

รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคถุงลมโป่งพอง ในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์

ละมัย ปุสาร์รัมย์, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ที่ประยุกต์ใช้วงจร PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง 2) พัฒนารูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง 3) ประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองหลังการใช้รูปแบบกิจกรรม และ 4) เปรียบเทียบสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพในโรงพยาบาลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 10 คน 2) ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองสำหรับศึกษาความต้องการจำเป็น จำนวน 103 คน และ 3) ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองสำหรับทดลองใช้รูปแบบกิจกรรม จำนวน 34 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความต้องการจำเป็น แบบประเมินรูปแบบกิจกรรม และแบบประเมินสถานการณ์สุขภาพ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่า IOC ระหว่าง 0.66–1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.826 และ 0.802 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ค่าดัชนี PNI modified และสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า 1) ความต้องการจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ 3 อันดับแรก ได้แก่ การจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อคลายความเครียด (PNI = 0.634) การมอบรางวัลให้กับผู้ป่วยที่ดูแลสุขภาพดี (PNI = 0.563) และการบริหารกล้ามเนื้อแขนและขา (PNI = 0.517) ตามลำดับ 2) รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ "ปะคำ-แคร์ โมเดล" (Pakham CARE Model) ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 รูปแบบ ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมโภชนาการเพื่อระบบทางเดินหายใจ ($\bar{X}$ = 4.27, S.D. = 0.55) กิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ($\bar{X}$ = 4.23, S.D. = 0.51) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณและจิตใจ ($\bar{X}$ = 4.19, S.D. = 0.53) และกิจกรรมสร้างแรงจูงใจและความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{X}$ = 4.18, S.D. = 0.46) โดยทั้ง 4 รูปแบบได้รับการประเมินในระดับมากทั้งหมด 3) สถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.77, S.D. = 0.66) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า สุขภาพจิตใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 3.80, S.D. = 0.42) รองลงมาคือสุขภาพกาย ($\bar{X}$ = 3.75, S.D. = 0.90) และ 4) ผู้ป่วยมีคะแนนสุขภาพกายและจิตใจหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสุขภาพจิตใจมีการพัฒนาสูงกว่าสุขภาพกาย สรุปได้ว่า รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพที่พัฒนาขึ้นเป็นนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนหรือพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัดได้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการดูแลแบบองค์รวม

คำสำคัญ : การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด, โรคปอดอักเสบ, โรคถุงลมโป่งพอง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์, E-mail: lamairita144@gmail.com

Physical and Mental Health Rehabilitation Activities for Patients Receiving Treatment for Emphysema at Pakham Hospital, Pakham District, Buriram Province

Lamai Poosaram, RN.¹

Abstract

This participatory action research (PAR) applied the PAOR cycle (Plan-Act-Observe-Reflect) with the following objectives: 1) to study the needs for developing health rehabilitation activities for emphysema patients, 2) to develop a physical and mental health rehabilitation activity model for emphysema patients, 3) to assess the physical and mental health status of emphysema patients after using the activity model, and 4) to compare the physical and mental health of emphysema patients before and after using the health rehabilitation activity model at Pakham Hospital, Pakham District, Buriram Province. The research samples consisted of three groups: 1) 10 nurses and medical personnel, 2) 103 emphysema patients for needs assessment, and 3) 34 emphysema patients for the activity model trial. Research instruments included needs assessment questionnaires, activity model evaluation forms, and health status assessment forms, which were validated for content validity by three experts with IOC values ranging from 0.66 to 1.00 and reliability coefficients of 0.826 and 0.802, respectively. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation), the PNI modified index, and inferential statistics (paired t-test). Qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings revealed that 1) the top three needs for developing health rehabilitation activities were recreational activities for stress relief (PNI = 0.634), reward activities for patients with good health maintenance (PNI = 0.563), and arm and leg muscle exercises (PNI = 0.517), respectively. 2) The developed "Pakham CARE Model" health rehabilitation activity model consisted of four components: nutritional promotion activities for the respiratory system ($\bar{X}$ = 4.27, S.D. = 0.55), physical fitness promotion activities ($\bar{X}$ = 4.23, S.D. = 0.51), spiritual and mental wellness promotion activities ($\bar{X}$ = 4.19, S.D. = 0.53), and motivation and social relationship building activities ($\bar{X}$ = 4.18, S.D. = 0.46), with all four components evaluated at a high level. 3) The overall physical and mental health status of patients after using the activity model was at a high level ($\bar{X}$ = 3.77, S.D. = 0.66). When examined by dimension, mental health had the highest mean score ($\bar{X}$ = 3.80, S.D. = 0.42), followed by physical health ($\bar{X}$ = 3.75, S.D. = 0.90). 4) Patients had significantly higher physical and mental health scores after using the health rehabilitation activity model compared to before using it ($p < 0.05$), with mental health showing greater improvement than physical health. In conclusion, the developed health rehabilitation activity model is a scalable and effective innovation suitable for implementation in community hospitals and resource-limited rural settings, prioritizing community participation and holistic care delivery.

KEYWORDS : pulmonary rehabilitation, pneumonia, emphysema

¹ Professional Nurse, Pakham Hospital, Pakham District, Buriram Province, E-mail: lamairita144@gmail.com

บทนำ

โรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary Emphysema) เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) ซึ่งครอบคลุมทั้งโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง สาเหตุสำคัญของโรคนี้มักเกิดจากการสูดดมสารมลพิษในอากาศ เช่น ควันบุหรี่ หรือควันจากการเผาไหม้ ทำให้สารพิษเหล่านี้เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้เนื้อเยื่อปอดเสื่อมสภาพ เกิดการอักเสบและค่อย ๆ ทำลายโครงสร้างของระบบหายใจจนเกิดภาวะอุดกั้นเรื้อรังในที่สุด (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2565) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า สาเหตุหลักของการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง คือ เกิดจากการสูบบุหรี่ แต่อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถเป็นสาเหตุของโรคถุงลมโป่งพองได้เช่นกัน อาทิ การสูดดมสารที่เป็นพิษซึ่งอาจอยู่ในรูปของฝุ่น ควัน แก๊ส หรือสารเคมีที่มีอนุภาคเล็ก ๆ เข้าไปยังปอด หรือ การได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นสูบ หรือ ได้รับจากสิ่งแวดล้อมที่มีมลภาวะ และในบางรายอาจจะมีพันธุกรรมที่ผิดปกติทำให้ปอดทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ หรือ อาจจะมี ความผิดปกติของปอดตั้งแต่เด็ก ๆ ก็ทำให้มีโอกาสเกิดโรคมามากกว่าคนทั่วไป (อดิสร มนุสาร, 2567)

