

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
The Development of Care Guidelines for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary
Disease, Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 10,2026 ; Accepted: February 12,2026)

ธวัชชัย ปิยะนันท์¹
Thawatchai Piyanan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และเพื่อประเมินผลลัพธ์ของแนวทางดังกล่าวต่อความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น การดำเนินการวิจัยใช้รูปแบบ PAR จำนวน 2 วงรอบ ตามแนวคิด Spiral Model ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ บุคลากรสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย COPD จำนวน 10 คน และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มนำร่อง จำนวน 12 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสุขภาพ (MMRC, BMI, 6-Minute Walk Test, VAS-D, PHQ-9) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) ร่วมกับการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติไม่อาศัยการแจกแจงปกติ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD ที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจนเป็นระบบ และสามารถนำไปใช้ได้จริง ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยคะแนน SGRQ ลดลงในทุกมิติ และอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 28 วันลดลงจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 10 ขณะเดียวกันบุคลากรมีความพึงพอใจต่อแนวทางในระดับสูง และเกิดการพัฒนาศักยภาพทีมพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, แนวทางการดูแลผู้ป่วย, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลชุมชน

ABSTRACT

This study employed a participatory action research (PAR) design to develop a nursing care guideline for patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) appropriate to a community hospital context, and to evaluate its outcomes on patients' self-care ability, quality of life, and hospital readmission rates. The study was conducted at Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province, Thailand. The research was implemented through two PAR cycles following the Spiral Model, consisting of planning, action, observation, and reflection. Key informants included 10 multidisciplinary healthcare professionals and 12 pilot COPD patients. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), along with focus group discussions and in-depth interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive and non-parametric statistics, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings demonstrated that the developed COPD care guideline was a systematic, multidisciplinary nursing practice guideline suitable for a community hospital setting. Patients showed marked improvements in self-care ability and quality of life, with reductions in SGRQ scores across all domains. The 28-day hospital readmission rate decreased from 20% prior to implementation to 10% after

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) โรงพยาบาลบ้านไผ่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

implementation. In addition, healthcare professionals reported high satisfaction with the guideline, and enhanced nursing capacity in chronic disease management was observed.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Nursing Care Guideline, Participatory Action Research, Senior Professional Nurse, Community Hospital

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของปอด ซึ่งทำให้ทางเดินหายใจแคบลงและการไหลเวียนของอากาศลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตลดลง โรคนี้มักเกิดจากการสูบบุหรี่, การสัมผัสกับมลพิษทางอากาศ, และการสัมผัสกับสารเคมีหรือฝุ่นละอองในที่ทำงาน เป็นปัญหาที่สำคัญในระดับโลก เนื่องจากเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตทั่วโลก ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2012 มีผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 3 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าในปี 2030 โรคนี้จะ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประชากรโลก โดยคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 8.6 ล้านคนต่อปี เนื่องจากโรคนี้ไม่สามารถรักษาให้ หลุดลมกลับสู่สภาพปกติได้ และยังมี การเพิ่มขึ้นของประชากรที่สูบบุหรี่ ในประเทศสหรัฐอเมริกา โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ ในปี 2009 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ถึง 133,965 ราย จากการศึกษาสถิติในทวีปเอเชีย พบว่าในประเทศจีนมี ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 5.9 โดยโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ในเขตชนบทและอันดับ 4 ในเขต ชุมชนเมือง ในประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่จำนวน 35,560 รายต่อปี และมีผู้ป่วยสะสมรวมทั้งหมด 150,549 ราย อัตราการตายจากโรคนี้ในช่วงปี 2552-2555 เพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2552 มีอัตราการตาย 1.7 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2553 มีอัตราการตาย 1.8 ต่อ ประชากร 100,000 คน ในปี 2554 มีอัตราการตาย 2.5 ต่อประชากร 100,000 คน และในปี

2555 มีอัตราการตาย 7.6 ต่อประชากร 100,000 คน การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยและอัตราการตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกและในประเทศไทยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการตระหนักรู้และการป้องกันโรคนี้ รวมถึงการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น¹

