

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) จัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจส่วนล่างซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อ เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดขึ้นในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งซึ่งเป็นสาเหตุการตายในระดับต้น ๆ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคในระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลก (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2008) และเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยที่นำผู้ป่วยเข้ามารักษาในโรงพยาบาล ปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุ การเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 4 ของโลก คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของประชากรโลก (World Health Organization [WHO], 2011; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], ประเทศไทยพบว่า ประชากรร้อยละ 5 หรือประมาณ 4 ล้านคน เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมีอัตราการเสียชีวิต 7.6 ต่อประชากรแสนคน(รายงานประจำปีสำนักรโรคไม่ติดต่อ,2556) ในจังหวัดฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ พบอัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี 2560 ร้อยละ 2.67 และร้อยละ 1.48 ตามลำดับ (HDC,2560) สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษา ที่คลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2559 และปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนทั้งสิ้น 129 ราย และ135ราย ตามลำดับ และมีอัตราเข้ารับการรักษในแผนกฉุกเฉินด้วยอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute Exacerbation) ในปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 18.6 และ 24.44 ในปี พ.ศ. 2560 รวมถึงอัตราการ Re-Admit ในปี พ.ศ.2559 ร้อยละ 8.52 และ 8.14 ในปี พ.ศ. 2560 โดยมีจำนวนผู้ป่วยของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียชีวิตจำนวน 1 ราย เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ในปี พ.ศ. 2560 (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ 2560) จากข้อมูลด้านสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นมีปัญหาจากอาการหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อระบบบริการทางสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ ซึ่งเกิดจากการระคายเคืองเรื้อรัง ทำให้ปอดเกิดการอักเสบมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในหลอดลม และภายในเนื้อปอดทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดลม การดำเนินของโรคจะค่อยเป็นค่อยไปแต่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ (วัชร บุญสวัสดิ์, 2553; GOLD, 2014) เมื่อโครงสร้างภายในเนื้อปอดถูกทำลาย ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเกิดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในถุงลมปอด ส่งผลให้ปริมาณก๊าซออกซิเจนลดลง เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Lacasse, Goldstein, Lasserson, & Martin, 2006; Daheshia, 2005) ทำให้ต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้น

ผู้ป่วยจึงมีอาการเหนื่อยง่าย หายใจลำบาก ซึ่งจะส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง (Barnett, 2011) จากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดอาการหายใจลำบาก และอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงอื่นๆส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง กิจกรรมทางกายถูกจำกัด มีอาการอ่อนเพลีย ไม่สามารถใช้แรง หรือออกกำลังกายได้ตามปกติ (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548) และมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (จันจิรา, 2552) โดยด้านร่างกายผู้ป่วยจะมีสมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง มีอาการเหนื่อยหอบ (ฉันทชัย, 2551) มีภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลวและเสียชีวิตได้ (สุริย์, 2546) ด้านจิตใจผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวลเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง (พวงทอง, 2555) และจากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเวลานาน ประกอบกับกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น มีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างอย่างชัดเจน คือ ทรวงอกมีลักษณะคล้ายถังเปียร์ กล้ามเนื้อไหล่มีการหนาตัวขึ้น ทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า ความรู้สึก การมีคุณค่าในตนเองลดลง สิ้นหวัง กลัว ไม่สุขสบาย คับข้องใจ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดด้านจิตใจ อันดับแรก (วไลพร หงส์พันธ์, 2547; จริพันธ์ เพชรหาญ, 2549) โดยเฉพาะเมื่อผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะหายใจลำบากเกิดขึ้นก็ยิ่งส่งผลให้มีอาการวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ยิ่งมีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น จนไม่สามารถที่จะควบคุมอาการได้ ทำให้รู้สึกวุ่นวายไม่ประสบความสำเร็จการใช้ชีวิต เนื่องจากการต้องเจ็บป่วยตลอดเวลาเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ ประกอบกับการที่ไม่สามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อที่จะดูแลตนเองได้ จึงทำให้ต้องพึ่งพิงผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542) ด้านสังคมจากการที่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ทำให้ต้องจำกัดกิจกรรมบางอย่าง เช่น การสังสรรค์กับเพื่อน บทบาททางสังคมจึงเปลี่ยนแปลงไป แยกตัวออกจากสังคม ลดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (จิตารัตน์ เกตุสุริยา, 2547) และด้านเศรษฐกิจเกิดการสูญเสียรายได้ของผู้ป่วยและหรือผู้ดูแล (นภารัตน์, 2553) จากผลกระทบดังที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นต้องเผชิญกับผลกระทบหลายด้าน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง นอกจากผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ โดยส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายจากการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึง 12,735 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของรายได้ ประชาชาติ ทำให้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 1 ใน 10 ของโรคเรื้อรังที่เป็นภาระต่อค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศไทย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555)

ปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือพฤติกรรม การสูบบุหรี่หรือการได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นจากผู้อื่น มลภาวะจากควัน สารระเหยและสิ่งระคายเคืองในโรงงานอุตสาหกรรม (พิมล และคณะ, 2552) แนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งเป็น การรักษาโดยใช้ยาและโดยการไม่ใช้ยา ปัจจุบันแม้จะมีการพัฒนาการรักษาที่ทันสมัย แต่ก็ยังไม่สามารถรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้หายขาดเป็นปกติได้ การรักษาเป็นเพียงการชะลอการเกิดการลุกลาม การป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อนของโรค (นภารัตน์, 2553) ดังนั้นการรักษาโดยการไม่ใช้ยาเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโดยใช้วิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดซึ่งในปัจจุบันมีหลากหลาย

วิธี อาทิเช่นการฝึกการหายใจ(Breathing exercise)และการฝึกฝนออกกำลังกาย (Exercise training) การออกกำลังกายเป็นวิธีการหนึ่งที่นิยมนำมาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (คณะทำงานพัฒนาแนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553) ซึ่งการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเหมาะสมตามความรุนแรงของโรคและตามความสามารถของผู้ป่วยจะทำให้สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยดีขึ้น และส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (พรณิภา, 2554) จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการออกกำลังกายเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการทางคลินิกคงที่ แม้แต่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงระดับ 4 (จันทิรา, 2552; ศุภลักษณ์ และสุริพร, 2556)

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพ และความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีอาการหายใจลำบาก ซึ่งจะส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง (Barnett, 2011) รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นและต่อครอบครัวลดลงเช่นกัน เมื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองลดลง ทำให้ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว การทำหน้าที่ตามบทบาทมีการเปลี่ยนแปลง (Ries, 2006) นอกจากนี้หากการดำเนินของโรคยังคงเพิ่มระดับความรุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อการเสื่อมสมรรถภาพของปอดการแลกเปลี่ยนก๊าซขาดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาด้วยอาการหายใจลำบากรุนแรง จากผลกระทบดังกล่าวพบว่าอาการหายใจลำบาก เป็นอาการที่คุกคามต่อการปฏิบัติหน้าที่และกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเป็นอาการที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด (Pan et al., 2012) ดังนั้นการควบคุมอาการหายใจลำบาก สามารถลดความรุนแรงของโรคได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับอาการเจ็บป่วย จึงถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ปฏิบัติหน้าที่ได้ด้วยตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น (Tabak, Akker, & Hermie, 2014) ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการนอนหลับพักผ่อน เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับวิถีชีวิตส่วนตัวที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนเช่นกัน (Kheirabadi, Keypour, Attaran, Bagherian, & Maracy, 2008) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนจะสามารถประสบความสำเร็จได้นั้นขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล (Clark et al., 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนาสุขประเสริฐ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการอาการหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมจัดการจัดการอาการหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง คือ การรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการอาการหายใจลำบากเรื้อรัง ทำนายได้ร้อยละ 67 ($Beta = .82, p < .001$) ดังนั้น ต้องมีความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยมีความรู้และความเข้าใจเพื่อตัดสินใจกระทำการจัดการด้วยตนเอง (Jassem et al., 2010; Lemmens, Nieboer, & Huijsman, 2008) สอดคล้องกับข้อมูลด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รู้เพียงแต่เป็นโรคปอดและมีอาการเหนื่อย หายใจหอบ และไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ยอมรับว่าไม่ทราบวิธีจัดการตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมความรุนแรงของโรค เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การจัดทำทางที่เหมาะสม การบริหารการหายใจ และเทคนิคการพ่นยาไม่ถูกต้อง บางคนจดจำข้อมูลที่สอนไม่ได้เนื่องจากเครียด มีความทุกข์

ใจเรื่องการประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้ หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ด้วยตนเอง ซึ่งเกิดจากการขาดข้อมูล ขาดความรู้ และขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เนื่องจากการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสามารถชะลอความรุนแรงของโรคได้ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงต้องตระหนักรู้และเห็นความสำคัญของการให้ความรู้ และดูแลด้านจิตใจ รวมทั้งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลมากขึ้น การส่งเสริมให้ความรู้ และฝึกทักษะให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและตรงตามความต้องการ จะช่วยให้ความรุนแรงของโรคลดลง และจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ (Disler, Gallagher, & Davidson, 2012) แม้ปัจจุบันมีแนวทางการดูแลผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก้าวหน้าไปมากแล้ว แต่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านจิตใจ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 82 มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความกลัว (Elkington, Patrick, Addington - Hall, Higgs, & Edmonds, 2005; hukava & Shot, 2012) เมื่อมีการรับรู้ระดับ ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากสูง จะมีระดับความวิตกกังวลและซึมเศร้าสูงขึ้นตามไปด้วย (Gamal & Yorke, 2014) ซึ่งจากปัญหาและความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาแผนการพยาบาล ที่สนับสนุนให้เกิดความผาสุกในการดำเนินชีวิต โดยนำการจัดการตนเองเพื่อสร้างเสริมความสามารถในการจัดการ กับโรค และเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคได้ สามารถลดผลกระทบต่อสุขภาพ และการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย (Yu, Guo, & Zhang, 2014; Smeulders et al., 2010)

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในการ เรียนรู้ ดูแลรักษาสุขภาพ และป้องกันปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง รวมทั้งตระหนักถึงภาวะคุกคามต่อชีวิตตนเอง มองเห็นคุณค่าของการปฏิบัติด้วยตนเอง การจัดการตนเองโดยมีครอบครัว แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทางด้าน สาธารณสุขคอยให้การสนับสนุน นับว่าเป็นกระบวนการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับมานานเป็นแนวทางในการปฏิบัติ รักษาผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเป็นจำนวนมาก ทำให้มีนักวิชาการได้พัฒนาและเสนอแนวคิดการจัดการตนเอง ไว้เป็นจำนวนมาก ดังเช่น โทบินและคนอื่น ๆ (Tobin; et al. 1986) ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1)การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 2)การเตือนตนเอง (Self instruction)และ 3)การ ตัดสินใจ (Decision making) ดังการศึกษาวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ เช่น จินตนา บัวทองจันทร์ และคนอื่น ๆ (2556) ในขณะที่แคนเฟอร์ และกาลิก บายส์ (Kanfer; & Gaelick-Buys. 1991) ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเอง ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การ ติดตามตนเอง (Self-monitoring) 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และ 4) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) ดังการศึกษาวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้เช่น สุขฤดี รัชศฤงคารสกุล (2554) สุพัชรินทร์ วัฒนกุล และคนอื่น ๆ (2556) และพามังกาส (Pamungkas; et al. 2015) ส่วนเคลียร์ (Creer. 2000:95-129) ได้ เสนอแนวคิดการจัดการตนเองประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) การรวบรวม และประมวลข้อมูล (Information collection) 3) การประมวลและการประเมินผล (Information processing and evaluation) 4) การตัดสินใจ (Decision making) 5) การลงมือปฏิบัติ (Action) และ 6) การสะท้อนการ ปฏิบัติ (Self-reaction) ดังการศึกษาวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้เช่นลดาวัลย์ ฤทธิกล้าและคนอื่น ๆ (2555) จันทร

เพ็ญ หวานคา และคนอื่น ๆ (2558) และวัฒนะและคนอื่น ๆ (Wattana; et al. 2007) เช่นเดียวกับลอริกและฮอลแมน (Lorig; & Holman. 2003: 1-7) ได้เสนอแนวคิดการจัดการตนเองที่ว่า การจัดการตนเองเป็นทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองเมื่อต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา(Problem solving) 2) การใช้แหล่งข้อมูล (Resource utilization) 3) การตัดสินใจ (Decision making) 4) การสร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (The formation of a patient provider partnerships) 5) การปฏิบัติ (Taking action) และ 6) การปรับให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล(Self-tailoring) ดังการศึกษาวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ เช่น เบญจมาศ ถาดแสง และคนอื่น ๆ (2555) พชร อ่างบุญตา และคนอื่น ๆ (2555) และจันทร์จิรา สีสว่าง และคนอื่น ๆ (2553) โดยแนวคิดการจัดการตนเองทั้งหมดนี้มีพื้นฐานมาจากแนวคิดการกำกับตนเองตามทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura. 1986) ที่เชื่อว่า บุคคลกระทำกิจกรรมใด ๆ ต้องเกิดจากกระบวนการคิด โดยเริ่มจาก การสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทในการดำเนินชีวิตของตนเองต่อไป ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิต อย่างมีระบบโดยการมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ (Tobin, Reynolds, Holroyd, & Creer, 1986) และเพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเป็นประโยชน์ต่อตนเองเกิดการยอมรับพฤติกรรมที่แสดงออก และการตอบสนองการปฏิบัติด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนตามรูปแบบการกำกับตนเอง (Self-regulation model) ของ Kanfer and Gaelick (1986) ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมให้เกิดการจัดการด้วยตนเองประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การสังเกตและบันทึกการปฏิบัติ (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reenforcement) ซึ่งการปฏิบัติตัวให้เป็นไปตามกระบวนการกำกับตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Duangpaeng (2002) พบว่าในประเทศไทยนั้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการกำกับตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bourbeau, Nault, & Tan (2004) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเภท ผู้ป่วยนอก ที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการจัดการกับตนเองน้อยมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยต้อง มาใช้บริการของห้องฉุกเฉินจากการทบทวนวรรณกรรมได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองศึกษาในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ความรู้และการฝึกทักษะเป็นสำคัญ ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น และอาการหายใจลำบากลดลง (อิติภรณ์ ยอเสน, 2554) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวล ด้วยเทคนิคการหายใจแบบลึกร่วมในโปรแกรม พบว่าอาการหายใจลำบากและความวิตกกังวลลดลง (จุฬารณย์ คำพานุตย์, 2550; นพพร เขาวะเจริญ, 2540) แต่การศึกษาดังกล่าวศึกษาในระยะเวลาสั้น และกลุ่มตัวอย่างน้อย รวมทั้งวิธีการดูแลด้านจิตใจยังไม่ครอบคลุม และทำการศึกษาไว้เป็นระยะเวลานาน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมสร้างความสุข เพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ ประกอบด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยเสียงเพลง และสร้างสมาธิ กิจกรรมปรับมุมมองชีวิตด้านบวกซึ่งจะส่งเสริมการผ่อนคลาย มีสมาธิ และช่วยกระตุ้นระบบความจำทำให้การรับรู้จดจำ ข้อมูล

ที่พยาบาลให้ได้ดีขึ้น และรู้สึกมีความสุข(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554; บุษกร บินทสันต์, 2553) รวมทั้งส่งเสริมกระบวนการคิด พิจารณาเหตุปัจจัยที่เกิดการเจ็บป่วย ยอมรับและตอบสนองการดูแลตนเองด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสม ร่วมกับการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย โดยผ่านกระบวนการคิด และตัดสินใจด้วยตนเองภายใต้ข้อมูลที่ถูกต้อง และตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเอง เพื่อป้องกัน และชะลอความรุนแรงของโรคต่อไป โดยเลือกศึกษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถดูแลสุขภาพและจัดการกับอาการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

คำถามการวิจัย

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพของปอดในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด โดย

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอด ระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง
2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนอาการหายใจลำบาก ระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง
3. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอด ระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

4. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนอาการหายใจลำบาก ระยะหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยนำ แนวคิดมาจากการจัดการด้วยตนเอง (Self-management) ของ Kanfer and Gaelick (1986) พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (Social cognitive theory) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งเชื่อว่าไม่มีใครสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลอื่นได้ และยังเป็นแนวคิดที่มีกระบวนการชัดเจน โดยบุคคลจะเกิดการเรียนรู้ ตระหนักถึงภาวะคุกคามจากโรค และรับผิดชอบเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติมากขึ้น รวมทั้งมีการตอบสนองด้วยการควบคุมตนเอง การให้ความสนใจ และสร้างแรงกระตุ้นด้วยตนเอง โดยการประเมินตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ ส่งผลให้เกิดการจัดการด้วยตนเองและป้องกันปัญหาทางสุขภาพ รวมถึงการประสานความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพด้วย (Tobin et al. 1986) ในการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา สร้างแรงกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตนเองต้องการ ตามรูปแบบการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง (Self-monitoring) เป็นขั้นตอนการสังเกต และตั้งเป้าหมายติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเองอย่างมีแบบแผน

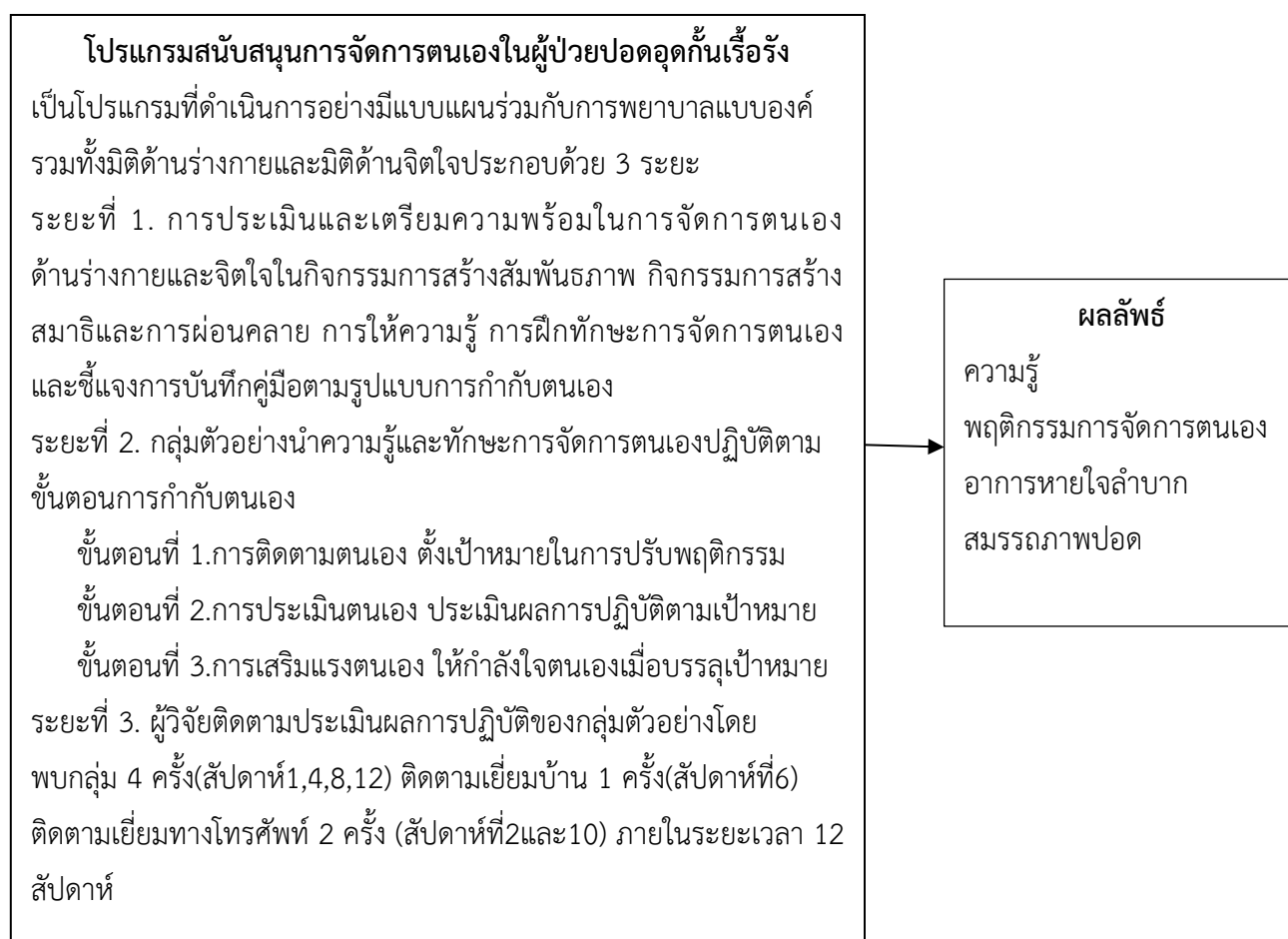
ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐาน หรือเป้าหมายที่กำหนดด้วยตนเอง โดยนำข้อมูลจากการบันทึกหรือสังเกตในขั้นตอนการติดตามมาเปรียบเทียบ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น ตระหนักถึงความสำคัญว่าพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ควรนำมาปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยงได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) การเสริมแรงตนเองนั้นเป็นการให้แรงเสริมแก่ตนเอง เมื่อปฏิบัติกิจกรรมสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ หรือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวคิดการจัดการตนเอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินและเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยการสร้างสัมพันธภาพ และกิจกรรมที่เสริมให้เกิดความผ่อนคลายและมีสมาธิ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนมุมมองชีวิตโดยการระบายความรู้สึก การจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับการจัดการอาการหายใจลำบาก และตั้งเป้าหมายร่วมกัน ผู้วิจัยสนับสนุนการปฏิบัติการจัดการตนเองด้วยการให้ความรู้ และฝึกทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งแจ้งการใช้กระบวนการตามรูปแบบการกำกับตนเอง

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการจัดการตนเอง โดยผู้ป่วนำความรู้และทักษะการจัดการตนเองปฏิบัติในสถานการณ์จริงที่บ้าน วิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ติดตามตนเอง (Self-monitoring) ประเมินตนเอง (Self-evaluation) และให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement)

ระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยออกเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสุขภาพ คือนักกายภาพบำบัด และเภสัชกร เพื่อติดตามผลและประเมินจากแบบบันทึกการกำกับตนเองกับ เป้าหมายที่ตั้งไว้ และเสริมแรงทางบวกเพื่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมพบกลุ่มที่โรงพยาบาล 4 ครั้ง (สัปดาห์1,4,8,12) ติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 6) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง(สัปดาห์ที่ 2,10) ผู้วิจัยเชื่อว่าหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ต่อเนื่องและเหมาะสม ส่งผลให้อาการหายใจลำบากลดลง และค่าสมรรถภาพปอดสูงขึ้น สรุปเป็นความสัมพันธ์ของตัวแปรในกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังภาพที่ 1-1



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 40 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย และดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วยตัวแปรต้น และตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้นคือ การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ตัวแปรตาม คือ ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอด

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุ 35 - 75 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีระดับความรุนแรง 2 - 3 ที่มาตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในวันพุธที่ 3 ของเดือน คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมอย่างมีแบบแผนตามขั้นตอนที่กำหนด เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม โดยมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการตนเอง ตามรูปแบบการกำกับตนเอง ของ Kanfer and Gaelick (1986) ร่วมกับ กิจกรรมสร้างสุขให้เกิดความผ่อนคลายและมีสมาธิ ให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การฝึกทักษะ ขั้นตอนของโปรแกรมประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) การประเมินและเตรียมความพร้อม 2) การปฏิบัติการจัดการตนเอง 3) การติดตามประเมินผลการปฏิบัติ ดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

ความรู้ หมายถึง ความจำ การตีความ และแปลความหมาย จนเกิดความเข้าใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ แนวทางการรักษา และการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินด้วยแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ของ นรภมลใหม่ทอง (2550) อ่างในธนัญชร ช่วยทำว.(2558)

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง จนเกิดความชำนาญ และมั่นใจในการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยพฤติกรรม 3 ด้าน ดังนี้ 1) พฤติกรรมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต คือ การเลิกสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 2) พฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบาก คือ การบริหารการหายใจ การออกกำลังกายเพื่อสร้างกล้ามเนื้อ และบริหารปอด การใช้ยาพ่นสูด การไออย่างมีประสิทธิภาพ การสงวนพลังงาน การรักษาด้วยออกซิเจน และ 3) พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ โดยประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนา

จากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของ สุภาภรณ์ ดั่งแพง (2548) อ้างใน ธัญชกร ช่วยท้าว,(2558)

อาการหายใจลำบาก หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ถึงความรุนแรง ความทุกข์ทรมานและความยากลำบากในการหายใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินโดยแบบวัดอาการหายใจลำบาก (Dyspnea Visual Analogue Scale: DVAS)