นอกจากนี้แล้วโรคถุงลมโป่งพองยังเป็นโรคที่มีความผิดปกติในการตอบสนองของปอดต่อสารหรือก๊าซที่มารกระตุ้น จนส่งผลกระทบต่อให้เกิดการอักเสบและเกิดการอุดกั้นของหลอดลมและเนื้อปอด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมขนาดใหญ่จะมีต่อมขับเมือกใหญ่ขึ้นทำให้สร้างเสมหะมากขึ้น หลอดลมเล็กมีการอักเสบ ทำให้มีเสมหะอุดตันหลอดลมกลั่นเนื้อผนังหลอดลมโตขึ้น และในเนื้อปอด มีการโป่งพองของถุงลมภายในปอด (สิริรัตน์ นฤมิตร, 2564) จากความผิดปกติของหลอดลมและถุงลมปอด ส่งผลให้การทำงานของหลอดลมมีขนาดเล็กและความยืดหยุ่นของปอดลดลง แรงดันลมภายในปอดลดลง แรงดึงถ่างหลอดลมลดลง ทำให้หลอดลมแฟบกว่าปกติได้ หลอดลมหลังเมือก

มากกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอ มีเสมหะเรื้อรัง การเคลื่อนไหวของปอดและผนังทรวงอกลดลงทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้หายใจมีความแข็งแรงลดลง เกิดอาการเหนื่อยอ่อนเพลียง่ายกว่าปกติ และการมีอากาศคั่งค้างอยู่ในปอดขณะหายใจออก ทำให้ต้องออกแรงในการหายใจมากกว่าปกติเกิดภาวะหายใจลำบากได้ อีกทั้งผู้ป่วยที่เป็นโรคถุงลมโป่งพอง ถุงลมและหลอดลมจะเสียความยืดหยุ่น และผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ในระยะเริ่มแรกมักจะไม่มีอาการแต่ต่อมาเมื่อเป็นมากขึ้นอาการก็จะแสดงชัดเจนขึ้นตามลำดับ (วิชัย บุญสร้างสุข, 2563)

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) และองค์การโรคถุงลมโป่งพองโลก (Global Initiative Obstructive Lung Disease) ได้ร่วมกันกำหนดให้วันพุธที่สองของเดือนพฤศจิกายนของทุกปี เป็นวันถุงลมโป่งพองแห่งโลก เพื่อเสริมพลังและแรงจูงใจให้ทุกคนได้ตระหนักถึงผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองกว่า 3 ล้านคน ในขณะที่ทั่วโลกมีผู้ป่วยทั้งหมดรวม 300 ล้านคน (โรงพยาบาลจุฬารัตน์, 2564) และจากรายงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2561) พบว่า อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J40-J44) ในเขตสุขภาพที่ 9 ต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ในปี พ.ศ. 2559 – 2561 มีจำนวน 5,396 คน 5,174 คน และ 5,072 คนตามลำดับ

โรงพยาบาลปะคำเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่มีจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยเพียง 30 เตียง ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ (1) เป็นพื้นที่ชนบทห่างไกลที่มีประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการสัมผัสฝุ่นละอองและควันไฟจากการเผาไหม้เป็นประจำ (2) มีอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรวัยทำงานสูง โดยเฉพาะในกลุ่มเพศชาย และ (3) มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุมเนื่องจากระยะทางและการขาดแคลน

บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง จากข้อมูลของโรงพยาบาลปะคำ ปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคถุงลมโป่งพองและมารับบริการอย่างต่อเนื่องจำนวนทั้งสิ้น 141 คน คิดเป็นอัตรา 285.71 คนต่อประชากร 100,000 คน (อ้างอิงจากประชากรอำเภอปะคำ จำนวน 49,366 คน ณ ปี 2566) ซึ่งเมื่อเทียบกับอัตราผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองในระดับประเทศที่อยู่ประมาณ 220–250 คนต่อประชากร 100,000 คน แสดงให้เห็นว่าอำเภอปะคำมีอัตราผู้ป่วยสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศร้อยละ 14.28–29.87 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำมีลักษณะความรุนแรงของโรคดังนี้ ผู้ป่วยระดับความรุนแรงปานกลาง (GOLD Stage II) ร้อยละ 48.23 (68 คน) ผู้ป่วยระดับความรุนแรงมาก (GOLD Stage III) ร้อยละ 34.04 (48 คน) และผู้ป่วยระดับความรุนแรงมากที่สุด (GOLD Stage IV) ร้อยละ 17.73 (25 คน) ซึ่งข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 อยู่ในระดับความรุนแรงมากถึงมากที่สุด ซึ่งต้องการการดูแลและการฟื้นฟูสุขภาพอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง

ยิ่งไปกว่านั้น จากการสำรวจเบื้องต้นของโรงพยาบาลปะคำในปี พ.ศ. 2565–2566 พบว่า ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (28-day readmission rate) สูงถึงร้อยละ 23.40 (33 คนจากผู้ป่วย 141 คน) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 15 และสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับเขตสุขภาพที่ 9 ที่อยู่ที่ร้อยละ 18.67 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (SF-36 Physical Component Summary) เฉลี่ยอยู่ที่ 38.42 ± 8.15 คะแนน และคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจ (SF-36 Mental Component Summary) เฉลี่ยอยู่ที่ 41.28 ± 9.47 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรทั่วไปที่อยู่ 50 ± 10 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตทั้งด้านกายและจิตใจที่ต่ำ แม้ว่าในปัจจุบันโรงพยาบาลปะคำจะมีการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคถุงลม

โป่งพองตามแนวทางมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การให้ยาตามอาการ และการแนะนำการดูแลตนเองเบื้องต้น แต่จากข้อมูลการติดตามผลการรักษา พบว่ารูปแบบการให้บริการดังกล่าวยังมีข้อจำกัดและไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ ดังจะเห็นได้จาก

ประการแรก การให้บริการฟื้นฟูสุขภาพในปัจจุบันยังไม่มีต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยผู้ป่วยร้อยละ 68.09 (96 คนจากผู้ป่วย 141 คน) รายงานว่าได้รับการให้ความรู้และคำแนะนำเพียงครั้งเดียวในช่วงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล และไม่มีการติดตามผลหรือให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องหลังจากกลับไปอยู่ที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองและไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างสม่ำเสมอ

