

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of quality of life in chronic obstructive pulmonary disease elder patients
with dyspnea in community of Namon District, Kalasin Province.

(Received: December 21,2023 ; Revised: December 27,2023 ; Accepted: December 29,2023)

สุดาทิพย์ หารจำปา¹, อรรถวิทย์ เนินชัต¹, จารึก ประคำ¹
Sudathip Harnjumpaa¹, Attawit Noenchat¹, Jaruk Prakhum¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปและแพทย์วินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดำเนินการวิจัย วันที่ 1 ตุลาคม 2563 –30 กันยายน 2565 เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้ พฤติกรรม ประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต (WHOQOL – BREF) และ แบบประเมินความพึงพอใจวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า การส่งเสริมพัฒนาความรู้ เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ เรื่องการดูแลตนเอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$, $t =12.3, 11.9, 12.43$) 2) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริหารปอด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$, $t =7.72, 5.27, 1.99$) 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ และ ด้านสิ่งแวดล้อม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$, $t =6.6, 6.8$) 4) ความพึงพอใจด้านการดูแลรักษา และด้านสุขภาพตนเองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$, $t =5.1, 6.1$)

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

This study is a research and development. Objective of studying to development of quality of life for chronic obstructive pulmonary disease elder patients with dyspnea in community of Namon District, Kalasin Province. Sample group was drawn from specific random sampling, including 84 elderly people aged over 60-year-olds and diagnosed by a doctor with chronic obstructive pulmonary disease who received services at Namon Hospital. The research was conducted between 1 October 2020 - 30. September 2022. Research tools include general information questionnaires, Knowledge questionnaire on self-care behavior in elderly people with chronic obstructive pulmonary disease and questionnaires assessment quality of life by World Health Organization (WHOQOL – BREF) and satisfaction questionnaires assessment care of elderly people with chronic obstructive pulmonary disease. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test.

The results of the study found that promoting knowledge development About chronic obstructive pulmonary disease elderly health matters about taking care of yourself After development in the sample group, it was found that there was an increasing trend statistically significant ($p<0.05$, $t =12.3, 11.9, 12.43$) 2) Self-care behavior, emotional aspect, exercise aspect Lung management tends to increase Statistically significant ($p<0.05$, $t =7.72, 5.27, 1.99$), while food and drug use behavior No differences were found. 3) Improving the quality of life, psychological and environmental aspects. After developing in the sample group When comparing the average scores before and after developing the measures continuously. It was found

¹ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

that there was an increasing trend. Statistically significant ($p < 0.05$, $t = 6.6, 6.8$), while physical health and social relationships No differences were found. 4) Satisfaction with care and personal health. After developing in the sample group When comparing the average scores before and after developing the measures continuously. It was found that there was an increasing trend. Statistically significant ($p < 0.05$, $t = 5.1, 6.1$)

Keywords: Development research for quality of life, elderly, chronic obstructive pulmonary disease

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจอย่างเรื้อรังและถาวร ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่ทราบแน่ชัด พยาธิสภาพของโรคเกิดจากการอักเสบในหลอดลมและเนื้อปอดเมื่อผู้ป่วยสูดสารระคายเคือง เช่น ควันบุหรี่ ควันไฟ มลพิษทางอากาศเข้าไปในหลอดลม สารระคายเคืองเหล่านี้จะก่อให้เกิดการอักเสบขึ้นในหลอดลมเนื้อปอดและเส้นเลือด ในคนปกติหลอดลมจะถูกยึดไว้ด้วยเนื้อปอด (Alveolar attachment) เวลาที่หายใจออกความดันในช่องอกจะเพิ่มขึ้นหลอดลมจะถูกบีบให้เล็กลง แต่ไม่มากเพราะมี Alveolar attachment คอยยึดไว้ แต่ในคนที่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะพบว่าเนื้อปอดในหลอดลมผนังหลอดลมบวมและมีการอักเสบและกล้ามเนื้อหดตัวทำให้หลอดลมมีขนาดเล็กลงส่งผลให้มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ และที่เนื้อปอดจะพบการทำลายของ Alveolar attachment ทำให้หลอดลมแฟบเวลาหายใจออกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกเป็นอันดับ 3 และเป็นโรคที่ก่อให้เกิดการสูญเสีย DALYs (The Disability Adjusted Life Year) จะเป็นอันดับที่ 5 ในกลุ่มประชากรสูงอายุมีแนวโน้มการเกิดโรคนี้เพิ่มขึ้นเช่นกัน ดังรายงานสถิติของ National Center of Health Statistics and National Health Survey (2003) พบว่ามีอัตราการเพิ่มของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี พ.ศ. 2542, 2543 และ 2544 เป็น 58.7, 65.6, 67.3 ต่อพันประชากรตามลำดับ คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 24 ต่อปี¹ ในระยะแรกของการดำเนินโรคผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติที่ชัดเจนจนกระทั่งเมื่อมี