สมรรถภาพปอด สมรรถภาพปอด หมายถึง ความจุปอด และการระบายอากาศ เป็นการบอกการอุดกั้นของทางเดินหายใจ โดยใช้เครื่องมือการทดสอบสมรรถภาพของปอดที่เรียกว่า สไปโรมิเตอร์ (Spirometer ; COSMED รุ่น Pony fx) เพื่อวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและเต็มที่หลังการหายใจเข้าเต็มที่ หรือปริมาตรอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและเต็มที่ภายใน 1 วินาที

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ได้ทำการศึกษาและค้นคว้าแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้จากตำรา เอกสารและบทความวิจัยต่าง ๆ โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. อาการหายใจลำบาก
3. สมรรถภาพปอด
4. ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
5. พฤติกรรมการจัดการตนเอง
6. แนวคิดการจัดการตนเอง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) หมายถึง โรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ โดยทั่วไปมักจะรวมถึงโรคสองโรคของระบบทางเดินหายใจคือโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary emphysema) โดยมีลักษณะเป็น Progressive, Not fully reversible airflow limitation ซึ่งเป็นผลจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอดจากฝุ่นและก๊าซพิษ ซึ่งได้แก่ คาร์บอนที่ก่อให้เกิด Abnormal inflammatory response ทั้งในปอดและระบบอื่นๆของร่างกาย และมักจะพบทั้งสองโรครวมกันในผู้ป่วยส่วนใหญ่ และแยกออกจากกันได้ยาก (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง, 2553) ซึ่งมีลักษณะของการอุดกั้นของทางเดินหายใจ และมีโอกาสจะเป็นมากขึ้นตามระยะเวลาการเจ็บป่วย และไม่กลับสู่สภาพปกติ ซึ่งการอุดกั้นทางเดินหายใจนี้จะเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ค่อยเป็นค่อยไปและอาจดีขึ้นได้บ้างจากการใช้ยาขยายหลอดลม (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548; คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553; Canadian Lung Association, 2004) ซึ่งการอุดกั้นทางเดินหายใจนี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ การดำเนินโรคจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป ถ้าการอักเสบยังดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ ทำให้สมรรถภาพปอดเสื่อมสภาพต่อไป (วัชร บัญสวัสดิ์, 2548; GOLD, 2008) และมีการจำกัดของการหายใจออก (Fischer et al., 2007; Honig & Ingram, 2001) และโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) เป็นภาวะที่มีการสร้าง เสมหะเพิ่มขึ้นในหลอดลม ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงมีอาการไอบ่อย อย่างน้อยเป็นเวลา 3 เดือน ใน 1 ปีติดต่อกันเป็นเวลา 2 ปี โดยไม่ได้มีสาเหตุอื่นชักนำทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดอาการไอ (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548; คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการ

สาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553) และโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) เป็นภาวะที่มี การทำลายของถุงลมปอดทำให้บริเวณถุงลมตรงปลายต่อของหลอดลมฝอยส่วนปลาย (Terminal bronchiole) มีการโป่งพองกว่าปกติ และมีการทำลายของผนังถุงลมด้วย ซึ่งทำให้ ความยืดหยุ่นของเนื้อปอด (Elastic recoil) ลดลง (สมาคมอูรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเกิดร่วมกันระหว่างโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary emphysema) และมีลักษณะทางคลินิกคล้ายคลึงกันจึงเรียกรวมทั้งสองที่เกิดร่วมกันว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Nici et al., 2006; Wright & Churg, 2006)

สาเหตุ

สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีหลายสาเหตุด้วยกัน ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการโดยส่วนใหญ่พบว่าสาเหตุหลักร้อยละ 90 ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นเกิดจากการสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน มีโอกาสเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ (McDonald, 2005; Vozoris & Stanbrook, 2011) และจำนวนในการสูบบุหรี่นั้นมีปริมาณมากกว่า 10 มวนต่อวัน จะทำให้การทำงานของปอดลดลง ซึ่งจากการตรวจสมรรถภาพปอดจะมีการลดลงของปริมาตรของลมหายใจที่วัดจากการหายใจออกเต็มที่ และรวดเร็วภายใน 1 วินาที (Force Expiratory Volume in One Second: FEV1) พบว่า ในผู้ที่สูบบุหรี่ จะมีค่าเฉลี่ยของ FEV1 น้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543; สมาคมอูรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง, 2553; Boyle, 2009) ปัจจัยที่สำคัญรองลงมาจากสูบบุหรี่ คือ การสัมผัสฝุ่น และสารเคมี (Air pollution) จากการประกอบอาชีพ ซึ่งจากประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย พบว่า มลพิษภายในอาคาร จากการเผาผลาญเชื้อเพลิงประเภทไม้ ชากพืช มูลสัตว์ ในการประกอบ อาชีพ เพื่อการประกอบอาหาร และการให้ความร้อน ซึ่งทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553) อีกสาเหตุหนึ่งคือ จากกรรมพันธุ์ ที่มีการพร่องของสาร Alpha - 1 Antitrypsin ที่เป็นโปรตีนที่สร้างจากตับ มีหน้าที่ ในการยับยั้งการทำงานของ Neutrophil elastase เพื่อไม่ให้มีการย่อย Elastin ในถุงลมทำให้เกิดภาวะ ถุงลมโป่งพองก่อนวัย ถึงแม้บุคคลนั้นจะไม่เคยสูบบุหรี่เลยก็ตาม ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีรายงาน ในการขาดสารดังกล่าว (อัมพรพรรณ อีรานูตร, 2542, จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543; สมาคมอูรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; นภารัตน์ อมรพุดิสถาพร, 2553) สาเหตุ และปัจจัยในการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีกด้านคือ ภาวะ หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ (Airway hyperresponsiveness) ซึ่งในคนที่สูบบุหรี่ที่มีภาวะ ดังกล่าวจะมีการลดลงของค่า FEV1 มากกว่าคนที่สูบบุหรี่แต่ไม่มีภาวะหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น ผิดปกติ (สมาคมอูรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548)

พยาธิสภาพของโรค

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจซึ่งเกิดจากความผิดปกติของหลอดลมและถุงลมปอด ที่พบได้ทั้งในโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง

มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมตั้งแต่ขนาดใหญ่ลงไปจนถึงขนาดเล็ก และที่เนื้อปอด มีเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบแทรกในเยื่อปอดทั่วไป มี Goblet cell เพิ่มมากขึ้นและ Mucous gland ขยายใหญ่ขึ้น ทำให้มีการสร้าง Mucus ออกมามาก และเหนียวมากกว่าปกติ มีการตีบแคบของหลอดลมร่วมกับการสูญเสีย การยืดหยุ่นของเนื้อปอดทำให้เกิดการจำกัดของการไหลเวียนของอากาศ(Airflow limitation) และเกิดการค้างของอากาศภายในปอด (Air trapping)ทำให้ คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง มีการตีบแคบของหลอดลม การทำลายของเนื้อปอด และ หลอดเลือด มีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้เกิดภาวะพร่องของออกซิเจนในเลือดแดง (Hypoxemia) เมื่อร่างกายเกิดภาวะออกซิเจนต่ำในเลือดเป็นระยะเวลานาน ๆ ก็จะมีผลทำให้เกิด ภาวะคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (Hypercapnia) ตามมา และอาจทำให้เกิดความดันของปอดสูงขึ้น (Pulmonary hypertension) ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจซีกขวาโต และเกิดภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว (Corpul-monale) ในท้ายที่สุด (สมเกียรติ วงษ์ทิม และชัยเวช นุชประยูร, 2542,สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติ บริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553) และมีการกระตุ้นให้ไตสร้าง Erythropoietin เพิ่มขึ้น มีการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่ม เกิดภาวะที่เม็ดเลือดแดงสูงกว่าปกติ ทำให้เลือดมีความหนืดมากขึ้นส่งผลให้เกิด Pulmonary Hypertension มากขึ้น ซึ่งถือว่าเป็น ภาวะแทรกซ้อนของโรคที่พบในระยะท้ายๆของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมาคมอุรเวชช์ แห่งประเทศไทย, 2548)

อาการและการแสดง

เนื่องจากพยาธิสภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ และเสื่อมลงเรื่อย ๆ บางครั้งอยู่ในระยะสงบ เริ่มแรกอาจยังไม่มีอาการเลย ต่อมามีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะมากขึ้น เมื่อเป็นมากจะรู้สึกได้ว่าเหนื่อยง่ายเมื่อต้องออกแรง ขณะหายใจออกจะมีเสียงหวีด (Wheezing) มีอาการหายใจลำบากร่วมด้วย ในระยะแรกอาการยังไม่รุนแรงเห็นเด่นชัดมากนัก เนื่องจากเนื้อปอดยังถูกทำลายเพียงเล็กน้อยแต่เมื่อเนื้อปอดถูกทำลาย มากขึ้นซึ่งจะพบในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในช่วงอายุ 50 - 60 ปี เนื่องจากเนื้อเยื่อปอดถูกทำลายมากขึ้นไม่สามารถขยายตัวได้ดีเท่าเดิม ทำให้การดำเนินของโรคจึงมากขึ้นตามด้วย (สมาคม อุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; คณะทำงานพัฒนา แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง, 2553) เมื่อมีการอักเสบของระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง จะมีอาการไอบ่อย และเมื่อเป็นหวัด ก็จะมีอาการไอเพิ่มมากขึ้น และมักจะหายช้ากว่าปกติ ทำให้เป็นสาเหตุให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังเกิดอาการไอเรื้อรัง และจะมีอาการไอมีเสมหะมากขึ้นถึงแม้ว่าผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะไม่เป็นหวัดก็ตาม อาการเป็นๆ หายๆ อย่างน้อยปีละ 3 เดือน และต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 2 ปี (สมาคมอุรเวชช์แห่ง ประเทศไทย, 2548) เกิดจากการขยายขนาดของต่อมเมือกที่อยู่ในผนังท่อลม และหลอดลมเมือก และเซลล์กอบเบลทจะมีปริมาณมากขึ้น จึงมีการสร้างมูกเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทำให้มีมูกตกค้างในหลอดลม และหลอดลมฝอยเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจในปอด ทำให้การถ่ายเท อากาศในถุงลมจะลดลง ระดับออกซิเจนในเลือดแดงลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังกายมาก ต่อมาจะเหนื่อยแม้เมื่อออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย ฟังปอดจะได้ยินเสียงรอนไค (Rhonchi) หรือเสียงวี๊ด (Wheeze) ทั้งขณะหายใจเข้าและหายใจออกส่งผลทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอด

อดทนเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้น (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) เมื่อโรคมีความก้าวหน้ามากขึ้น จะมีการหายใจลำบากรุนแรงและมีความถี่ของการเกิดอาการบ่อยครั้งขึ้น เกิดความเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ น้ำหนักลดลง มีความวิตกกังวล รู้สึกสิ้นหวัง และอาการซึมเศร้าตามมา (Zhukava & Shot, 2012) ส่วนการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม จะส่งผลถึงผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงด้วย (Elkington et al., 2005; Omachi et al., 2009; Ries, 2006)

แนวทางการรักษา

การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการของโรค ป้องกันอาการกำเริบรุนแรง คงสมรรถภาพการทำหน้าที่ของปอดให้เกิดความเสื่อมสภาพช้าที่สุด และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ดีขึ้น (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; GOLD, 2014) เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด จึงเป็นการรักษาเพียงแต่ประคับประคองเพื่อชะลอให้พยาธิสภาพของปอดมีการเสื่อมหน้าที่ช้าลง แนวทางดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะยาวที่บ้าน (Outpatient management of COPD) โดยแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการดูแล (สมเกียรติ วงษ์ทิม และชัยเวช นุชประยูร, 2542; อัมพรพรรณ อีรานูตร, 2542; GOLD, 2014)

1. เพื่อป้องกันความก้าวหน้าของโรค โดยการเลิกสูบบุหรี่ (Smoking cessation) เพราะบุหรี่มีสารที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของปอด เช่น การทำลายขนกวัด (Cilia) ที่เยื่อบุหลอดลม เกิดการสะสมของสารพิษจากบุหรี่ทำให้หลอดลมอักเสบระคายเคือง การระบายอากาศเปลี่ยนแปลง พบว่าการเลิกบุหรี่มีผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังช่วยชะลอให้การดำเนินของโรคช้าลง และแนะนำให้หลีกเลี่ยงมลพิษทางอากาศ (Vozoris & Stanbrook, 2011)

2. เพื่อลดการอุดกั้นของทางเดินหายใจด้วยยา เช่น ยาขยายหลอดลม คอร์ติโคสเตียรอยด์เป็นยาที่ใช้ในกรณีที่มีความรุนแรงของโรคในระดับ 3 ขึ้นไป เพื่อลดอาการกำเริบของโรคและลดความรุนแรง ยาละลายเสมหะ ยาขับเสมหะ และกายภาพบำบัด เช่น การเคาะปอด

3. เพื่อรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพ เพื่อป้องกันในรายที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ การให้วัคซีน และการให้ออกซิเจนระยะยาว (GOLD, 2014)

4. เพิ่มสมรรถภาพของร่างกาย เป้าหมายเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเพิ่มคุณภาพชีวิต ควรเริ่มฝึกทักษะในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายที่เริ่มมีอาการหายใจลำบากเหนื่อยหอบง่ายเมื่อทำกิจกรรม (วิศิษฐ์ อุดมพานิชย์, 2550; GOLD, 2014) เป็นการสร้างความแข็งแรงให้ร่างกาย และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary rehabilitation) โดยการให้ความรู้และฝึกการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเช่น การออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ ฝึกการไอขับเสมหะที่มีประสิทธิภาพ

5. เพื่อฟื้นฟูสภาวะทางจิตใจ เมื่อมีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายเกิดขึ้นโดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลต่อสภาพจิตใจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคม เช่น ความเศร้าหมอง

การเผชิญปัญหา และวิถีชีวิตส่วนตัว การที่ไม่สามารถกระทำตามบทบาทหน้าที่ให้เกิดความผาสุกได้นั้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถประเมินความรุนแรงของปัญหาและ ครอบครัวต้องมีส่วนร่วมรับรู้ในการแก้ไขปัญหา (Shum, Poureslami, Cheng, & FitzGerald, 2014)

การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถทำได้หลายวิธี ประกอบด้วย การซักประวัติการเกิดโรค รวมทั้งอาการของผู้ป่วย เช่น อาการหอบเหนื่อย ไอเรื้อรังมีเสมหะ (Peate, 2011) รวมไปถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ การได้รับควันพิษหรือฝุ่นละอองต่างๆ รวมทั้งการตรวจสมรรถภาพปอดโดยการใช้สไปโรมิเตอร์เป็นหลัก ในการประเมินความรุนแรงของโรค โดยการวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงอย่างเต็มที่ หลังจากหายใจเข้าอย่างเต็มที่ (Forced Vital Capacity: FVC) จะมีค่าลดลง ค่า FVC ปกติประมาณ 4.8 ลิตร และ ปริมาตรอากาศที่สามารถหายใจออกโดยเร็วและแรงในเวลา 1 วินาที ลดลง (Forced Expiratory Volume: FEV1) ปกติประมาณ 3-3.5 ลิตร (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2553; Barnett, 2011)

ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อเกิดอาการหายใจลำบากเรื้อรัง หรือบางครั้งมีอาการกำเริบเฉียบพลันถึงขั้นจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ประสบปัญหาต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Geiger & Kwon, 2009) ผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถรับรู้ความรุนแรงของโรคได้ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้เกิดการอุดกั้นของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ประกอบกับการเพิ่มจำนวนและขยายตัวของต่อมเมือกชั้นใต้เยื่อบุมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของถุงลม และหลอดลม และหลอดเลือดที่มาเลี้ยงปอดจึงทำให้เกิดการผิดปกติ ของการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดลดลง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) ทำให้ผู้ที่ป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้น (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; สมจิต หนูเจริญกุล, 2545) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดน้อยลง กิจกรรมทางกายถูกจำกัด มีอาการอ่อนล้า ไม่สามารถใช้แรง หรือออกกำลังกายได้ตามปกติ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) เนื่องจากอวัยวะในร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนอย่างมาก จึงมีความจำเป็นต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มมากขึ้น กล้ามเนื้อในการช่วยหายใจต้องทำงานมากกว่าปกติ จึงทำให้ผู้ที่ป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการอ่อนล้ามากขึ้นตามมาอยู่บ่อยครั้ง จึงส่งผลให้มีการรบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิตหลาย ๆ ด้าน เช่น การรับประทานอาหาร เนื่องจากร่างกายมีความต้องการพลังงานเพิ่มมากขึ้นเพื่อใช้ในการหายใจ แต่จากการที่มีภาวะหายใจลำบากดังกล่าว เกิดขึ้น ทำให้ผู้ที่ป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ประกอบการกับการสูบบุหรี่ทำให้การรับกลิ่น และการรับรสลดลง จึงมีความรู้สึกอยากอาหารน้อยลงไปด้วย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงมีภาวะขาดสารอาหาร (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542) และแบบ แผนที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอีกอย่างหนึ่งที่เป็นผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากพยาธิสภาพของโรค คือ แบบแผนการนอนหลับ จากการที่ทางเดินหายใจถูกอุดกั้น

การยืดหยุ่นของปอด และหลอดลมเสียความสมดุล ทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเกิดภาวะหายใจลำบาก (อัมพรพรรณ ชีรานูตร, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของริชเทิน (Reishtein, 2005) ที่ทำการศึกษาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 100 รายพบว่า ผู้ที่นอนหลับยากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการที่มีอาการหายใจลำบากร่วมกับการมีอาการไอที่เพิ่มมากขึ้นได้ร้อยละ 53.19

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ จากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเวลานาน หลายปี ประกอบกับกับอายุที่เพิ่มมากขึ้นมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างอย่างชัดเจน คือ ทรวงอกมีลักษณะคล้ายถังเปียร์ กล้ามเนื้อไหล่มีการหนาตัวขึ้น ทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า ความรู้สึก การมีคุณค่าในตนเองลดลง สิ้นหวัง กลัวไม่สุขสบาย คับข้องใจ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดด้านจิตใจอันดับแรก (วไลพร หงส์พันธ์, 2547; จรีพันธุ์เพชรหาญ, 2549) โดยเฉพาะเมื่อผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะหายใจลำบากเกิดขึ้นก็ยิ่งส่งผลให้มีอาการวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ยิ่งมีระดับ ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นจะยิ่งส่งผลให้มีอาการรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นจนไม่สามารถที่จะควบคุมอาการได้ รู้สึกว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จการใช้ชีวิต เนื่องจากการต้องเจ็บป่วยตลอดเวลาเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ ประกอบกับการที่ไม่สามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อที่จะดูแลตนเองได้ จึงทำให้ต้องพึ่งพิงผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา (อัมพรพรรณ ชีรานูตร, 2542) คิดว่าตนเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง กลัว ขาดการนับถือตนเอง ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดและความสิ้นหวัง เมื่อมีความวิตกกังวล จะส่งผลให้เพิ่มแรงขับในการหายใจทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้หายใจทำงานหนักและมีความต้องการออกซิเจนที่สูงขึ้น เกิดอาการหายใจลำบาก มากขึ้น มีภาวะซึมเศร้าตามมา สุดท้ายสิ้นหวังที่จะดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป (Geiger & Kwon, 2009; Plaufcan, Wamboldt, & Holm, 2012)

3. ผลกระทบทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากการที่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จากพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุ จึงทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอาการเจ็บป่วยอยู่บ่อยครั้ง และจากอาการหายใจลำบากที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา จึงทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้นไม่ว่าจะเป็น ค่ายา ค่าออกซิเจน ค่าอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเองหรือต่อระบบสุขภาพของประเทศก็ตามประกอบกับ ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะประกอบอาชีพได้ตามปกติความสามารถในการทำงานได้น้อยลง ต้องออกจากงานก่อนเวลาอันควร ทำให้มีรายได้ลดน้อยลง จึงต้องพึ่งพาครอบครัวมากขึ้น และเป็นภาระต่อครอบครัวมากขึ้น เกิดภาวะเศรษฐกิจตกต่ำในครอบครัว ซึ่งส่งผลทางอ้อมต่อสังคมได้ (อัมพรพรรณ ชีรานูตร, 2542) และจากการที่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ทำให้ต้องจำกัดกิจกรรมบางอย่าง เช่น การสังสรรค์กับเพื่อน บทบาททางสังคมจึงเปลี่ยนแปลงไป แยกตัวออกจากสังคม ลดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (จิตารัตน์ เกตุสุริยา, 2547)

อาการหายใจลำบาก (Dyspnea)

1. อาการ (Symptom) เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถรับรู้ได้เอง (Subjective) ถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหรือการทำหน้าที่ต่อความผิดปกติทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งผู้อื่น ไม่สามารถบอกแทนได้ มีผู้ที่ให้ความหมายของอาการไว้ดังนี้ Lenz et al. (1997) ได้ให้ความหมายว่า อาการเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลง จากการทำหน้าที่ปกติของร่างกาย โดยอาการสามารถเกิดขึ้นได้หลายอาการหรือเกิดขึ้นเพียงอาการ เดียว แต่สามารถที่จะกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นตามมาได้ Dodd, Janson, Facione, Faucet, and Humphrey (2001) ได้ให้ความหมายว่า เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตสังคม ความรู้สึก และสติปัญญา Armstrong (2003) ได้ให้ความหมายว่า อาการ คือการรับรู้ของผู้ป่วย ถึงความถี่ความรุนแรง ความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้น อาการนั้นมีความซับซ้อน และอาจกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นตามมา

2. กลุ่มอาการ (Symptom cluster) ได้มีผู้ที่ให้ความหมายของกลุ่มอาการไว้ดังนี้ Dodd et al. (2001) กล่าวว่า กลุ่มอาการหมายถึง อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันหรือร่วมกัน ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป โดยอาการที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มอาการจะเสริมฤทธิ์กัน คือ เมื่อมีอาการหนึ่งแล้วจะทำให้อาการอื่นภายในกลุ่ม เปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยแต่ละกลุ่มอาการจะมีจุดเน้นที่อาการเด่นแตกต่างกันไป Kim, McGuire, Tulman, and Barsevick (2005) กล่าวว่า กลุ่มอาการหมายถึงอาการตั้งแต่ 2 อาการ หรือมากกว่าขึ้นไป อาการที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ระหว่าง อาการภายในกลุ่มอาการเดียวกัน มีความสัมพันธ์มากกว่า อาการในกลุ่มอื่น โดยอาการที่เกิดขึ้น เหล่านั้น อาจเกิดจากสาเหตุเดียวกันหรือไม่ก็ได้ Lenz et al. (1997) กล่าวว่า กลุ่มอาการเป็นการรับรู้ในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึงการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกาย และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย อาการ ดังกล่าวอาจเกิดขึ้นหลายอาการพร้อมกันหรือเกิดเพียงอาการเดียว เมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้นจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นตามมา และหากมีอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันสองอาการหรือมากกว่า ก็จะส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน แต่ละอาการ ประกอบด้วย 4 มิติ คือ ความรุนแรง (Intensity) เวลา (Timing) ความทุกข์ทรมาน (Distress) และคุณภาพ (Quality) โดยปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiologic factors) คือ ระดับความรุนแรงของโรค ด้านจิตใจ (Psychological factor) และด้านสถานการณ์ (Situation factors)ซึ่งในปัจจุบัน แนวคิดกลุ่มอาการเป็นแนวคิดใหม่ที่ได้รับ ความสนใจในด้านการพยาบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากการศึกษาว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเพียงอาการเดียวเท่านั้น แต่มีหลายอาการเกิดขึ้นร่วมกัน หรืออาการหนึ่งสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการต่าง ๆ ตามมาได้จึงทำให้มีผลต่อภาวะสุขภาพ ของบุคคล จึงต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ดังกล่าว เพื่อที่จะนำไปสู่การแก้ไขและจัดการอาการ/ กลุ่ม อาการที่เกิดขึ้นให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory unpleasant symptoms)

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory Unpleasant Symptoms: TOUS) เป็นทฤษฎี ระดับกลางของ Lenz et al. (1997) ที่ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นอาการที่บุคคลต้องเผชิญอย่างน้อย 1 อาการ ซึ่งอาการที่

เกิดขึ้นนั้น จะส่งผลซึ่งกันและกัน และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันด้วย กล่าวคือ เมื่อมี อาการหนึ่งเกิดขึ้น จะทำให้มีอาการอื่นตามมาด้วยเสมอหรือส่งเสริมให้อาการที่เกิดขึ้นอยู่มีความ รุนแรงขึ้น ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการที่สำคัญ ได้แก่ อาการ (Symptom) ปัจจัยที่มีผล ต่ออาการ (Influencing factors) และผลจากการเกิดอาการ (Consequences of the symptom experience) ดังนี้