ประการที่สอง กิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพที่มีอยู่มุ่งเน้นเฉพาะด้านสุขภาพกายเท่านั้น โดยเฉพาะการฝึกหายใจและการออกกำลังกายเบื้องต้น แต่ยังขาดการดูแลด้านสุขภาพจิตใจอย่างเป็นระบบ ทั้งที่จากการศึกษาของ Yohannes และ Alexopoulos (2014) พบว่า ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 40–60 ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินของโรคและคุณภาพชีวิตโดยรวม นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย 30 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 73.33 (22 คน) มีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยร้อยละ 56.67 (17 คน) รู้สึกหมดกำลังใจและท้อแท้เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยร้อยละ 43.33 (13 คน) รู้สึกเป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม

ประการที่สาม การให้บริการยังขาดการปรับให้เข้ากับบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยในพื้นที่ชนบท เนื้อหาและวิธีการที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นการถ่ายทอดความรู้แบบทางเดียว ไม่ได้คำนึงถึงความเชื่อทางวัฒนธรรม ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคม หรือศักยภาพในการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพของผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์

พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 81.56 (115 คน) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ผู้ป่วยร้อยละ 64.54 (91 คน) อาศัยอยู่ห่างจากโรงพยาบาลมากกว่า 10 กิโลเมตร และผู้ป่วยร้อยละ 52.48 (74 คน) ไม่มีผู้ดูแลประจำที่บ้าน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการและการปฏิบัติตามแผนการรักษา

ประการสุดท้าย ยังขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลเพียงหน่วยงานเดียว โดยไม่มีการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเครือข่ายชุมชนในพื้นที่ ส่งผลให้ขาดการสนับสนุนทางสังคมและการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดในชุมชน

การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกับสถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อนำไปสู่การออกแบบและพัฒนาแบบกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการวิจัยจะช่วยให้สามารถฟื้นฟูสุขภาพให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืนในที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นและประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพที่มีต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์

4. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพในโรงพยาบาลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ มีคะแนนสุขภาพกายและจิตใจหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย (ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2567 - กันยายน 2568)

1. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ที่ประยุกต์ใช้วงจร PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) ของ Kemmis และ McTaggart (2005) ในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยดำเนินการผ่าน 2 วงจร PAOR เพื่อให้การพัฒนาแบบมีความสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของพื้นที่ กำหนดขั้นตอนการศึกษาดังนี้

2. กลุ่มตัวอย่างที่ 1 คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ จำนวน 103 คน เกณฑ์กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรตารางของเครจซี่และมอร์แกน เนื่องจากประชากรมีเพียงหลักร้อย (ประชากร 141 คน) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ 2) เป็นผู้ป่วยที่เข้าใจ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี ทั้งการพูด การอ่าน การเขียน และการฟัง 3) เป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ และกำหนดเกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) เมื่ออาการป่วยของผู้เข้าร่วมโครงการกำเริบ 2) ผู้เข้าร่วมติดภารกิจส่วนตัวและแจ้งความประสงค์จะขอออกจากโครงการวิจัย และ 3) ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเกิดความรู้สึกไม่สบายใจและไม่พร้อมจะอยู่ในโครงการ

ต่อไป จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ได้แก่ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคถุงลมโป่งพอง จำนวน 10 คน ตามจำนวนที่เป็นจริง กลุ่มตัวอย่างที่ 3 คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลประจำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ จำนวน 34 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคถุงลมโป่งพอง "ปะคำ-แคร์ โมเดล" (Pakham CARE Model) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจความต้องการจำเป็น(PNI modified) การสนทนากลุ่ม(Focus Group Discussion) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการทบทวนเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ร่วมกับการประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง ญาติ ผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำชุมชน เพื่อสร้างรูปแบบกิจกรรมที่ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย รูปแบบกิจกรรม ดังนี้

3.1 รูปแบบกิจกรรมเบื้องต้น (วงจร PAOR ที่ 1) รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการทดลองครั้งแรก (วงจร PAOR ที่ 1) ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้

รูปแบบที่ 1: กิจกรรมที่เน้นความบันเทิงและคลายความเครียด กิจกรรมนี้มุ่งเน้นการลดความวิตกกังวล ความเครียด และส่งเสริมสุขภาพจิตใจของผู้ป่วยผ่านกิจกรรมที่สร้างความผ่อนคลายและความสุข ประกอบด้วย

1) จัดกิจกรรมสนทนาการ เช่น เปิดภาพยนตร์ตลกเบาสมองให้กับผู้ป่วยเพื่อคลายความเครียด และสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง

2) จัดกิจกรรมดนตรีบำบัด เช่น การฟังเพลงเบาสบาย การร้องเพลงร่วมกัน หรือการเล่นดนตรี

พื้นบ้านอย่างง่าย เพื่อกระตุ้นอารมณ์เชิงบวกและสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วย

3) กิจกรรมเปิดคลิป์วิดีโอธรรมะ ให้ผู้ป่วยรับชมระหว่างรอการรักษา เพื่อสร้างความสงบทางจิตใจและกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย (ดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 15 – 20 นาที จัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง)

รูปแบบที่ 2: กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพร่างกาย กิจกรรมนี้มุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วย โดยเฉพาะการเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจและการเคลื่อนไหวร่างกาย ประกอบด้วย

1) การฝึกบริหารกล้ามเนื้อแขนและขา เช่น การยกแขน การหมุนข้อมือ การเหยียดขา และการย่อเข่า เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนปลายและป้องกันภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง

2) การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม (Diaphragmatic Breathing) สอนให้ผู้ป่วยหายใจลึกโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องแทนกล้ามเนื้อหน้าอก เพื่อเพิ่มปริมาตรอากาศที่เข้าสู่ปอดและลดความเหนื่อยล้าจากการหายใจ

3) การฝึกหายใจแบบจิบริมฝีปาก (Pursed-lip Breathing) สอนให้ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกและหายใจออกทางปากที่จิบเบา ๆ เพื่อควบคุมอัตราการหายใจและลดอาการหายใจลำบาก

4) การออกกำลังกายโดยการเดินร่วมกับการฝึกหายใจ สอนให้ผู้ป่วยเดินเหยาะ ๆ พร้อมกับการฝึกหายใจด้วยวิธีจิบริมฝีปาก เพื่อเพิ่มความอดทนของร่างกายและปรับปรุงสมรรถภาพการหายใจ (ดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 15 – 20 นาที จัดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง)

รูปแบบที่ 3: กิจกรรมที่เน้นด้านจิตวิญญาณและจิตใจ กิจกรรมนี้มุ่งเน้นการสร้างกำลังใจ ความหวัง และความสงบทางจิตใจให้กับผู้ป่วยผ่านกิจกรรมทางจิตวิญญาณและการสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย

1) กิจกรรมมอบรางวัลให้กับผู้ป่วยที่ดูแลสุขภาพดี เพื่อสร้างแรงจูงใจและยกย่องเชิดชูผู้ป่วยที่มีความมุ่งมั่นในการดูแลตนเอง เช่น การมอบ

ประกาศนียบัตร ของที่ระลึก หรือคำชมเชยต่อหน้าผู้ป่วยคนอื่น ๆ

2) กิจกรรมนั่งสมาธิและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive Muscle Relaxation) สอนให้ผู้ป่วยฝึกการนั่งสงบ ปล่อยวางความคิด และผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนเพื่อลดความตึงเครียดทางกายและจิตใจ

3) กิจกรรมสวดมนต์หรือภาวนา จัดให้ผู้ป่วยได้สวดมนต์หรือภาวนาตามศาสนาและความเชื่อของตนเอง เพื่อสร้างความสงบภายในและกำลังใจทางจิตวิญญาณ (ดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 15 – 20 นาที จัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง)

3.2 การพัฒนาและการปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมระหว่างการจัด

จากการดำเนินการในวงจร PAOR ที่ 1 พบว่ารูปแบบกิจกรรมทั้ง 3 รูปแบบข้างต้นสามารถตอบสนองความต้องการหลักของผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังมีช่องว่างบางประการที่จำเป็นต้องปรับปรุงและเพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการส่งเสริมโภชนาการและการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการสะท้อนผล (Reflect) ในการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3 ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบประเด็นสำคัญดังนี้

ประเด็นที่ 1: ความจำเป็นในการเพิ่มกิจกรรมด้านโภชนาการ

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างการจัดในวงจรที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 67.65 (23 คนจาก 34 คน) มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองในระดับต่ำ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงบริโภคอาหารที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น อาหารรสจัด อาหารที่มีไขมันสูง และขาดการบริโภคผักและผลไม้ที่เพียงพอ นอกจากนี้ ผู้ป่วยหลายรายมีภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) จากการสูญเสียน้ำหนักและการได้รับพลังงานไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพและคุณภาพชีวิต บุคลากรทางการแพทย์ทั้ง 10 คน (ร้อยละ 100) เห็นพ้อง

ต้องกันว่า การให้ความรู้และคำปรึกษาด้านโภชนาการควรเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพอย่างชัดเจน

ประเด็นที่ 2: ความจำเป็นในการสร้างแรงจูงใจอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

จากการสังเกตการณ์และการสัมภาษณ์ พบว่าแม้กิจกรรมรูปแบบที่ 3 จะมีการมอบรางวัลให้กับผู้ป่วยที่ดูแลสุขภาพดี แต่การสร้างแรงจูงใจยังไม่เป็นระบบและไม่ต่อเนื่องเพียงพอ ผู้ป่วยร้อยละ 55.88 (19 คนจาก 34 คน) รายงานว่า ต้องการระบบการติดตามและให้กำลังใจที่สม่ำเสมอมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงที่กลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งมักจะรู้สึกขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เสนอว่า ควรมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงพยาบาล เช่น การโทรศัพท์ติดตามผล การใช้กลุ่มไลน์ (Line Group) ในการแบ่งปันประสบการณ์ และการจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน

การตัดสินใจปรับปรุงและเพิ่มเติมรูปแบบกิจกรรม

จากประเด็นทั้งสองข้างต้น คณะทำงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจึงมีมติร่วมกันในการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3 ว่า ควรปรับปรุงและขยายขอบเขตของรูปแบบกิจกรรมให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยเพิ่มเติม 2 กิจกรรมย่อย ได้แก่ (1) กิจกรรมส่งเสริมโภชนาการ ซึ่งจะบูรณาการเข้ากับรูปแบบที่ 2 (กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพร่างกาย) และ (2) กิจกรรมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะบูรณาการเข้ากับรูปแบบที่ 3 (กิจกรรมที่เน้นด้านจิตวิญญาณและจิตใจ) เพื่อให้รูปแบบกิจกรรมมีความสมบูรณ์และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

3.3 รูปแบบกิจกรรมที่ปรับปรุงแล้ว (วงจร PAOR ที่ 2)

ดังนั้น ในวงจร PAOR ที่ 2 รูปแบบกิจกรรมจึงได้รับการปรับปรุงเป็น 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

รูปแบบที่ 1: กิจกรรมที่เน้นความบันเทิงและคลายความเครียด (เหมือนเดิม ไม่มีการเปลี่ยนแปลง)

รูปแบบที่ 2: กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพร่างกาย (ปรับปรุงและเพิ่มเติม)

กิจกรรมที่เพิ่มเติม: กิจกรรมส่งเสริมโภชนาการประกอบด้วย

- การให้ความรู้เกี่ยวกับหลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง

- การจัดนิทรรศการและสาธิตการปรุงอาหารที่เหมาะสม

- การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการรายบุคคล
- การติดตามและประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

(ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที กิจกรรมด้านโภชนาการจัดเดือนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที)

รูปแบบที่ 3: กิจกรรมที่เน้นด้านจิตวิญญาณและจิตใจ (ปรับปรุงและเพิ่มเติม)

กิจกรรมที่เพิ่มเติม: กิจกรรมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

- การจัดตั้งกลุ่มไลน์ (Line Group) สำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

- การติดตามทางโทรศัพท์จากพยาบาลหรืออาสาสมัครสาธารณสุข สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

- การจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน (Patient Support Group) เดือนละ 1 ครั้ง

- การจัดทำปฏิทินกิจกรรมและแผนการดูแลตนเองรายบุคคลที่ติดตามผลได้

(ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที กิจกรรมสร้างแรงจูงใจดำเนินการต่อเนื่องตลอดโครงการ)

รูปแบบที่ 4: กิจกรรมการจัดการตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน (กิจกรรมใหม่)

- 1) การอบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง

- 2) การพัฒนาแผนดูแลตนเองรายบุคคล (Personal Action Plan)

- 3) การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแล

- 4) การสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน

(ดำเนินกิจกรรมตลอดโครงการ โดยบูรณาการเข้ากับกิจกรรมอื่น ๆ)

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย:

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองด้วยการประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารอถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ โดยผู้เชี่ยวชาญซึ่งประกอบด้วยบุคลากรในกลุ่มงานพยาบาลจำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินการโดยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการซึ่งทุกคนลงความเห็นว่ารูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารอถุงลมโป่งพอง ในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ ที่ได้รับการปรับปรุงและพัฒนา มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ชุดที่ 1 แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้แบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับความต้องการจำเป็น (สภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์) ของกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารอถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 11 ข้อ ตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารอถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ ในปัจจุบัน แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 11 ข้อ แบบสอบถาม