อาการมากขึ้นและรุนแรงทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานเป็นเวลานานจนกว่าจะเสียชีวิต จากการสำรวจประชากรโลกในปี ค.ศ. 1999-2001 พบว่าอัตราการเจ็บป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอันดับ 12² สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจพบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการตายและความบกพร่องทางสุขภาพอันดับ 2 ของประชากรสูงอายุ³ และในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าอุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับร้อยละ 3.63 ความชุกของโรคเท่ากับ ร้อยละ 7.11 โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดคือการสูบบุหรี่ ในประเทศไทย มีผู้สูบบุหรี่ ประมาณ 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15-30 นั่นคือมีผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่ต่ำกว่า 1.5-3 ล้านคน⁴ โรงพยาบาลนวม จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้จัดตั้ง Easy COPD clinic ในปี พ.ศ. 2549 โดยแยกออกจาก Easy asthma clinic และมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษา จำนวน 33 คน และปี พ.ศ. 2555 มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้นเป็น 89 คน โดยเป็นผู้ป่วยสูงอายุถึง 52 คน นอกจากนั้นสถิติผู้ป่วยสูงอายุที่กลับมารักษาค่าที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยไม่ได้นัดหมายด้วยอาการหอบกำเริบเฉียบพลันที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือในปี พ.ศ. 2562-2565 คิดเป็น ร้อยละ 1.67, 27.09, 21.00 และ 11.72 ตามลำดับ โดยทั่วไปผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการใน Easy COPD clinic เป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงปานกลาง คือมีอาการทางคลินิกแต่ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่มีอาการหอบกำเริบ (Exacerbation) และมีค่าการประเมินสมรรถภาพปอด โดยมีค่า FEV1 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน และส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุหรี่ยาวนานเกิน 10 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 96.15 ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มา
รับการรักษาที่โรงพยาบาลนามน ร้อยละ 60 ไม่
สามารถควบคุมอาการของโรคได้และมีอาการ
หายใจลำบากต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ
ฉุกเฉินบ่อยครั้ง⁵ การปฏิรูประบบการพยาบาลซึ่ง
มุ่งเน้นให้มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแนว
ปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นข้อความที่ระบุถึงแนว
ทางการปฏิบัติการดูแลที่พัฒนาขึ้นจากการ
ประมวลหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ ลด
การปฏิบัติที่ไม่จำเป็น ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด มี
ความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายน้อยที่สุดและมี
ค่าใช้จ่ายที่สามารถยอมรับได้ ประกอบด้วย 8
มาตรการ ได้แก่ 1) ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์
พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจ
ลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) จัดทำ
แผนงานโครงการบูรณาการร่วมกันในการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก
ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) การประเมิน
ผู้ป่วยและการประเมินอาการหายใจลำบากตาม
แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน 4) การ
จัดการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้ผู้สูงอายุโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรังด้วยนวัตกรรม 5) การให้ความรู้เกี่ยวกับ
การดูแลตนเองและญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรัง 6) การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมีครอบครัว
และชุมชนและภาคีเครือข่าย 7) การพัฒนา
คุณภาพการบริการในด้านผู้ดูแลแนวปฏิบัติการ
พยาบาลทางคลินิกในโรงพยาบาลนามน 8) การ
พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน
ชุมชนดูแลผ่านองค์กรหน่วยงานที่เป็นกลไก
ขับเคลื่อน จะทำให้แนวปฏิบัติที่น่าเชื่อถือและ
เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตามแนวคิดสภาวะวิจัย
ทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศ
ออสเตรเลีย และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ
องค์การอนามัยโลก⁶