1. อาการ (Symptom) เป็นจุดเน้นสำคัญของทฤษฎี ซึ่งอธิบายถึงประสบการณ์การเกิด อาการ (Symptom experience) ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ ตามปกติ อาการมักเกิดขึ้นร่วมกันมากกว่า 1 อาการเสมอ อาการที่เกิดขึ้นมักมีความสัมพันธ์ซึ่งกัน และกัน เมื่อมีอาการหนึ่งเกิดอาการอื่นตามมาด้วย ซึ่งปัจจุบันเรียกว่า กลุ่มอาการ (Symptom cluster) กลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางลบต่อผู้ป่วย ซึ่งอาการแต่ละอาการ ประกอบด้วย 4 มิติคือ

1.1 มิติด้านความรุนแรง (Intensity) หมายถึง ความรุนแรง (Severity) ความเข้มข้นของอาการ (Strenght) หรือจำนวนของอาการ (Amount of symptom) ซึ่งมีมิติด้านความรุนแรงวัดค่อนข้างง่าย จึงนิยมใช้ประเมินในคลินิก และการวิจัย เช่น การถามผู้ป่วยด้วยคำถามว่า “ระดับการปวดมากแค่ไหน” “อาการหายใจลำบากเป็นอย่างไร” “มีอาการอ่อนล้าหรืออาเจียนอย่างไร”

1.2 มิติด้านเวลา (Timing) หมายถึง ระยะเวลาความถี่ของการเกิดอาการ (Intermittent) หรือช่วงเวลาของการเกิดอาการ (Duration) ที่เกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ ต่อเนื่องยาวนาน หรือเรื้อรัง แต่แตกต่างกันในระดับของความรุนแรง มิติด้านเวลานี้รวมถึงช่วงเวลาของอาการที่เกิดขึ้นที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม เช่น การเวียนศีรษะ คลื่นไส้ สอดคล้องกับอาหาร ที่รับประทานเข้าไป

1.3 มิติด้านความทุกข์ทรมาน (Distress) หมายถึง การรับรู้ถึงความไม่สุขสบาย หรือ ถูกรบกวนจากอาการระดับของการรบกวนมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลโดยมีการรายงานด้าน ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการ ซึ่งจะส่งผลต่อการหาวิธีการรักษา หรือการทำให้ภาวะ เจ็บป่วยดีขึ้น ซึ่งมีมิตินี้ช่วยทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ความทุกข์ทรมานนี้คล้ายคลึงกับการให้ ความรู้สึกของการปวด

1.4 คุณภาพ (Quality) หมายถึง การบรรยายความรู้สึกของอาการออกมาเป็นคำพูดที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น รู้สึกปวดเหมือนถูกทุบ ถูกตำหรือปวดแสบ ๆ อาการหายใจลำบากสามารถ อธิบายด้วยความรู้สึกว่า เหมือนกำลังจะตายจากการหายใจไม่ออก แน่นอึดอัดที่หน้าอก หรือหายใจ ไม่เต็มอิม คุณภาพของอาการที่พบบนกับตำแหน่งของการรับรู้ความรู้สึกช่วยบอกความแตกต่างของที่เกิดขึ้นได้ รวมไปถึงการที่สามารถ บรรเทาอาการนั้นได้ เช่น อาการอ่อนล้าจะดีขึ้นด้วย การพักผ่อน ซึ่งนำมาใช้ในการวินิจฉัยพยาธิสภาพของโรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในตั้งข้อวินิจฉัยในการรักษา และการพยาบาล

2. ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors) เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ ประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiologic factors) เป็นประวัติของบุคคล ที่สะท้อนให้เห็นถึงอาการไม่พึงประสงค์ และมีอิทธิพลต่อประสบการณ์การเกิดอาการ (Physiologic factors) เป็นประวัติของ

บุคคลที่สะท้อนให้เห็นถึงอาการไม่พึงประสงค์ และมีอิทธิพลต่อประสบการณ์การเกิดอาการ ได้แก่ โครงสร้างทางร่างกาย พยาธิสรีรวิทยา กรรมพันธุ์ การศึกษา พยาธิสรีรวิทยาของโรค ระยะการดำเนินโรค ระยะของการเจ็บป่วย กระบวนการอักเสบ หรือการบาดเจ็บ เป็นต้น

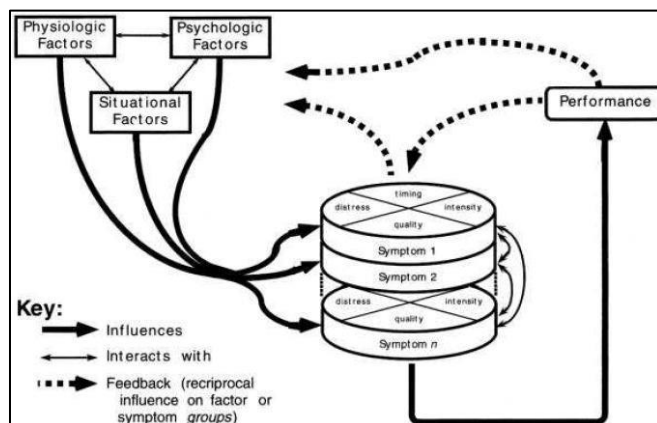
2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factor) เป็นการตอบสนองของสภาวะด้านจิตใจ และอารมณ์ของบุคคลต่อความเจ็บป่วย ระดับของความไม่แน่นอน ความรู้เกี่ยวกับอาการ และการให้ความหมายของการเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลต่ออาการทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความรุนแรง (Intensity) ระยะเวลา (Timing) ความทุกข์ทรมาน (Distress) และคุณภาพ (Quality)

2.3 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situation factors) ปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์การมีอาการของบุคคลเป็นสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ตัวผู้ป่วย ทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สถานการณ์ทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สถานภาพการทำงาน สถานภาพของครอบครัว และการแต่งงาน สถานบริการสุขภาพ ส่วนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความร้อน ความชื้น เสียง แสง และคุณภาพของอากาศ ปัจจัยทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์ซึ่งกัน และกัน และมีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการในทุกมิติ

3. ผลที่ตามมาจากการเกิดอาการ (Consequences of the symptom experience) เป็นองค์ประกอบสุดท้ายในแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ คือ การทำกิจกรรม (Performance) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ และเป็นผลจากอาการซึ่งประกอบไปด้วย กิจกรรมด้านการทำหน้าที่ของบุคคล (Functional performance) และกิจกรรมทางด้านความคิด (Cognitive performance)

3.1 กิจกรรมการทำหน้าที่ของบุคคล (Functional performance) การปฏิบัติ เป็นผลของจากประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วย การปฏิบัติหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical activity) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) การมีส่วนร่วมในสังคม (Social activities and interaction) และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ (Role performance) เช่น การทำหน้าที่ ด้านการทำงาน เป็นต้น

3.2 การกระทำทางด้านความคิด (Cognitive performance) การปฏิบัติหน้าที่ด้านกระบวนการคิด ได้แก่ การมีสมาธิ (Concentrating) การคิด (Thinking) หรือการแก้ปัญหา (Problem-solving) ผลที่ตามมาจากการเกิดอาการแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างจำนวนมาก ของอาการว่า เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นทำให้ภาวะสุขภาพแย่ลง บทบาทการทำหน้าที่ลดน้อยลง การทำหน้าที่ด้านความคิดน้อยลง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง และความสามารถในการทำหน้าที่น้อยลงไปด้วย โดยปัจจัยที่มีผลต่ออาการทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์ซึ่งกัน และกัน และมีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการในทุกมิติ ซึ่งผลที่ตามานี้ยิ่งส่งผลย้อนกลับไปยังประสบการณ์อาการ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการอีกด้วย ดังภาพที่ 1- 2



ภาพที่ 2-1 ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์

อาการหายใจลำบาก ((Dyspnea, breathlessness or shortness of breath)) เป็นอาการที่พบได้บ่อยเป็นอันดับแรกในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นประสบการณ์ของความไม่สุขสบายในการหายใจ ซึ่งลักษณะขึ้นอยู่กับ ระดับความรุนแรงของอาการ (The American Thoracic Society: ATS, 2005) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วย ถึงความยากลำบากในการหายใจ และความรู้สึกที่ต้องออกแรงในการหายใจมากกว่าปกติ (Gift, Cahill, & Ariz, 1990) และได้มีผู้ที่ได้อธิบายความหมายในการหายใจลำบากไว้มากมายดังนี้ ทรงขวัญ ศีลารักษ์ (2542) อธิบายว่า เป็นอาการที่ผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังบุคคล ไม่สามารถหายใจได้ตามปกติ หายใจได้ไม่เต็มปอด เป็นความรู้สึกของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้นซึ่งอาการหายใจลำบากนี้จะเกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการออก แรงหรือขณะนั่งอยู่เฉย ๆ ก็ได้ Gift et al. (1990) อธิบายว่า อาการหายใจลำบากเป็นประสบการณ์ของผู้ที่เป็นโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังต่อความยากลำบากในการใช้แรงในการหายใจที่มากขึ้นกว่าปกติ เป็นประสบการณ์ที่ทุกุ้รหมานที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเองเท่านั้น

Carrieri - Kohlman, and Janson - Bjerklie (2000) อธิบายว่า เป็นความไม่สุขสบายจากการหายใจของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่ม The American Thoracic Society (ATS, 2005) อธิบายว่าอาการหายใจลำบาก เป็นประสบการณ์ไม่สุขสบายของการหายใจ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ เกิดได้จากหลาย ปัจจัยทั้งจากทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงผลการตอบสนองทางด้าน ร่างกาย และจิตใจเมื่อเจ็บป่วย

สรุปได้ว่า อาการหายใจลำบาก เป็นอาการที่บุคคลที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น สามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง โดยต้องออกแรงในการหายใจมากกว่าปกติ ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย และความทุกุ้รหมานในการหายใจแต่ละครั้งซึ่งอาการหายใจลำบากส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดอาการกำเริบของโรคได้ เมื่อมีมีอาการกำเริบบ่อย ๆ จะทำให้พยาธิสภาพของโรค เสื่อมลงได้อย่างรวดเร็ว ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงมี

ความสามารถในการทำกิจกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง อาการหายใจลำบากอาจเริ่มจากอาการหอบเหนื่อยเพียงเล็กน้อยในระยะแรก ๆ จึงทำให้ผู้ที่ปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สนใจที่จะรักษา จนกระทั่งมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะมีอาการหายใจลำบากระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ต้องจำกัดกิจกรรมทางกายส่งผล ให้มีความสามารถในการทำงาน การพบปะเพื่อนฝูง และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (Koseoglu et al., 2005) อาการหายใจลำบากจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันลดลงกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living [ADL]) คือ กิจกรรมที่บุคคล กระทำทุก ๆ วัน เพื่อเตรียมพร้อมในการกระทำตามบทบาท ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ดำเนินเป็นประจำทุกวันในชีวิต เพื่อให้ชีวิตคงอยู่ และเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ แม้ว่าอาการหายใจลำบากจะเป็น อาการที่ปรากฏให้เห็นได้เด่นชัดในผู้ที่ปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่ทุกครั้งที่เกิดอาการหายใจลำบาก ผู้ที่เป็นปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเกิดอาการเหนื่อยล้าร่วมด้วยเช่นกัน (Gift & Pugh, 1993)

เครื่องมือประเมินอาการหายใจลำบาก

ปัจจุบันเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้สึกอาการหายใจลำบากมีอยู่หลายรูปแบบด้วยกัน รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การประเมินโดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) ลักษณะของการแบบวัดนี้ มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตรมีทั้งชนิดแนวดิ่งและแนวนอนมีค่าคะแนน 0 - 100 ชนิดแนวนอนตำแหน่ง 0 อยู่ซ้ายสุดของเส้นตรง ตำแหน่ง 100 อยู่ขวาสุดของเส้นตรง ชนิดแนวดิ่ง ตำแหน่ง 0 อยู่ด้านล่างสุด ตำแหน่ง 100 อยู่ด้านบนสุด ตำแหน่ง 0 หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบากเลย ตำแหน่ง 100 หมายถึงผู้ป่วยรู้สึกมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด โดยผู้ป่วยเป็นผู้กำหนด ตำแหน่งบนเส้นตรงนี้ซึ่งเป็นเครื่องหมายที่แสดงถึงความรู้สึกหายใจลำบากของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกิดขึ้นในขณะนั้น (Gift, 1989)

Gift (1989) ได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปหาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) โดยใช้แบบวัดอาการหายใจลำบาก (DVAS) ทั้งในแนวดิ่งและแนวนอนวัดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 30 ราย โรคหอบหืดจำนวน 16 ราย โดยเปรียบเทียบการวัดในขณะมีอาการและไม่มีอาการหายใจลำบาก ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดอาการหายใจลำบากในแนวดิ่งและแนวนอนเท่ากับ 0.97 และพบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 5 ราย บอกว่าแบบวัดในแนวนอนใช้ยากกว่าแบบวัดในแนวดิ่ง มีผู้ป่วยเพียงหนึ่งรายเท่านั้นที่บอกว่าแบบวัดในแนวดิ่งใช้ยากกว่าแบบวัดในแนวนอน จึงสรุปว่าแบบวัดในแนวดิ่ง มีความสะดวกและง่ายต่อการใช้มากกว่าแบบวัดในแนวนอน จึงเรียกแบบวัดแนวดิ่งให้เกิดความเฉพาะเจาะจงว่า แบบวัดอาการหายใจลำบาก (DVAS) ดังนั้นพบว่าแบบวัด DVAS เป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการวัดอาการหายใจลำบากในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. แบบประเมินอาการหายใจลำบากโดยใช้ Modified Medical Research Council Dyspnea Scale MMRC) เป็นแบบวัดที่มีค่าสเกลการวัดระดับของอาการหายใจลำบากใน 5 ระดับ ในแต่ละ

ระดับแสดงถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดอาการหายใจลำบาก แล้วเลือกระดับที่เหมาะสมกับอาการหายใจลำบากของตนเองมากที่สุดเพียง 1 ระดับ การวัด MMRC เป็นสเกลที่ค่อนข้างหายาก จึงมีข้อจำกัดในการวัดความเปลี่ยนแปลงของอาการหายใจลำบาก (Mahler & Wells, 1988) แบบวัด MMRC ประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขณะมีกิจกรรมต่าง ๆ ผลการศึกษาพบว่า แบบวัด MMRC มีความยุ่งยากที่จะใช้วัดอาการหายใจลำบากเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน แต่แบบวัด MMRC ประเมินอาการหายใจลำบากหลังจากมีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแล้วของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 62 บอกว่าแบบวัด MRC เป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการวัดอาการหายใจลำบาก

- 0 = รู้สึกหายใจเหนื่อยหอบเมื่อออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น
- 1 = มีอาการหายใจเหนื่อยหอบเมื่อเดินรีบ ๆ หรือเมื่อเดินขึ้นที่สูง
- 2 = เดินช้ากว่าคนในวัยเดียวกัน และต้องหยุดพักเมื่อเดินได้ระยะหนึ่ง
- 3 = ต้องหยุดพักเมื่อเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือเดินได้ระยะหนึ่ง (เดินได้ระยะหนึ่งแล้วต้องพัก)
- 4 = เหนื่อยมากขณะแต่งตัว หรืออยู่เฉย ๆ จนไม่สามารถออกจากบ้านได้

3. การประเมินโดยใช้ Modified Borg Scale (MBS) มีสเกล ตั้งแต่ 0 - 10 มีการจัดอันดับ 12 อันดับ สเกล 0 หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบาก สเกล 10 หมายถึงมีอาการหายใจลำบากมากที่สุดระหว่าง 0 - 10 มีการจัดอันดับความรุนแรงตั้งแต่เบาไปหาหนัก (Burden, Juniper, & Kilian, 1982) อธิบายดังนี้

- 0 ไม่มีอาการหายใจลำบาก
- 0.5 มีอาการน้อยมาก ๆ
- 1 มีอาการน้อยมาก
- 2 มีอาการน้อย
- 3 มีอาการปานกลาง
- 4 มีอาการรุนแรงบางครั้ง
- 5 มีอาการรุนแรง
- 6
- 7 มีอาการรุนแรงมาก
- 8
- 9 มีอาการรุนแรงมาก ๆ
- 10 มีอาการรุนแรงมากที่สุด

4. การประเมินโดยใช้ Oxygen - cost Diagram (OCD) มีลักษณะเป็น (VAS) มีความยาว 100 มิลลิเมตร โดยด้านบนสุดสเกล 100 หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบาก ระหว่างสเกลมีข้อความระบุถึงการใช้ออกซิเจนระหว่างมีกิจกรรมในระดับต่าง ๆ และด้านล่างสุด สเกล 0 หมายถึง มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด

5. การประเมินโดยใช้ Baseline Dyspnea Index (BDI) เป็นการประเมินอาการหายใจลำบากมีคะแนนของการประเมินอยู่ในช่วง 0 - 12 คะแนน ประกอบด้วยการวัด 3 ส่วน ได้แก่ การเสียการทำงานที่ของร่างกาย (Functional impairment) ความสามารถในการทำกิจกรรม (Magnitude of task) ความสามารถในการใช้ความพยายามออกแรง (Magnitude of effort) แต่ละส่วน มีการประเมินแบ่งเป็น 5 อันดับ ประเมินจากการสังเกตและสัมภาษณ์โดยถามคำถามปลายปิด เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังความรุนแรงของการเกิดอาการหายใจลำบาก แต่ละ ส่วนมีการจัดอันดับ 0 - 4 ถ้าการประเมินอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ตรง กับอันดับ 0 - 4 มีคำถามเพิ่มอีก 3 อันดับ (Mahler, Fierro-arrión, & Baird, 2003)

6. การประเมินโดยใช้ The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) เป็นแบบประเมินอาการที่เกิดขึ้นหลายอาการ ไม่เฉพาะเจาะจงกับอาการใดอาการหนึ่ง ซึ่งแบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านร่างกาย และจิตใจ รวม 32 อาการ โดยทำการสอบถามกับผู้ป่วยว่ามีอาการดังกล่าวหรือไม่หากมีอาการ ประเมินอาการที่เกิดขึ้น 3 ด้าน คือ ความถี่ของอาการ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ตั้งแต่ระดับ 1 คือ ไม่มีอาการจนถึงระดับ 4 คือ มีอาการตลอดเวลา ระดับความรุนแรงของอาการแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ตั้งแต่ระดับที่ 1 คือ รุนแรงเล็กน้อย จนถึงระดับ 4 คือ รุนแรงมากที่สุด ความทุกข์ทรมานจากอาการแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ตั้งแต่ ระดับ 0 คือ ไม่ทุกข์ทรมานเลย จนถึงระดับที่ 4 คือ ทุกข์ทรมานมากที่สุด ซึ่งแบบประเมิน MSAS นี้ เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งในสหรัฐอเมริกาจำนวน 299 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 และ Jablonski, Gift, and Cook (2007) นำมาใช้ ประเมินในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำเครื่องมือวัดอาการหายใจลำบากไปใช้ในการวิจัยเพื่อประเมินอาการหายใจลำบากมีหลากหลาย ซึ่งการเลือกใช้แบบวัดชนิดใดนั้น ขึ้นอยู่กับผู้ศึกษาว่าต้องการจะวัดอาการหายใจลำบากในสถานการณ์ใด พบว่าแบบวัดอาการหายใจลำบากประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Dyspnea Visual Analogue Scale: DVAS) ที่มีรูปแบบแนวตั้งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการศึกษาว่ามีความเที่ยงตรงสูง สามารถประเมินอาการหายใจลำบากได้อย่างชัดเจน และสะดวกต่อการนำไปใช้ การศึกษาในประเทศไทยนั้น จุฬารัตน์ คำพานิตย์ (2550) ได้นำแบบวัดDVAS มาใช้ประเมินอาการหายใจลำบากของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอาการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 16 ราย และ จันทร์จิรา วิรัช (2544) มาใช้ประเมินอาการหายใจลำบากของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอาการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 40 ราย

ดังนั้นการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ อาการหายใจลำบากหมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ถึงความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน และความยากลำบากในการหายใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แบบวัดอาการหายใจลำบากประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวตั้ง (Dyspnea Visual Analog Scale: DVAS) ในการประเมินอาการหายใจลำบาก สอดคล้องกับทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ ของ Lenz et al. (1997) และสามารถประเมินอาการหายใจลำบากในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Jablonski et al., 2007) นำมาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของ

ระดับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยประเมินก่อนการทดสอบและหลังการทดลองเสร็จสิ้น (สัปดาห์ที่12)

สมรรถภาพปอด (Lung function)

ความหมาย

สมรรถภาพปอด(Lung Function)หมายถึง ความจุปอด และการระบายอากาศของปอด (Celli, 2000) การตรวจสมรรถภาพการทำงานของปอดจะช่วยบ่งบอกความสามารถในการทำหน้าที่ของปอด โดยการใช้เครื่องมือวัดสมรรถภาพการทำงานของปอด ซึ่งจุดประสงค์ของการประเมินสมรรถภาพปอดนั้นเพื่อคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะเริ่มต้น ยืนยันการตรวจวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และประเมินความรุนแรงของโรค (อัมพรพรรณ อีรานูตร, 2542) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นเกิดจากการอุดกั้นของหลอดลม เนื่องจากเกิดการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ร่วมกับมีถุงลมโป่งพองทำให้การระบายอากาศออกจากถุงลมปอดช้ากว่าปกติ มีการคั่งค้างของปริมาตรอากาศในถุงลมปอด ส่งผลให้ความจุปอดผิดปกติไม่สามารถระบายอากาศตามเวลาที่กำหนด การที่จะทราบว่าการระบายอากาศตามเวลาที่กำหนดหรือไม่นั้นทราบได้จากการตรวจสมรรถภาพปอด เป็นการประเมินระดับการอุดกั้นของทางเดินอากาศบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของปอดอาจไม่สัมพันธ์กันระหว่างอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยตามระยะการดำเนินของโรค (Vermeire, 2002)

1. ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถภาพการทำงานของปอด

สมรรถภาพปอดนั้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของปอดเนื่องจากมีปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามามีอิทธิพลต่อการทำงานของปอด (อัมพรพรรณ อีรานูตร, 2542;15, Jefferies & Turley, 1999) ดังนี้

1.1 เพศ พบว่าเพศชายมีความจุปอดมากกว่าเพศหญิงแม้จะมีอายุเท่ากัน แม้เพศเดียวกันหากมีขนาดของรูปร่างแตกต่างกัน ความจุปอดก็มีความแตกต่างกันเช่น คนสูงกว่ามีความจุปอดมากกว่าคนเตี้ย

1.2 อายุ พบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นมีผลต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ (Jones, 2001) เนื่องจากความยืดหยุ่นของเนื้อปอดน้อยลง Elastic และ Collagen ที่ประกอบเป็นโครงสร้างของผนังถุงลม และหลอดเลือด แต่ถ้ามีพยาธิสภาพทำให้การเรียงตัวของคอลลาเจนผิดปกติ จะทำให้การยืดหยุ่นเสียไปทำให้หลอดลมฝอยแฟบขณะหายใจออก เกิดการแลกเปลี่ยนแก๊สได้ลดลง (พรรณีภา สืบสุข, 2554) โดยทั่วไป พบว่า ค่าFEV1/ FVC จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นและจะแปรผันตามอายุ เพศ ที่แตกต่างกัน เช่นในผู้ป่วยอายุมากกว่า 41 ปี และในผู้หญิงอายุมากกว่า 52 ปี ค่า FEV1/ FVC จะลดลง < 0.7 ดังนั้นเมื่อมีอายุมากขึ้นอัตราการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก็จะมีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (Ferrara, 2011)

1.3 การสูบบุหรี่ เมื่อสูบบุหรี่สารพิษที่มีอยู่ในบุหรี่ จะทำให้หลอดลมเกิดการอักเสบเรื้อรัง ความรุนแรงจะมากขึ้นตามระยะเวลาที่สูบบุหรี่และปริมาณบุหรี่ที่สูบ เมื่อเกิดการอักเสบเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดลม และเนื้อปอดทำให้หลอดลมตีบแคบ ส่งผลให้สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง และ

บุหรียังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด และอุดตันของหลอดเลือดมากขึ้น การตรวจสมรรถภาพปอดในคนปกติที่ไม่สูบบุหรี ค่า FEV1 จะลดลงปีละประมาณ 25-30 มิลลิลิตรต่อปี แต่จะพบว่าในคนที่สูบบุหรีส่วนมาก ค่า FEV1 จะลดลงมากกว่าคนปกติ ประมาณ 30-45 มิลลิลิตรต่อปี และเมื่อหยุดสูบบุหรีค่า FEV1 จะลดลงใกล้เคียงกับคนที่ไม่สูบบุหรี (Vozoris & Stanbrook, 2011)