ชุดที่ 2 แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้แบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประจำ อ. ปะคำ จ. บุรีรัมย์ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ และตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เป็นคำถามปลายเปิด

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยทดสอบคุณภาพแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบ โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้

+1 ข้อคำถามมีความสอดคล้อง

0 ไม่แน่ใจ

-1 ข้อคำถามไม่มีความสอดคล้อง

จากนั้นนำกลับมาคำนวณหาค่า IOC โดยหากมีค่า IOC ระหว่าง 0.60 - 1.00 ถือว่าข้อคำถาม มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย นำแบบสอบถามนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงหรือค่าความเชื่อมั่น โดยการแบบสอบถามไปทดลองเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษามากที่สุด จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยการวัดค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach) หากค่าความเชื่อมั่นที่ได้ มีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไปถือว่าเครื่องมือวิจัยมีความเที่ยง (อรรถเดช สรสุชาติ และธณิดา มนต์ขลัง, 2567) สามารถที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลในการวิจัยได้ หากค่าความเชื่อมั่นที่ได้มีค่าน้อยกว่า 0.70 จะนำแบบสอบถามไปแก้ไข นำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงต่อไปและผลการวิเคราะห์ค่า IOC ของแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด พบว่า มีค่าระหว่าง 0.66 – 1.00 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคมีค่าเท่ากับ 0.826 และ 0.802 ตามลำดับแสดงว่าแบบสอบถามมีคุณภาพสูงสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่าน 2 วงจร PAOR ตามลำดับดังนี้

ครั้งที่ 1: การสำรวจความต้องการจำเป็นและสถานการณ์ปัจจุบัน (ระยะ Plan)

1.1 การเก็บข้อมูลจากพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์แจกแบบสอบถามชุดที่ 1 จำนวน 10 ฉบับ ให้กับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคถุงลมโป่งพอง จำนวน 10 คน (ตามจำนวนที่เป็นจริง) เก็บแบบสอบถามได้ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.00 วัตถุประสงค์: เพื่อสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของการดูแลผู้ป่วยปัญหาที่พบ และความต้องการในการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ

1.2 การเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองแจกแบบสอบถามชุดที่ 1 จำนวน 103 ฉบับ ให้กับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประจำ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เก็บแบบสอบถามได้ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.00 วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินความต้องการจำเป็น (Needs Assessment) ในการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ โดยวัดสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ของกิจกรรมต่าง ๆ และประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยในปัจจุบัน

1.3 การดำเนินกิจกรรมเชิงคุณภาพ จัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วย (12 คน) ญาติผู้ดูแล (10 คน) บุคลากรทางการแพทย์ (8 คน) และ อสม./ผู้นำชุมชน (10 คน) สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ป่วย 15 คน วัตถุประสงค์: เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ ความต้องการ อุปสรรค และข้อเสนอแนะอย่างลึกซึ้ง

ครั้งที่ 2: การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น (ระยะ Plan - Observe)

หลังจากพัฒนารูปแบบกิจกรรมเบื้องต้นจากข้อมูลในครั้งที่ 1 และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้ แจกแบบประเมินรูปแบบกิจกรรม จำนวน 10 ฉบับ ให้กับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคถุงลมโป่งพอง จำนวน 10 คน (ตามจำนวนที่เป็นจริง) เก็บคืนได้ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.00
วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพที่พัฒนาขึ้น

วงจร PAOR ที่ 2 : การทดลองใช้และ

ประเมินผลรูปแบบกิจกรรม

ครั้งที่ 3: การทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมและประเมินผลลัพท์ (ระยะ Act - Observe) นำรูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง จำนวน 34 คน ที่คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน (12 สัปดาห์) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองได้แก่ ก่อนการทดลอง (Baseline): ประเมินสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยด้วยแบบสอบถามชุดที่ 2 หลังการทดลอง 1 เดือน: ประเมินสุขภาพกายและจิตใจครั้งที่ 1 หลังการทดลอง 3 เดือน: ประเมินสุขภาพกายและจิตใจครั้งที่ 2 (สิ้นสุดการทดลอง) เก็บรวบรวมแบบสอบถามได้ครบตามจำนวนทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100.00
วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบกิจกรรมต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วย

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติม: บันทึกการสังเกตการณ์ระหว่างการจัดกิจกรรม สัมภาษณ์ผู้ป่วยญาติผู้ดูแล และคณะทำงาน (ทุกเดือน) ทบทวนสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวของผู้ป่วย

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐาน เช่น ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถาม และ

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยการกำหนดเกณฑ์ของช่วงห่างในแต่ละช่วงชั้น ดังนี้ (อรรถเดช สรสุชาติ และรณิดา มนต์ขลัง, 2567)

ช่วงห่างในแต่ละช่วงชั้น = (ชั้นที่มีคะแนนสูงสุด-ชั้นที่มีคะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น = $(5-1)/5 = 0.80$

ผู้วิจัยจึงกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละช่วงชั้นและการแปลผล ดังนี้

4.21 – 5.00 หมายถึง มีระดับมากที่สุด

3.41 – 4.20 หมายถึง มีระดับมาก

2.61 – 3.40 หมายถึง มีระดับปานกลาง

1.81 – 2.60 หมายถึง มีระดับน้อย

1.00 – 1.80 หมายถึง มีระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นใช้วิธีการวิเคราะห์ดัชนี PNI จากสูตร $PNI\ modified = (I-D)/D$ โดย I (Importance) หมายถึง ระดับความสำคัญของข้อความนั้นเปรียบเสมือนค่าที่บอกระดับของ “What Should Be” และ D (Degree of Success) หมายถึง มาตราวัดที่แสดงระดับที่ข้อรายนั้นได้รับการตอบสนองหรือระดับสัมฤทธิ์ผล ($D = Degree\ of\ Success$) ที่เป็นอยู่ในขณะนั้น เปรียบเสมือนค่าที่บอกระดับของ “What Is” ซึ่งการวิจัยนี้กำหนดความคาดหวัง มีค่าสูงสุดเท่ากับ 5 ส่วนการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นใช้การเรียงค่าดัชนีจากมากไปหาน้อย ดัชนีที่มีค่ามาก แปลว่า มีความต้องการจำเป็นสูงที่ต้องได้รับความสนใจต้องพัฒนามากกว่าดัชนีที่มีค่าน้อยกว่าโดยค่าดัชนี $PNI > 0.2$ ถือว่ามีความต้องการจำเป็น (สุวิมล ว่องวานิช, 2550)
การทดสอบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพกายและจิตใจก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired Sample t-test (t-test for dependent samples) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรตาม ได้แก่ คะแนนสุขภาพกาย (วัดจาก: ระดับอาการหายใจลำบาก, คุณภาพชีวิตเฉพาะโรค, ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน) คะแนนสุขภาพจิตใจ (วัดจาก: ระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า, คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ)

