

ประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วย
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย
Effectiveness of Self-Management Program on Reducing Acute Exacerbations
among Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients
in Bandanlanhoi Hospital, Sukhothai Province

ทัศนาวงศ์กิตติรัตน์¹

Tasana Wongkittirat

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 40 ราย โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมฯ ได้แก่ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย 1) การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วย 2) การรับรู้ด้านสุขภาพ 3) ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเองของแครีเยอร์ (Creer) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การตั้งเป้าหมาย กิจกรรมที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล กิจกรรมที่ 3 การประเมินผลและการประมวล กิจกรรมที่ 4 การตัดสินใจ กิจกรรมที่ 5 การลงมือปฏิบัติ กิจกรรมที่ 6 การสะท้อนการปฏิบัติ ระยะเวลาทดลอง 5 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามและสมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองตัวแปรที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (P-value=0.036) การรับรู้ด้านสุขภาพ (P-Value<0.001) พฤติกรรมการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน (P-Value<0.001) ตามลำดับ หลังทดลองผู้ป่วยมีระดับสมรรถภาพปอด มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนทดลองอย่างมี

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย, E-mail: Tasana04.mam@gmail.com

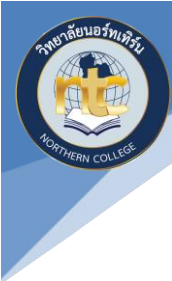
นัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.024$) ผลการวิจัยนี้พบว่า ระดับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับ 3 ยังไม่มีการเปลี่ยน แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาการทดลองโปรแกรมฯ เพียง 5 เดือน ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีระดับสมรรถภาพปอดดีขึ้น ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาวิธีการใหม่ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันได้ เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน

Abstract

This Quasi-experimental research aimed to study the effectiveness program of self-management on reducing acute exacerbations among chronic obstructive pulmonary disease patients in Bandanlanhoi hospital, Sukhothai Province. Population in this study consisted of 40 chronic obstructive pulmonary disease patients (COPD). This program was developed from all significantly factors from research study in phrase 1 including, 1) acute exacerbation management in COPD patient, 2) health perception factors, 3) health status and illness. The program of self-management on reducing acute exacerbations among chronic obstructive pulmonary disease patients was developed the activity in by applying self-management theory composed of 6 activities including, 1) gold selection, 2) information collection, 3) information processing and evaluation, 4) decision making, 5) action, 6) self-reaction and assessment within 5 months. The instrument used for data collection was questionnaire and behavior-record forms and data analyzed to test research hypothesis by Paired sample t-test.

The result showed that after the experimentation, the factors significantly increased mean score composed of COPD severity ($P\text{-value}=0.036$), health perception factors ($P\text{-value}<0.001$), acute exacerbation management in COPD patient ($P\text{-value}<0.001$), respectively. Moreover, pulmonary function testing had mean score increased with significantly ($P\text{-value}=0.024$). The result revealed the forced vital capacity of COPD patients in volume 3 after in experimentation was not improve. On these finding, the experiment time had not enough for 5 months, Thus, the next research study will be creating by the qualitative research and



participatory research to emphasize COPD patients in order to encourage of completely treatment and self-care health behavior changing.

Keyword: Chronic obstructive pulmonary disease, Acute exacerbations management

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ การดำเนินของโรคเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ หลอดลมมีการอักเสบและตีบแคบลงร่วมกับความยืดหยุ่นของถุงลมปอดสูญเสียไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Boonsawat, 2013)

จากรายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย พบว่า สถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2559-2561 มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ 2,393 , 2,396 และ 2,414 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2561) สำหรับโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอยเป็นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุโขทัย มีขนาด 30 เตียง จากการเก็บข้อมูลรายงานประจำปีของหน่วยเวชระเบียน พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2559-2561 เท่ากับ 239, 172 และ 223 คน ตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย, 2561) โดยผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเฉียบพลันระยะค่อนข้างรุนแรงและสามารถเกิดอาการกำเริบซ้ำบ่อยจนต้องเข้าและออกโรงพยาบาลเป็นประจำทำให้การดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้น สมรรถภาพปอดเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว แยกตัวออกจากสังคมและได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา อาการหายใจลำบาก จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ประมาณ 12,735 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของรายได้ประชาชาติ (National Health Security, 2016) นอกจากนี้อาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลให้มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำเพิ่มขึ้น จากรายงานของโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ประจำปี พ.ศ. 2561 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษา มีจำนวนผู้ป่วยใน 5 อันดับแรกของโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่ ปัญหาการรับกลับเข้าโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (Readmission) และปัญหาการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง (Revisit) นอกจากนี้ยังพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้า