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก
ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน อำเภอนามน
จังหวัดกาฬสินธุ์ ในการจัดระดับความ โดย

นำผลมาปรับปรุงในการพัฒนาให้เหมาะสม และดี
ยิ่งขึ้น เหมาะกับบริบทของชุมชนตำบลนามนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการ
หายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน
ชุมชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and
Development) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1
ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2565 ได้ทำการศึกษา
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากใน
ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน อำเภอนามน
จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามหลักการพัฒนา
คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดย
การทบทวนข้อมูลและการวางแผนพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน อำเภอนามน จังหวัด
กาฬสินธุ์ ดำเนินการอบรมทบทวนองค์ความรู้การ
พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก
ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน
ดำเนินการสังเกตการณ์ร่วมกับการประเมิน
คุณภาพกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเพื่อคุณภาพชีวิต
ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ดำเนินการค้นข้อมูล ผลที่ได้
จากกระบวนการ ผลของการเปลี่ยนแปลง สาเหตุ
ความพึงพอใจผู้ป่วย ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่
เกิดขึ้นในช่วงพัฒนา การหาสาเหตุของปัญหา แนว
ทางการแก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะการพัฒนา ให้
เกิดเป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มี
อาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้น
เรื้อรังในชุมชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
ต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.ประชากร กลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มี

ระดับความรุนแรงของโรคระดับที่ 1, 2 และ 3 ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 84 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับที่ 1, 2 และ 3 ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 84 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 5 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบถามความรู้ จำนวน 30 ข้อ ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 ข้อ ชุดที่ 4 แบบประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF) จำนวน 26 ข้อ ชุดที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจ การดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน จำนวน 6 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทางทางการพยาบาลทางคลินิกผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก Paired t-test

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์แบบสามเส้า จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหาการใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต

4. เปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 65 คน คิดเป็น ร้อยละ 77.4 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 22.6 ตามลำดับ ส่วนมากมีอายุ 60-65 ปี จำนวน 32 คน คิดเป็น ร้อยละ 38.10 รองลงมาคือ 71-75 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 31.00 และ อายุ 66-70 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 23.8 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 68.4 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด สถานภาพส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ร่วมกัน จำนวน 41 คน คิดเป็น ร้อยละ 48.8 รองลงมาคือโสด จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 47.6 รองลงมาคือ ไม่เรียนหนังสือ จำนวน 20 คน ร้อยละ 23.8 และ มัธยมศึกษา จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 22.6 ตามลำดับ อาชีพส่วนมากทำไร่ทำนา จำนวน 29 คน คิดเป็น ร้อยละ 34.5 รองลงมาคือ ทำสวน 23 คน คิดเป็น ร้อยละ 27.4 และค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 17 คน คิดเป็น ร้อยละ 20.2 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวส่วนมากมีรายได้ระหว่าง 10,000-20,000 บาท จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 51.2 รายได้เฉลี่ย 19,970.2 บาท ความเพียงพอของรายได้ส่วนมากพอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 50 คน ร้อยละ 59.5 ตามลำดับ

ระยะเวลาที่เป็นโรค ส่วนมากป่วย 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.5 รองลงมา ป่วย 6-10 ปี ร้อยละ 35.7 และ 1-5 ปี ร้อยละ 23.8 ตามลำดับ ส่วนมากมีโรคร่วมร้อยละ 52.4 และ ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 47.6 ตามลำดับ

2. กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 8 มาตรการสำคัญ ดังนี้

1) ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน อำเภอ นามน จังหวัดกาฬสินธุ์ บูรณาการข้อมูล จำนวนผู้ป่วย จำนวนญาติผู้ดูแล จำนวนผู้ผ่านการอบรม Care giver จำนวนเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบผู้ดูแลผู้ป่วย ในหมู่บ้าน โดยทีมเลขาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำโดย อปท.นามน โรงพยาบาลนามน งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลนามนเป็นผู้รวบรวม และรายงานในที่ประชุมทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยมีนายอำเภอนามนเป็นประธาน ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่ตัวแทนโรงพยาบาลนามน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและตัวแทนจาก งานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลนามน ปกครองอำเภอนามน หัวหน้าส่วนราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อปท.นามน กำนันผู้ใหญ่บ้าน อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชน การดำเนินงานควรมีการประชุมทีมพัฒนาคุณภาพอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