เมื่อเกิดภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะกำเริบ (Exacerbation) ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการหายใจลำบากที่รุนแรงขึ้น สมรรถภาพทางร่างกายลดลงมากขึ้น และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Re-admit) บ่อยครั้ง

จากสถิติของโรงพยาบาลชุมชนพบว่า มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะกำเริบของโรคประมาณ 22-30 รายต่อเดือน และในจำนวนนี้ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงจนต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วย COPD ในระยะไม่รุนแรง 1 ใน 5 มีภาวะซึมเศร้า และมีอัตราเพิ่มขึ้นถึง 2.5 เท่าในผู้ป่วยระยะรุนแรง ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการกำเริบบ่อยครั้ง และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า อย่างไรก็ตาม ปัญหาภาวะซึมเศร้าเหล่านี้มักถูกละเลยและไม่ได้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง รวมถึงปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมกับโรค จะสามารถลดภาวะซึมเศร้า คงไว้ซึ่งความแข็งแรงของร่างกาย และช่วยให้สมรรถภาพร่างกายดีขึ้น ลดอาการหายใจลำบาก รวมถึงช่วยจัดการภาวะกำเริบ (Exacerbation) ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้นานขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น²

จากแนวคิดการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1)

การป้องกันการดำเนินต่อไปของโรคเนื่องจากผู้ป่วย COPD จะมีค่า FEV1 ลดลงประมาณ 50-100 มิลลิลิตร ต่อปี จากการศึกษาโดยใช้ยา Ipratropium bromide ในโครงการ Lung Health Study หรือการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ในโครงการ EUROSCOP พบว่าไม่สามารถยับยั้งการลดลงของค่า FEV1 ได้ อย่างไรก็ตาม การหยุดสูบบุหรี่เป็นวิธีเดียวที่สามารถชะลอการดำเนินของโรคได้ ดังนั้น การรักษาที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือการช่วยให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่

2) การลดการอุดกั้นของหลอดลม การลดการอุดกั้นของหลอดลมจะช่วยลดลมค้างในปอด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น วิธีการคือการใช้ยาขยายหลอดลม ลดการอักเสบของหลอดลม และการกำจัดเสมหะ

3) การรักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อนผู้ป่วยที่มีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำเป็นเวลานาน อาจเกิดภาวะ Polycythemia และ Corpulmonale ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการให้ออกซิเจนในกรณีที่มีค่า PaO₂ ต่ำกว่า 55 mmHg ขณะพัก หรือค่า PaO₂ ต่ำกว่า 60 mmHg ร่วมกับภาวะ Corpulmonale หรือ Polycythemia โดยการให้ออกซิเจนในขนาด 1-3 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ค่า PaO₂ > 60 mmHg หรือ SaO₂ > 90% อย่างน้อยวันละ 15 ชั่วโมง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการให้ออกซิเจนในลักษณะนี้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

4) การเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย โรค COPD เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการใช้ยาต่างๆ ไม่สามารถแก้ไขการอุดกั้นทางเดินหายใจให้กลับเป็นปกติได้ ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย (Rehabilitation) จึงมีบทบาทสำคัญ โดยประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค เพื่อช่วยลดความกังวลและเพิ่มความร่วมมือในการรักษา การทำกายภาพบำบัด เช่น การไอเพื่อกำจัดเสมหะ, การหายใจแบบห่อปาก (Pursed-lip breathing), การฝึกหายใจเข้า-ออกช้า ๆ และการผ่อนคลาย (Relaxation) ซึ่งช่วยลดอาการเหนื่อยหอบ การออกกำลังกายเพื่อ

เสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การสนับสนุนด้านสังคมและจิตใจ การให้กำลังใจผู้ป่วย จากบุคคลในครอบครัว แพทย์ และพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง การจัดการอย่างเหมาะสมในทุกด้านจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ³

โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลขนาดกลางที่ให้บริการประชาชนในพื้นที่อำเภอบ้านไผ่และพื้นที่ใกล้เคียง พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งรายใหม่และรายเก่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี .ศ.พ)2567-2567) ชี้ให้เห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยใหม่เฉลี่ยปีละ 150-200 ราย และมีจำนวนผู้ป่วยสะสมกว่า 2,000 ราย ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีภาวะแทรกซ้อนร่วม เช่น หายใจลำบากเรื้อรัง ภาวะหอบเหนื่อยเฉียบพลัน และภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจซ้ำซ้อน นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Re-admission rate) ของผู้ป่วย COPD มีค่าเฉลี่ย อยู่ที่ร้อยละ 18-22 ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานที่ควรไม่เกินร้อยละ 15 สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจเบื้องต้นและสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลบ้านไผ่ พบว่า “ยังไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย COPD ที่ชัดเจนและเป็นระบบเดียวกัน” ทำให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละแผนกยังคงใช้แนวทางเฉพาะบุคคล ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแม้ที่ผ่านมาจะมีแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ เช่น คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติของกรมการแพทย์ (CPG) และแนวทาง GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) ที่เน้นการวินิจฉัย

และการใช้ยาเป็นหลัก แต่ยังคงขาดแนวทางที่สอดคล้องกับ บริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องบุคลากรและทรัพยากร เช่น ขาดระบบติดตามการใช้ยาสม่ำเสมอ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการดูแลแบบองค์รวมโดยครอบครัว จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาและพัฒนาการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงทีมสุขภาพในชุมชน และทีมสุขภาพในระดับทุติยภูมิของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต และการใช้บริการของโรงพยาบาลบ้านไผ่ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)
3. เพื่อประเมินผลแนวทางการดูแลตนเองที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการใช้บริการของโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ซึ่งมุ่งเน้นให้ ผู้ป่วย, ครอบครัว/ผู้ดูแล, ทีมสุขภาพ และกลุ่มนักวิจัย ทำงานร่วมกันและเรียนรู้ร่วมกัน โดยมีเป้าหมายหลักในการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและสถานการณ์จริงในการจัดการตนเอง ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวหรือผู้ดูแล ประเมินรูปแบบการให้บริการดูแลต่อเนื่องในชุมชนของทีมสุขภาพร่วมกันเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ สร้างสมดุลในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว ระยะเวลาในการวิจัย สิงหาคม 2568 - มกราคม 2569 (รวม

6 เดือน) กระบวนการวิจัยแบบวงจรถูกเกลียว (Spiral Model) 2 วงรอบ

การวิจัยจะดำเนินไปตามวงจร PAR จำนวน 2 รอบ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยแต่ละวงจรประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน (Plan), การปฏิบัติ (Act), การสังเกต (Observation), และการสะท้อนผล (Reflection)⁴ รายละเอียดมีดังนี้

วงจรที่ 1 (สิงหาคม 2568 - ตุลาคม 2568)

1. การวางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 1 วัตถุประสงค์ ศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วย COPD เพื่อร่วมกันสร้างแนวทางฉบับร่าง
2. การปฏิบัติ (Act) ขั้นตอนที่ 2 วัตถุประสงค์ นำแนวปฏิบัติฉบับร่างไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนำร่อง
3. การสังเกต (Observation) ขั้นตอนที่ 3 วัตถุประสงค์ เก็บข้อมูลและประเมินผลการนำแนวปฏิบัติฉบับร่างไปใช้
4. การสะท้อนผล (Reflection) ขั้นตอนที่ 4: วัตถุประสงค์ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและร่วมกันหาข้อสรุปเพื่อปรับปรุงแนวทาง

วงจรที่ 2 (พฤศจิกายน 2568 - มกราคม 2569)

1. การวางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 5 วัตถุประสงค์ เตรียมการสำหรับการนำแนวปฏิบัติฉบับที่ 1 ไปทดลองใช้ในวงกว้างขึ้น
2. การปฏิบัติ (Act) ขั้นตอนที่ 6 วัตถุประสงค์ นำแนวปฏิบัติฉบับที่ 1 ไปใช้กับผู้ป่วย COPD ทั้งหมดในโรงพยาบาล
3. การสังเกต (Observation) ขั้นตอนที่ 7 วัตถุประสงค์ ประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติฉบับที่ 1 ในการนำไปใช้จริงในวงกว้าง
4. การสะท้อนผล (Reflection) ขั้นตอนที่ 8 วัตถุประสงค์ สรุปและประเมินผลลัพธ์ของโครงการทั้งหมด เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์