1.4 การออกกำลังกาย ควรมีความสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง จะทำให้มีค่าความจุปอดมากกว่าคนที่ออกกำลังกายน้อย การออกกำลังกายเป็นการช่วยเพิ่มความยืดหยุ่น ความแข็งแรง ความทนทานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ การออกกำลังกายที่เพียงพอจะทำให้ระบบไหลเวียนเลือดทำงานได้มีประสิทธิภาพสูง ปอดขยายตัวสามารถหายใจเข้าออกได้มากขึ้นส่งผลให้สมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้น ซึ่งการตรวจสมรรถภาพปอดนั้นเป็นการวัดปริมาตรการหายใจ โดยใช้ Spirometry เพื่อปริมาตรของอากาศที่หายใจออกได้ทั้งหมดของการหายใจออกอย่างแรง และเร็วเต็มที่ภายหลังการหายใจเข้าเต็มที่ (Forced Vital Capacity: FVC) และปริมาตรอากาศที่หายใจออกได้ในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างรวดเร็ว และแรงเต็มที่ (Forced Expiratory Volume in 1second: FEV1) โดยปกติแล้วคนเราจะหายใจออกในช่วงวินาทีแรกได้ร้อยละ 75 ของอากาศที่หายใจออกทั้งหมด (American Thoracic Society [ATS], 1995; Barnett, 2011; GOLD, 2014; Jardins & Burton, 2006)

2. ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการประเมินการทำหน้าที่ของปอดสามารถประเมินได้ 4 ระดับ (GOLD, 2011) และสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553) ดังนี้

ระดับที่ 1 ระดับความรุนแรงเล็กน้อย (Mild COPD) ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรังร่วมกับมีเสมหะ ผลการทดสอบโดยใช้สไปโรมิเตอร์ พบว่า อัตราส่วนของ FEV1/ FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 และค่า FEV1 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 โดยมีผู้ป่วยอาจจะยังไม่สามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงของอาการ จากภาวะความผิดปกติของการทำหน้าที่ของปอด

ระดับที่ 2 ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate COPD) ผู้ป่วยอาจมีหรือมีอาการไอเรื้อรังร่วมกับเสมหะ ระดับนี้ผู้ป่วยจะเริ่มเข้ารับการรักษาเนื่องจากเริ่มมีอาการเหนื่อยหอบ ผลการทดสอบโดยใช้สไปโรมิเตอร์ พบว่า อัตราส่วนของ FEV1/ FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 และค่า FEV1 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 แต่น้อยกว่า ร้อยละ 80

ระดับที่ 3 ระดับความรุนแรงมาก (Severe COPD) ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรัง ร่วมกับมีเสมหะ จะมีอาการหายใจลำบากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะออกแรงและมีอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคที่เกิดขึ้นซ้ำ จากการอุดกั้นของทางผ่านอากาศที่เพิ่มมากขึ้น โดยใช้สไปโรมิเตอร์พบว่า อัตราส่วนของ FEV1/ FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 และค่า FEV1 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 แต่น้อยกว่าร้อยละ 50

ระดับที่ 4 ระดับความรุนแรงที่สุด (Very severe COPD) ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจล้มเหลวแบบเรื้อรัง จากความรุนแรงของการอุดกั้นของทางเดินของอากาศตรวจพบค่าความดันก๊าซออกซิเจนในเลือดแดง (PaO₂) น้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท ความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (Paco₂) มากกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท จากการที่มีภาวะของระบบทางเดินหายใจล้มเหลวจะส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลวตามมาผลการทดสอบโดยใช้สไปโรมิเตอร์พบว่า อัตราส่วนของ FEV₁/ FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 และค่า FEV₁ น้อยกว่าร้อยละ 30 เป็นระยะที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมากและมีอาการกำเริบที่รุนแรง

สำหรับการศึกษานี้ ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับความรุนแรงที่ 2-3 เนื่องจากระดับความรุนแรงนี้ เริ่มส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันมีอาการเหนื่อย หายใจหอบ และวัดสมรรถภาพการทำงานของปอด เพื่อวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็ว และเต็มที่หลังการหายใจเข้าเต็มที่ หรือปริมาตรอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและเต็มที่ภายใน 1 วินาที โดยการใช้วัดสไปโรมิเตอร์ (Spirometry) เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย และข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสูง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) โดยใช้เครื่องมือการทดสอบสมรรถภาพของปอดที่เรียกว่าสไปโรมิเตอร์ ชื่อ COSMED รุ่น Pony fx

ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความหมาย

ความรู้ หมายถึง ความคิด การหยั่งรู้ การเห็น โดยใช้ข้อเท็จจริง หรือเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้สามารถเชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ์ได้ (Monninkhof et al., 2004)

ความรู้ หมายถึง ความจำได้หรือระลึกได้ และความเข้าใจ ซึ่งต้องมีความรู้มาก่อนจึงจะเกิดความเข้าใจ และความเข้าใจนี้จะแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ (Bloom, 1975)

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (Social cognitive theory) กล่าวถึง ความรู้ เป็นการตีความ การแปลความหมาย จากข้อมูลที่ได้รับจนเกิดการเรียนรู้จนเป็นความเข้าใจของตนเอง (Bandura, 1986)

ประเภทของรู้นั้นสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. ความรู้ที่อยู่ในตัวตน หรือความรู้โดยนัย (Tacit knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากประสบการณ์หรือสัญชาตญาณของแต่ละคน ในการที่จะทำ ความเข้าใจกับสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาในการดำเนินชีวิต เป็นความรู้ที่ไม่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูด หรือเขียนเป็นตัวอักษรได้ง่าย ๆ

2. ความรู้แบบรูปธรรม (Explicit knowledge) เป็นความรู้ที่รวบรวมขึ้น และนำมาถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้ศึกษา ผ่านทางสื่อหรือวิธีการต่างๆ เช่น การเขียนเป็นหนังสือ การสอนด้วยคำพูด หรือสื่อวีดิทัศน์

จากการวิจัยครั้งนี้ สรุปว่าความรู้ หมายถึง ความจำ การตีความ และแปลความหมายจากข้อมูลที่ได้รับจนเป็นความเข้าใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย การเลิกสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออก

กำลังกาย การป้องกันการหายใจลำบาก การใช้ยาขยายหลอดลม การสว่นพลังงาน การรักษาด้วยออกซิเจน และการผ่อนคลาย ประเมินด้วยแบบสอบถามความรู้ เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ของ นรกรมล ใหม่ทอง (2550) และการประเมินความรู้หลังการให้ข้อมูล นับเป็นสิ่งสำคัญในการตรวจสอบการรับข้อมูลและความเข้าใจ โดยพยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุนให้ความรู้ และฝึกทักษะ ร่วมแก้ไขปัญหาเพื่อสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติสิ่งใดนั้น ต้องมีความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง นั้น โดยมีความรู้ และความเข้าใจ ซึ่งตนเองเป็นผู้เผชิญกับความยากลำบากต่อการปฏิบัติหน้าที่ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น จึงต้องแสวงหาความรู้เพื่อตัดสินใจกระทำการจัดการด้วยตนเอง (Jassem et al., 2010; Lemmens et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา สุขประเสริฐ (2551) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการอาการหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมจัดการอาการหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง มีเพียงตัวแปรเดียว คือ การรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการอาการหายใจลำบากเรื้อรังโดยทำนายได้ร้อยละ 67 ($B = .99$, $Beta = .82$, $p < .001$) ดังนั้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต เมื่อระยะเวลายาวนานออกไป การจดจำข้อมูลจะลดลง เจ้าหน้าที่สุขภาพมีบทบาททบทวนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเห็นความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1986; Nici et al., 2006) เพราะฉะนั้นการให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีการฝึกทักษะในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการจัดการตนเอง ถือว่ามีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลดความถี่ของการกำเริบของโรคได้ ดังนั้นการผสมผสานทั้งการให้ความรู้ และการสนับสนุนให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค คือ การสอนวิธีการใช้ยา การรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การสว่นพลังงาน การใช้ออกซิเจน การออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Monninkhof, vander Valk, van der Palen, Herwaarden, and Zielhuis (2003) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 20 ราย ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งเป็นบทเรียน ทุก 4 เดือน และโปรแกรมการออกกำลังกาย พร้อมคู่มือทบทวนที่บ้าน พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบสมบูรณ์ มีระดับความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

พฤติกรรมจัดการตนเอง

จากแนวคิดของ Bloom (1975) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่า เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจจะเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ อธิบายถึงพฤติกรรมของมนุษย์ว่า มีองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ 1) ความรู้หรือ

ความคิด (Cognitive domain) ซึ่งเป็นตัวเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ 2) ความรู้สึก (Affective domain) เป็นความเชื่อหรือเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามา มีผลต่อบุคคล และองค์ประกอบสุดท้าย คือ 3) การปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล ที่คนภายนอกสามารถมองเห็นได้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกซึ่งเกิดทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง มีลักษณะของการปฏิบัติ และงดเว้นการปฏิบัติ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2552)

แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self-management) พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (Social cognitive theory) กล่าวถึง พฤติกรรม คือ การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมจากประสบการณ์ จนเกิดความชำนาญ และมั่นใจ และกระทำอย่างนั้นต่อไป (Bandura, 1986)

เป้าหมายในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือควบคุมอาการในปัจจุบันประกอบด้วยบรรเทาอาการ โดยเฉพาะหอบเหนื่อย ทำให้ความทนต่อการทำกิจกรรมดีขึ้น และป้องกันปัจจัยเสี่ยงในอนาคต ประกอบด้วย ชะลอการดำเนินของโรค ป้องกันและรักษาภาวะอาการกำเริบ เพื่อลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต จึงควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม (วัชรมา บุญสวัสดิ์, 2548) สอดคล้องกับขององค์การการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแนวใหม่ (GOLD, 2014; สมาคมโรคเวชแห่งประเทศไทย, 2549)

การศึกษาค้นคว้าวิจัยได้สรุปว่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง จนเกิดความชำนาญ และมั่นใจในการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย พฤติกรรม 3 ด้าน ดังนี้ 1) พฤติกรรมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต ประกอบด้วย การเลิกสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น 2) พฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบาก การบริหารการหายใจ การใช้ยาขยายหลอดลม การไออย่างมีประสิทธิภาพ การสงวนพลังงาน การรักษาด้วยออกซิเจน และ 3) พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของ สุภาภรณ์ ดั่งแพง (2548) (อ้างในธนัญชกร ช่วยท้าว, 2558) ซึ่งมีความเชื่อมั่น .86 รายละเอียดดังนี้ 1. พฤติกรรมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต ประกอบด้วย การเลิกสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และการป้องกันการติดเชื้อ 2. พฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย การบริหารการหายใจ การใช้ยาขยายหลอดลม การไออย่างมีประสิทธิภาพ การสงวนพลังงาน การใช้ออกซิเจนระยะยาว 3. พฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ (GOLD, 2008) ดังนี้

1.1 การเลิกสูบบุหรี่ (Smoking cessation) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การเลิกบุหรี่จะช่วยชะลอการเสื่อมหน้าที่การทำงาน และการทำลายเนื้อเยื่อปอดลดลง จากการศึกษาพบว่า การเลิกสูบบุหรี่ สามารถทำให้สมรรถภาพปอดชะลออัตราการเสื่อมให้ช้าลงเท่ากับคนที่ไม่สูบบุหรี่ได้ (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542) เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารนิโคติน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่ ออก

ฤทธิ์โดยตรงต่อระบบประสาทส่วนกลางทั้งกระตุ้นและกดประสาท การกระตุ้นประสาทถ้าได้รับสารนี้ขนาดน้อย ๆ คือการสูบบุหรี่ใน 1 - 2 มวนแรกกระตุ้นทำให้ประสาทส่วนกลาง รู้สึกกระปรี้กระเปร่า มีความรู้สึกเป็นสุข สบายใจ ซึ่งเป็นเหตุผลทำให้คนติดบุหรี่ และจะกดประสาทส่วนกลางเมื่อสูบบุหรี่ในปริมาณมากจะทำให้ความรู้สึกต่าง ๆ ซ้ำลง ร้อยละ 95 ของนิโคตินจะไปจับอยู่ที่ปอดทำลายเนื้อปอดและถุงลมปอด บางส่วนจับอยู่ที่เยื่อหุ้มริมฝีปากและบางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดมีผลต่อต่อมหมวกไตกระตุ้นการหลั่ง อีพิเนฟริน ทำให้เส้นเลือดหัวใจตีบและเกิดโรคหัวใจขาดเลือดหลอดเลือดเลี้ยง เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ เพิ่มไขมันในเส้นเลือด (Henningfield & Zeller, 2006) และสารทาร์ มีผลกระตุ้นการหลั่งน้ำเมือกเพิ่มขึ้น มีการทำลายของขนกวัด (Cilia) ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ปอดช้าและน้อยลง เกิดการสะสมสารพิษจากควันบุหรี่ในหลอดลมและถุงลมปอด เกิดการอักเสบ มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหลอดลมทั้งขนาดใหญ่และเล็ก จนเกิดเป็นโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพองในที่สุด (จินตนา, 2548) และความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขึ้นอยู่กับชนิด ระยะเวลาในการสูบบุหรี่ จำนวนและวิธีการสูบบุหรี่ (อัมพรพรรณ, 2546) ผู้สูบบุหรี่ในปริมาณที่มากหรือระยะเวลานานมีโอกาสดังกล่าวมากขึ้นเรื่อยๆ ที่มีอาการรุนแรง และมีอัตราการตายมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่หรือสูบบุหรี่น้อย ทั้งนี้ รวมไปถึงบุคคลที่ไม่ได้สูบบุหรี่เอง แต่ได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นที่สูบบุหรี่

1.2 การรับประทานอาหารและโภชนาการ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดภาวะขาดสารอาหาร โดยเฉพาะสารอาหารพวกโปรตีนและพลังงาน เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีระดับอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น (ลัดดา จามพัฒน์, 2551; Ferreira et al., 2000) ควรได้รับพลังงานที่เหมาะสมกับร่างกาย เช่น โปรตีนและไขมันมากกว่าคาร์โบไฮเดรต เนื่องจาก คาร์โบไฮเดรต มีผลต่ออัตราส่วนการนำออกซิเจนไปใช้ต่อคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดขึ้น (Respiratory Quotient: R.Q.) ในอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงจะให้ออกซิเจนในการเผาผลาญสูงทำให้เกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มมากขึ้นแสดงค่า R.Q. ของสารอาหารที่ให้พลังงาน ของคาร์โบไฮเดรต คือ 1.0 โปรตีน คือ 0.8 ไขมัน คือ 0.7 ดังนั้นอาหารที่ดีคือโปรตีนและไขมัน แต่ควรได้รับคาร์โบไฮเดรตตามส่วนที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย และควรรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย แบ่งจำนวนมื้ออาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้งประมาณ 4-6 ครั้งต่อวัน ควรมีเวลาพักผ่อนก่อนและหลังรับประทานอาหาร 30 - 60 นาที หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซ เช่น ถั่ว กะหล่ำ ปลีเพราะจะทำให้กระเพาะอาหารขยายดันกระบังลมให้เลื่อนสูงขึ้น ปอดขยายตัวได้น้อย นอกจากนี้ควรดื่มน้ำ อย่างน้อยวันละ 2000 ซีซี (ประมาณ 8 - 10 แก้ว) กรณีที่ไม่มีข้อจำกัด ซึ่งภาวะขาดสารอาหารจะทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น และความทนในการทำกิจกรรมลดลง ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (อัมพรพรรณ ชีรานูตร, 2542)

องค์ประกอบของพลังงานและสารอาหารที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ก. พลังงานและสารอาหารที่ควรได้รับ

- พลังงาน ความต้องการพลังงานในผู้สูงอายุ จะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มขึ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายจะเสื่อมลง อัตราการเผาผลาญในร่างกายลดลง ความต้องการพลังงานต่อวัน

ในผู้สูงอายุช่วง 60 - 70 ปี ในผู้สูงอายุชายต้องการ 2100 กิโลแคลอรี และในผู้สูงอายุหญิงต้องการ 1,750 กิโลแคลอรี และเมื่ออายุตั้งแต่ 71 ปีขึ้นไปความต้องการพลังงานในผู้สูงอายุชาย เท่ากับ 1,750 กิโลแคลอรี และผู้สูงอายุหญิงต้องการ 1,550 กิโลแคลอรี (คณะกรรมการจัดทำปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย, 2546) ถ้าต้องการคำนวณพลังงานให้ถูกต้องยิ่งขึ้น สามารถใช้สูตรคำนวณของฮาริส - เบเนดิกท์ (Harris - Benedict) โดยคำนวณจากพลังงานขั้นพื้นฐาน (Basal energy expenditure: BEE) ซึ่งเป็นพลังงานที่ใช้ขณะพักผ่อน สูตรที่ใช้มีดังต่อไปนี้ (Perry, 1994)

$$\text{ผู้ชาย BEE} = 66.42 + (13.75 \times \text{น้ำหนัก}) + [5 \times \text{ส่วนสูง(ซ.ม.)}] - (6.77 \times \text{อายุ})$$

$$\text{ผู้หญิง BEE} = 655.42 + (9.66 \times \text{น้ำหนัก}) + [1.85 \times \text{ส่วนสูง(ซ.ม.)}] - (4.68 \times \text{อายุ})$$

การคำนวณความต้องการพลังงานทั้งหมด (Total energy expenditure: TEE) สามารถทำได้โดยนำความต้องการพลังงานขั้นพื้นฐาน คูณกับปัจจัยความสามารถด้านการทำกิจกรรม (Activity factor: AF) และปัจจัยการเผาผลาญ (metabolic factor: MF) หากร่างกายมีการเผาผลาญปกติ หรือไม่เจ็บป่วย ร่างกายมีความต้องการพลังงานเท่ากับ 1.2 เท่าของพลังงานขั้นพื้นฐาน หรือประมาณ 29 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน ถ้ามีการเผาผลาญมากกว่าปกติ เช่น มีการติดเชื้อรุนแรง ร่างกายต้องการพลังงาน 1.4 - 1.8 เท่าของพลังงานขั้นพื้นฐาน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการเผาผลาญอาหารสูงกว่าปกติ เนื่องจากมีการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อที่ใช้หายใจเพิ่มขึ้น หากได้รับพลังงานเท่ากับ 1.5 เท่าของพลังงานขั้นพื้นฐาน จะสามารถทำให้กล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจสามารถทำงานได้ดีขึ้น (ชายชาญ, 2550) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ควรได้รับพลังงานมากหรือน้อยเกินไป เพราะถ้าได้รับพลังงานมากเกินไปจะมีการเผาผลาญอาหารมากขึ้น ส่งผลให้เกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์มาก ทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบากมากขึ้น แต่ถ้าได้รับพลังงานน้อยเกินไป จะทำให้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้มีน้ำหนักตัวน้อย ความต้านทานโรคต่ำ ดังนั้นพลังงานที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับจะเท่ากับ 2,000 - 2,500 กิโลแคลอรีต่อวัน (พิมพ์ใจ, 2551)

- คาร์โบไฮเดรต ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรลดการกินอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตลดลง เนื่องจากการเผาผลาญอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต จะทำให้เกิดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ในแต่ละวันผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรได้รับคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 28 หรือประมาณ 100 - 187 กรัม/วัน (อัมภรณ์พรรณ, 2546; Bozzetti, 2003) ควรเลือกรับประทานคาร์โบไฮเดรตในรูปของ คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ เผือก มัน ข้าวโพด ละอองพืชต่างๆ เป็นต้น และควรสลับกับอาหารจำพวกแป้งประเภทอื่นบ้าง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน บะหมี่ และควรหลีกเลี่ยงคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว กินให้น้อยลง ได้แก่อาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสม เช่น ขนมหวาน เครื่องดื่มรสหวาน ของหวาน ผลไม้รสหวานจัด และน้ำอัดลม เป็นต้น

- โปรตีน ความต้องการโปรตีนในแต่ละวันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 17 ของพลังงานทั้งหมด หรือประมาณ 60 - 94 กรัม/วัน (อัมภรณ์พรรณ, 2546; Bozzetti, 2003) โปรตีนช่วยในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ตั้งแต่ผิวหนัง กล้ามเนื้อ เลือด กระดูก ตลอดจนเนื้อเยื่อต่างๆ แต่ในผู้สูงอายุไม่

ควรได้รับโปรตีนสูงจนเกินไป เนื่องจากอาจทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดี (วิไลวรรณ,2548) ดังนั้นควรเลือกโปรตีนที่ย่อยง่าย และไขมันต่ำเช่น ปลา ไข่ นม เต้าหู้ เป็นต้น

- ไขมัน เป็นอาหารที่ให้พลังงานและให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย เป็นตัวนำวิตามินที่ละลายด้วยไขมัน คือ วิตามินเอ วิตามินดี วิตามินอี และวิตามินเค ไปใช้ประโยชน์ ช่วยให้อาหารมีรสอร่อยและทำให้รู้สึกอิ่ม (พิมพ์ใจ,2551) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับไขมันร้อยละ 55 หรือประมาณ 111-152 กรัม/วัน (อัมพรพรณ,2546;Bozzetti,2003) ไขมันมีทั้งประเภทไขมันอิ่มตัวและไขมันไม่อิ่มตัว ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัวซึ่งพบมากในน้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลืองและน้ำมันข้าวโพด

- กากใยอาหาร จะมีมากในผักและผลไม้ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรรับประทานผักทุกวัน วันละ 4 ทับพี (วิมลรัตน์,2552) ควรรับประทานผักสุกหรือผักที่หนึ่งจมนิ่มเนื่องจากสามารถรับประทานได้ง่าย และสามารถย่อยและดูดซึมได้ง่าย ควรหลีกเลี่ยงผักสดเนื่องจากมีแก๊สมากอาจทำให้เกิดอาการท้องอืดได้ง่าย (วิไลวรรณ,2548) ในแต่ละวันควรบริโภคอาหารที่มีกากใยสูง 20 - 25 กรัม/วัน (วัลลภ,2548) จากการศึกษาของบุญชุบ (2545) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานอาหารจำพวกผักผลไม้เกือบทุกวัน และมากกว่าอาหารในหมวดอื่นๆ เนื่องจากรับรู้ประโยชน์ของพืชผักผลไม้

- วิตามินและเกลือแร่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับวิตามินและเกลือแร่ที่หลากหลายและเพียงพอ ในแต่ละวัน โดยเฉพาะการรับประทานวิตามินซีเป็นประจำจะช่วยให้การทำงานของปอดดีขึ้น (Celik&Topcu,2006) ช่วยป้องกันและต่อต้านการถูกทำลายของเซลล์ของเนื้อเยื่อจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข. ชนิดและปริมาณอาหาร

- อาหารที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรรับประทานประกอบด้วย อาหารที่ให้พลังงานสูงจำพวก โปรตีนและไขมัน เป็นโปรตีนที่มีลักษณะย่อยง่าย เพื่อลดการใช้พลังงาน เช่น ปลา ไข่และนม รวมทั้งไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่ว น้ำมันข้าวโพด โดยจะช่วยลดการใช้พลังงานในการเผาผลาญและดูดซึม อาหารที่มีกากใยสูง รวมทั้งที่มีแคลเซียมสูง เช่น งา ลูกเดือย ใบชะพลู ใบยอ (วิมลรัตน์,2552) รวมทั้งน้ำดื่ม ควรดื่มน้ำก่อนรับประทานอาหาร 30 - 60 นาที เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอึดอัดแน่นท้องขณะรับประทานอาหาร และหลังรับประทานอาหารควรดื่มน้ำเล็กน้อย ควรดื่มน้ำอุ่น วันละ 6 - 8 แก้ว ยกเว้นในรายมีข้อจำกัดเช่น มีภาวะหัวใจล้มเหลว การดื่มน้ำอุ่นจะทำให้เสมหะอ่อนตัวขับออกได้ง่าย

- อาหารที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรหลีกเลี่ยงประกอบด้วย อาหารรสหวานต่าง ๆ รวมทั้งผลไม้หวาน เครื่องดื่ม อาหารที่มีแป้งมาก จะทำให้เกิดแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวพบในเนื้อสัตว์ ไขมันสัตว์ ไข่แดง อาหารทะเล ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ต้องปรุงด้วยการทอดหรือผัด ควรเลือกอาหารที่ปรุงด้วยการต้ม หรือนึ่งแทน (วิมลรัตน์,2552) งดอาหารรสเค็ม อาหารหมักดอง อาหารหรือขนมขบเคี้ยว ขนมอบกรอบ อาจได้รับเกลือแกงมากกว่า 6 กรัม/วัน (วิมลรัตน์,2552) จะมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และนำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลวได้ อีกทั้งการได้รับเกลือแกงในปริมาณมากๆมีผลทำให้เสียสมดุลของโปแตสเซียม อาจส่งผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนักมากยิ่งขึ้น (อัมพรพรณและคณะ,2541)