2) จัดทำแผนงานโครงการบูรณาการงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการลงนามข้อตกลงร่วมกัน (MOU) ในทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ โดยมีนายอำเภอนามนเป็นประธาน ร่วมกับ อปท.นามน กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนามน งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลนามน มีแผนงานและงบประมาณในการดูแลสนับสนุน บุคลากรสหวิชาชีพ อบรมผู้ดูแลในชุมชนและ ญาติผู้ดูแลที่บ้าน สนับสนุน อุปกรณ์ทางการแพทย์ อุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วยที่บ้าน ยา

เวชภัณฑ์ สนับสนุนอุปกรณ์เยี่ยมบ้าน องค์การปกครองท้องถิ่น มีแผนและใช้ สนับสนุนงบ สปสช. ท้องถิ่น และงบเชิงโครงสร้าง งบประมาณของท้องถิ่น ตำบลนามน มีแผนงบประมาณดูแลปกป้องกันภัยของ อปท.นามน และปกครอง สามารถ ก่อสร้าง ปรับภูมิทัศน์ งบสิ่งของและบริจาค มีศูนย์โฮมสุขเป็นศูนย์กลางอำเภอนามน ดูแลเรื่องพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย ขึ้นทะเบียน ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน ดูแลเยี่ยมบ้าน นำส่งสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้าน กายภาพบำบัด รพ.สต.ในพื้นที่ มีแผนในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน มีแผนงบประมาณ โดยใช้ งบ สปสช.หมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง มีสุขภาพหมู่บ้าน ไร่ช่วยดูแลผู้สูงอายุ

3) การประเมินผู้ป่วยและการประเมินอาการหายใจลำบากตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมิน ได้แก่ แบบการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินโดยใช้ Appendix 1, 2, 2.1 และ 3 ได้เป็นอย่างดี แต่ควรมีการพัฒนาในการใช้แบบประเมินสมองเสื่อม (MMSE Thai 2002) และแบบประเมิน Barthel ADL เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยังขาดความเข้าใจในการใช้แบบประเมินดังกล่าว

4) การจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยนวัตกรรม ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกยังต้องได้รับการพัฒนาทักษะในการทำสมาธิบำบัด SKT1 และ SKT7 ให้เกิดความชำนาญมากกว่าเดิมและจะต้องมีการฝึกให้กับผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกจนเกิดทักษะที่ดีแล้วจึงนำไปสู่การปฏิบัติกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ในด้าน

ผู้สูงอายุมีความสนใจและผลของการฝึกสมาธิบำบัด SKT1 และ SKT7 ไม่พบการกลับมารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลนวม และไม่มีผู้สูงอายุมารับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนวม ในระยะเวลาที่ศึกษา

5) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคในด้านผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และญาติผู้ดูแลในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แผนการสอนโดยพยาบาล ทำให้มีแนวทางชัดเจนมากขึ้น ในส่วนของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก มีความพึงพอใจและสนใจในคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้พัฒนาขึ้น

6) การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมีครอบครัว และชุมชนและภาคีเครือข่าย การเข้ามามีส่วนร่วมในด้านผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ไลน์ เป็นระยะ ๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีการประสานกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 6 แห่งในอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้เหมาะสม เช่นการดูแลเรื่องสภาพสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน การออกกำลังกาย การรับประทานยา การใช้ยาพ่น การมาตรวจตามนัด เป็นต้น

7) การพัฒนาคุณภาพการบริการในด้านผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในโรงพยาบาลนวม การจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ามีการติดตามรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เปรียบเทียบกับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ได้เข้าร่วมในการศึกษาเพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบในการ

พัฒนาระบบบริการใน Easy COPD clinic ของโรงพยาบาลนวม จังหวัดกาฬสินธุ์

8) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนดูแลผ่านองค์กรหน่วยงานที่เป็นกลไกขับเคลื่อน สุขศาลาหมู่บ้าน ให้ญาติผู้ดูแล และ อสม. ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหมู่บ้าน มีผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแล Care giver ครบทุก 67 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ รพ.สต.สามารถ ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดูแลรักษาสุขภาพกาย และ สุขภาพจิต ส่งยาเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาล สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่อจากโรงพยาบาล อุปกรณ์จากทางท้องถิ่นได้ มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอนามนที่เป็นหัวใจหลักในการแก้ไขปัญหาภาพอำเภอนามน สนับสนุน จัดการด้านโครงสร้าง และสิ่งแวดล้อม มีศูนย์โฮมสุขอำเภอนามน มีหน้าที่ ขึ้นทะเบียนเชิงรุก ให้ความช่วยเหลือเชิงรุก พึงกษลสิทธิผู้ป่วย สนับสนุนอุปกรณ์