การเชื่อมโยง 6 ขั้นตอนกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)

การวิจัยนี้มีการประยุกต์ใช้ 6 ขั้นตอนตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ (เช่น Kemmis & McTaggart)⁴ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับวงจร PAR ได้ดังนี้:

ขั้นที่ 1 การกำหนดเป้าหมายและวางแผน สอดคล้องกับขั้นตอน Plan ของวงจรที่ 1 มีการระดมความคิดเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์และแผนการดำเนินงาน

ขั้นที่ 2 การดำเนินการตามแผน สอดคล้องกับขั้นตอน Act ของวงจรที่ 1 มีการนำแนวทางฉบับร่างไปใช้

ขั้นที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ สอดคล้องกับขั้นตอน Observation ของวงจรที่ 1 มีการเก็บข้อมูลและสังเกตผลที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผลและปรับปรุง สอดคล้องกับขั้นตอน Reflection ของวงจรที่ 1 มีการวิเคราะห์ปัญหาและปรับปรุงแนวทาง

ขั้นที่ 5 การนำแผนที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ สอดคล้องกับขั้นตอน Plan และ Act ของวงจรที่ 2 เป็นการเริ่มต้นวงจรใหม่ด้วยแนวทางที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว

ขั้นที่ 6 การประเมินผลลัพธ์สุดท้ายและสรุปผล สอดคล้องกับขั้นตอน Observation และ Reflection ของวงจรที่ 2 เป็นการประเมินผลสุดท้ายเพื่อสรุปเป็นแนวทางฉบับสมบูรณ์

โดยสรุป การดำเนินงานทั้ง 6 ขั้นตอนจะครอบคลุมกระบวนการ PAR ครบทั้ง 2 วงรอบ ทำให้มั่นใจได้ว่าการพัฒนาแนวทางนี้เป็นไปอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพสูงสุด

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น มีผู้ป่วย COPD รายใหม่โดยเฉลี่ยเดือนละ 15-20 ราย ทำให้มีผู้ป่วยสะสมจำนวนมาก

กลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive

Sampling) เลือกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และเข้ารับการรักษาตัวในวงเดือน สิงหาคม 2568 - มกราคม 2569 ในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ในการทำวิจัยแบบ PAR เราจะได้ใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อความเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด แต่จะใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับการทำงานร่วมกันมากที่สุดสำหรับงานวิจัยนี้ เราจะใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

1. กลุ่มผู้ป่วยนำร่องสำหรับการทดลองใช้แนวทาง (Pilot Group):

- จะใช้ผู้ป่วย COPD จำนวน 10-15 ราย

- เหตุผลที่ใช้จำนวนเท่านี้: เพื่อให้บุคลากรสามารถดูแลและติดตามผลได้อย่างใกล้ชิดในขั้นตอนแรกของการทดลองใช้แนวทาง (Act) ในวงจรที่ 1

- คุณสมบัติ: เป็นผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมโครงการและสามารถสื่อสารได้ดี

2. กลุ่มผู้ป่วยสำหรับการนำแนวทางไปใช้จริง (Implementation Group):

- จะใช้ผู้ป่วย COPD จำนวน 60 ราย หรือผู้ป่วยที่เข้ามาได้รับการรักษาในช่วงระยะเวลาการศึกษา (พฤศจิกายน 2568 - มกราคม 2569)

- เหตุผล: เพื่อประเมินผลของแนวทางฉบับปรับปรุงแล้วในวงกว้างขึ้น

Key Informants (ผู้ให้ข้อมูลหลัก)

กลุ่ม Key Informants คือกลุ่มบุคคลสำคัญที่ให้ข้อมูลเชิงลึกและร่วมพัฒนาแนวทางไปพร้อม ๆ กับทีมวิจัย ซึ่งประกอบด้วย:

- ผู้ป่วย COPD และครอบครัว: อย่างน้อย 3-5 ราย (หรือตามความเหมาะสม) ที่ยินดีให้ข้อมูลและร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

- บุคลากรทางการแพทย์: อย่างน้อย 8-10 คน จากสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย COPD