กล่าวโดยสรุปผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรหลีกเลี่ยงอาหารหวาน อาหารที่มีแป้งมาก อาหารที่มีรสเค็ม อาหารประเภทนม ช็อคโกแลต เพราะทำให้น้ำลายเสมหะเหนียวขับออกได้ยาก อาหารที่ทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหารเช่นขนุน แตงทุกชนิด ถั่ว กะหล่ำปลี ผักกาดทอง เพราะจะทำให้กระเพาะอาหารขยายตัวดันกระบังลมให้สูงขึ้น ทำให้ปอดมีการขยายตัวได้น้อยลง หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม ในผู้ป่วยที่ได้รับยาสเตียรอยด์มานานอาจพบปัญหากระดูกพรุน จึงควรเพิ่มอาหารที่มีแคลเซียมสูงเช่นปลาตัวเล็ก กุ้งแห้ง สำหรับปริมาณอาหารไม่ควรรับประทานอาหารแต่ละมื้ออึดเกินไป ควรรับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้งรวมทั้งดื่มน้ำอย่างน้อย 6 - 8 แก้ว

ค. มื้ออาหาร ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเน้นการรับประทานอาหารให้บ่อยกว่าผู้ป่วยโรคอื่น ๆ อาหารหลักมี 3 มื้อ คือ เช้า เที่ยง เย็น และควรมีอาหารว่างระหว่างมื้อ ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารไม่ครบมื้อ ส่งผลให้มีโภชนาการไม่ดีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เน้นให้รับประทานอาหารบ่อย ๆ อาจจะเป็น 4 - 6 มื้อต่อวัน จากการศึกษาของมนัสวี (2542) พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่าร้อยละ 80 รับประทานวันละ 3 มื้อขึ้นไป

1.3 การพักผ่อนนอนหลับ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อช่วยสงวนพลังงาน ช่วยให้ร่างกายและจิตใจแข็งแรงขึ้น ควรนอนหลับอย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง

1.4 การออกกำลังกาย เป็นแนวทางการรักษาอีกแนวทางหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (GOLD, 2008; Ambrosino et al., 2008) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบแผนการหายใจเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพมักใช้กล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงชั้นนอก (Sternocleidomastoide) และกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงชั้นใน (Intercostal) ช่วยในการหายใจ เพราะปกติต้องใช้กล้ามเนื้อกระบังลมในการหายใจ จึงเป็นผลให้เกิดการใช้พลังงานในการหายใจปริมาณมากกว่าปกติ การออกกำลังกายที่สามารถช่วยให้สมรรถภาพปอดดีขึ้นนั้น ประกอบด้วยการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง การบริหารร่างกายทั่วไป (Muscle training) และการบริหารกล้ามเนื้อการหายใจ (Respiratory muscle training) เป้าหมายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น ความแข็งแรง ความทนทานของกล้ามเนื้อหายใจ เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอด และหัวใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพด้วยการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

ในการวิจัยครั้งนี้ นำแนวทางของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพปอดของ สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย (2549) และ American Thoracic Society (ATS, 1995) นำมาประยุกต์และปรับกับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

1.4.1 การบริหารร่างกายทั่วไป (Muscle training) เน้นเรื่องการออกกำลังกายเพื่อการเคลื่อนไหวของทรวงอก (Chest mobilization) ผีอกเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อทรวงอกจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ลดการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ และช่วยเพิ่มสมรรถภาพปอด โดยการบริหารกล้ามเนื้อหัวไหล่ แขน และลำตัว จะทำให้กล้ามเนื้อดังกล่าวเกิดการยืดหยุ่นและแข็งแรง การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อแขน และไหล่โดยการยกไปด้านหลัง การพับ หรือการกาง รวมทั้งการยกขึ้นเหนือศีรษะ

จะเป็นการยืดทรวงอกทั้งหมด ส่งผลให้การหายใจเข้าสะดวกมากขึ้นและที่สำคัญคือการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การทำงานของปอดและหัวใจ ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันมากขึ้น(วรางคณา เพชรโก, 2552; สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548) การออกกำลังกายเพื่อการเคลื่อนไหวของทรวงอกประกอบด้วย ท่ายืดทรวงอกด้านข้าง ท่ายกแขนขึ้น - ลง ท่าหุบ-กางแขน ท่าเหวี่ยงแขน ขึ้นลง ท่าเอียงตัว

1.4.2 การบริหารกล้ามเนื้อการหายใจ (Respiratory muscle training) เป็นการเริ่มต้นของการออกกำลังกาย โดยให้ฝึกหายใจด้วยการเป่าปาก (Pursed lip) นาน 5 นาที เป็นการเพิ่มแรงต้านขณะหายใจออก ทำให้แรงดันในหลอดลมเพิ่มขึ้น จะช่วยต้านแรงดันที่เกิดจากช่องเยื่อหุ้มปอดทำให้หลอดลมปอดแฟบช้ากว่าปกติ ส่งผลต่อถุงลมให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนก๊าซมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกหายใจสะดวก ไม่เหนื่อยง่าย เป็นการชะลออาการล้าของกล้ามเนื้อในการหายใจ ป้องกันการเกิดอาการหายใจลา บาก และการหายใจล้มเหลว ช่วยเพิ่มความทนในการทำกิจกรรม

1.4.3 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) ในการนำแนวคิดการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมาใช้ เพราะเป็นการออกกำลังกายที่ใช้ออกซิเจน หรือมีการหายใจขณะทำการออกกำลังกาย มุ่งเน้นการบริหารร่างกาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรับออกซิเจน ซึ่งระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างน้อย 20 - 30 นาที ปริมาณ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นการเพิ่มสมรรถภาพปอดและหัวใจ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นเมื่อมีระดับความรุนแรงของโรคมามากขึ้น สิ่งที่แสดงออกคือการจำกัดตนเองในการทำกิจกรรม ส่งผลต่อการระบายอากาศ ทำให้อาการหายใจลำบากมากขึ้น กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจและกล้ามเนื้อที่ใช้ในการทำกิจกรรมอ่อนล้า ฉะนั้นการออกกำลังกายจะสามารถเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและคลายความตึงเครียดลง กลุ่มนี้จะมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายเนื่องจากอาการหายใจลำบาก ควรมีการออกกำลังกายอย่างช้า ๆ ไม่หักโหม ไม่เหนื่อยจนเกินไป ควรเน้นการออกกำลังกายแขน กล้ามเนื้อไหล่ และทรวงอก เพื่อลดความอ่อนล้าในการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด โดยมีช่วงพักระหว่างการออกกำลังกายตามความรู้สึกเหนื่อย ทำสัปดาห์ละ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ (ATS, 1995; Norweg, Whiteson, Malgady, & Rey, 2005) ในกรณีที่รู้สึกเหนื่อยมากกว่าปกติ เช่นใจสั่นหายใจขัด ต้องหยุดออกกำลังกายทันที นั่งหรือจัดทำทางในการพัก ร่วมกับการบริหารการหายใจด้วยการเป่าปาก หรือใช้กล้ามเนื้อกระบังลมในการควบคุมการหายใจ และพักจนหายใจเหนื่อย(สิรินาถ มีเจริญ, 2541)

1.5 การป้องกันการติดเชื้อ เป็นการป้องกันในรายที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โดยการให้วัคซีน การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดหลอดลมอักเสบเช่น การไม่อยู่ในที่ชุมชน การใช้หน้ากากปิดจมูกและปาก หลีกเลี่ยงผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคในทางเดินหายใจ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2548; พรณิภา สืบสุข, 2554) ดังนั้นต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายปี ละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือน

พฤษภาคม ช่วยลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และลดความรุนแรงของโรคได้

2. พฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย การบริหารการหายใจ การไอที่มีประสิทธิภาพ การจัดทำทางที่เหมาะสม การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อทั่วไป การผ่อนคลาย ด้วยการหายใจแบบลึก การฝึกพ่นยาขยายหลอดลม และการใช้ออกซิเจนระยะยาว ซึ่งการฝึกทักษะ การปฏิบัติตนนั้น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ต่อเนื่องและคงทน การจัดรูปแบบการพยาบาลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นมีความรู้ ความมั่นใจในการฝึกใช้ทักษะ ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็น ดังนี้

2.1 การบริหารการหายใจ (Breathing exercise) เป็นกระบวนการในการฝึกให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรู้จักที่จะควบคุมการหายใจ หรือใช้กล้ามเนื้อต่าง ๆ ที่ช่วยในการหายใจได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นการฝึกการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ อากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงสามารถแบ่งออกตามส่วนที่ใช้ในการหายใจ ดังนี้

2.1.1 การหายใจโดยการเป่าปาก (Pursed-lip breathing) ถือเป็นรูปแบบการบริหารการหายใจที่มีประสิทธิภาพ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เพื่อลดอาการหายใจลำบาก การหายใจแบบเป่าปากสามารถปฏิบัติได้โดยการสูดลมหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกที่สุด โดยให้ท้องป่องออกในช่วงนับ 1 - 2 แล้วหายใจออกช้า ๆ ทางปาก ห่อริมฝีปากคล้ายผิวปาก ให้รู้สึกว่ามีอากาศอยู่ในกระพุ้งแก้มและลำคอ ในช่วงเวลานับ 1 - 4 (สิรินาถ มีเจริญ, 2541) รูปแบบการหายใจแบบเป่าปากจะช่วยปรับลักษณะการหายใจ ทำให้กระบังลมได้ทำงาน และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อในการหายใจ การบริหารการหายใจควรทำวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น ครั้งละ 15 นาที ปฏิบัติ 5 - 7 วัน ต่อสัปดาห์ (สินีนานู ป้อมเย็น, 2547)

2.1.2 การหายใจด้วยกล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม (Diaphragmatic breathing) เป็นรูปแบบการหายใจที่เน้นการทำงานของกระบังลม ช่วยในการขยายตัวของปอดจะเพิ่มปริมาตรของช่องอก ซึ่งในปริมาตรของอากาศ 2 ใน 3 ที่หายใจเข้าได้มาจากการเคลื่อนไหวของกระบังลมทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกเกี่ยวกับอาการหายใจเหนื่อยหอบดีขึ้น หลังจากปฏิบัติ เป็นรูปแบบการหายใจที่มีประโยชน์มากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพราะทำให้ลดอาการหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจลดลง (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542; Rubi, Renom, Ramis, Medinas, & Centino, 2010)

2.1.3 การสงวนพลังงาน เมื่อมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้น สามารถจัดการกับอาการดังกล่าวได้ร่วมกับการบริหารการหายใจ หยุดการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยการนั่งบนเก้าอี้ และโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย การนั่งพับเพียบ หรือเตี้ย ทำโยนให้พียงผนังและก้นหน้า การจัดทำดังกล่าวจะบรรเทาอาการหายใจลำบากให้ลดลงได้ (ศุภลักษณ์ ปริญญาภูมิชัย, 2541)

2.2 การไออย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการกำจัดเสมหะและสิ่งแปลกปลอมออกจากร่างกาย ถือเป็นกลไกที่สำคัญเบื้องต้นที่เกิดขึ้นในทางเดินหายใจ การไอที่ถูกวิธีและมีประสิทธิภาพนั้นจะทำให้ทางเดินหายใจโล่ง การอุดตันทางเดินหายใจจากเสมหะลดลง (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542) การไอที่มีประสิทธิภาพสามารถปฏิบัติได้

ดังนี้ นั้งหรือนอนศีรษะสูงอยู่ในท่าที่สบายและผ่อนคลาย ไม่เกร็งกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำนั้ง เท้าทั้งสองข้างวางราบกับพื้น แขนทั้งสองข้างควรทอดหน้าอก หรือนำหมอนมากอด หุบปากและสูดหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ อย่างเต็มทีที่กลั้นหายใจไว้ครู่หนึ่งประมาณ 2-3 วินาที โนมตัวมาข้างหน้าเล็กน้อย อ้าปากกว้าง ๆ แล้วไอออกมาติดต่อกันประมาณ 2 - 3 ครั้ง ให้เสมหะออกมา (Connolly, 2004) พักโดยหายใจเข้าออกช้า ๆ เบา ๆ ถ้ายังมีเสมหะอยู่ให้ปฏิบัติซ้ำ จนรู้สึกว่ามีเสมหะที่มีอยู่ได้ออกหมดแล้วและควรดื่มน้ำอุ่นวันละ 8 - 10 แก้ว เพื่อให้เสมหะอ่อนตัว

2.3 การรักษาด้วยออกซิเจนระยะยาว (Long-term oxygen therapy) การรักษาด้วยออกซิเจนเป็นระยะเวลามากกว่า 15 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้ผู้ป่วยมีความทนในการทำกิจกรรมมากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และยืดชีวิตให้ยาวนาน (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2548) มีการพิจารณาใช้กับผู้ป่วยที่มีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SaO_2) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 88 หรือค่าแรงดันบางส่วนของออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) น้อยกว่า 55 มิลลิเมตรปรอท ขณะหายใจปกติ หรือกรณีค่าแรงดันบางส่วนของออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) น้อยกว่า 55 - 60 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SaO_2) น้อยกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 89 - 90 ร่วมกับมีภาวะใดภาวะหนึ่งร่วมด้วย หัวใจโตจากโรคปอด ความดันในปอดสูง ภาวะเม็ดเลือดแดงเพิ่มจำนวนมากกว่าปกติโดยมีค่าความเข้มข้นของเลือดมากกว่าร้อยละ 55 (ATS, 1995)

2.4 การสงวนพลังงาน เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เรียนรู้ที่จะวางแผนการทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง ตระหนักว่ากิจกรรมที่ตนเองสามารถทำได้สูงสุด และกิจกรรมที่สามารถกระทำได้น้อยที่สุดที่จะไม่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า และส่งเสริมให้การทำกิจกรรมที่เกินความสามารถหรือเกินความจำเป็นนั้นกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบากตามมา ซึ่งหมายถึงสามารถประเมินความสามารถของตนเองได้ และจัดกิจกรรมตามความสำคัญตามแนวทางดังนี้ เมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่น การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า การแปรงฟันควรจัดเตรียมข้าวของเครื่องใช้ไว้ใกล้เคียงกันและทำกิจกรรมในท่านั่ง การขึ้นและลงบันได การทำงานบ้านต่าง ๆ

3. พฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ ความเครียด เป็นสิ่งกระตุ้นให้มีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น กรได้พักผ่อนและการผ่อนคลายจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการด้านความเครียด เน้นการลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด และต้องให้ฝึกทักษะในการจัดการกับความเครียดที่ถูกต้องเหมาะสมสามารถทำได้หลายวิธี

3.1 การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ได้แก่

3.1.1 การใช้จินตนาการนึกภาพเหตุการณ์ที่ประทับใจหรือภาพที่ก่อให้เกิดความรื่นรมย์ จะส่งผลให้ร่างกายผ่อนคลายมากขึ้น

3.1.2 การนวด เป็นวิธีการผ่อนคลายด้วยการสัมผัสส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อ

3.2 การฝึกสมาธิ เป็นการฝึกที่รวบรวมความสนใจให้กลับมามุ่งจดจ่อ และสงบนิ่งอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น ลมหายใจเข้าออก การกำหนดสติ

3.3 การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้นำเทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึก (Deep breathing relaxation) เป็นการหายใจอย่างปกติ และเป็นธรรมชาติ โดยการหายใจเข้าช้า ๆ ลึก ๆ ทางจมูกและผ่อนลมหายใจออกทางปากอย่างช้า ๆ วิธีการหายใจต้องเป็นการหายใจด้วยกล้ามเนื้อหน้าท้อง และกระบังลมจึงจะเป็นการหายใจที่ถูกต้อง ซึ่งหากฝึกอย่างต่อเนื่อง จะลดความเครียดและคลายความวิตกกังวลได้ ฝึกผ่อนคลายทุกวัน วันละ 2 ครั้งใช้เวลาประมาณ 7 - 10 นาที (นพพร เชาวะเจริญ, 2540) ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ ได้นำไปเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมสร้างความสุข ซึ่งประกอบด้วย การฝึกหายใจ และการฝึกสมาธิ ส่งผลต่อการยอมรับการเจ็บป่วย ลดความวิตกกังวล และป้องกันภาวะซึมเศร้า

แนวคิดการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concept)

ในปัจจุบันมีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น มุ่งเน้นในการส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกัน และควบคุมความรุนแรงของโรค โดยสามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไม่ให้เกิดระดับความรุนแรง อันจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เนื่องจากการจัดการตนเองนั้นเกิดจากกระบวนการเรียนรู้จากข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ ซึ่งการที่จะเกิดพฤติกรรมใหม่ได้นั้น ไม่ได้เกิดจากการรับรู้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว แต่หากเกิดจากการร่วมมือกันและมีความกระตือรือร้นที่จะดูแลตนเองด้วย (Kanfer & Gaelick, 1986)

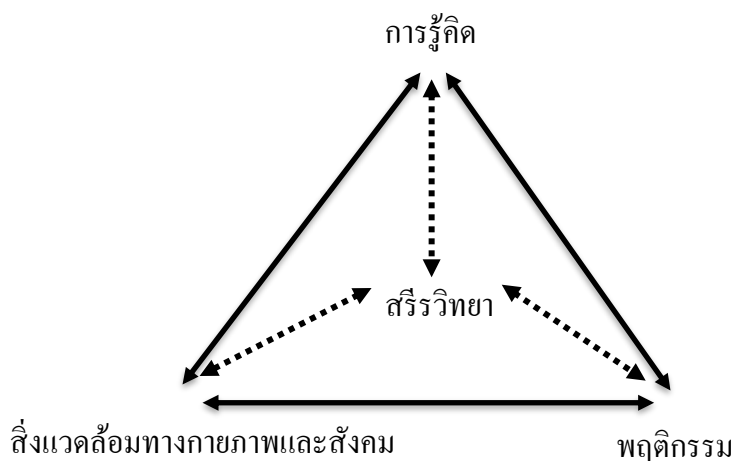
ความหมาย

การจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นกับสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยบุคคลสามารถกระทำการจัดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ดำเนินกระบวนการตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหา (Coping strategies) หลากหลายวิธี เพื่อเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วย (Bartholomew, Parcel, Swank, & Czyzewski, 1993) การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติการจัดการตนเองต้องมีการประสานร่วมกันทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม อันเป็นกระบวนการธรรมชาติที่มีทิศทางเป็นของตนเอง บุคคลนั้นต้องเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งไม่มีใครจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลอื่นได้นอกจากตนเองโดยมีบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้เข้ามามีบทบาทในการสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ ที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ได้อย่างมั่นใจ ด้วยการตัดสินใจของบุคคลนั่นเองโดยมีกระบวนการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง (Kanfer & Gaelick, 1991)

ดังนั้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถสรุปตามความหมายข้างต้นได้ว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากการร่วมมือระหว่างกันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ในการส่งเสริมให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน จนเกิดความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตน ยอมรับว่าเกิดจากการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง และตอบสนองโดยการกลับมาปฏิบัติพฤติกรรมที่มีผลดีต่อสุขภาพ ด้วยกลวิธีในการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สอดคล้องตามวิถีการดำเนินชีวิตและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองในการควบคุม หรือลดผลกระทบที่รุนแรงจากอาการหายใจลำบาก และฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

ทฤษฎีพื้นฐานของการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง มีพื้นฐานที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (Social cognitive theory) ซึ่งเป็นหนึ่งในทฤษฎีพฤติกรรมของมนุษย์ มีลักษณะเป็นกระบวนการทางธรรมชาติที่มีการควบคุมพฤติกรรมของตนเองอย่างมีทิศทาง ส่งผลให้เกิดกระบวนการรับรู้ด้วยความเข้าใจของตนเอง ก่อให้เกิดรูปแบบที่เป็นนามธรรม สามารถควบคุมพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งหมายรวมถึงการปรับเปลี่ยนการรับรู้ โดยอาศัยการตีความจากการเรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติ หรือการกระทำเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางพฤติกรรม ทั้ง 3 ปัจจัยต้องมีการกำหนดซึ่งกันและกัน(Reciprocal determinism) แต่ไม่จำเป็นที่ทั้ง 3 ปัจจัยต้องมีอิทธิพลอย่างเท่าเทียมกันในการกำหนดซึ่งกันและกัน อีกทั้งอาจไม่เกิดขึ้นพร้อมกันหากแต่ต้องอาศัยระยะเวลาที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น (Bandura, 1986) ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดนี้ เน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในส่วนบุคคลคือ การรู้คิด ปัญญา และองค์ประกอบของบุคคล ซึ่งไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านสรีรวิทยา ต่อมามีการพัฒนามุมมองของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านสรีรวิทยา เนื่องจากเกี่ยวข้องกับกระบวนการของโรคและมีอิทธิพลต่อกระบวนการจัดการตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม รวมทั้งมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยการรู้คิด และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ดังภาพที่ 2-2 (Tobin et al., 1986)



ภาพที่ 2-2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม

ปัจจัยด้านการรู้คิด และปัจจัยทางด้านสรีรวิทยา (Tobin et al., 1986, pp. 33-35) จากภาพที่ 2-2 สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัย ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดังนี้

1. ปัจจัยทางพฤติกรรม (Behaviors) เป็นส่วนประกอบพื้นฐานที่สำคัญของแนวทางการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม บุคคลต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดเงื่อนไขบางอย่างโดยเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ทำให้เกิดประสบการณ์ ความชำนาญ และเกิดความมั่นใจ ส่งผลให้มีการพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง และส่งผลต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

2. ปัจจัยทางการรู้คิด (Cognitive) คือกระบวนการรับรู้ และเข้าใจ มีบทบาทสำคัญมากในทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ตามแนวทางการจัดการตนเอง ซึ่งเป้าหมายของการรู้คิดประกอบด้วย ทักษะการจัดการตนเอง และความคาดหวัง ล้วนมีอิทธิพลต่อความสำเร็จของควมมีคุณค่าแห่งตน โดยมีความสามารถในการวางแผนทำกิจกรรม ซึ่งเป็นการเริ่มต้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมาย มีการติดตามและควบคุมกระบวนการทางสรีรวิทยา สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสังคม ให้รางวัลตนเองเมื่อสามารถปรับพฤติกรรมหรือวิถีการดำเนินชีวิตได้

3. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสังคม (Physical environment and social) ซึ่งเกิดความพอใจตามความต้องการของร่างกายและจิตใจที่คาดหวัง หรือตั้งเป้าหมายในการกระทำทำให้เกิดการจัดการตนเองได้ตามเป้าหมาย สิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวบอกถึงการลำดับความสำคัญและตอบสนองอย่างถูกต้อง ซึ่งการรู้คิดสามารถจัดลำดับการตอบสนองได้ และมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ด้านสรีรวิทยาโดยตรง

4. ปัจจัยทางสรีรวิทยา (Physiology) การดูแลโรคเรื้อรังนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงกระบวนการทางสรีรวิทยา ทั้งกระบวนการของโรค พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้โรคร้ายแรงขึ้น สามารถเป็นตัวกลาง

ของการรับรู้ถึงการเจ็บป่วยเกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการจัดการตนเองต่อโรคเรื้อรัง

สรุปว่าปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งสิ้น แต่การที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบากเรื้อรัง และกำเริบเฉียบพลันนั้น ต้องมีการกำกับปัจจัยทางสรีรวิทยา ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นต้องมีการกำกับและติดตามปัจจัยทั้ง 4 ให้ครอบคลุม กล่าวตามรายละเอียด คือ 1) การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อจัดการอาการหายใจลำบาก เช่น การบริหารการหายใจ การพ่นยาขยายหลอดลม การป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบาก การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย 2) การรู้คิด เช่น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่งผลถึงอาการหายใจลำบากลดลงทั้งความรุนแรงและความถี่ สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ซึ่งทำให้รับรู้ประโยชน์และผลดีของการปฏิบัติ 3) สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก ต้องมีการหลีกเลี่ยงเช่น ควันบุหรี่ ฝุ่นละออง 4) กระบวนการทางสรีรวิทยา คือกระบวนการของโรค เช่น เมื่อสมรรถภาพปอดเสื่อมประสิทธิภาพการทำงานลดลงส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เหนื่อยง่าย ต้องพึ่งพาผู้อื่น การปฏิบัติการออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการอาการหายใจลำบากได้และฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

รูปแบบของการกำกับตนเอง (Self-regulation model)

รูปแบบการกำกับตนเอง (Self-regulation model) เป็นเทคนิคในแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management framework) ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบสามารถทำความเข้าใจ และศึกษาตามกรอบแนวคิดทั่วไป ๆ ของการจัดการตนเอง (Self-management) นั้นเป็นกระบวนการในการจัดการตนเองเพื่อใช้วิเคราะห์กระบวนการทางจิตใจ Kanfer and Gaelick (1986) ได้ประยุกต์การเรียนรู้อันเป็นหลักการสำคัญของการกำกับตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพโดยตรง และเสนอรูปแบบการกำกับตนเองไว้ มีการพัฒนาและเพิ่มเติมรายละเอียดสำคัญ ประกอบด้วย การสร้างแรงกระตุ้น สร้างแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมตามเป้าหมาย และต่อมา Kanfer and Gaelick (1991) ได้พัฒนาและเสนอรูปแบบการกำกับตนเอง โดยการแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นการตอบสนองแบบอัตโนมัติ และเกิดการเรียนรู้แบบห้วงโซ่ อีกทั้งเป็นวิธีที่ดีและสร้างความพึงพอใจในการตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามรูปแบบการกำกับตนเอง

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้รูปแบบการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) กล่าวว่ารูปแบบการกำกับตนเองเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ สามารถให้ความรู้โดยการนำเสนอชี้แนะให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับกระบวนการการเจ็บป่วย วัตถุประสงค์ของการรักษา รวมทั้งแนวทางการรักษาโดยบุคคลควรได้รับการช่วยเหลือให้มีความรู้ สอนให้เกิดทักษะ สร้างการรู้คิดและมีการไตร่ตรอง จนพบแนวทางในการปฏิบัติใหม่ ๆ ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งบุคคลมีการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมโดยใช้รูปแบบการกำกับตนเองเป็นเทคนิคที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบากเรื้อรังสามารถจัดการกับอาการหายใจลำบาก และป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันได้ด้วยตนเอง ภายใต้การจัดการตนเองโดยมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม ที่เชื่อว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยังคงมีพฤติกรรม

เกี่ยวกับรูปแบบวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการหายใจลำบากนั้น ต้องได้รับการช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพื่อให้สามารถมีวิถีการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วย ซึ่งพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพต้องให้การยอมรับ และไว้วางใจในตัวผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษา จากเดิมที่เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเป็นผู้กำหนด และวางเป้าหมายในการรักษา ทุกอย่าง เป็นการให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยอมรับในการปฏิบัติตนที่ผ่านมา และมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเองที่ปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ หลักสำคัญของการจัดการตนเอง เป็นการประยุกต์การเรียนรู้ เพื่อนำมาดูแลสุขภาพซึ่ง Kanfer and Gaelick (1991) ได้เสนอรูปแบบการกำกับตนเองประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการติดตามตนเอง (Self-monitoring) การติดตามตนเองหรือการควบคุมตนเอง เป็นเทคนิคเริ่มต้นที่สำคัญของรูปแบบการกำกับตนเอง ซึ่งเป็นการที่นำความรู้ ความเข้าใจจากการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อมมาวิเคราะห์ปัญหา ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการของการสังเกต ซึ่งเน้นให้มีความสนใจ ความตั้งใจ และควบคุมเอาใจใส่เกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง 2) ขั้นตอนการบันทึกพฤติกรรมของตนเองอย่างเป็นระบบ (Kanfer & Gaelick, 1988) โดยข้อมูลที่ได้รับเป็นข้อมูลที่ป้อนกลับ ในกระบวนการนี้การสังเกต และติดตามพฤติกรรม เป็นการวิเคราะห์ว่าพฤติกรรมใดที่เป็นเหตุ หรือเป็นผล รวมทั้งสามารถแยกได้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวนั้นเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมต่อตนเอง เนื่องจากการกำกับตนเองเป็นกระบวนการที่แต่ละบุคคลเน้นการควบคุมตนเอง เพื่อการกระทำ พฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมายและนำมาประยุกต์ใช้ในการรักษา (Clark et al., 1991) โดยการสังเกต ติดตาม และบันทึกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพ มีความพยายาม และมีความคาดหวังว่าจะสามารถจัดการสุขภาพด้วยการกำกับตนเอง ประกอบด้วยวิเคราะห์ปัจจัย 4 ด้าน คือ 1) พฤติกรรม 2) สิ่งแวดล้อมและสังคม 3) การรู้คิด 4) สรีรวิทยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลตนเอง (Tobin et al., 1986)

ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น สามารถกำกับตนเองในปัจจัย 4 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยทางการรู้คิด รับรู้ว่าการสูบบุหรี่ และไม่มีวิธีจัดการกับอาการหายใจลำบากหรือการป้องกันการติดเชื้อ จะส่งผลให้ปอดเสื่อมเป็นการกระตุ้นให้มีภาวะหายใจลำบากรุนแรงถึงขั้น ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้เอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

2. ปัจจัยทางพฤติกรรม เช่น การเลิกบุหรี่ การออกกำลังกาย ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดหลอดลมมีการระคายเคือง ทำให้มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมลดลง

3. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสังคม คือการจัดการที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมในบ้าน เช่น ฝุ่น คอกลสัตว์ ไม่อยู่ในบริเวณที่มีคนสูบบุหรี่ เป็นการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก

4. ปัจจัยทางสรีรวิทยา เป็นกระบวนการเกิดโรค เช่น การเสื่อมสมรรถภาพปอด มีภาวะถุงลมโป่งพอง และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ทำให้มีอาการหายใจลำบากเรื้อรัง

ขั้นตอนการติดตามตนเอง ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้

1. ตัดสินใจเลือก กำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) เพื่อกำหนดพฤติกรรมของตนเอง มีการคิดพิจารณาไตร่ตรองโดยเป้าหมายที่ตั้งต้องมีความยืดหยุ่นและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ซึ่งเป้าหมายคือสิ่งที่บุคคลคาดหวังว่าจะทำให้สำเร็จ ต้องอาศัยแรงจูงใจจึงจะนำไปสู่ความสำเร็จ กลไกการจูงใจของการตั้งเป้าหมายที่มีต่อการปฏิบัติ ได้แก่ 1) การมีความพยายาม 2) การคงการกระทำนั้นไว้ และ 3) ความเข้มข้นของการกระทำ และระยะการตั้งเป้าหมายนี้จะช่วยให้มีความพยายามมากขึ้น และมีความสนใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมาย สามารถกำหนดได้ด้วยตนเอง หรือร่วมกันกำหนดเป้าหมาย แต่การที่ตั้งเป้าหมายด้วยตนเองนั้นจะทำให้รู้สึกพึงพอใจต่อเป้าหมายนั้น และถือเป็นคำมั่นสัญญากับตนเอง

2. จำแนกพฤติกรรมเป้าหมายออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกตได้อย่างชัดเจนและฝึกการวิเคราะห์จนสามารถแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมเป้าหมายนั้นเกิดขึ้นหรือไม่

3. ฝึกการจดบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง มีการกำหนดวิธีการบันทึก เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก และสม่ำเสมอถูกต้อง

4. ทำการสังเกตตนเอง และบันทึกพฤติกรรมว่าสอดคล้องกับเป้าหมายหรือไม่

2. ขั้นตอนการประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินผลพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติ เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ หรือพฤติกรรมของตนเองที่กระทำกับเกณฑ์มาตรฐาน หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นการนำไปประกอบการตัดสินใจที่จะคงพฤติกรรมนั้นไว้ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งกระบวนการประเมินตนเองนี้นำข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และการบันทึกในกระบวนการติดตามตนเอง (Kangchai, 2002) การประเมินผลนั้น ประเมินได้จากผลที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น ไขมันลดลง อาการหายใจลำบากลดลง จนกระทั่งมีความทนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ส่งผลถึงการปฏิบัติหน้าที่ด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. ขั้นตอนการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เป็นขั้นตอนการให้แรงเสริมแก่ตนเอง เมื่อประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือการกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งสำเร็จตามการตั้งเป้าหมาย (Kangchai, 2002) ขั้นตอนนี้บุคคลจะกระทำพฤติกรรมตามการรู้คิดและอารมณ์ การกระทำทั้งหมดจะสะท้อนผลกลับมา ส่งผลต่อพฤติกรรมที่ทำในอดีต จะมีผลต่อความตั้งใจที่จะทำต่อไป และเมื่อผลสะท้อนออกมาพึงพอใจ สามารถตัดสินใจทำพฤติกรรมดังกล่าวต่อไปในอนาคต (Kanfer & Gaelick, 1991)

การเสริมแรงตน คือ ข้อตกลงที่จะควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยการกำหนดการให้รางวัล หรือการลงโทษ ภายหลังการกระทำพฤติกรรมนั้น ต้องต่อสู้กับความรู้สึกริษยากระทำพฤติกรรมอื่นหรือไม่อยากกระทำการให้แรงเสริมตนเองเป็นเครื่องมือที่ควบคุมให้ตนเองทำพฤติกรรมสำเร็จ และบุคคลย่อมมีความหนักแน่นในตนเอง ส่วนการลงโทษตนเองเป็นการเลี่ยงหรือลดความต้องการสิ่งล่อใจ การเสริมแรงเป็นหน้าที่ของบุคคลคนนั้นเอง ที่จะคงไว้ซึ่งความเข้มข้นและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ ส่วนพฤติกรรมเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงไปยังสถานการณ์ที่พึงพอใจจากการเสริมแรงภายนอกซึ่งถือว่าเป็นการยืดระยะเวลาในการเสริมแรงออกไป หรือการเสริมแรงตนเองในทันทีนั้น จะกระทำกับพฤติกรรมที่ตนเองเลือกปฏิบัติด้วยความเต็มใจ การให้เสริมแรงตนเองเป็น

แรงเสริมจากภายนอก ซึ่งอาจให้รางวัลตนเองแบบเงียบ ๆ เช่น รู้สึกดีใจ เกิดความภาคภูมิใจ การให้รางวัลแบบเปิดเผยเมื่อทำสำเร็จตามเป้าหมาย เช่น ไปเที่ยวบ้านเพื่อนในวันหยุด เมื่อตนเองสามารถลดจำนวนบุหรี่ได้

การเสริมแรงแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือการเสริมแรงทางบวก และเสริมแรงทางลบ

1. การเสริมแรงทางบวก หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรม หลังจากการได้รับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ภายหลังกระทำ พฤติกรรมนั้น สิ่งที่ได้ภายหลังนั้นเรียกว่า ตัวเสริมแรง

2. การเสริมแรงทางลบ หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรม อันเป็นผลเนื่องมาจากการแสดง พฤติกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ เริ่มถดถอย หรือพยายามหลีกเลี่ยงจากสิ่งเร้าที่มากระตุ้นอันไม่พึงปรารถนา

ประเภทของตัวเสริมแรง แบ่งออกได้ 5 ประเภท

1. ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ (Material reinforcers) ตัวเสริมแรงชนิดนี้มีประสิทธิภาพมาก โดยเฉพาะต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็ก ประกอบด้วย ขนม ของเล่น เสื้อผ้า

2. ตัวเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcers) หมายถึง ลักษณะที่ 1 คำพูดคือ การชมเชย ยกย่อง ส่วนลักษณะที่ 2 การแสดงออกและท่าทางคือ การยิ้ม สัมผัส หรือโอบกอด

3. ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม (Activity reinforcers) หมายถึง กิจกรรม หรือพฤติกรรมที่มีความถี่สูงสามารถนำพฤติกรรมนี้ไปเสริมแรงให้กิจกรรมที่มีความถี่ต่ำได้

4. ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร (Token reinforcers) หมายถึง ตัวเสริมแรงที่ต้องนำไปแลกเป็นตัวเสริมแรงชนิดอื่น ส่วนตัวเสริมแรงที่นำไปแลกมานั้นเรียกตัวเสริมแรงสนับสนุนเบี้ยอรรถกรนี้มักอยู่ในรูปของคะแนนสะสม แสตมป์ ดาว หรือคุปอง

5. ตัวเสริมแรงภายใน (Covert reinforcers) หมายถึง ความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ เช่นความพึงพอใจ ความภาคภูมิใจ

ในขั้นตอนการเสริมแรงตนเองนี้ควรเน้นการเสริมแรงทางบวก ในการกำกับตนเองนี้การเสริมแรงที่ดีคือ วิธีที่สามารถตอบสนองได้ง่ายและต้องเป็นคนเลือกแรงเสริมเอง เลือกรางวัลเอง เพราะไม่มีใครรู้ว่าบุคคลต้องการอะไรสำหรับการเสริมแรงที่ใช้ในการสนับสนุนให้เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา และเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการดูแล ควรเป็นแรงเสริมที่มีระบบและประสิทธิภาพ มีความหมายชัดเจนในพฤติกรรมที่เป็นไปตามเกณฑ์ต้องทำการเสริมแรงทันที ที่ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น อยากไปดูหนัง อยากไปซื้อของ รวมทั้งการออกแบบการบันทึกอย่างมีระบบและง่าย สามารถช่วยในการเสริมแรงตนเองได้ผลดียิ่งขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการกำกับตนเอง ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในจังหวัดฉะเชิงเทรา เนื่องจากตามบริบทผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยรวมต้องดำเนินชีวิตด้วยตนเอง ทั้งด้านสุขภาพ และการประกอบอาชีพ ดังนั้นโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ตามรูปแบบการกำกับตนเองนั้น ในประเทศไทยล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ดังการศึกษาของ จุฬารัตน์ คำพานุทย์ (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวล ในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าการจัดการตนเองและ

สมรรถภาพปอดสูงขึ้น ส่วนอาการหายใจลำบากและความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนพล ตึงช้วยกุล บัวแก้ว (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกายระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลดีกว่าระยะก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ ปณิดา ดวงใจ (2556) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังดำเนินกิจกรรมให้ความรู้เป็นรายบุคคลที่บ้าน ใช้คู่มือส่งเสริมการจัดการตนเอง และแบบบันทึกการรับประทานยา พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ วันวิสาข์ โลหะสาร (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้การจัดการตนเอง ต่อความรู้เรื่องโรค และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหอบ พบว่าหลังการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้นและมีทักษะการจัดการตนเองสูงขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลอง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม สนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจ ลำบาก และสมรรถภาพของปอด โดยมีวิธีการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ใน โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา อายุ 35 - 75 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 - 2560 จำนวน 85 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุ 35-75 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง สุ่มมาจาก ประชากรที่ศึกษา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์(Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ 2 และระดับ 3 การแบ่งระดับ ความรุนแรงของโรคตามสมรรถภาพการทำงานของปอด ($FEV_1 > 30-80\%$ predict :GOLD, 2011)
3. ไม่เคยเข้าร่วมงาน วิจัยแบบทดลองที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาก่อน
4. มีสภาพการรับรู้ บุคคล เวลา สถานที่อยู่ใน ระดับปกติ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาทหรือเป็นโรคจิตจากประวัติในเวชระเบียน หรือมีภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคอื่นๆ ที่รุนแรงอันเป็นอุปสรรคหรืออันตรายต่อการทำกิจกรรม
5. สามารถสื่อสารทางโทรศัพท์ได้
6. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. เป็นวัณโรคที่อยู่ระหว่างการรักษาอย่างต่อเนื่องระยะเวลา ไม่มากกว่าหรือเท่ากับ ๑ ปี
2. มีปัญหาด้านการได้ยินและไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจดี เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างต้องสามารถบันทึกการปฏิบัติกิจกรรม ตามแบบบันทึกการกำกับตนเอง
3. ไม่สามารถติดต่อสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์ได้

เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria for participant)

1. มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ที่ส่งผลจนต้องนอนในโรงพยาบาลนานกว่า ๒ สัปดาห์ โดยไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมตามกำหนดได้ เช่นมีภาวะหัวใจล้มเหลว มีExacerbation รุนแรงจนต้องadmit หรือRefer
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามโปรแกรมอย่างน้อย 2 ครั้ง
3. อาสาสมัครขอถอนตัว

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ เครจซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan,1970) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 44 ราย (เนื่องจากในระยะเวลาที่ศึกษามีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน53ราย) ยินยอมเข้าร่วมโครงการจำนวน 40 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบคัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย(simple random sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือราชการเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เข้าทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยขอรายชื่อและประวัติการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัด ฉะเชิงเทรา ในช่วงระยะเวลา ของปี 2558 - 2560 จำนวน 85 ราย
2. เมื่อได้รับการอนุมัติหนังสือราชการแล้ว ก่อนการทดลอง 1สัปดาห์ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากร ที่ศึกษาตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยพิจารณาจากอายุ และสมรรถภาพปอด(ระดับความรุนแรง) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามเกณฑ์ที่กำหนด(Inclusion criteria) จำนวน40ราย ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้การจับฉลากเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในวันพุธที่3ของเดือนมิถุนายน ซึ่งเป็นวันที่โรงพยาบาลให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยสุ่มจับฉลากเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาลงทะเบียน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองได้ลำดับการลงทะเบียนเป็นเลขคี่ ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นลำดับการลงทะเบียนเป็นเลขคู่ จนครบทั้ง2 กลุ่มๆละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ แผนการสนับสนุนการจัดการตนเอง คู่มือสนับสนุนการจัดการตนเอง สื่อการสอน (Power Point) เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รายละเอียดดังนี้

1.1 แผนการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดขึ้นอย่างมีแบบแผน เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และมีความสม่ำเสมอ โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ด้วยกิจกรรมสร้างสุข ใช้เสียงดนตรีเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย และมีสมาธิ ซึ่งจะใช้กิจกรรมสร้างสุขก่อนดำเนินกิจกรรมกลุ่มทุกครั้ง และ 2) กิจกรรมให้ความรู้ และฝึกทักษะในการจัดการตนเองเรื่อง การปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต การจัดการอาการหายใจลำบาก และการจัดการด้านอารมณ์ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ระยะเวลา สถานที่ กิจกรรม และขั้นตอนของการดำเนินงานกิจกรรม กิจกรรม และเหตุผลเชิงทฤษฎี โดยการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างเป็นขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการ 12 สัปดาห์ คือ กิจกรรมกลุ่มจัดที่โรงพยาบาล 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 4, 8 และ 12 ติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 6 และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 10

1.2 คู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นเอกสารที่ได้จัดทำขึ้นโดยการศึกษาจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาพประกอบเพื่อใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้ และให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ในช่วงท้ายของคู่มือมีแบบบันทึกการกำกับตนเอง เพื่อติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ตั้งเป้าหมาย เรื่องการบริหารการหายใจ และการออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก โดยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง หรือมีญาติคอยช่วยเหลือ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการติดตามตนเองมีประโยชน์ในการให้ข้อมูลย้อนกลับ ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทราบผลการปฏิบัติของตนว่ามีการปฏิบัติที่ถูกต้องหรือไม่ เพื่อนำไปสู่การเสริมแรงตนเองต่อไป ตลอดจนเป็นข้อมูลให้ผู้วิจัยใช้ติดตามผล และประเมินผลการปฏิบัติเมื่อผู้วิจัยติดตามเยี่ยมที่บ้าน และประเมินผลการทดลอง

1.3 สื่อการสอน (Power point) เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีเนื้อหาเช่นเดียวกับคู่มือสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วยภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหว เพื่อใช้ประกอบการให้ความรู้ และฝึกทักษะการจัดการตนเอง เป็นการสร้างความเข้าใจด้วยภาพ และการฝึกปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ใช้ประกอบการบรรยาย การให้ความรู้ และการสาธิต รวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติตนที่เหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง แบบวัดอาการหายใจลำบาก และเครื่องมือวัดสมรรถภาพปอด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย ดังต่อไปนี้

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการรักษา

2.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ปริมาณ บุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการที่พบมากในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา วิธีการจัดการเมื่อ เกิดอาการหายใจลำบาก

2.2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้ ในการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และจัดการอาการหายใจลำบากของ นรภมล ใหม่ทอง (2550) จำนวน 10 ข้อ เพื่อให้ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีการปรับข้อความให้สอดคล้องกับ จัดการตนเอง มีข้อความเดิม 7 ข้อ คือ ข้อ 1 ถึง ข้อ 7 และข้อความที่สร้างใหม่จำนวน 22 ข้อ คือ ข้อ 8 ถึงข้อ 30 ข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดมีสองตัวเลือกคือ ใช่ และไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดไว้ดังนี้

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

แบบสอบถามที่มีข้อความทางลบ 5 ข้อ คือ ข้อ 6,10,20,22, และ 25 ที่เหลือเป็นข้อความ ทางบวก 25 ข้อ คือ ข้อ 1-5,7-9,11-19,21,23,24 และข้อ 26-30

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนที่ได้ทั้งหมดรวมกัน ซึ่งคะแนนรวมของข้อทั้งหมดมีค่าระหว่าง 0-30 คะแนน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนมาก หมายถึงมีความรู้การจัดการตนเองในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูง และค่าเฉลี่ย คะแนนน้อย หมายถึงมีความรู้การจัดการตนเองในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อย

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง พัฒนามาจาก แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสร้างโดย สุภาภรณ์ ด่วงแพง (2548) การปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องประกอบ ด้วย พฤติกรรมด้านการปรับเปลี่ยนรูปแบบ วิถีชีวิต พฤติกรรมด้านการจัดการอาการหายใจลำบาก และพฤติกรรมจัดการด้านอารมณ์ แบบประเมินนี้มีจำนวน 35 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

การให้ค่าคะแนนแบ่งตามมาตราส่วนประมาณค่า ดังนี้

- | | |
|--|-------------|
| 1 หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมหรือไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ | คะแนนเป็น 1 |
| 2 หมายถึง มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง | คะแนนเป็น 2 |
| 3 หมายถึง มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้ง | คะแนนเป็น 3 |
| 4 หมายถึง มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเกือบทุกครั้ง | คะแนนเป็น 4 |
| 5 หมายถึง มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกครั้ง | คะแนนเป็น 5 |

คะแนนรวมของแบบวัดทั้งหมดของแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง มีค่าระหว่าง 35 - 175คะแนน คะแนนรวมเฉลี่ยมากแสดงว่ามีพฤติกรรมจัดการตนเองสูง คะแนนเฉลี่ยน้อย แสดงว่ามี พฤติกรรมจัดการตนเองต่ำ

2.4 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก (Dyspnea Visual Analogue Scale [DVAS]) เป็นแบบวัดระดับความรู้สึกอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอนยาว 100 มิลลิเมตร ปลายด้านหนึ่งที่ตำแหน่ง 0 มิลลิเมตร และปลายด้านล่างที่ตำแหน่ง 100 มิลลิเมตร (Gift, 1989)

0 มิลลิเมตร หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย

50 มิลลิเมตร หมายถึง มีอาการหายใจลำบากปานกลาง

100 มิลลิเมตร หมายถึง มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นผู้บอกความรู้สึกอาการหายใจลำบากของตนเอง โดยทำเครื่องหมายไว้บนเส้นตรง แล้วอ่านค่าตัวเลขที่กำหนดบนแบบวัด ซึ่งแทนด้วยค่าคะแนนอาการหายใจลำบากขณะนั้น

2.5 เครื่องมือประเมินสมรรถภาพปอด การวิจัยครั้งนี้ใช้ใช้เครื่องสไปโรมิเตอร์ (Spirometer) ชื่อ COSMED รุ่น Pony fx ซึ่งผ่านมาตรฐานMMD (93/42EEC), FDA (510k) และCE0476 เป็นเครื่องตรวจสมรรถภาพปอดชนิดที่สามารถเคลื่อนย้ายได้โดยการวัดค่า FEV1 แปลผลตามเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งระดับความรุนแรงตามปริมาตรอากาศที่หายใจออกโดยเร็ว และแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV1) รวมทั้งการเตรียมผู้ป่วยสำหรับการใช้เครื่องสไปโรมิเตอร์ เช่น เทคนิคการสูดลมหายใจ การเป่าเครื่องเพื่อทดสอบสมรรถภาพการทำงานของปอด เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วยแผนการสนับสนุนการจัดการตนเอง คู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสื่อ (PowerPoint) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยนายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมโรคหัวใจและทรวงอก 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 1 ท่าน APN ด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่านและพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษารูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและกิจกรรม และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยใช้เกณฑ์ความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ด้วยการนำ จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4หารด้วย

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด (บุญใจ ศรีสถิตยีนรากร, 2553) ความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ .85, .86 และ .87 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ภายใต้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหา และความเหมาะสมทางภาษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Reliability)

2.1 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบประเมินอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา 20 ราย แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95 สำหรับแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ โดยใช้สูตร K R-21 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ .71

2.2 เครื่องมือประเมินสมรรถภาพปอด เป็นเครื่องตรวจสมรรถภาพปอดชนิดที่สามารถเคลื่อนย้ายได้โดยการวัด ค่า FEV1 ชื่อ COSMED รุ่น Pony fx ซึ่งผ่านมาตรฐาน MMD (93/42EEC), FDA (510k) และ CE0476 และผ่านการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือก่อนนำมาใช้ทำการทดลอง และใช้เครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย ท่อเป่าลม (Mouth piece) 1 ท่อต่อกลุ่มตัวอย่างหนึ่งราย (disposable)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัสโครงการ รหัส PH_CCO_REC 007/2561

2. ขณะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยก่อนที่การวิจัยจะเสร็จสิ้นได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัย ทราบ และการกระทำดังกล่าวนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัย ข้อมูลต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และถือเป็นความลับ โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง

3. สำหรับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมนั้น หลังเสร็จสิ้นการทำวิจัยในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแก่กลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ตามความสมัครใจ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มควบคุมทั้งหมด