3. ผลการพัฒนารูปแบบ

3.1 การส่งเสริมพัฒนาความรู้

1) การส่งเสริมความรู้ เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง พบว่า ก่อนพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับ น้อย คะแนนเฉลี่ย 4.07 คะแนน หลังพัฒนา พบว่า สูงขึ้น อยู่ในระดับ มาก มีคะแนนเฉลี่ย 7.07 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 12.34$)

2) การส่งเสริมความรู้ เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ ในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง พบว่า ก่อนพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับ น้อย คะแนนเฉลี่ย 3.69 คะแนน หลังพัฒนา พบว่า สูงขึ้น อยู่ในระดับ มาก มีคะแนนเฉลี่ย 6.75 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 11.92$)

3) การส่งเสริมความรู้ เรื่องการดูแลตนเอง ในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลัง พัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง พบว่า ก่อนพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับ น้อย คะแนนเฉลี่ย 3.63 คะแนน หลังพัฒนา พบว่า สูงขึ้น อยู่ในระดับ มาก มีคะแนนเฉลี่ย 6.92 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$, $t = 12.43$)

3.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

1) พฤติกรรมด้านอาหาร ในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง พบว่า ก่อนพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมในระดับ ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 20.71 คะแนน หลังพัฒนา พบว่า อยู่ในระดับ ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 20.70 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของคะแนนเฉลี่ย พบว่าไม่แตกต่างกัน

2) พฤติกรรมด้านอารมณ์ ในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง พบว่า ก่อนพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมในระดับ ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 17.42 คะแนน หลังพัฒนา พบว่า สูงขึ้น อยู่ในระดับ มาก มีคะแนนเฉลี่ย 23.62 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$, $t = 7.72$)

3) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ในกลุ่ม ตัวอย่าง เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังพัฒนา มาตรการอย่างต่อเนื่อง พบว่า ก่อนพัฒนา กลุ่ม ตัวอย่างมีพฤติกรรมในระดับ น้อย คะแนนเฉลี่ย 15.87 คะแนน หลังพัฒนา พบว่า สูงขึ้น อยู่ใน ระดับ ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 19.73 เมื่อ ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$, $t = 5.27$)

4) พฤติกรรมด้านการบริหารปอดในกลุ่ม ตัวอย่าง เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังพัฒนา มาตรการอย่างต่อเนื่อง พบว่า ก่อนพัฒนา กลุ่ม ตัวอย่างมีพฤติกรรมในระดับ น้อย คะแนนเฉลี่ย 15.88 คะแนน หลังพัฒนา พบว่า สูงขึ้น อยู่ใน

ระดับ ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 17.31 เมื่อ ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$, $t = 1.99$)

5) พฤติกรรมด้านการใช้ยา ในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังพัฒนามาตรการ อย่างต่อเนื่อง พบว่า ก่อนพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมในระดับ น้อย คะแนนเฉลี่ย 15.87 คะแนน หลังพัฒนา พบว่า อยู่ในระดับ ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 16.54 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของคะแนนเฉลี่ย พบว่าไม่แตกต่างกัน

3.3 การพัฒนาคุณภาพชีวิต

1) ด้านสุขภาพกาย ในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อ เทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังพัฒนามาตรการอย่าง ต่อเนื่อง พบว่า ก่อนพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมในระดับ กลางๆ คะแนนเฉลี่ย 15.65 คะแนน หลังพัฒนา พบว่า อยู่ในระดับ กลางๆ มี คะแนนเฉลี่ย 17.67 เมื่อทดสอบความแตกต่างทาง สถิติของคะแนนเฉลี่ย พบว่าไม่แตกต่างกัน