ประกอบด้วย อายุรแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เกสซักร และนักโภชนาการ

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โดยแพทย์

2. มีอายุ ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป เนื่องจากโรค COPD มักพบในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป

3. มีประวัติสัมผัสหรือได้รับสารระคายเคืองทางเดินหายใจในระยะยาว เช่น ควันบุหรี่ (ทั้งสูบเองหรือสัมผัสควันบุหรี่) ควันจากการเผาในที่โล่ง (burning biomass) ฝุ่น PM 2.5 ละอองสารเคมีจากการทำงาน เช่น ปุ๋ย ยาฆ่าแมลง ฝุ่นซีเมนต์ เขม่าถ่านหินหุงต้ม หรือผงจากงานก่อสร้าง

4. สามารถ สื่อสารและให้ข้อมูลได้

5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดย ลงนามในหนังสือยินยอม (Informed Consent)

6. ครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วย COPD อย่างต่อเนื่อง

7. บุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย COPD อย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีภาวะทางจิตเวชรุนแรง หรือภาวะสติปัญญาที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2. ผู้ป่วยที่ได้รับความคิดเห็นจากแพทย์ ว่ามีปัญหาทางจิตเวช ภาวะสมองเสื่อมที่ส่งผลต่อการให้ข้อมูลเนื่องจาก ภาวะเจ็บป่วยรุนแรง

3. อยู่ในระยะ โรคที่รุนแรงมากจนต้องได้รับการรักษาใน ICU

4. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

5. ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่

เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และหนี้สินของครอบครัวรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นโรค ประวัติการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการเลิกสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพประกอบด้วย

1) แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากเมื่อทำกิจกรรมโดยใช้ MMRC (Modified Medical Research Council : MMRC)⁵ ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหายใจลำบากเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับ 0 คืออาการปกติ ไม่มีเหนื่อยง่าย

ระดับ 1 คือมีอาการเหนื่อยง่าย เมื่อเดินเร็ว ๆ ขึ้นทางชัน

ระดับ 2 คือเมื่อเดินในพื้นที่ราบไม่ทันเพื่อนที่อยู่ใกล้เคียงกัน เพราะเหนื่อย หรือต้องหยุดเดินเป็นพัก ๆ

ระดับ 3 คือเดินได้น้อยกว่า 100 เมตร

ระดับ 4 คือเหนื่อยง่ายเวลาทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ แต่งตัว กรณี MMRC < 2 ถือว่าอาการน้อย MMRC ≥ 2 ถือว่าอาการมาก

2) ดัชนีมวลกาย (BMI) ได้จากการคำนวณโดยการวัดส่วนสูงเป็นเซนติเมตรและการชั่งน้ำหนักเป็น กิโลกรัมแล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีมวลกายจากสูตรมาตรฐาน คือค่าดัชนีมวลกาย = น้ำหนักตัว(กก.)/ส่วนสูง² (เมตร)

3) ความทนต่อการออกกำลังกาย (exercise tolerance) ด้วยการเดินในระยะเวลา 6 นาที (6 Minutes Walk Test : 6MWT)³ เป็นการทดสอบการทำงานของร่างกายด้วยการเดินภายในเวลา 6 นาทีแล้ววัดระยะทางทั้งหมดที่ได้จากการเดิน มีหน่วยเป็นเมตร

4) แบบประเมินความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยหอบ (Visual Analog Scale of Dyspnea : VAS-D)⁶ โดยผู้ป่วยให้คะแนนระดับ

ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยหอบด้วยตนเอง โดยทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร โดยมีคะแนน 0 ที่ตำแหน่งล่างสุด ตรงกับความรุนแรงของการเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบน้อย ที่สุด และคะแนน 10 ที่ตำแหน่งบนสุดซึ่งตรงกับอาการหายใจเหนื่อยหอบรุนแรงที่สุด