ยินดีให้ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลตามคู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสื่อการสอน (PowerPoint)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัย และเครื่องมือการวิจัย ซึ่งได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัส PH_CCO_REC 007/2561

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา และผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

กลุ่มทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนก่อนการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลองและขั้นตอนหลังการทดลอง รายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนก่อนการทดลอง เป็นการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนทำการทดลอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) ผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ประเมินอาการหายใจลำบาก และวัดสมรรถภาพปอด หลังจากนั้นนัดหมายการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นกลุ่ม 20 รายที่ห้องประชุมโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ในอีก 1 สัปดาห์

2. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะประเมินและเตรียมความพร้อม ระยะการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเอง และระยะติดตามประเมินผลการปฏิบัติ ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ระยะประเมินและเตรียมความพร้อม (กิจกรรมครั้งที่ 1)

ผู้วิจัยพบกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลอง 20 ราย ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ มีการเตรียมความพร้อมก่อนประเมิน โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว พูดคุย และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้แนะนำตัว และพูดคุยกันในเรื่องทั่วไป เพื่อให้ทั้งผู้วิจัย และกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจซึ่งกัน ตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น วัดV/S ประเมินอาการทั่วไป อาการหายใจลำบาก หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินและเตรียมความพร้อมในการสนับสนุนการจัดการตนเอง ดังนี้

1. การประเมินความพร้อม ผู้วิจัยประเมินความพร้อมด้านความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคทั้งสาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุม อาการ โดยเฉพาะอาการหายใจลำบาก บางส่วนขาดทักษะและไม่เห็นความสำคัญของการใช้ยาพ่นควบคุมอาการ (Controler) ใช้ยาไม่

ต่อเนื่อง เนื่องจากขาดความรู้ว่าช่วยลดการอักเสบของหลอดเลือด และไม่ได้ช่วยบรรเทาอาการขณะเกิดอาการ หายใจลำบากจึงใช้ยาไม่ต่อเนื่องและไม่ตรงขนาด บางรายยังสูบบุหรี่ แม้ว่าจะพยายามลดแล้ว หรือเคยเลิกแล้ว รวมทั้งขาดการวางแผนนำยาพ่นฉุกเฉินติดตัวไปขณะออกไปทำงานหรือทำธุระนอกบ้าน และพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีความรู้และเคยฝึกทักษะหายใจแบบเป่าปากเพื่อบรรเทาอาการหายใจหอบ และการออกกำลังกาย การบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกที่โรงพยาบาลจากนักกายภาพ แต่ไม่ได้นำไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน หลังจากนั้นประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนมากมารับบริการโดยลำพัง

2. การเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ และเตรียมความพร้อมสนับสนุนให้ความรู้ รายละเอียดดังนี้

2.1 เตรียมความพร้อมด้านจิตใจโดยการฝึกทำสมาธิร่วมกับการควบคุมการหายใจ และกิจกรรมผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการควบคุมการหายใจ ตามเสียงดนตรี (เพลงดังดอกไม้บาน) นาน 10 นาที ให้กลุ่มได้มีโอกาสพูดคุย หรือระบายความรู้สึก และให้กำลังใจโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยให้ถ่ายทอดความรู้สึกแนวบวกให้กลุ่ม และเตรียมความพร้อมสนับสนุนให้ความรู้ดังนี้

2.2 เตรียมความพร้อมด้านความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

ช่วงที่ 1 โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้สไลด์ PowerPoint presentation เนื้อหาประกอบด้วยเนื้อหาในคู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามพฤติกรรมจัดการตนเอง 3 ด้านคือ การปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต การจัดการอาการหายใจลำบาก และด้านการจัดการอารมณ์ แจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และชี้แจงการบันทึกกิจกรรมในสมุดคู่มือดังกล่าว

ช่วงที่ 2 เป็นการฝึกทักษะการจัดการตนเองด้วยการสาธิต เรื่อง การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกและแขนขา โดยมีนักกายภาพบำบัดและพยาบาลประจำคลินิก สาธิตและฝึกปฏิบัติพร้อมกัน และฝึกทักษะการใช้ยาพ่นสูด ทบทวนการฝึกทักษะในแต่ละเรื่อง โดยเภสัชกรร่วมกับการชม PowerPoint presentation ตามโปรแกรมที่วางแผนร่วมกันไว้ ส่วนผู้วิจัยทำการสรุปประเด็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการซักถามย้อนกลับให้มีความเข้าใจตรงกัน ในเรื่องความรู้และฝึกทักษะต่างๆตลอดจนการทบทวนเป้าหมายร่วมกัน แล้วนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไปที่ห้องประชุมโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ในอีก 4 สัปดาห์ ใช้เวลา 60 - 90 นาที

2.3 กำหนดเป้าหมายหลักร่วมกันในกลุ่ม คือ อาการหายใจลำบากลดลง และทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง นัดหมายพบกลุ่มเพื่อติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในอีก 2 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2 ระยะการปฏิบัติการจัดการตนเอง (กิจกรรมครั้งที่ 2)

ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นการกระตุ้นและเสริมแรงการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งประเมินแนวโน้มการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาและอุสรรคต่างๆในการ

ปฏิบัติการจัดการด้วยตนเอง ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 10 - 15 นาที แล้วนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป โดยการพบกลุ่มที่ห้องประชุมโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ในอีก 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 4)

สัปดาห์ที่ 4 ระยะการปฏิบัติการจัดการตนเอง (กิจกรรมครั้งที่ 3)

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ระยะนี้เป็นระยะติดตามความต่อเนื่อง การตรวจสอบ และประเมินความก้าวหน้าการปฏิบัติการจัดการตนเอง โดยการทักทาย สร้างสัมพันธภาพ ประเมินอาการเบื้องต้นวัด V/S ประเมินอาการหายใจลำบาก หลังจากนั้นทำกิจกรรมผ่อนคลายโดยการทำสมาธิจากการฝึกหายใจ เพื่อเตรียมพร้อมด้านจิตใจ 3 นาที และทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติการจัดการตนเองที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยพูดสะท้อนความรู้สึก และผลการปฏิบัติ ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ มีเทคนิคอะไรที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจ ให้ปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย รวมทั้งสอบถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ ผู้วิจัยทบทวนความรู้และทักษะตามคู่มือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พร้อมผู้วิจัยสรุปประเด็นปัญหาโดยรวมและรายบุคคล ตอบข้อสงสัย และกระตุ้นให้มีการเสริมแรงตนเอง ยึดหยุ่นได้ไม่เคร่งครัดกับตนเองจนเกินไป กล่าวชมเชยและให้กำลังใจกลุ่ม ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 45 - 60 นาที พร้อมนัดหมายพบครั้งต่อไปติดตามเยี่ยมที่บ้านในอีก 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 6)

สัปดาห์ที่ 6 ระยะการปฏิบัติการจัดการตนเอง (กิจกรรมครั้งที่ 4)

ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองตามรูปแบบการกำกับตนเองที่บ้าน การเยี่ยมบ้านเป็นการกระตุ้นเตือน และเสริมสร้างกำลังใจ และสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ สามารถปรึกษาปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ระหว่างการฝึกปฏิบัติ ทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น รวมทั้งผู้วิจัยได้ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์ รวมทั้งประเมินสภาวะแวดล้อม เช่นที่อยู่อาศัย ระยะทางและการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดอาการหายใจลำบากผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร ลงติดตามเยี่ยมที่บ้านผู้ป่วย โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย ชักถามเรื่องทั่ว ๆ ไปตรวจร่างกายเบื้องต้นวัด V/S, O₂ saturation, PE: Heart, Lung ประเมินอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยทบทวนความรู้ และการปฏิบัติตามพฤติกรรมจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน สอบถามเรื่องการฝึกทักษะการจัดการตนเอง เรื่องการฝึกหายใจ การออกกำลังกาย บริหารกล้ามเนื้อทรวงอกใน 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา และการบันทึกกิจกรรมและผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซักถามข้อสงสัย หลังนำคู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปทบทวนและฝึกทักษะที่บ้าน สนับสนุนความรู้และเทคนิคการกำกับตนเองโดยใช้คู่มือเป็นสื่อในการสอน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1. การติดตามตนเอง (Self-monitoring) คือให้ผู้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของตนเอง เช่น ฝึก Breathing exercise ในตอนเช้าทุกวัน 2. การประเมินตนเอง (Self-evaluation) คือการประเมินการปฏิบัติจริงกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ 3. การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เป็นการสร้างกำลังใจในตัวเอง เมื่อมีการปฏิบัติได้ตามเป้าหมายเช่นออกไปเที่ยว พบเพื่อนบ้านหรือทำกิจกรรมที่ตนชอบ และทีมสหสาขาวิชาชีพคือ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร ร่วมกันตอบข้อสงสัย ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาทีต่อคน นัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไปที่ห้องประชุมโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ในอีก 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 4)

สัปดาห์ที่ 8 ระยะติดตามและประเมินผล (กิจกรรมครั้งที่ 5)

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ห้องประชุมโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ระยะนี้เป็นระยะติดตามความต่อเนื่อง การตรวจสอบ และประเมินความก้าวหน้าการปฏิบัติการจัดการตนเอง โดยการทักทาย สร้างสัมพันธภาพ ประเมินอาการเบื้องต้นวัด V/S ประเมินอาการหายใจลำบาก หลังจากนั้นทำกิจกรรมผ่อนคลายโดยการทำให้สมาธิจากการฝึกหายใจ เพื่อเตรียมพร้อมด้านจิตใจ 3 นาที และทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติการจัดการตนเองที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยพูดสะท้อนความรู้สึก และผลการปฏิบัติ ได้ตามเป้าหมายที่ตนตั้งไว้หรือไม่ มีเทคนิคอะไรที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจ ให้ปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย รวมทั้งสอบถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ ผู้วิจัยทบทวนความรู้และทักษะตามคู่มือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พร้อมผู้วิจัยสรุปประเด็นปัญหาโดยรวมและรายบุคคล ตอบข้อสงสัย และกระตุ้นให้มีการเสริมแรงตนเอง ยึดหยุ่นได้ไม่เคร่งครัดกับตนเองจนเกินไป กล่าวชมเชยและให้กำลังใจกลุ่ม ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 45 - 60 นาทีพร้อมนัดหมายพบครั้งต่อไปติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในอีก 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 10)

สัปดาห์ที่ 10 ระยะติดตามและประเมินผล (กิจกรรมครั้งที่ ๖)

ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินความต่อเนื่อง และกระตุ้นการปฏิบัติการจัดการตนเองและสร้างแรงจูงใจ รวมทั้งซักถามปัญหาอุปสรรค ตลอดจนประเมินอาการทั่วไปและภาวะแทรกซ้อน ใช้เวลา 10 - 15 นาที และนัดหมายครั้งต่อไปซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายของกิจกรรมในอีก 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 12) ซึ่งพบกลุ่มที่ห้องประชุมโรงพยาบาลบ้านโพธิ์

3. ขั้นตอนหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 12 (กิจกรรมครั้งที่ ๗)

ระยะนี้เป็น การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินอาการหายใจลำบาก วัดสมรรถภาพปอด และกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้ทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองชุดเดิม แจ้งให้ทราบการสิ้นสุดการวิจัย พร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ระยะเวลาในการทำกิจกรรมครั้งนี้ 60 - 90 นาที

กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนการดำเนินการ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนก่อนการทดลองและขั้นตอนหลังการทดลอง มีดังนี้

1. ระยะก่อนทำการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1)

เป็นขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล (Pre-test) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลแนะนำตนเอง และสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินอาการหายใจลำบาก และวัดสมรรถภาพปอด หลังจากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล นัดหมายครั้งต่อไปที่โรงพยาบาลในวันที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรัง ให้การพยาบาลตามปกติ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ และได้รับการตรวจจากแพทย์ตามนัด ไม่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตนในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อได้รับการตรวจจากแพทย์เรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะรับยาและเดินทางกลับบ้าน

2. ขั้นตอนหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12)

ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มควบคุมที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในวันพุธที่ 3 ของเดือน ที่มารับการตรวจตามนัด ทำ การเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินอาการหายใจลำบาก และวัดสมรรถภาพปอด (Post-test) พร้อมทั้งผู้วิจัยจัดกิจกรรมสร้างสุข ดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้สื่อ (Power point) และมอบคู่มือการสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้วิจัยและกลุ่มควบคุมร่วมฝึกทักษะการบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย แจ้งให้ทราบการสิ้นสุดการวิจัย พร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามกำหนดและตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ระยะเวลาและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Dependent t-test
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 4 ตอน ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไค - สแควร์ (Chi-square)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แสดงไว้ในตารางที่ 4 - 1
2. ข้อมูลภาวะสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แสดงไว้ในตารางที่ 4 - 1

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอด ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการทดสอบค่าที (Independent t-test) แสดงไว้ในตารางที่ 4 - 3

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอด ระยะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการทดสอบค่าที (Paired t-test) แสดงไว้ในตารางที่ 4 - 4 และ 4 - 5

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอด ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการทดสอบค่าที (Independent t-test) แสดงไว้ในตารางที่ 4 - 6

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าที ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาทำการทดสอบการแจกแจงตามปกติของข้อมูลด้วย Mean, Mode, Median และ One-sample kolmogorov-smirnov test ผลคือ ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติไค - สแควร์ (Chi-square) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4 - 1 และ 4 - 2

ตารางที่ 4-1 จำนวน ร้อยละ และค่าไค-สแควร์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		X^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	20	100	19	95	1.026	1.000
หญิง	0	0	1	5		
อายุ						
<=60ปี	5	25	8	40	1.026	0.501
60 ปีขึ้นไป	15	75	12	60		
สถานภาพสมรส						
โสด/หม้าย/หย่า	4	20	4	20	0.000	1.000
คู่	16	80	16	80		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	15	75	17	85	0.625	0.695
มัธยมศึกษา	5	25	3	15		
รายได้ของครอบครัว						
≤3,000 บาท	10	50	4	20	3.956	0.096
3,000 บาทขึ้นไป	10	50	16	80		
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอมีเหลือเก็บ	6	30	1	5	4.738	0.094
เพียงพอไม่มีเหลือเก็บ	11	55	13	65		
ไม่พอต้องกู้ยืมบางครั้ง	3	15	6	30		

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม (n=26)		X^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ค่าใช้จ่ายในการรักษา						
เบิกจากต้นสังกัด	1	5	2	10	1.606	0.448
ประกันสังคม	1	5	3	15		
บัตรประกันสุขภาพ	18	90	15	75		
ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา						
ไม่มีปัญหา	17	85	15	75	0.625	0.695
มีปัญหาเล็กน้อย-ปานกลาง	3	15	5	25		

จากตารางที่ 4 - 1 การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 100 และร้อยละ 95) มีอายุระหว่าง 61 - 75 ปี (ร้อยละ 75 และร้อยละ 60) โดยทั้งกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 65 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 62 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.0 และร้อยละ 85) โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 3,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป (ร้อยละ 50 และร้อยละ 80) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 90 และร้อยละ 75) จากการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มให้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > 0.5$)

ตารางที่ 4-2 จำนวนร้อยละ และค่าไคส์แควร์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
จำแนกตามข้อมูลภาวะสุขภาพ (n = 40)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		χ ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาการวินิจฉัยโรค						
1 – 5 ปี	16	80	15	75	0.143	1.000
6 ปี ขึ้นไป	4	20	5	25		
เข้ารับรักษาในระยะเวลา 1 ปี						
ไม่เคย	0	0	3	15	3.243	0.115
เคย	20	100	17	85		
วิธีการจัดการอาการหายใจลำบาก						
พ่นยาขยายหลอดลมที่บ้าน	3	15	5	25	1.790	0.409
รับประทันยาและพ่นยา	0	0	1	5		
ไปพ่นยาที่โรงพยาบาล	17	85	14	70		
ประวัติการสูบบุหรี่						
เคยสูบบุหรี่	19	95	18	90	0.360	1.000
ไม่เคย	1	5	2	10		
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน						
6 – 10 มวน	1	5.3	2	8.1	0.458	0.795
11 – 15 มวน	5	26.3	4	24.3		
16 มวนขึ้นไป	13	68.4	12	67.6		

จากตารางที่ 4-2 พบว่า ข้อมูลภาวะสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ช่วง 1 - 5 ปี (ร้อยละ 80 และร้อยละ 75) ในระยะ เวลา 1 ปี ที่ผ่านมาทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 100 และร้อยละ 85) เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากกลุ่มทดลองใช้วิธีการพ่นยาขยายหลอดลมที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 85) รองลงมา คือ มารับการพ่นยาขยายหลอดลมที่บ้าน (ร้อยละ 15) ส่วนกลุ่มควบคุมใช้วิธีการพ่นยาขยายหลอดลมที่โรงพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 70)

และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประวัติการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 95 และร้อยละ 90) โดยจำนวนบุหรี่ที่สูบ 16 มวนต่อวันขึ้นไป (ร้อยละ 68.4 และร้อยละ 67.6) รองลงมาคือ 11 - 15 มวนต่อวัน (ร้อยละ 26.3 และร้อยละ 24.3)

จากการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มให้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แสดงไว้ในตารางที่ 4-3

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) ผู้วิจัย ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลตัวแปรตาม ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด โดยทดสอบการกระจายว่าเป็นปกติด้วยสถิติ Kolmogorovsmirnov test พบว่า มีการแจกแจงปกติ (Normal distribution) ค่าความแปรปรวนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ ค่าเอฟ (F-test) เท่ากับ 1.685, .187, 2.30 และ .587 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า มีความแปรปรวนเท่ากัน จากนั้น นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่

ตารางที่ 4-3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอด ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ($n = 40$)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม						
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	P-value
	(n = 20)		(n = 20)				
	M	SD	M	SD			
ความรู้	24.95	2.11	25.20	2.69	-.327	38	.745
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	112.35	27.48	105.85	21.39	.835	38	.409
อาการหายใจลำบาก	37	12.61	37	18.38	.000	38	1.000
สมรรถภาพปอด	1398	551.57	1720.5	383.97	-2.146	38	.038

จากตารางที่ 4-3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอาการหายใจลำบาก เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่าง

กัน ส่วนสมรรถภาพปอดระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระยะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงไว้ในตารางที่ 4-4 และตารางที่ 4-5

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ของข้อมูลตัวแปร ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบค่าที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน จากนั้นนำวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที่ (Paired t-test)

ตารางที่ 4-4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (n = 20)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n = 20)		หลังทดลอง (n = 20)		t	df	P-value
	M	SD	M	SD			
ความรู้	24.95	2.11	29.75	0.64	-10.649	19	.000
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	112.35	27.48	145.20	11.45	-5.088	19	.000
ด้านการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต	52.4	13.78	68.4	6.43	-5.389	19	.000
ด้านการจัดการอาการหายใจลำบาก	45.90	11.71	59.20	6.69	-4.237	19	.000
ด้านการจัดการอารมณ์	14.05	3.64	17.60	1.70	-3.726	19	.001
อาการหายใจลำบาก	37.0	12.60	14.50	14.00	6.631	19	.000
สมรรถภาพปอด	1398	551.57	1996	435.54	-9.581	19	.000

จากตารางที่ 4-4 พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอด ในระยะหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($t_{19} = -10.649, p < .000$; $t_{19} = -5.088, p < .000$ และ $t_{19} = -9.581, p < .000$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากหลังการทดลองต่ำกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .000 ($t_{19} = 6.631, p < .000$)

ตารางที่ 4-5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากและ
สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม
(n = 20)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n = 20)		หลังทดลอง (n = 20)		t	df	P-value
	M	SD	M	SD			
ความรู้	25.20	2.69	26.45	3.41	-2.018	19	.058
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	105.85	21.39	106.15	18.69	-.082	19	.936
ด้านการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต	48.70	11.39	46.35	10.31	1.978	19	.063
ด้านการจัดการอาการหายใจลำบาก	48.35	10.31	46.10	9.66	-1.039	19	.312
ด้านการจัดการอารมณ์	13.30	3.66	13.70	3.88	-.607	19	.551
อาการหายใจลำบาก	37.00	18.38	32.00	17.35	.383	19	.116
สมรรถภาพปอด	1720.50	383.96	1687.50	485.89	1.648	19	.706

จากตารางที่ 4-5 พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอด ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t_{19} = -2.018, p = .058$; $t_{19} = -.082, p = .936$ และ $t_{19} = 1.648, p = .706$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากหลังการทดลอง ไม่แตกต่าง ($t_{19} = .383, p = .116$)

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยวิธีการทดสอบค่าที (Independent t-test) แสดงไว้ในตารางที่ 4-6

ตารางที่ 4-6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากและ
สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง
กับกลุ่มควบคุม (n = 40)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		t	df	P-value
	M	SD	M	SD			
ความรู้	29.75	.64	26.45	3.41	4.254	38	.000
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	145.20	11.45	106.15	18.69	7.969	38	.000
อาการหายใจลำบาก	14.50	10.99	32.0	17.35	-3.810	38	.001
สมรรถภาพปอด	1996	435.24	1687.5	485.89	2.115	38	.041

จากตารางที่ 4-6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอด ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอดสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{38} = 4.254, p < .001$; $t_{38} = 7.969, p < .001$ และ $t_{38} = 2.115, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบาก ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{38} = -3.810, p = .001$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหอบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 52 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนการทดลองและหลัง การทดลอง โดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ นรภมล ใหม่ทอง (2550) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ที่พัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของ สุภาภรณ์ ดั่งแพง (2548) แบบวัดอาการหายใจลำบาก (Dyspnea Visual Analogue Scale: DVAS) ของ Gift (1989) และวัดสมรรถภาพปอด ด้วยเครื่องออสโตสไปโรมิเตอร์ (Auto spirometer) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไค-สแควร์ (Chi-square) และสถิติทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังนี้

1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 100 และร้อยละ 95 ตามลำดับและส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 95 และร้อยละ 90 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณวรรณ วงษ์เดิม (2557) ที่พบว่า เพศชาย มีอัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกับ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2553) และยัง พบว่า หลังการได้รับโปรแกรม ฯ ในกลุ่มทดลองมีผู้ เลิกสูบบุหรี่ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5 รายได้ของครอบครัวของกลุ่มทดลอง ร้อยละ 50 มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ส่วนกลุ่มควบคุม มีผู้เลิกสูบบุหรี่จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 ส่วนรายได้ของครอบครัวมากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งกลุ่มทดลองมีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนกลุ่มควบคุมนั้น รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 65 เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสแสวงหาแหล่งเอื้ออำนวยต่อการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่า ผู้ที่มีรายได้ต่ำ

ข้อมูลภาวะสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ช่วง 1 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 และร้อยละ 75 ตามลำดับ ในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 100 และร้อยละ 85 ตามลำดับ เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากกลุ่มทดลองใช้วิธีการพ่นยาขยายหลอดลมที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 85 รองลงมาคือมารับการพ่น

ยาขยายหลอดเลือดที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 15 ส่วนกลุ่มควบคุมเลือกใช้วิธีการพ่นยาขยายหลอดเลือดที่โรงพยาบาล มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70 จากการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเริ่มให้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระยะหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลอง และสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ส่วนในด้านสมรรถภาพปอด ระยะหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลอง และสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

3. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยอาการ หายใจลำบาก ระยะหลังการทดลองต่ำกว่า ก่อนการทดลอง และต่ำกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในระยะหลังการทดลองสูงกว่า ระยะก่อนการทดลองและสูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) และรูปแบบการกำกับตนเอง (Self-regulation model) ของ Kanfer and Gaelick (1986) แนวคิดที่สร้างให้เกิดกระบวนการคิดและตัดสินใจ สามารถวิเคราะห์ผลดีผลเสียของการปฏิบัติหรือละเว้น การปฏิบัติ มองเห็นประโยชน์และคุณค่าของสิ่งที่ปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้ตระหนักถึงความรุนแรงที่คุกคามชีวิต การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและดูแลแบบองค์รวม และการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับผู้วิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะการประเมินและเตรียมความพร้อม ระยะการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเองและระยะติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งผลการวิจัย พบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง สามารถสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งด้านการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต ด้านการจัดการอาการหายใจลำบาก และด้านการจัดการอารมณ์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ดังนี้

1.1 ระยะประเมินและเตรียมความพร้อม กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจด้วยกิจกรรมผ่อนคลาย และด้านความรู้ (Knowledge) และทักษะ (Skill) เริ่มต้นด้วยกิจกรรมผ่อนคลาย มุ่งหวังเพื่อปรับอารมณ์ให้อยู่นิ่ง โดยการใช้การฝึกปฏิบัติการบริหารการหายใจ ร่วมกับฟังเพลงทำนองช้า ๆ จะทำให้ร่างกายและจิตใจ รู้สึกผ่อนคลาย สงบนิ่ง (สมจิตร วงศ์หอม, 2553) พร้อมกับการปรับเปลี่ยนมุมมองชีวิต มองปัญหาหรือความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นด้านบวก (สำนักการแพทย์ทางเลือก กระทรวง