2) ด้านจิตใจ ในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเทียบ คะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังพัฒนามาตรการอย่าง ต่อเนื่อง พบว่า ก่อนพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมในระดับ ไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 12.68 คะแนน หลังพัฒนา พบว่า สูงขึ้น อยู่ในระดับ กลางๆ มีคะแนนเฉลี่ย 18.87 เมื่อทดสอบความ แตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$, $t = 6.68$)

3) ด้านสัมพันธภาพสังคม ในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังพัฒนามาตรการ อย่างต่อเนื่อง พบว่า ก่อนพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมในระดับ กลางๆ คะแนนเฉลี่ย 8.49 คะแนน หลังพัฒนา พบว่า อยู่ในระดับ กลางๆ มี คะแนนเฉลี่ย 8.38 เมื่อทดสอบความแตกต่างทาง สถิติของคะแนนเฉลี่ย พบว่าไม่แตกต่างกัน

4) ด้านสิ่งแวดล้อม ในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อ เทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังพัฒนามาตรการอย่าง ต่อเนื่อง พบว่า ก่อนพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมในระดับ ไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 13.45

คะแนน หลังพัฒนา พบว่า สูงขึ้น อยู่ในระดับ กลางๆ มีคะแนนเฉลี่ย 22.96 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 6.88$)

3.4 ความพึงพอใจ

1) ด้านการดูแลรักษา ในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง พบว่า ก่อนพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในระดับ ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 9.08 คะแนน หลังพัฒนา พบว่า อยู่ในระดับ มาก มีคะแนนเฉลี่ย 12.65 เมื่อทดสอบความแตกต่างของ

คะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 5.10$)

2) ด้านสุขภาพตนเอง ในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง พบว่า ก่อนพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในระดับ ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 8.25 คะแนน หลังพัฒนา พบว่า อยู่ในระดับ มาก มีคะแนนเฉลี่ย 12.21 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 6.09$)

ตาราง 2 เปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนามาตรการ

ปัจจัย	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล		
ความรู้								
เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4.07	1.17	น้อย	7.07	1.76	มาก	12.34	<.05*
เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ	3.69	1.22	น้อย	6.75	1.75	มาก	11.92	<.05*
เรื่องการดูแลตนเอง	3.63	1.36	น้อย	6.92	1.75	มาก	12.43	<.05*
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง								
ด้านอาหาร	21.71	5.82	ปานกลาง	20.70	5.46	ปานกลาง	1.80	0.07
ด้านอารมณ์	17.42	4.88	ปานกลาง	23.62	5.30	มาก	7.72	<.05*
ด้านออกกำลังกาย	15.87	3.65	น้อย	19.73	5.44	ปานกลาง	5.27	<.05*
ด้านการบริหารปอด	15.88	3.64	น้อย	17.31	4.90	ปานกลาง	1.99	<.05*
ด้านการใช้ยา (30 คะแนน)	15.87	3.65	น้อย	16.54	4.10	ปานกลาง	1.05	0.29
คุณภาพชีวิต								
ด้านสุขภาพกาย	15.65	6.17	กลางๆ	17.67	7.19	กลางๆ	1.78	0.07
ด้านจิตใจ	12.68	4.95	ไม่ดี	18.87	6.63	กลางๆ	6.68	<.05*
ด้านสัมพันธภาพสังคม	8.49	3.50	กลางๆ	8.38	3.83	กลางๆ	1.91	0.84
ด้านสิ่งแวดล้อม	13.45	7.83	ไม่ดี	22.96	8.97	กลางๆ	6.88	<.05*
ความพึงพอใจ								
ด้านการดูแลรักษา	9.08	3.72	ปานกลาง	12.65	4.10	มาก	5.10	<.05*
ด้านสุขภาพตนเอง	8.25	3.85	ปานกลาง	12.21	3.76	มาก	6.09	<.05*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีอายุ 60-65 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด สถานภาพแต่งงานและอาศัยอยู่ร่วมกัน การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา อาชีพทำไร่ทำนา รายได้ครอบครัวมี

รายได้ระหว่าง 10,000-20,000 บาท รายได้เฉลี่ย 19,970.2 บาท ความเพียงพอของรายได้พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ ระยะเวลาที่เป็นโรคส่วนมากป่วย 10 ปีขึ้นไป และมีโรคร่วม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้นแต่เคยป่วยด้วยโรค