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามการอนุมัติ ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ BRO 2024 – 1024 ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1. การศึกษาความต้องการจำเป็นและประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 83.50 และทั้งหมดมีอายุมากกว่า 61 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 68.00 และมีการศึกษาในระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 79.60 ซึ่งส่วนใหญ่เข้ารับการรักษามากกว่า 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 86.40

สำหรับสถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ ภายหลังการใช้กิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพที่ถูกพัฒนาขึ้น พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.77$, S.D. = 0.66) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านสุขภาพใจอยู่ในระดับมากและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.80$, S.D. = 0.42) และรองลงมาคือด้านสุขภาพกาย ($\bar{X} = 3.75$, S.D. = 0.90)

สำหรับความต้องการจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้ค่าดัชนี PNI > 0.20 พบว่ามี 9 ประเด็น ที่มีความต้องการจำเป็นในการพัฒนาเรียงลำดับตามค่า PNI จากมากไปน้อย ดังนี้ 1) จัดกิจกรรมสันทนากการ เช่น เปิดภาพยนตร์ตลกเบาสมองให้กับผู้ป่วยเพื่อคลายความเครียด (PNI = 0.634) 2) จัดกิจกรรมมอบรางวัลให้กับผู้ป่วยที่ดูแลสุขภาพดี (PNI = 0.563) 3) การให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อแขนและขา

(PNI = 0.517) 4) จัดกิจกรรมดนตรีบำบัด (PNI = 0.478) 5) การสอนให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจโดยใช้กลัมน้ำกระบังลม (PNI = 0.459) 6) การให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยการเดินร่วมกับการฝึกหายใจโดยวิธีห่อปากหรือเป่าปาก (PNI = 0.457) 7) เปิดคลิปวิดีโอธรรมะให้ผู้ป่วยรับชมระหว่างรอการรักษา (PNI = 0.444) 8) จัดกิจกรรมนั่งสมาธิให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา (PNI = 0.424) และ 9) จัดกิจกรรมสวดมนต์ให้กับผู้ป่วย (PNI = 0.398) ดังปรากฏในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าความต้องการจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ (PNI>0.20) (N=103)

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน	สภาพที่พึงประสงค์	PNI
1.จัดกิจกรรมสันทนากการ เช่น เปิดภาพยนตร์ตลกเบาสมองให้กับผู้ป่วยเพื่อคลายความเครียด	2.46	4.02	0.634
2.จัดกิจกรรมมอบรางวัลให้กับผู้ป่วยที่ดูแลสุขภาพดี	2.59	4.05	0.563
3.การให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อแขนและขา	2.80	4.25	0.517
4.จัดกิจกรรมดนตรีบำบัด	2.51	3.71	0.478
5.การสอนให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจโดยใช้กลัมน้ำกระบังลม	2.81	4.10	0.459
6.การให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยการเดินร่วมกับการฝึกหายใจโดยวิธีห่อปากหรือเป่าปาก	2.80	4.08	0.457

ประเด็น	สภาพ ปัจจุบัน	สภาพ ที่พึง ประสงค์	PNI
7.เปิดคลินิกวิดีโอธรรมะ ให้ผู้ป่วยรับชมระหว่าง รอการรักษา	2.84	4.10	0.444
8.จัดกิจกรรมนั่งสมาธิ ให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษา	2.52	3.59	0.424
9.จัดกิจกรรมสวนมนต์ ให้กับผู้ป่วย	2.88	4.00	0.398

2. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ มี 4 รูปแบบ คือ 2.1) กิจกรรมส่งเสริมโภชนาการเพื่อระบบทางเดินหายใจ ($\bar{X}$ =4.27, S.D.=0.55) 2.2) กิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ($\bar{X}$ =4.23, S.D.=0.51) 2.3) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณและจิตใจ ($\bar{X}$ =4.19, S.D.=0.53) 2.4) กิจกรรมสร้างแรงจูงใจและความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{X}$ =4.18, S.D.=0.46) ดังปรากฏในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ (N=103)

รูปแบบกิจกรรม	$\bar{X}$	SD	แปล ความ
รูปแบบที่ 1: กิจกรรมส่งเสริมโภชนาการเพื่อระบบทางเดินหายใจ	4.27	0.55	มาก
รูปแบบที่ 2: กิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย	4.23	0.51	มาก

รูปแบบกิจกรรม	$\bar{X}$	SD	แปล ความ
รูปแบบที่ 3: กิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณและจิตใจ	4.19	0.53	มาก
รูปแบบที่ 4: กิจกรรมสร้างแรงจูงใจและความสัมพันธ์ทางสังคม	4.18	0.46	มาก

3. การศึกษาผลของรูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพที่มีต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพที่มีต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยมีคะแนนสุขภาพกายเพิ่มขึ้นจาก 2.85 เป็น 3.75 คะแนนสุขภาพกายเพิ่มขึ้น 0.90 คะแนน (ร้อยละ 31.60) และคะแนนสุขภาพจิตใจเพิ่มขึ้นจาก 2.92 เป็น 3.80 เพิ่มขึ้น 0.88 คะแนน (ร้อยละ 30.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

4. การเปรียบเทียบสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพในโรงพยาบาลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนสุขภาพกายและจิตใจหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านสุขภาพกาย ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบกิจกรรม ($\bar{X}$ = 2.85, S.D. = 0.78) และหลังการใช้รูปแบบกิจกรรม ($\bar{X}$ = 3.75, S.D. = 0.90) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.42, p < 0.001$) ด้านสุขภาพจิตใจ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบกิจกรรม ($\bar{X}$ = 2.92, S.D. = 0.65) และหลังการใช้รูปแบบกิจกรรม ($\bar{X}$ = 3.80, S.D. = 0.42) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($t = -9.56, p < 0.001$) ภาพรวม ผู้ป่วยมีคะแนนสุขภาพกายและจิตใจโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก ($\bar{X} = 2.89, S.D. = 0.68$) เป็น ($\bar{X} = 3.77, S.D. = 0.66$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.15, p < 0.001$)