5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire : PHQ-9)⁷ ที่พัฒนาขึ้นจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM-IV ที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า และถูกนำมาปรับใช้ในกลุ่มคนไทย โดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ประเมินอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีลักษณะเป็นแบบลิเคิตมาตราส่วน 4 ระดับ (4-rating Likert Scale) ได้แก่ 0 คะแนน ไม่มีเลย 1 คะแนน มีบางวัน/ไม่บ่อย 2 คะแนน มีค่อนข้างบ่อย 3 คะแนน มีเกือบทุกวัน แบบประเมินชุดนี้มีคะแนนรวมอยู่ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือ	แหล่งที่มา	วิธีตรวจสอบ
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้วิจัยสร้างเอง	IOC (≥ 0.5), Cronbach's alpha (≥ 0.70)
MMRC	Kervio et al., 2003 ⁵	ใช้ตามต้นฉบับ
6MWT	Jenkins, 2007 ³	ไม่ต้องตรวจสอบ
VAS-D	Mahler et al., 2006 ⁶	Cronbach's alpha > 0.80
PHQ-9 (ฉบับไทย)	มาโนช หล่อตระกูล et al. ⁹	Cronbach's alpha = 0.79
SGRQ	Jones et al., 1991 ⁸	Cronbach's alpha = 0.72-0.94

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและแบบประเมินต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมุ่งเน้นที่เนื้อหาซึ่งได้จากกระบวนการมีส่วนร่วมในแต่ละรอบของ PAR โดยเน้นการสะท้อนความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

ในช่วง 0 - 27 คะแนน ซึ่งถูกนำไปให้ความหมายเป็น 2 ระดับ คือคะแนนรวม ที่น้อยกว่า 9 หมายถึงอาการปกติ คะแนนรวมที่มากกว่า 9 หมายถึงอาการซึมเศร้า ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (St George s' Respiratory Questionnaire : SGRQ)⁸ แบบสอบถามมีทั้งหมด 50 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านอาการ (symptoms) ประกอบด้วยความถี่และความรุนแรงเนื่องจากอาการของระบบหายใจ 2) ด้านกิจกรรม (activity) เป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการหายใจลำบาก และ 3) ด้านผลกระทบ (impact) เป็นผลกระทบจากโรคและอาการหายใจลำบากต่อร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม คะแนนรวมทั้งหมดจะมีตั้งแต่ 0 - 100 คะแนน การแปลผลคะแนนภาวะสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ภาวะสุขภาพดี (0-33 คะแนน) ภาวะสุขภาพปานกลาง (34-67 คะแนน) และภาวะสุขภาพไม่ดี (68-100 คะแนน)

ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร ใช้วิธี การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Miles & Huberman¹⁰

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ภายหลังการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD ฉบับสมบูรณ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 60 ราย เป็นระยะเวลาเฉลี่ย 1 เดือน ผู้วิจัยได้ประเมินประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าว โดยเปรียบเทียบตัวชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ตลอดจนประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรที่มีต่อแนวทางที่พัฒนา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลคะแนนระดับด้านความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย COPD จำนวน 10 รายแรก ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้ง 10 รายแรกมี คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางทุกราย โดยมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 9.3 ถึง 21.6 คะแนน แสดงให้เห็นว่าแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมทักษะ ความรู้ และศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม ในด้านคะแนนคุณภาพชีวิต พบว่าหลังการใช้แนวทางการดูแล ผู้ป่วยทุกรายมีคะแนนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 2.1 ถึง 17.9 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของสภาพร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ แม้บางรายจะมีคะแนนเพิ่มขึ้นไม่มาก แต่ภาพรวมแสดงแนวโน้มเชิงบวกอย่างสม่ำเสมอ

2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นส่งผลเชิงบวกต่อผู้ป่วยในระดับรายบุคคล และสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เชิงสถิติในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย ซึ่งพบว่า

คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองและคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการใช้แนวทางฯ สูงกว่าก่อนการใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สนับสนุนประสิทธิผลของแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน

เมื่อนำข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด 60 รายมาวิเคราะห์เชิงสถิติ พบว่าผลลัพธ์หลังได้รับการดูแลตามแนวทางฯ ดีกว่าก่อนรับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 4.2 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างชัดเจน (เพิ่มขึ้น ~14 คะแนน) เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น (เพิ่มขึ้น ~11 คะแนน) การทดสอบความแตกต่างของคะแนนก่อน-หลังด้วยสถิติ *t-test แบบจับคู่* (paired t-test) ให้ผลดังนี้ คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง: เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 23.39, df = 59, p < 0.001$) และ คะแนนคุณภาพชีวิต: เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.86, df = 59, p < 0.001$) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 กล่าวคือ หลังดำเนินการตามแนวทาง ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนในทางสถิติ

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย COPD ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น พบว่า ภายหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองและคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นชัดเจนว่าแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีผลในการปรับปรุงทั้ง ความสามารถในการดูแลตนเอง และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยค่าเฉลี่ยคะแนนหลังได้รับการดูแลเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 60.1 เป็น 74.4 (เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 24) สอดคล้องกับ

การสังเกตเชิงคุณภาพที่ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการสุขภาพตนเองดีขึ้น เช่น รู้จักหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและจัดการอาการกำเริบเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง ส่วนคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยรายงานคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 56.2 เป็น 67.3 (เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 20) แสดงว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นหลังได้รับการดูแลตามแนวทางปรับตัวทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อชีวิตมากขึ้น ผลลัพธ์ทั้งสองด้านชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาแนวทางการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเอง และการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบสามารถยกระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในมิติด้านสมรรถนะการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน

4. การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ระหว่าง ก่อน และ หลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD ที่พัฒนาพบว่า อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วย COPD หลังการใช้แนวทางลดลงอย่างมาก โดยก่อนมีแนวทางฯ ผู้ป่วยร้อยละ 20 จำเป็นต้องกลับมานอนรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในขณะที่หลังดำเนินการตามแนวทางฯ อัตราดังกล่าวลดลงเหลือเพียงร้อยละ 10 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 15) ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ สถิตินี้สะท้อนว่าการดูแลตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยป้องกันการกำเริบของโรคหลังผู้ป่วยกลับบ้านได้ดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการและจัดการตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพจนไม่ต้องเข้ารับรักษาซ้ำบ่อยเหมือนเดิม ทั้งนี้ แม้การเปรียบเทียบเชิงสถิติแบบทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) ระหว่างสัดส่วนก่อน-หลังจะไม่ได้ทำอย่างเป็นทางการเนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัด แต่แนวโน้มที่อัตราการลดลงครั้งหนึ่งนี้ก็มีความสำคัญเชิงคลินิกและเชิงการบริหารอย่างยิ่งต่อโรงพยาบาล นับเป็นผลลัพธ์ที่ตอบโจทย์วัตถุประสงค์หลักของ

โครงการ นั่นคือการลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำและลดภาระงานของโรงพยาบาลในระยะยาว

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรต่อแนวทางที่พัฒนา ในการประเมินท้ายโครงการ ได้มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง และความพึงพอใจของบุคลากรที่ได้ทดลองใช้แนวทางดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามมาตรฐาน (คะแนนเต็ม 5 ระดับ) ประกอบกับการสัมภาษณ์เปิดในบางราย ผลการประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับสูง โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ที่ 4.7 จาก 5 คะแนน (SD \approx 0.5) และเมื่อพิจารณาจำแนกตามด้าน พบว่าผู้ป่วยพึงพอใจมากที่สุดในด้านการได้รับข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์และเข้าใจง่าย (ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยให้คะแนนเต็มในข้อนี้) รองลงมาคือด้านการเอาใจใส่ดูแลของทีมสุขภาพและความต่อเนื่องในการติดตาม นอกจากนี้ ร้อยละ 93.3 ของผู้ป่วย (56 ใน 60 ราย) ระบุว่า จะแนะนำเพื่อนหรือผู้ป่วย COPD รายอื่นให้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบนี้หากมีในอนาคต ซึ่งสะท้อนถึงการยอมรับและความเชื่อมั่นในแนวทางที่พัฒนา ในส่วนของความพึงพอใจของบุคลากรทีมสุขภาพ ปรากฏว่าบุคลากรที่มีส่วนร่วมทั้งหมด (ทั้ง 10 คน) มีความพึงพอใจต่อแนวทางในระดับสูงเช่นกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของบุคลากรอยู่ที่ 4.8 จาก 5 คะแนน โดยทุกคน (100%) เห็นตรงกันว่าแนวทางนี้ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีมาตรฐานและง่ายต่อการปฏิบัติมากขึ้น