ปอดอุดกั้นมาด้วยระยะเวลานาน ประกอบกับ ฐานะยากจน และมีโรคร่วม นับว่าเป็นปัญหาที่ ซ้อนทับอยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลานานส่งผลต่อ สุขภาพเศรษฐกิจและสังคมไทยเป็นอันมากและ ยาวนาน สอดคล้องกับ ดารารัตน์ จันทา สิริมาศ ปี ยะวัฒนพงศ์ และ สมรภพ บรรหารักษ์⁷

กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 8 มาตรการสำคัญ ดังนี้ 1) ประชุมวิเคราะห์ สถานการณ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มี อาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง 2) จัดทำแผนงานโครงการบูรณาการงบ ร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการ หายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) การประเมินผู้ป่วยและการประเมินอาการหายใจ ลำบากตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน 4) การจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้ผู้สูงอายุโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยนวัตกรรม 5) การให้ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองและญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง 6) การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมี ครอบครัวและชุมชนและภาคีเครือข่าย 7) การ พัฒนาคุณภาพการบริการในด้านผู้ใช้นวปฏิบัติ การพยาบาลทางคลินิกในโรงพยาบาลนามน 8) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังในชุมชนดูแลผ่านองค์กรหน่วยงานที่เป็น กลไกขับเคลื่อน จะเห็นว่าทั้ง 8 มาตรการ เริ่มจา การบูรณาการข้อมูล บูรณาการงบประมาณ แผนงานโครงการ การทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วย ให้ทันสมัย การใช้นวัตกรรมในชุมชนเอง และการ ใช้้องกรรัฐและเอกชนในภาคีเครือข่ายอย่างมี ประสิทธิภาพจึงประสบผลสำเร็จได้ สอดคล้องกับ ปัทมาพร ชนะมาร⁸

ผลการพัฒนาการส่งเสริมพัฒนาความรู้เรื่อง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ และ ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ภายหลังการพัฒนา พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นทั้ง 3 เรื่อง เนื่องจากการ ส่งเสริมจากการอบรมด้วยแผนการสอนทางการ พยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ประกอบกับการ ให้สุศึกษาทางออนไลน์ หอกระจายข่าวชุมชน

การส่งเสริม Caregiver ในชุมชน การอบรม อสม. ให้ดูแลและไปถ่ายทอดความรู้ต่อในชุมชน จึงทำให้ ความรู้แต่ละด้านเพิ่มสูงขึ้นหลังการพัฒนา สอดคล้องกับ จิรัชญา ดอนชัย⁹ พฤติกรรมการดูแล ตนเอง พบว่า พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรม ด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการบริหาร ปอด ภายหลังการพัฒนาพบว่า มีแนวโน้มดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผลการ ใช้นวัตกรรมการดูแลด้วยสมาธิบำบัดนั้นส่งเสริมใน หลายๆด้าน ทั้ง การควบคุมอารมณ์ การฝึกลม หายใจ การออกกำลังกายและบริหารปอด จึงมี แนวโน้มดีขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจ ลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน สอดคล้องกับ อรสา ปิ่นแก้ว วารี กังใจ และ สหัท ยา รตนจรณะ¹⁰ ในขณะที่ พฤติกรรมด้านอาหาร และ พฤติกรรมด้านการใช้ยา ภายหลังการพัฒนา พบว่าไม่แตกต่างกัน เนื่องจากพฤติกรรมการ บริโภคอาหารในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเมนูที่ จำกัด ไม่หลากหลายในชุมชนชนบท และประกอบ ไปด้วยพฤติกรรมเสี่ยง และความเชื่อที่ผิดๆ ที่มีมา ตั้งแต่ดั้งเดิม จึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ยาก สอดคล้องกับ กันตพร ยอดไชย และ ผาณิตา ทอง สง¹¹ การพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งในภาพรวม ด้าน จิตใจ และ ด้านสิ่งแวดล้อม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากการพัฒนาด้าน ความรู้ในผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล การใช้สมาธิบำบัด ในการดูแลจิตใจและอารมณ์ การพัฒนา สิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะ การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย การปรับปรุงโครงสร้างบ้านและสิ่งแวดล้อมโดยทีม พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ร่วมกับการ ปรับปรุงภูมิทัศน์ในโครงการคนภาพสันติไม่ทิ้งใคร ไว้ข้างหลัง และการอำนวยความสะดวกด้านอุปกรณ์ ในศูนย์โฮมสุข มีผลต่อการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อม ร่วมกับภาคีเครือข่ายมีผลเป็นอย่างมาก สอดคล้อง กับ จิราพร รักษายศ และ ศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ¹² ในขณะที่ ด้านสุขภาพกาย และด้านสัมพันธภาพ สังคม มีแนวโน้มดีขึ้นแต่ไม่พบความแตกต่างหลัง การพัฒนา เนื่องจาก สุขภาพกายในผู้สูงอายุมีการ

