่นอกบ้านไม่แตกต่างกัน แม้ว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะมีอาการหายใจลำบากน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ถ้ามมีอาการหายใจลำบากผู้ป่วยยังมีความกลัวเพราะผู้ป่วยทุกรายกล่าวว่าอาการหายใจลำบากเป็นประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมาน และผู้ป่วยหลายรายอาศัยอยู่ตามลำพังกลัวว่าจะมีอาการเมื่ออยู่นอกบ้าน ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม หรือออกนอกบ้านเพราะระแวงว่าจะมีอาการหายใจลำบาก อย่างไรก็ตามเมื่อมีอาการหายใจลำบากผู้ป่วยกลุ่ม

ทดลองมีความมั่นใจ ในการควบคุมตนเองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) อาจเป็นเพราะผู้ป่วยได้รับการฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง และฝึกหายใจออกโดยใช้วิธีเป่าปากดังได้กล่าวมาแล้ว

ส่วนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มทดลองด้านความรู้สึกอ่อนล้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) มีความรู้สึกเพลีย อิดโรย เหนื่อยขาแข็ง และไม่ค่อยมีแรง ($p < .05$) เพราะผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการควบคุมอาการหายใจลำบากจึงกล้ามีกิจกรรมต่างๆ ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายในระบบต่างๆ เป็นปกติหรือใกล้เคียงกับปกติเป็นการตัดวงจรการเกิดอาการหายใจลำบากของแซซซีเดมบรอน และขณะประกอบกับการฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง และหายใจออกโดยวิธีเป่าปากทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้นและขับคาร์บอนไดออกไซด์ได้ดีกว่าผู้ป่วยจึงมีอาการอ่อนล้าน้อยกว่า

ส่วนคุณภาพชีวิตด้านการนอนหลับ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการนอนหลับยากไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะร้อยละ 30-50 ของผู้สูงอายุมักจะนอนหลับยาก หรือนอนได้ไม่เพียงพอในช่วงกลางคืน¹⁶ การศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 93.33 แต่เมื่อนอนหลับผู้ป่วยกลุ่มทดลองนอนหลับได้ดีและตื่นขึ้นมาระหว่างที่หลับน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) เป็นเพราะกลุ่มทดลองได้รับการฝึกหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ และแนะนำให้ดื่มน้ำในปริมาณมากในเวลากลางวัน (ในกรณีที่ไม่มียาห้าม) เพื่อทำให้ระบบหายใจดีขึ้นทำให้ไอลดน้อยลง และผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง จึงตื่นในช่วงกลางคืนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการฝึก

ด้านในที่ชุมชนผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้สึกอับอายเมื่อมีอาการ หอบและไอ มากกว่าไม่แตกต่างกันแม้ว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่ค่อยชอบออกนอกบ้าน แต่ถ้าต้องออกไปในที่ชุมชนและมีอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยกล่าวว่าคงรู้สึกอับอาย เพราะไม่ชอบให้เป็นจุดสนใจของผู้ที่พบเห็น แต่ถ้าต้องใช้ยาพ่นขยายหลอดลม ผู้ป่วยกลุ่มทดลองรู้สึกอับอายน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่ใช้นานี้โดยทั่วไปจะใช้ได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 50 เท่านั้น¹⁷ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเข้าไปในปริมาณที่เพียงพอ ประกอบกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังการไชยาขยายหลอดลมในบางรายอาจไม่ได้ผล จึงมักจะพ่นยาติดๆ กันหลายครั้ง โดยผู้ป่วยกลุ่มควบคุมบางคนกล่าวว่า รู้สึกอายมากจนไม่กล้าไชยาพ่น บางรายต้องแอบพ่นกลุ่มทดลองได้รับการฝึกไชยาพ่นขยายหลอดลมจนมีความมั่นใจและใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไชยาในความถี่ที่น้อยกว่า ถ้าต้องใช้ยาในที่ชุมชนอาจทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการไชยามากกว่าจึงอับอายน้อยกว่า

ด้านความรู้สึกซึมเศร้า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้สึกท้อถอย และซึมเศร้า บางที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ไม่ยอมรับประทานยา ไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย มีความก้าวหน้าของโรคไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยทราบดีว่าต้องอยู่กับความจำกัดในการดำรงชีวิตไปตลอดจึงทำให้รู้สึกท้อถอยและซึมเศร้า โดยผู้ป่วยควบคุมรู้สึกจมอยู่ในห้วงแห่งความทุกข์มากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ด้านความวิตกกังวลผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

และตึงเครียด กล้ามเนื้อตึงตัว ไม่แตกต่างกันโดยมีนัยสำคัญของโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค รู้สึกไม่แน่ใจในอนาคตเพราะผู้ป่วยทราบดีว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ลักษณะของโรคมีอาการค่อยๆ แย่ลง แต่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมรู้สึกกระสับกระส่ายมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ด้านคับข้องใจต่อความจำกัดในการดำรงชีวิต ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมรู้สึกคับข้องใจ และหงุดหงิดมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่กล่าวว่า ทำอะไรไม่ได้ตั้งใจ ต้องพึ่งพา ไม่แข็งแรงเหมือนคนอื่นที่อายุเท่ากัน ผู้ป่วยบางรายญาติแนะนำให้บวชเพราะไม่มีคนดูแล อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความรู้สึกเบื่อหน่าย รำคาญ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากความรู้สึกนี้พบได้ทั่วไปในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