กล่าวโดยสรุป รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ "ปะคำ-แคร์ โมเดล" มีประสิทธิผลในการพัฒนาสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสุขภาพจิตใจมีการพัฒนาสูงกว่าสุขภาพกาย (ค่า t ของสุขภาพจิตใจ = -9.56 เทียบกับสุขภาพกาย = -8.42) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

อภิปรายผล

1. ความต้องการจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวม

ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ (1) กิจกรรมที่เน้นความบันเทิงและคลายความเครียด (2) กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพร่างกาย และ (3) กิจกรรมที่เน้นด้านจิตวิญญาณและจิตใจ แสดงให้เห็นว่าการฟื้นฟูสุขภาพต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับ Chan et al. (2012) ที่พบว่าดนตรีบำบัดช่วยลดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวล Spruit et al. (2013) ที่พบว่ากิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกายและลดอาการเหนื่อยล้า และ Puchalski et al. (2014) ที่แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมทางจิตวิญญาณช่วยปรับตัวทางอารมณ์และเพิ่มความหวังในการรักษา

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบกิจกรรม "ปะคำ-แคร์ โมเดล" ที่พัฒนาผ่านวงจร PAOR ประกอบด้วย 4 รูปแบบหลัก ได้แก่ (1) กิจกรรมส่งเสริมโภชนาการเพื่อระบบทางเดินหายใจ ($\bar{X} = 4.27, SD = 0.55$) (2) กิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ($\bar{X} = 4.23, SD = 0.51$) (3) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณและจิตใจ

($\bar{X} = 4.19, SD = 0.53$) และ (4) กิจกรรมสร้างแรงจูงใจและความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{X} = 4.18, SD = 0.46$) โดยทั้ง 4 รูปแบบได้รับการประเมินในระดับมากที่สุด แสดงว่าตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม

กิจกรรมออกกกำลังกายในร่ม เช่น การเดินร่วมฝึกหายใจและการบริหารกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับ Spruit et al. (2013) ที่ระบุว่ากิจกรรมฟื้นฟูปอดแบบมีโครงสร้างช่วยพัฒนาสมรรถภาพทางกาย ลดอาการเหนื่อยล้า และเพิ่มคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ กิจกรรมสันตนาการยังได้รับความนิยม สอดคล้องกับ Chan et al. (2012) ที่พบว่าดนตรีบำบัดและกิจกรรมผ่อนคลายช่วยลดซึมเศร้าและความวิตกกังวล

3. การพัฒนาสุขภาพจิตใจสูงกว่าสุขภาพกาย: การวิเคราะห์เชิงลึก

ผลการศึกษาที่สำคัญ: ภายหลังใช้กิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ สถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.77, SD = 0.66$) โดยสุขภาพใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.80, SD = 0.42$) รองลงมาคือสุขภาพกาย ($\bar{X} = 3.75, SD = 0.90$) สอดคล้องกับ Halpin et al. (2021) ที่พบว่าสุขภาพกายสามารถรักษาในระดับยอมรับได้ด้วยกิจกรรมที่เหมาะสม และ Yohannes และ Alexopoulos (2017) ที่พบว่ากิจกรรมสนับสนุนด้านจิตใจช่วยลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สามารถวิเคราะห์สาเหตุได้ 4 ประเด็นหลัก:

3.1 ลักษณะของโรคและกลุ่มผู้ป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 83.50) อายุมากกว่า 61 ปี (ร้อยละ 100) มีการศึกษาดำรงตำแหน่งต่ำกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 79.60) และเข้ารับการรักษาพยาบาลมากกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 86.40) ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพจิตใจสูง แต่ไม่เคยได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบมาก่อน ดังนั้น เมื่อได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบจึงเห็นการพัฒนาที่ชัดเจนและรวดเร็ว สอดคล้องกับ Yohannes และ Alexopoulos

(2014) ที่พบว่าผู้ป่วย COPD มีความชุกของภาวะ
ซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงถึง ร้อยละ 40–60

3.2 การขาดการดูแลสุขภาพจิตใจในระบบเดิม

การดูแลเดิมมุ่งเน้นการจัดการอาการทางกาย
เป็นหลัก ขาดการประเมินและดูแลสุขภาพจิตใจอย่าง
เป็นระบบ เมื่อมีกิจกรรมตอบโต้ความต้องการด้านนี้
โดยตรง ผู้ป่วยจึงให้ความสนใจและมีส่วนร่วมอย่าง
กระตือรือร้น สอดคล้องกับ Baraniak และ Sheffield
(2011) ที่ระบุว่าโปรแกรมฟื้นฟูส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นมิติ
ทางกาย ทำให้ปัญหาทางจิตใจไม่ได้รับการจัดการที่
เหมาะสม

3.3 กิจกรรมด้านสุขภาพจิตใจเป็นปัจจัย ความสำเร็จหลัก

กิจกรรม 4 ประเภทที่เป็น Critical Success
Factor:

(1) กลุ่มสนับสนุนทางจิตใจ (คะแนน 4.68) -
ผู้ป่วย ร้อยละ 88.24 รายงานว่าการแบ่งปัน
ประสบการณ์ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและมีกำลังใจมาก
ขึ้น สอดคล้องกับ Keating et al. (2011) ที่พบว่ากลุ่ม
สนับสนุนลดความโดดเดี่ยวและสร้างแรงใจได้

(2) การสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง - ผู้ป่วย
ร้อยละ 79.41 รายงานว่าการติดตามและให้กำลังใจทำ
ให้ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง สอดคล้องกับ Cruz et al. (2014)
ที่พบว่าการติดตามผ่านโทรศัพท์เพิ่มการปฏิบัติตาม
แผนการรักษาและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

(3) สันทนาการและดนตรีบำบัด (คะแนน
4.52 และ 4.38) - ผู้ป่วย ร้อยละ 85.29 รายงานว่ารู้สึก
ผ่อนคลายและมีความสุขมากขึ้น สอดคล้องกับ
Bennett และ Lengacher (2009) และ Chan et al.
(2012) ที่พบว่าช่วยลดฮอร์โมนความเครียดและเพิ่ม
ฮอร์โมนความสุข

(4) นันทนาการและสวนมนต์ (คะแนน 4.25 และ
4.18) - ผู้ป่วย ร้อยละ 76.47 รายงานว่ารู้สึกสงบและมี
กำลังใจ สอดคล้องกับ Puchalski et al. (2014) และ
Benzo et al. (2016) ที่พบว่ากิจกรรมทางจิตวิญญาณ
เพิ่มความหวังและการยอมรับความเจ็บป่วย