เสื่อมถอย และ เป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาในการดูแล ประกอบกับปัจจัยทางสังคมเป็นสิ่งที่ควบคุมได้ยาก ในชุมชน จึงต้องพัฒนาค้นในชุมชนควบคู่กันไป ด้วยจึงจะประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับ พิมพ์ธาดา วัฒนพงศ์สถิต¹³

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนอำเภอสามโก้ จังหวัดกาฬสินธุ์ ของโรงพยาบาลนามน ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาล ควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนาอย่างน้อย 6 เดือน ให้เหมาะกับบริบทของชุมชน ส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน มีความรู้ พฤติกรรมที่ดีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความพึงพอใจในระดับที่เหมาะสมได้

2. ควรมีการส่งเสริมความรู้เรื่องอาหารและการใช้ยา และควรพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มเติม

อย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายเพิ่มเติมร่วมกับองค์กรรัฐและเอกชนและคนในชุมชนควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่อง จึงจะประสบผลสำเร็จ

3. การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการเปรียบเทียบกับชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง และหาแนวทางการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง บุคลากรโรงพยาบาลนามน ชุมชนอำเภอสามโก้ เครือข่ายอำเภอสามโก้ ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน นายแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สุณี เลิศอุดมสิน. (2553). แนวทางการบริหารผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใน สุณี เลิศอุดมสิน(บรรณาธิการ). การบริหารผู้ป่วยโรคหืด โรคโพรงจมูกอักเสบภูมิแพ้ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (หน้า 143-145). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
2. Honig, E. G., Roland, C. A., & Ingram, R. H. (2001). Chronic bronchitis emphysema and airways Obstruction. In E. Braunald., A. S. Fauci, D. L. Kasper., D. L. Longo, & Jamerson, J. L.(Eds.) Harrison's Principles of International Medicine (5th ed., pp. 1491-1499).New York: McGraw-Hill.3.
3. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2551). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. นนทบุรี: ดีวัน.
4. วัชรรา บุญสวัสดิ์. (2553). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน สุณี เลิศอุดมสิน (บรรณาธิการ). การบริหารผู้ป่วยโรคหืด โรคโพรงจมูกอักเสบภูมิแพ้ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (หน้า 118-126). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- 5.โรงพยาบาลนามน. รายงานศูนย์ฐานข้อมูลสุขภาพ อำเภอสามโก้ จังหวัดกาฬสินธุ์. (2564) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ 2564
6. Joanna Briggs Institute [JBI]. (2008). Systematic Reviews: Level of Evidence and Grade of Recommendations. Retrived July 18, 2009, from <http://www.joannabriggs.edu.au>

7. ดารารัตน์ จันทา สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ และ สมรภพ บรรหารักษ์. ภาพสุขภาพจิตสังคมผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด และโรคถุงลมโป่งพอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. เอกสารการประชุมวิจัยบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20 มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 15 มีนาคม 2562; 932-942.
8. ปัทมาพร ชนะมาร. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา. 2561;19(1): 61-72.
9. จิรัชญา ดอนชัย. ผลของการสอนตามหลักของพิตส์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์สมทบ : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2566.
10. อรสา ปิ่นแก้ว วารีย์ กังใจ และ สหทัยา รัตนจรณะ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;29(2): 59-70.
11. กันตพร ยอดไชย และ ผาณิตา ทองสง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะขาดสารอาหาร. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2563;39(4): 1-15.
12. จิราพร รักษายศ และ ศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกคนรักปอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวางวารสารวิชาการสาธารณสุข. 2556;22(6): 974-978.
13. พิมพ์ธิดา วัฒนพงศ์สถิต. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งอดทนของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีกรุงเทพ. 2559;32(3): 24-36.