รับการรักษาด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันเพิ่มขึ้นในช่วง 3 ปี คือในปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวนผู้ป่วย 258 คน เข้ารับการรักษา 1,532 ครั้ง ปีพ.ศ.2560 จำนวนผู้ป่วย 234 คน เข้ารับการรักษา 1,494 ครั้ง และปี พ.ศ. 2561 จำนวนผู้ป่วย 215 คน เข้ารับการรักษา 1,021 ครั้ง ตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย, 2561)

จากข้อมูลสถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตอำเภอบ้านด่านลานหอยและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management) ของแครีเยอร์ (Creer, 2000) ผสมกับทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) มาออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมฯ เพื่อนำมาใช้ในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเพื่อให้เข้าใจถึงการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันและรวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการหาวิธีการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดระดับความรุนแรงของโรคและลดการกลับมาซ้ำซ้ำต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

กรอบแนวคิดวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบกรอบแนวคิดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management) ของแครีเยอร์ (Creer, 2000) ผสมกับทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การตั้งเป้าหมาย (Goal selection) เป็นการสร้างความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (A1)

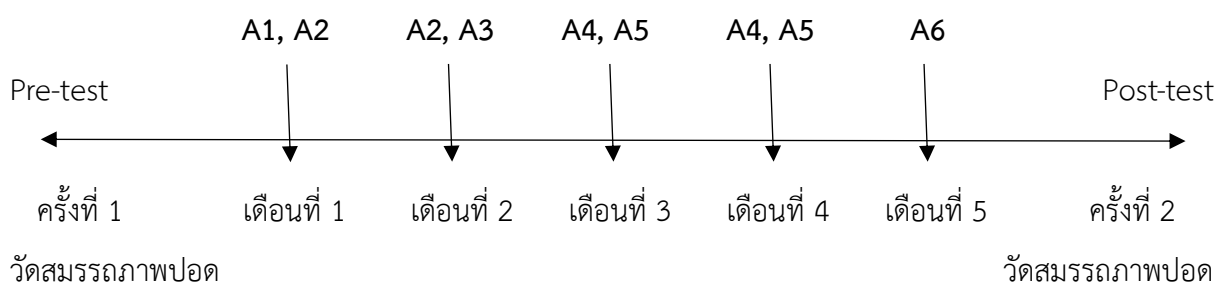
กิจกรรมที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำการเฝ้าระวังตนเอง (Self-monitoring) โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมอาการ อาการแสดงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง (A2)

กิจกรรมที่ 3 การประเมินผลและการประมวลผล (Information processing and evaluation) การนำข้อมูลอาการ อาการแสดง และพฤติกรรมการจัดการอาการกำเริบที่รวบรวมไว้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว (A3)

กิจกรรมที่ 4 การตัดสินใจ (Decision making) การจัดการตนเอง หลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูลประมวลผล และประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม โดยอาศัยข้อมูลเหล่านี้เป็นพื้นฐาน การตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นแก่นของความสำเร็จในการจัดการตนเอง (A4)

กิจกรรมที่ 5 การลงมือปฏิบัติ (Action) การใช้ทักษะการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง (A5)

กิจกรรมที่ 6 การสะท้อนการปฏิบัติ (Self-reaction) การประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง (A6)



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือน สิงหาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 138 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรักษา ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย 2) มีประวัติเข้ารับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีและ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการกำเริบ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม 2) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่อของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ขึ้นทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย จากรายชื่อผู้ป่วยที่ได้ทำวิจัยในระยะที่ 1 (จำนวน 138 คน) โดยนำรหัสเลข Hospital number ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาเขียนลงในสลาก แล้วทำการหยิบรายชื่อขึ้นมาโดยไม่ใส่กลับคืน ให้ได้จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมทดลองคือ โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโปรแกรมระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบไร้รอยต่อ โดยพัฒนามาจากผลวิจัยระยะที่ 1 นำตัวแปรมาประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management) ของ เครียร์ (Creer, 2000) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) มาออกแบบกิจกรรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 6 กิจกรรม