3.4 ข้อจำกัดทางสรีรวิทยาของการพัฒนา สุขภาพกาย

การพัฒนาสุขภาพกายมีข้อจำกัด 3 ประการ:
(1) ความเสียหายของปอดที่ไม่สามารถฟื้นคืนได้ทำให้มี
Ceiling Effect (2) ต้องใช้เวลานานในการฝึกฝนจึงเห็น
ผลชัดเจน ในขณะที่สุขภาพจิตใจเห็นผลได้เร็วกว่า (3)
โรคเรื้อรังและอายุสูงเป็นข้อจำกัดในการเพิ่มความเข้มข้น
ของการออกกำลังกาย สอดคล้องกับ McCarthy et al.
(2015) ที่พบว่าการพัฒนาสุขภาพกายมี Medium
Effect Size ในขณะที่สุขภาพจิตใจมี Large Effect Size

4. ผลกระทบร่วมระหว่างสุขภาพจิตใจและ สุขภาพกาย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ผู้ป่วยที่มี
สุขภาพจิตใจดีขึ้นมีแนวโน้มมีสุขภาพกายดีขึ้นด้วย ($r = 0.68, p < 0.001$) จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยที่มี
สุขภาพจิตใจดีมีแรงจูงใจในการออกกำลังกายและ
ความมั่นใจในตนเอง (Self-efficacy) มากขึ้น
สอดคล้องกับ Eisner et al. (2010) และ Livermore
et al. (2010) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลเป็น
ปัจจัยขัดขวางความสำเร็จของโปรแกรมฟื้นฟูปอด
ดังนั้น การพัฒนาสุขภาพจิตใจเป็นทั้งเป้าหมายสำคัญ
และเป็นปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factor) ต่อการ
พัฒนาสุขภาพกาย การให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตใจ
ตั้งแต่เริ่มต้นจึงเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการฟื้นฟู
สุขภาพแบบองค์รวม

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปเป็น
แนวทางในการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพที่
หลากหลาย และควรออกแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพให้
ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ
โดยเฉพาะกิจกรรมออกกำลังกายแบบมีโครงสร้างใน
พื้นที่ปลอดภัย เช่น การเดินในร่มหรือการทำโยคะเบาๆ
และกิจกรรมสันทนาการ เช่น การฟังเพลงบำบัดหรือ
การดูภาพยนตร์ตลก เพื่อลดความเครียดและเสริมสร้าง
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.2 โรงพยาบาลควรพัฒนาระบบสนับสนุนทางจิตใจ เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรักษา หรือการให้คำปรึกษาจากบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความหวังในการรักษาให้กับผู้ป่วย

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลลัพธ์ของกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพในระยะยาว โดยติดตามผู้ป่วย

หลังเข้าร่วมกิจกรรมในระยะเวลา 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อประเมินผลต่อคุณภาพชีวิตและความยั่งยืนของสุขภาพกายและจิตใจ

2.2 ควรดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มาจากพื้นที่ที่มีลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่างกันไป เพื่อเปรียบเทียบความต้องการและผลลัพธ์ของกิจกรรมฟื้นฟูในบริบทที่หลากหลาย อันจะนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมที่ตอบโจทย์ผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- โรงพยาบาลจุฬารณ. (2564). วันถูลมโปงพองโลก. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬารณ ราชวิทยาลัยจุฬารณ.
[เข้าถึงเมื่อ 8 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก www.chulabhornhospital.com
- วิชัย บุญสร้างสุข. (2563). โรคถูลมโปงพอง. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลพญาไท. [เข้าถึงเมื่อ 9 กรกฎาคม 2567].
เข้าถึงได้จาก <https://www.phyathai.com/th/article/>
- สมาคมอูเรวซแห่งชาติประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565.
กรุงเทพฯ: สมาคมอูเรวซแห่งชาติประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สิริรัตน์ นฤมิตร. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถูลมโปงพองของโรงพยาบาลยางตลาด
อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *Journal of Health and Environmental Education*, 6(3), 83–89.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2550). การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อดิสร มนุสาร. (2567). โรคถูลมโปงพอง ภัยร้ายใกล้ตัว. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลพริ้นสุววรรณภูมิ. [เข้าถึงเมื่อ 8 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.prinsuvarnabhum.com/articles/content-emphysema-close-disease>
- อรรถเดช สรสุชาติ และรณิดา มนต์ขลัง. (2567). สถิติสำหรับการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Baraniak, A., & Sheffield, D. (2011). The efficacy of psychologically based interventions to improve anxiety, depression and quality of life in COPD: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 83(1), 29–36.
- Bennett, M. P., & Lengacher, C. A. (2009). Humor and laughter may influence health IV: Humor and immune function. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 6(2), 159–164.
- Benzo, R. P., Kirsch, J. L., Duloher, M. M., & Abascal-Bolado, B. (2016). Emotional intelligence: A novel outcome associated with wellbeing and self-management in chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(1), 10–16.
- Chan, A. W., et al. (2012). Effect of music therapy on depression in older patients with chronic disease: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 172(9), 777–783.
- Cruz, J., Brooks, D., & Marques, A. (2014). Home telemonitoring in COPD: A systematic review of methodologies and patients' adherence. *International Journal of Medical Informatics*, 83(4), 249–263.

- Eisner, M. D., Blanc, P. D., Yelin, E. H., et al. (2010). Influence of anxiety on health outcomes in COPD. *Thorax*, 65(3), 229–234.
- Halpin, D. M. G., et al. (2021). Impact of maintenance therapy on COPD exacerbations and related outcomes, and quality of life: A review of the current evidence. *Respiratory Research*, 22(1), 21–30.
- Keating, A., Lee, A., & Holland, A. E. (2011). What prevents people with chronic obstructive pulmonary disease from attending pulmonary rehabilitation? A systematic review. *Chronic Respiratory Disease*, 8(2), 89–99.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 559–603). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Livermore, N., Sharpe, L., & McKenzie, D. (2010). Prevention of panic attacks and panic disorder in COPD. *European Respiratory Journal*, 35(3), 557–563.
- McCarthy, B., Casey, D., Devane, D., Murphy, K., Murphy, E., & Lacasse, Y. (2015). Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(2), CD003793.
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642–656.
- Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., et al. (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(8), e13–e64.
- Yohannes, A. M., & Alexopoulos, G. S. (2014). Depression and anxiety in patients with COPD. *European Respiratory Review*, 23(133), 345–349.
- Yohannes, A. M., et al. (2017). Depression and anxiety in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease: The role of pulmonary rehabilitation and general health status. *Age and Ageing*, 46(3), 393–399.