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับในระดับสูงมากทั้งจากผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงโดยเฉพาะด้านการได้รับข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์และเข้าใจง่าย การดูแลอย่างเอาใจใส่ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในเชิงระบบบริการ ผลการประเมินสะท้อนว่าแนวทางดังกล่าวช่วยยกระดับมาตรฐานการดูแลให้มีความชัดเจน เป็น

ระบบ และลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติ ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในบริบทโรงพยาบาลชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ ความพึงพอใจในระดับสูงของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญของความเป็นไปได้ในการนำแนวทางไปใช้จริงและขยายผลในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ดำเนินการจำนวน 2 วนรอบ ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน และเพื่อประเมินผลลัพธ์ของแนวทางที่พัฒนาขึ้นต่อความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ผลของแนวทางการดูแลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า การใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างทักษะ ความรู้ และความมั่นใจของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) และแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem ซึ่งเน้นบทบาทของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมตามศักยภาพ การที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สะท้อนถึงความเหมาะสมของกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการติดตามต่อเนื่องตามแนวทางที่

พัฒนาขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ลดความเสี่ยงของการกำเริบของโรค และส่งเสริมการควบคุมอาการได้ดียิ่งขึ้น¹¹

2. ผลของแนวทางการดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลการวิจัยยังพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการใช้แนวทางการดูแลสูงกว่าก่อนการใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นส่งผลเชิงบวกต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตประจำวัน ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากการที่แนวทางการดูแลมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ครอบคลุมทั้งการควบคุมอาการ การส่งเสริมสมรรถภาพปอด การดูแลต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางจิตสังคม ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความมั่นใจ และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากขึ้น¹²

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1.1 ควรนำแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลบ้านไผ่

1.2 ควรจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถใช้แนวทางการดูแลได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกัน

1.3 ควรจัดหาและพัฒนาสื่อการสอนและอุปกรณ์สนับสนุนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อเสริมประสิทธิภาพการดูแล

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 ควรสนับสนุนให้มีการขยายการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่นในเครือข่าย

2.2 ควรบูรณาการแนวทางการดูแลดังกล่าวเข้ากับระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุข

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์การดูแล

3.2 ควรขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่น เพื่อเปรียบเทียบผลและเพิ่มความทั่วไปของแนวทาง

3.3 ควรศึกษาผลของแนวทางการดูแลต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้แนวทางการดูแลนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (n.d.). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Retrieved from <https://goldcopd.org>
2. ศิริณา รังกลิ่น. (2567). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น. วารสารวิชาการทางการแพทย์พยาบาล, 38(4), 98-115.
3. Jenkins, S. (2007). Six-minute walk test in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, 101(7), 1350-1354.
4. Kemmis, S., & McTaggart, R. (2000). Participatory action research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 567-605). Thousand Oaks, CA: Sage.
5. Kervio, G., Carre, F., & Ville, N. (2003). Reliability and intensity of the six-minute walk test in healthy elderly subjects. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 10(2), 91-98.
6. Mahler, D. A., Fierro-Carrion, G., Mejia-Alfaro, R., Ward, J., & Baird, J. C. (2006). Visual Analog Scale to measure dyspnea: Longitudinal consistency and responsiveness to change in clinical trials. *Chest*, 129(3), 643-651.
7. Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8, 46.
8. Jones, P. W., Quirk, F. H., & Baveystock, C. M. (1991). The St George's Respiratory Questionnaire. *Respiratory Medicine*, 85(Suppl B), 25-31.
9. มาโนช หล่อตระกูล, สมฤทธิ์ สุมารินทร์, & รัชดา ทองอยู่. (2551). การแปลและตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย. วารสารจิตเวชศาสตร์ทั่วไป, 2(1), 5-10.
10. Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
11. Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
12. โรเซนสโตก, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
13. พรวิภา ยาสมุทร. (2563). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน. วารสารสุขภาพชุมชน, 44(3), 120-138.