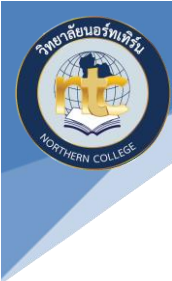
2. แบบสอบถาม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานะทางการเงิน และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค ค่าใช้จ่ายในการรักษาสิทธิด้านการรักษาพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ การสูบบุหรี่ การได้รับควันบุหรี่ จำนวนครั้ง อาการกำเริบเฉียบพลัน ประวัติการเข้ารับการรักษา การทานยาและยาพ่น ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 3 ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ กิจกรรมที่ทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลักษณะคำตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช้เกณฑ์การแปลผลของ Bloom (1975) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูงสุด (คะแนน $\geq 80\%$) ระดับปานกลาง (คะแนน $61\% - 79\%$) ระดับต่ำ (คะแนน $\leq 60\%$)

ส่วนที่ 4 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงอาการกำเริบเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน การรับรู้อุปสรรคการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33



ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ประสิทธิภาพการมีอาการกำเริบเฉียบพลัน กลวิธีการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลัน ลักษณะคำถามแบบ ประเมินค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ การปฏิบัติระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกระดับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการวัดอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก เพื่อวัดปริมาตรของอากาศที่สามารถหายใจออกอย่างเร็วและแรง ใน เวลา 1 นาที การแปลผลระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- ระดับที่ 1 Mild = ค่า FEV1 $\geq$ 80% ของค่ามาตรฐาน
- ระดับที่ 2 Moderate = ค่า FEV1 = 50-79% ของค่ามาตรฐาน
- ระดับที่ 3 Severe = ค่า FEV1 = 30-49% ของค่ามาตรฐาน
- ระดับที่ 4 Very severe = ค่า FEV1 $<$ 30% ของค่ามาตรฐาน

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง และคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.837 เมื่อพิจารณาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามจำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้ 1) ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 0.869, 2) การรับรู้ด้านสุขภาพ 0.883, 3) พฤติกรรมการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน 0.759

การทดลองและการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมกลุ่ม เตรียมผู้ช่วยวิจัยด้วยการอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย และให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกการใช้แบบสอบถามจนเกิดทักษะในการเก็บข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยการให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน และระดับสมรรถภาพปอด หลังจากดำเนินกิจกรรมครบ 6 กิจกรรม แล้วผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังทดลองเช่นเดียวกับก่อนทดลอง

2. การทดลอง

กิจกรรมที่ 1 การตั้งเป้าหมาย (Gold selection) (สิงหาคม 2563) เป็นการสร้างความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการต่อรองและการตัดสินใจร่วมกัน โดยรวมถึงการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันได้

กิจกรรมที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำการเฝ้าระวังตนเองโดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมอาการ อาการแสดงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง

กิจกรรมที่ 3 การประเมินผลและการประมวล (Information processing and evaluation) (ตุลาคม 2563) โดยการนำข้อมูลอาการ อาการแสดง และพฤติกรรมการจัดการอาการกำเริบที่รวบรวมไว้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวที่กำหนดในกิจกรรมที่ 1

กิจกรรมที่ 4 การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการจัดการตนเอง หลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล ประมวลผลและประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเหล่านี้เป็นพื้นฐาน การตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นแก่นของความสำเร็จในการจัดการตนเอง

กิจกรรมที่ 5 การลงมือปฏิบัติ (Action) การใช้ทักษะการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จได้ต้องมีอิสระในการปฏิบัติเป็นขั้นตอนตามแนวทางที่วางแผนไว้สำหรับตนเองและยังขึ้นอยู่กับตัวแปรแวดล้อม เช่น ความสะดวกหรือสิ่งที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติ ทักษะการจัดการตนเองโดยใช้กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม

กิจกรรมที่ 6 การสะท้อนการปฏิบัติ (Self-reaction) การประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง การประเมินนี้ บุคคลสามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริงหรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติมและยังช่วยให้ทักษะการจัดการ