สำหรับด้านความรู้สึกเสื่อมถอยทางความคิดและความจำ แม้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองชี้แจงชี้แจงและสมาธิไม่ดีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีภาวะพร่องออกซิเจนเรื้อรัง และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อาจมีอาการชี้แจงชี้แจง สมาธิไม่ดี ซึ่งอาจเกิดจากการทำหน้าที่ของสมองค่อยๆ เสื่อมลงเมื่อมีอายุมากขึ้น¹⁸ อย่างไรก็ตามการจดจ่อในเรื่องหนึ่งเรื่องใดไม่ได้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การศึกษาครั้งนี้ไม่มีผู้ป่วยกลุ่มทดลองกลับมารับการรักษากลับมาภายใน 4 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุม 2 รายกลับมาได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชอว์ (Shaw)⁹ ซึ่งได้ศึกษาประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายในผู้



สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงในการกลับเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 363 ราย ที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจตาย ติดเชื้อในทางเดินหายใจ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และผ่าตัดระบบหัวใจและหลอดเลือด การศึกษาพบว่า การวางแผนจำหน่าย และการดูแลที่ต่อเนื่องโดยผู้ชำนาญการในการดูแลผู้สูงอายุสามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษา มีช่วงระยะเวลาที่กลับไปอยู่บ้านนานขึ้น ลดการใช้ยา เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับ นอกจากนี้ เนลเลอร์ และแมคคอลลีย์ (Naylor & McCauley)¹⁰ ได้ศึกษาประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม และในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดน้อยลง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่ดีของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

สรุปและข้อเสนอแนะ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการออกกันของทางเดินหายใจอย่างถาวร การดำเนินโรคจะค่อยๆ เลวลงโดยไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ ผู้ป่วยต้องอยู่กับโรคนี้ไปตลอดชีวิต การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้จะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล การศึกษาครั้งนี้พบว่า การวางแผนจำหน่ายที่ดีสามารถทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนสำคัญเพราะผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีความพร้อมที่จะปฏิบัติหรือรับฟังและมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นกิจกรรมตามแผนจำหน่ายจึงเกิดขึ้นได้จริงและมีประสิทธิภาพ การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหรือการส่งต่อไปยังหน่วยปฐมภูมิ

(primary care unit) ที่มีประสิทธิภาพจะทำให้แผนจำหน่ายได้รับการปรับเปลี่ยนตามสภาพแวดล้อม และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งจะช่วยให้ลดการกลับเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข. 2545.
2. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : อูษาการพิมพ์. 2543.
3. NHLBI Health Information Center. Data fact sheet : COPD. [online] 2001 May. Available form : URL : <http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/lung/other/copd-fact.html>
4. สว่าง แสงหิรัญวัฒนา. อ้างถึงใน จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : อูษาการพิมพ์. 2543.
5. Anderson KL. The effect of chronic obstructive pulmonary disease on quality of life. Research in Nursing & Health. 1995 ; 18 : 547-556.
6. The Cleveland Clinic. Outcome Indicators : What are the risk? COPD. [online] 1990. Available form: URL: <http://www.cleveland clinic.org/quality/08-28/08-28j.htm>
7. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.
8. Roden JW, Taff E. Discharge planning guide for nurses. Philadelphia : W.B.Saunders, 1990.
9. Shaw MC. Discharge planning and home follow up by advanced practice nurse reduced hospital



- readmissions of elderly patients. Evid Based Nurs. 1999 ; 2 : 125.
10. Naylor MD. & McCauley. Comprehensive discharge planning and home follow up of hospitalized elders : A randomized clinical trial. JAMA. 1999 281 : 613-20.
11. Guyatt GH. et al. Quality of life in patients with chronic airflow limitation. Br. J. Dis Chest. 1987 ; 81 : 45-54.
12. Sassi-Dambron DE. Et al. Treatment of dyspnea in COPD : A controlled clinic trial of dyspnea management strategies. Chest. 1995 ; 107 : 724-29.
13. Orlandi O, Perino B & Testi R. Old and new in chest physiotherapy. European Respiratory Journal. 1989 ; 2 suppl. 7 : 595s-598s.
14. Scanlan CL, Wilkins RL. & Stoller JK. EGAN's Fundamentals of respiratory care. 7th ed. St Loius : Mosby : 1999.
15. สมองค์ วังศรี. ผลของการบริหารการหายใจต่อสมรรถภาพในการทำงานของปอด ในผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2528.
16. Christiansen JL, Grzybowski JM. Biology of aging. ST. Louis : Mosky : 1993.
17. สมคิด อุ่นเสมอธรรม และคณะ. การศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติต่อโรคและการรักษาของผู้ป่วยหอบหืด. วารสารวันโรคและโรคทรวงอก. 2544. ; 22 : 8-13.
18. Herr SS, Weber G. Aging, rights, and quality of Life. Baltimore : Paulh Brookers Publishing : 1999.