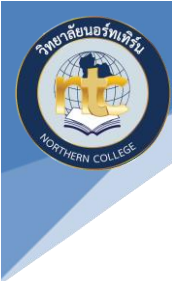
ตนเองคงอยู่

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลัน การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และระดับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เอกสารรับรองเลขที่ IRB 75/2563 และใช้ข้อปฏิบัติทางจริยธรรมขั้นพื้นฐาน 3 ประการ ในการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ คือ ผู้วิจัยขอความสมัครใจยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล (Informed-consent)



การรักษาความลับของข้อมูล (Confidentiality) และการป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับแหล่งข้อมูลอื่น เนื่องมาจากการที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความร่วมมือในการทำวิจัย (Consequence)

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีสัดส่วนของเพศชาย (77.50%) มากกว่าเพศหญิง (22.50%) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป (47.90%) ($\bar{X}$ =72.30, S.D.= 9.733, Max=87, Min=43) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (62.50%) จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (72.50%) มีเพียงร้อยละ 10 ที่ไม่ได้ศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร (50%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวระหว่าง 5,000-10,000 บาท (65%) ($\bar{X}$ =9,215.50, S.D.=3,456.934, Max=18,000, Min=5,00) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 10 ปีขึ้นไป (42.50%)

2. ข้อมูลภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย

ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่เคยสูบบุหรี่ (87.50%) และผู้ป่วยที่มีประวัติเคยสูบบุหรี่ (12.50%) สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติเคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีการสูบบุหรี่ มากกว่า 5 มวนต่อวัน (92.50%) โดยมีสมาชิกในบ้านหรือคนรอบข้างที่มีประวัติสูบบุหรี่ (22.50%) และไม่มีสมาชิกและคนรอบข้างที่สูบบุหรี่ (77.50%) ประวัติการทานยาและการพ่นยาของผู้ป่วย พบว่า 1) ผู้ป่วยที่เคยขาดยาบ้างเป็นบางครั้ง แต่ไม่เกิน 1 สัปดาห์ (47.50%) 2) ผู้ป่วยที่เคยขาดยาบ้างเป็นบางครั้งแต่ไม่เกิน 1 เดือน (40%) 3) ผู้ป่วยที่ทานยา/พ่นยาทุกวันไม่เคยขาด (10%) และ 4) ผู้ป่วยที่เคยขาดยาเกิน 3 เดือน (2.50%) สำหรับอาการของผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก หายใจไม่เต็มอิ่ม หายใจลำบาก จนต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลก่อนเวลานัดปกติ พบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ/แน่นหน้าอก หายใจไม่เต็มอิ่ม/หายใจลำบากที่ต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินก่อนเวลานัด (70%) จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ระหว่าง 1-3 ครั้ง (22.50%) รองลงมาคือ จำนวน 7-9 ครั้ง (5%) และจำนวน 4-6 ครั้ง (2.50%) ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก หายใจไม่เต็มอิ่ม หายใจลำบากที่ควบคุมไม่ได้จนต้องนอนพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการต่าง ๆ ได้และไม่ต้องนอนพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล (87.50%) มีผู้ป่วยเพียง 5 คน ที่มีอาการหนักจนต้องนอนพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล ระหว่าง 1-2 ครั้ง ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาชนิดรับประทานและพ่นยาตามเวลา (92.50%) และมีผู้ป่วยที่ใช้ยาพ่นตามเวลา (7.50%)

3. ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง **ลดลง** ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.036$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	2.675	1.011	2.550	1.185	0.597	39	0.036

4. พฤติกรรมการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันจำแนกรายด้านก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
พฤติกรรมการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน	3.12	0.375	3.43	0.266	4.159	39	<0.001
- ประสิทธิภาพการมีอาการกำเริบเฉียบพลัน	2.51	0.390	2.71	0.461	2.633	39	<0.001
- กลวิธีการจัดการกับอาการกำเริบ	3.49	0.489	4.34	0.333	9.089	39	<0.001

5. การรับรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการรับรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้าน ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
การรับรู้ด้านสุขภาพ	3.47	0.442	3.93	0.374	4.985	39	<0.001
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงอาการกำเริบเฉียบพลัน	3.74	0.423	3.87	0.358	1.657	39	<0.001
- การรับรู้ความรุนแรงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	3.77	0.502	3.86	0.564	1.655	39	<0.001
- การรับรู้ประโยชน์การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน	2.81	0.402	4.06	0.446	2.683	39	<0.001
- การรับรู้อุปสรรคการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน	2.50	0.700	4.10	0.409	12.458	39	<0.001

6. ระดับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของระดับสมรรถภาพปอดระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

- 1) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถภาพปอดระดับที่ 1 Mild ($FEV_1 \geq 80\%$) ก่อนการทดลองมีจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 30) หลังการทดลอง มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถภาพปอด **เพิ่มขึ้น** เป็น 20 ราย (ร้อยละ 50)
- 2) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถภาพปอดระดับที่ 2 Moderate ($FEV_1 = 50-79\%$) ก่อนการทดลองมีจำนวน 19 ราย (ร้อยละ 47.50) หลังการทดลอง มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถภาพปอด **ลดลง** เป็น 14 ราย (ร้อยละ 35)
- 3) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถภาพปอดระดับที่ 3 Severe ($FEV_1 = 30-49\%$) ก่อนการทดลองมีจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 12.50) หลังการทดลอง มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถภาพปอด **เท่าเดิม** เป็น 5 ราย (ร้อยละ 12.50)
- 4) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถภาพปอดระดับที่ 4 Very severe ($FEV_1 < 30\%$) ก่อนการทดลองมีจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 10) หลังการทดลอง มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถภาพปอด **ลดลง** เป็น 1 ราย (ร้อยละ 2.50) ดังตามตารางที่ 4

ระดับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$ =75.60, S.D.=20.981) เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบก่อนทดลอง ($\bar{X}$ =64.75, S.D.= 21.052) ผลการวิจัยสรุปว่า ระดับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value=0.024) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของระดับสมรรถภาพปอดระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=40)

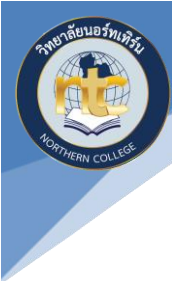
ตัวแปร	ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดับสมรรถภาพปอด (FEV1)				
ระดับที่ 1 Mild (FEV1 $\geq$ 80%)	12	30.00	20	50.00
ระดับที่ 2 Moderate (FEV1 = 50-79%)	19	47.50	14	35.00
ระดับที่ 3 Severe (FEV1 = 30-49%)	5	12.50	5	12.50
ระดับที่ 4 Very severe (FEV1 <30%)	4	10.00	1	2.50
Mean $\pm$ S.D.	64.75 $\pm$ 21.052		75.60 $\pm$ 20.981	

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ระดับสมรรถภาพปอด	64.75	21.052	75.60	20.981	7.392	39	0.024

อภิปรายผล

พฤติกรรมในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน ประกอบด้วย ประสบการณ์การมีอาการกำเริบเฉียบพลันและกลวิธีในการจัดการกับอาการกำเริบหรือลดโอกาสเสี่ยงจากอาการกำเริบเฉียบพลันจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน พบว่า หลังทดลอง ($\bar{X}$ =3.43, S.D.=0.266) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}$ =3.12, S.D.=0.375) อธิบายได้ว่า พฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้



ทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การมาพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การเลิกดื่มสุรา เป็นต้น โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อความรู้สึกรู้สึกนึกคิด เจตคติที่ถูกต้องและทำให้เกิด การปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เหมาะสม (เนลิมพล ตันสกุล, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพของ โอเร็มที่กล่าวว่าการที่บุคคลจะมีสุขภาพดี และมีความสุขจะต้องใช้ความสามารถในการดูแลสุขภาพที่จำเป็น เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพเกิดขึ้น เป็นการดูแลที่เกิดจากโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น ผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีกลิ่นควัน ฝุ่นละออง และการเลี่ยงการเล่นกับสัตว์เลี้ยง การอยู่ในที่ อากาศบริสุทธิ์ ปราศจากมลพิษ (Orem, 1995) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ เหมาะสมจะต้องเกิดจากองค์ประกอบที่สำคัญคือ ด้านความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจำหรือ ระลึกได้จากประสบการณ์ต่างๆ ที่เคยได้รับรู้มาเป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้จากประสบการณ์ ต่างๆ ที่เคยได้รับรู้มา โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันมีการจัดกิจกรรมที่ 6 การ เสริมสร้างทักษะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อให้ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้เรียนรู้ทักษะการจัดการตนเองจึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสม

การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงอาการกำเริบเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน การรับรู้อุปสรรคการจัดการอาการ กำเริบเฉียบพลัน ผลการวิจัยพบว่า การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้า ร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่า การรับรู้ของบุคคล ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัติ นั้น จะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมียุทธศาสตร์ด้าน จิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย (Rosenstock, 1974) เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันมีการจัดกิจกรรมที่ 3 กิจกรรมเพื่อนช่วย เพื่อนและคนต้นแบบ โดยการใช้บุคคลต้นแบบที่สามารถจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันได้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อให้สมาชิกได้เกิดการรับรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม การเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพที่ ถูกต้องโดยเน้นประเด็นการรับรู้อุปสรรคของการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน เนื่องจากผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า การรับรู้อุปสรรคการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน ไม่พบความสัมพันธ์กับการจัดการอาการกำเริบ เฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ($P\text{-value} = 0.930$) ดังนั้นจึงถือว่าการรับรู้อุปสรรคการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ เพราะถ้าผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะต้องทราบว่าอุปสรรคในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันมีอุปสรรคอะไรบ้าง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เกิดการรับรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ถูกต้อง และลดอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้แก่ อุปสรรคที่เกิดจากการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจะทำให้เป็นภาระของบุคคลในครอบครัวในการดูแล การสูญเสียรายได้และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น การลืมหินยาและพ่นยาบางครั้งทำให้การรักษาไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น

การเปรียบเทียบระดับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของระดับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ภายหลังทดลองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงระดับสมรรถภาพปอดแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.024$) เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อความรู้สึกรู้สึกนึกคิด เจตคติและการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพของโอเร็ม ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีและมีความสุขจะต้องใช้ความสามารถในการดูแลสุขภาพที่จำเป็น เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เกิดขึ้น เป็นการดูแลที่เกิดจากโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เมื่อมีอาการเหนื่อย หอบ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะต้องพ่นยาขยายหลอดลมฉุกเฉินทันทีเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันเกิดขึ้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะพยายามหายใจโดยการเป่าปากจะช่วยให้การระบายอากาศในปอดดีขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรมีการดูแลสุขภาพที่จำเป็น โดยการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของกลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (Orem, 1995) ผู้ป่วยจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะต้องเกิดจากองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ด้านความรู้เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้จากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยได้รับรู้มา

สรุปผลวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีระดับสมรรถภาพปอดหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยนี้พบว่า ระดับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับ 3 ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงแสดงให้เห็นว่าระยะเวลาการทดลองโปรแกรมฯ เพียง 5 เดือน ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

เรื่องนี้มีระดับสมรรถภาพปอดดีขึ้น ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาวิธีการใหม่ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันได้ เช่น การวิจยเชิงคุณภาพหรือการวิจยแบบมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย สำหรับทุนสนับสนุนในการดำเนินงานวิจยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2543). **พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2561). **รายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย 2561**. เอกสารอัดสำเนา.
- หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย. (2561). **รายงานประจำปี2561**. เอกสารอัดสำเนา.
- Best, John W. (1977). **Research is Evaluation**. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.
- Bloom, B.S. (1975). **Taxonomt of Education**. David McKay Company Inc., New York.
- Boonsawat W. (2013). **Treatment guideline for chronic obstructive pulmonary disease**. Retrieved January 20,2020.Available from http://www.eac2.dbregistry.com/sitedata/dbregistry_eac/1/CopdManagement.pdf.
- Creer,T. (2000). **Self-management**. In M. Bookaert, P.R. Pintrich, & M. Zeider (Eds.), **Handbook of self-regulation**. San Diego; California: Academic Press.
- Cronbach, Lee J. (1951). **Essentials of Psychological Testing**. 3rd ed. New York: Harper.
- National Health Security. (2016). **Quality improvement foe management of asthma and chronic obstructive pulmonary disease**. Retrieved January 20, 2020. Available from: <http://nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.acpx?>.
- Orem, D.E. (2001). **Nursing: concept of practices**. (6th ed.) St. Louis MO : Mosby.
- Rosenstock, Irain M. (1974). **The Health Belife Model and Prevention Behavior**. Health Education Monographs.