สาธารณสุข, 2551) ดังนี้ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ระบายความรู้สึกถึงภาวะของการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทำงานเล็กน้อยก็เหนื่อย บางครั้งรู้สึกท้อแท้ใจ” ผู้วิจัยให้กำลังใจด้วยการพูดปลอบโยน สัมผัส และแนะนำให้คิดเป็นด้านบวก มองหาข้อดี บุคคล หรือสิ่งดี รอบตัวเราเช่น “เราโชคดีที่มีญาติพี่น้อง มีลูกหลานให้กำลังใจ” ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ร่วมกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทั้งด้วยการปลอบโยนด้วยคำพูดและการยกตัวอย่างบุคคลที่สามารถดูแลตนเองได้ดี แม้มีข้อจำกัดมากมาย การจับมือ หรือโอบไหล่ เป็นต้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมกิจกรรมนี้ รู้สึกผ่อนคลาย มีกำลังใจ และมีความตั้งใจฟังการสอนและฝึกทักษะการจัดการตนเองด้วยความกระตือรือร้น และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นทุกครั้ง รวมทั้งเห็นว่ากิจกรรมนี้ เหมือนพูดคุยกับ พี่น้องเกี่ยวกับความทุกข์ ความลำบากรู้สึกมีกำลังใจ ไม่โดดเดี่ยว สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ คำพานุตย์ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรม ส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยให้กลุ่มทดลองฝึกเทคนิคการหายใจแบบลึก พบว่า การจัดการตนเองและสมรรถภาพปอด หลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงขึ้น ส่วนอาการหายใจลำบาก และความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

การสนับสนุนด้านความรู้ เป็นการสร้างความจำความเข้าใจ ซึ่งเป็นพื้นฐานให้เกิดการเรียนรู้ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรคแนวทางการรักษา และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามพฤติกรรมจัดการตนเอง ประกอบด้วย ด้านการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต การจัดการอาการหายใจลำบาก และการจัดการอารมณ์ และความรู้เกี่ยวกับ เทคนิคการกำกับตนเอง ซึ่งเป็นการให้ความรู้รายกลุ่ม เป็นวิธีที่สามารถให้ความรู้และสร้างความเข้าใจได้อย่างละเอียด และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยมีเนื้อหาสาระตามคู่มือการสนับสนุนการจัดการตนเอง และมีสื่อการสอน(Powerpoint)เนื้อหาเช่นเดียวกับคู่มือ ง่ายต่อการเข้าใจ หลังจากได้รับความรู้ตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้สาเหตุของการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เช่น การสูบบุหรี่ หรือเมื่อเจ็บป่วยแล้วไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำส่งผลให้ตนเองมีอาการรุนแรงขึ้นและมีเพียงตนเองเท่านั้นที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้ ต้องหันมาให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ให้เป็นรุนแรง รับรู้ว่าอาการหายใจลำบากเป็นสิ่งที่น่ากลัวและทุกข์ทรมาน ปรับมุมมองชีวิตที่ท้อแท้ หันมาให้ความสำคัญกับ ลูกหลาน และบุคคลที่ตนรัก เช่น อยากมีชีวิตอยู่กับลูกหลาน อยากดูแลคู่ชีวิต ดังนั้น หลังจากได้ฟังความรู้เรื่องโรคและสาเหตุการเจ็บป่วย จะนำไปปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และเรียนรู้การวิธีการจัดการกับโรคตนเอง ทั้งเรื่องการสังเกต หรือหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การจัดทำทางที่เหมาะสม การพ่นยาขยายหลอดลม และการบริหารการหายใจ ซึ่งความสำคัญของการให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ทำให้เล็งเห็นผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำและควรมีการประเมินความรู้ก่อนและหลังการสอน (Day, Iles, & Griffith, 2009) การจัดการกับโรคเรื้อรังนั้น สิ่งที่ต้องมีก่อนการจัดการด้วยตนเองคือสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่พอเพียงโดยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย (Lorig & Holman, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ กันตารัตน์ อ้วนศรีเมือง (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ การจัดการตนเอง และดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไต

เรื้อรังระยะที่ 3 หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ วันวิสาข์ โลหะสาร (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ต่อความรู้เรื่องโรคและทักษะการการตนเอง พบว่า หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการฝึกทักษะที่จำเป็นในการนำไปจัดการด้วยตนเอง ในวิถีชีวิตประจำวันประกอบด้วย พฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตการจัดการอาการหายใจลำบาก และการจัดการด้านอารมณ์ เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของโรคและการรักษา ด้วยการให้ปฏิบัติตามคู่มือการสนับสนุนการจัดการตนเองและฝึกทักษะตามpowerpoint เรื่องการบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกล้ามเนื้อทรวงอก และฝึกทักษะการพ่นยาขยายหลอดลม ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการฝึกบริหารการหายใจ และออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก รวมถึง ฝึกทักษะการติดตามตนเองโดยการสังเกตและประเมิน และจัดบันทึกกิจกรรมที่ฝึกในแต่ละวันมีการทบทวนการฝึกทักษะพร้อมกันในแต่ละเรื่องร่วมกันกับกายภาพบำบัด เกสัชกร พบว่า หลังการฝึกตามโปรแกรมที่วางแผนร่วมกัน ใ้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติสามารถหายใจแบบเป่าปากได้อย่างถูกวิธีและจำท่าทางในการออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อได้อย่างแม่นยำ มีเพียงบางรายที่มีการจดจำช้าแต่ผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัดได้ร่วมกันฝึกพร้อมกันอีกครั้งจนจำได้ และสามารถจดบันทึกการฝึกลงในแบบบันทึกการกำกับ ตนเองได้อย่างถูกต้อง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน จะสนใจตนเองและการรับรู้สมรรถนะลดลง (Lee et al., 2014) ดังนั้น การได้รับความรู้ และทักษะต่าง ๆ ในระยะเตรียมความพร้อมนี้เป็นการสนับสนุนให้มีความพร้อมในด้านปัจจัยการรู้คิด ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Tobin et al., 1986) และการส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการจัดการปัญหาทางสุขภาพด้วยตนเองได้สำเร็จนั้นต้องมีความรู้ความเข้าใจเพียงพอเกี่ยวกับสภาวะโรคและความรุนแรงที่เผชิญอยู่ เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง และต้องมีทักษะในการจัดการตนเองด้วย (Clark, Janx, Dodge, & Sharpe, 1992) พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองและฝึกทักษะการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสนใจและตระหนักรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และสร้างพลังให้รับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพได้ และยอมรับสิ่งที่ตนเองปฏิบัติ และมีความรับผิดชอบเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเองที่แสดงออกมากขึ้น ดังนั้น การประเมินและเตรียมความพร้อมจึงเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

1.2 ระยะการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเอง กิจกรรมครั้งที่ 2 - 7 (สัปดาห์ที่ 2 - 11) เป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติ การจัดการด้วยตนเอง ตามขั้นตอนการกำกับตนเอง 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) การติดตามตนเอง ดังนั้น การตั้งเป้าหมายหลักร่วมกัน คือ อาการหายใจลำบากลดลง และทำกิจวัตรประจำวัน ได้ด้วยตนเอง ต่อมาผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตั้งเป้าหมายรองในการฝึกหายใจแบบเป่าปาก และออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกด้วยตนเอง พบว่า ในสัปดาห์แรกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกคนตั้งเป้าหมายในการฝึก

หายใจแบบเป่าปากทุกวัน ตอนเช้า และออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกสัปดาห์ละ 2 วัน ในสัปดาห์ที่ 2 - 11 บางรายตั้งเป้าเป็นทุกวันตอนเช้าและเย็น ส่วนการออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก นั้น ตั้งเป้าหมายเป็นวันเว้นวัน สรุปสามารถออกกำลังกายได้สัปดาห์ละ 3 - 4 วัน บางรายสามารถปฏิบัติการออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อและฝึกหายใจแบบเป่าปากได้ทุกวัน เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีปัญหาและอุปสรรคต่างกันและความพึงพอใจในเป้าหมายของแต่ละคนไม่เหมือนกันการที่ตั้งเป้าหมายตามความพึงพอใจและยืดหยุ่นตามสถานการณ์ด้วยตนเอง ช่วยให้มีคามพยายามและตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมตามเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การปฏิบัติได้ตามกิจกรรมดังกล่าวตามเป้าหมายจึงทำให้ขั้นตอนการติดตามตนเองสำเร็จ

การประเมินตนเองเป็นการประเมินเกี่ยวกับการฝึกหายใจแบบเป่าปาก และออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก ขั้นตอนนี้ใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกการกำกับตนเอง ซึ่งเป็นการติดตามและสังเกตการปฏิบัติการจัดการตนเอง วิเคราะห์และจำแนกได้ว่า การปฏิบัติกิจกรรมตามพฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และตัดสินใจปฏิบัติต่อไปอย่างไร พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายใหม่ ซึ่งแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความชัดเจนและบันทึกได้ง่าย จากการติดตามเยี่ยม พบว่า บางรายมีญาติคอยกระตุ้นเตือนในการจดบันทึก มีการนำประสบการณ์จากสิ่งที่ทำสำเร็จหรือจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เมื่อมาพบกลุ่มที่โรงพยาบาล มาปรับใช้กับตนเองได้อย่างเป็นระบบ

ส่วนการเสริมแรงตนเอง เป็นการเสริมแรงแก่ตนเองเมื่อประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น เลิกสูบบุหรี่ ขั้นตอนนี้นำผลการฝึกกิจกรรมสร้างสุขมาสอดคล้องกับการฝึกสมาธิความผ่อนคลาย วิเคราะห์หาสาเหตุการเจ็บป่วยและเกิดความตระหนักรู้ผลจากการปฏิบัติของตนเองว่าที่ผ่านมาปฏิบัติถูกต้องหรือไม่ และหากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วส่งผลดีต่อภาวะเจ็บป่วยได้ เสริมแรงตนเอง ด้วยการให้กำลังใจตนเอง ปรับมุมมองชีวิตคิดแง่บวกบอกตนเองเสมอว่า เราสามารถทำได้ ไม่เกินความสามารถของเรา และยังมีบุคคลที่เป็นห่วงและดูแลเราเสมอ สร้างความภาคภูมิใจให้ตนเอง ส่งผลการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นเตือนให้เสริมแรงตนเอง และแนะนำญาติที่ใกล้ชิดหรือมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเช่น ภรรยา หรือบุตร กล่าวชมและให้กำลังใจให้สู้ต่อไป การชมเชยตนเอง การให้รางวัลตนเอง ซึ่งเป็นการเสริมแรงทางบวกส่วนการเสริมแรงทางลบ คือ การควบคุมตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม จากการประเมินหลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างสามารถงดบุหรี่ได้ 1 ราย และตั้งเป้าหมายว่าจะค่อยๆลดจำนวนลงและทำได้ตามเป้าหมาย 2 ราย

ซึ่งรูปแบบการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) ได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ล้วนแต่เกิดการปฏิบัติการจัดการตนเองที่สม่ำเสมอ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อเนื่องและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ดังการศึกษาของ วัฒนพล ตังชูยกุล บัว แก้ว (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลดีกว่าระยะก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษา ของ

ปณิดา ดวงใจ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อความสม่ำเสมอ ในการรับประทาน ยาของผู้สูงอายุ โรคไตวายเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาระยะหลัง การทดลองสูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบและหลังการทดลองสูงกว่า ระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 ระยะติดตามและประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมครั้งที่ 2-7(สัปดาห์ที่ 2 - 12) เป็นระยะที่ผู้วิจัยติดตาม และประเมินความก้าวหน้า ของการปฏิบัติตามผลลัพธ์ของการปฏิบัติการจัดการตนเอง ซึ่งส่งผลต่อ อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด เกิดผลดีในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีการพบพบพบประเด็นการพูดคุย กัน มีการป้อนข้อมูลย้อนกลับ ให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน พบว่า การพบปะที่บ้านนั้นทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังรู้สึกได้ว่า ได้รับการดูแลสุขภาพจากทีมสุขภาพและเป็นแรงเสริมให้รู้สึกว่าจะต้องปฏิบัติให้ถูกต้อง และสม่ำเสมอ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการเหนื่อยหายใจลำบากที่รุนแรง และไม่เป็นภาระให้แก่ ครอบครัว (Robinson,2005; Szyndler, Townsa, Peter, & McKay, 2005) ส่วนการเยี่ยมทางโทรศัพท์ นอกจากเป็นการกระตุ้นเตือน ให้แรงเสริมแล้วถือเป็นการให้คำแนะนำ หรือตอบข้อสงสัย เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังประสบปัญหา หรือสับสนในบางประเด็น (Tabak et al., 2014) ดังนั้น ระยะส่งเสริมให้เกิดผลดีในด้าน ความสม่ำเสมอ และกระตุ้นให้เกิดความต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย สมรรถภาพปอด ในระยะหลังการทดลองสูงกว่า ระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบาก ในระยะหลังการทดลองต่ำกว่า ระยะก่อนการทดลอง และต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมี ขั้นตอนทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง ทั้ง 3 ด้าน คือ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนิน ชีวิต การจัดการอาการหายใจลำบาก และการจัดการด้านอารมณ์ ส่งผลให้สมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้น และอาการ หายใจลำบากลดลง โดยสามารถอธิบายตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยทางด้านสังคมและ สิ่งแวดล้อม ปัจจัย ด้านการรับรู้และสติปัญญา และปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Tobin et al., 1986) ได้ดังนี้ 1) การ ปฏิบัติพฤติกรรมที่ลดปัจจัยเสี่ยง เพื่อจัดการอาการหายใจลำบาก เช่น การบริหารการหายใจ การพ่นยาขยาย หลอดลม การป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบาก การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย 2) ปัจจัยด้านการรับรู้และ สติปัญญา คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่งผลถึงอาการหายใจลำบากลดลง ทั้งความรุนแรงและความถี่ สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ซึ่งทำให้รับรู้ประโยชน์และผลดีของการปฏิบัติ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการหลีกเลี่ยง เช่น ควันบุหรี่ ฝุ่นละออง และสังเกตสิ่งที่ส่งเสริมให้ตนเองมีอาการหายใจหอบหรือแสบ 4) ปัจจัยทางสรีรวิทยา คือกระบวนการของโรค เมื่อสมรรถภาพปอดเสื่อมประสิทธิภาพการทำงานลดลง ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน เหนื่อยง่าย ต้องพึ่งพาผู้อื่น

ดังนั้น การปฏิบัติการออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการจัดการอาการหายใจลำบากได้ และฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้ โดยใช้รูปแบบการกำกับตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของ จูฬภรณ์ คำพานุทย์ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยให้กลุ่มทดลองฝึกเทคนิคการหายใจแบบลึก พบว่า การจัดการตนเองและสมรรถภาพปอดหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงขึ้น ส่วนอาการหายใจลำบาก และความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติภรณ์ ยอเสน (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการฝึกการบริหารการหายใจ และออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ ผลการศึกษา พบว่า การทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่า ก่อนการทดลองและสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Davis, Janson, and Stulbarg (2006) ใช้แนวความคิดการจัดการตนเองร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในโปรแกรมการให้การพยาบาล มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผลการวิจัย พบว่า ระดับการหายใจลำบากลดลง และสมรรถภาพปอดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิจัย ครั้งนี้ดำเนินการตามแนวความคิดการจัดการตนเองประยุกต์ ร่วมกับกิจกรรมสร้างสุขเพื่อส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งกิจกรรมสร้างสุขนั้นส่งผลให้จิตใจสงบ ผ่อนคลายด้วยเสียงดนตรี รู้สึกมีความสุขด้วยการปรับเปลี่ยนมุมมองชีวิตมีกำลังใจในการดูแลตนเอง พร้อมรับข้อมูลต่างๆ เป็นการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ มีการเรียนรู้ สามารถคิดทบทวนและเข้าใจในการดำเนินไปของโรค เกิดความตระหนัก ยอมรับว่าการเจ็บป่วยเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และแสดงความรับผิดชอบ แก้ไขโดยการตอบสนองด้วยพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยการประสานความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพ ผลการวิจัย ครั้งนี้จึงแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตามพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น และอาการหายใจลำบากลดลง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถเพิ่มความรู้อะลุมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ต่อเนื่อง ทำให้อาการหายใจลำบากลดลง และมีสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยใน และพยาบาลประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรมีการนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้

ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันอาการหายใจลำบาก รวมทั้งสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง

1.2 ด้านการศึกษา คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง ไปใช้ประกอบการเรียนการสอนทั้ง ภาคทฤษฎี และ ภาคปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษาสามารถประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ และยังสามารถพัฒนาต่อเนื่องให้เหมาะสมกับบริบท

1.3 ด้านการบริหาร ควรส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรม และนำกระบวนการจัดการตนเอง ไปประยุกต์ใช้ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทั้ง โรคเรื้อรัง ที่มีปัญหา เกิดอาการหายใจลำบากกำเริบเฉียบพลันเพื่อป้องกันอาการหอบและจัดการกับ อาการหายใจหอบกำเริบได้ด้วย ตนเองสูงขึ้นและต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะยาว เพื่อเป็นการประเมินความคงทนของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่มีผลต่อความก้าวหน้าของโรค และตัวชี้วัดสุขภาพทางคลินิก เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม และสามารถนำผลการวิจัย ดังกล่าวพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

2.2 การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ของ Kanfer and Gaelick (1986) โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเอง ในการวิจัย ครั้งต่อไปจึงควรนำแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมเข้าไว้ในโปรแกรม เพื่อกระตุ้นญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมายและรู้สึกได้รับการใส่ใจดูแลจากญาติ และสังคม

2.3 สามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน โดยจัดทำแผนการจำหน่าย (Discharge planning) พร้อมทั้งการมีส่วนร่วมของสาขาวิชาชีพอื่นเข้าร่วมในโปรแกรม นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ดัชนีชี้วัดความสุข*. เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.moph.go.th>.
- กรวรรณ จันทพิมพ์. (2550). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลต่อสมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(1), 51-57.
- กันตารัตน์ อ้วนศรีเมือง. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ การจัดการตนเองและดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3. *วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(2), 91-99.
- กาญจนา สุขประเสริฐ. (2551). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการอาการหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย. (2556). *รายงานประจำปีงบประมาณ 2556*. ศรีสะเกษ: แผนกงานเวชระเบียน โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย.
- จันทร์จิรา วิรัช. (2544). *ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินตนา บัวทองจันทร์. (2548). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตภาคใต้ตอนล่าง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬารณย์ ค าพานุทย์. (2550). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธิติภรณ์ ยอเสน. (2554). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพพร เชาวะเจริญ. (2540). *ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- นรกรมล ใหม่ทอง. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุษกร บินทสันต์. (2553). ดนตรีบำบัด (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปณิดา ดวงใจ. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรธนิภา สืบสุข. (2554). บทบาทพยาบาลกับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 29(2), 18-26.
- ลัดดา จามพัฒน์. (2551). ผลของโภชนาการต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารสภากาพยาบาล, 23(2), 38-51.
- วรางคณา เพชรโก. (2552). ผลการส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัชรานุกูล สุวสันต์. (2548). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วัฒนพล ดั่งชูยกุล บัวแก้ว. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วันวิสาข์ โลหะสาร. (2550). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อความรู้เรื่องโรคและทักษะการจัดการตนเอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิศิษฐ์ อุดมพานิชย์. (2550). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ในวิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 3 (หน้า 341-344). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คันสนีย์ จะสุวรรณ. (2542). ดนตรีกับการรักษาโรค. กรุงเทพฯ: สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา.

- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, เฉลิมพล สายประเสริฐ, พอตา บุญยธีรณะ และวรรณภา อารีย์. (2555). *คู่มือการวัดความสุขด้วยตนเอง (HAPPINOMETER: The happiness self assessment)*. นครปฐม:สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภลักษณ์ ปริญาวุฒิชัย. (2541). *ผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมเกียรติ วงษ์ทิม และชัยเวช นุชประยูร . (2542). โรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ในสมเกียรติ วงษ์ทิม และวิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), *ตำราโรคปอด 1 โรคปอดจากสิ่งแวดล้อม* (หน้า 167). กรุงเทพฯ: ยูนิตี้ พับลิเคชั่น.
- สมจิตร วงศ์หอม. (2553). *การพัฒนากิจกรรมบำบัดโดยใช้ดนตรีบำบัดเทคนิค One two five ในการลดพฤติกรรมด้านลบผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย. (2548). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย. (2549). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก <http://thaithoracic.or.th>.
- สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย. (2553). *แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: กราฟฟิ กดีไซด์.
- สำนักการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *ดนตรีบำบัด*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทมีเดีย มาเก็ตติ้ง.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐ กระทรวงสาธารณสุข*. เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th/>
- สินีนาง ป้อมเย็น. (2547). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิรินาถ มีเจริญ. (2541). *ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความสุขสบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุนทรี โอรัตนสถาพร. (2554). *เทคนิคการสร้างความสุขด้วยวิธีง่าย*. เข้าถึงได้จาก <http://nurse.tu.ac.th>.
- สุภาณี สุขนาคินทร์, 2549, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของประชาชน อาเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์, วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์, อุตรดิตถ์.
- สุภาภรณ์ ด้วงแพง. (2548). ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 13(2), 41-58.
- โสภณัท นุชนาด. (2546). การสร้างสุขให้ชีวิตด้วยการปรับเปลี่ยนเจตคติ. *วารสารวิชาการสถาบันราชภัฏธนบุรี*, 3(1), 53-63.
- อรุณวรรณ วงษ์เดิม. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2552). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ: 3 Self ด้วยหลัก Promise model*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- อัมพรพรรณ อีรานนตร. (2542). *โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสมรรถภาพ*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริพรรณออฟเซ็ท.
- Ambrosino, N., Casaburi, R., Ford, G., Goldstein, R., Morgan, M. D., Rudolf, M., Singh, S., & Wijkstra, P. J. (2008). Developing concepts in the pulmonary rehabilitation of COPD. *Journal of Respiratory Medicine*, 102(1), 17-16.
- American Thoracic Society [ATS]. (1995). Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 152, 77-120.
- Asnaashari, A. M., Talaei, A., & Haghighi, M. B. (2012). Evaluation of psychological status in patients with asthma and COPD. *Iran Journal Allergy Asthma Immunol*, 11(1), 65-71.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice Hall.
- Barnett, M. (2011). COPD: Implementing NICE guidance. *Journal of Community Nursing*, 25(2), 4-14.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Swank, P. R., & Czyzewski, D. I. (1993). Measuring selfefficacy expectation for the self-management of cystic fibrosis. *Chest*, 103, 1524-1530.
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of education*. New York: David McKay.

- Brims, F. J., Davies, H. E., & Lee, Y. C. (2010). Respiratory chest pain: Diagnosis and treatment. *Medical Clinical of North America*, 94(2), 217-232.76
- Burns, N., & Grove, S. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization* (5th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Carter, R., & Tiep, B. L. (2008). Patients with alpha-1antitrypsin deficiency: Disease management considerations. *Disease Management & Health Outcome*, 16(5), 345-351.
- Celli, B. R. (2000). Exercise in the rehabilitation of patients with respiratory disease. In J. E. Hodgins, B. R. Celli, & G. L. Connors (Eds.), *Pulmonary rehabilitation: Guidelines to success* (pp. 147-163). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Chlan, L. (1998). Music therapy. In M. Synder & R. Lindquist (Eds.), *Complementary/ Alternative therapies in nursing* (3rd ed.). New York: Springer.
- Clark, N. M., Becker, M. H., Janz, N. K., Lorig, K., Rakowski, W., & Anderson, L. (1991). Selfmanagement of chronic disease by older adults. *Journal of Aging and Health*, 3(1), 3-27.
- Clark, N. M., Janx, N. K., Dodge, J. A., & Sharpe, P. A. (1992). Self-regulation of health behaviors the take of PRIDE program. *Health Education Behavior*, 26(1), 55-71.
- Connolly, M. A. (2004). Nursing management obstructive pulmonary disease. In S. M. Lewis, M. M. Heitkemper, & S. R. Dirksen (Eds.), *Medical surgical nursing: Assessment and management of clinical problem* (6th ed., pp. 659-683). St. Louis: Missouri.
- Daheshia, M. (2005). Review pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Clinical and Applied Immunology Reviews*, 5, 339-351.
- Davis, T., Janson, L., & Stulbarg, S. (2006). Effect of on two types of self-efficacy in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(1), 60-70.
- Day, T., Iles, N., & Griffith, P. (2009). Effect of performance feedback on tracheal suctioning knowledge and skills: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1423-1431.
- Disler, R. T., Gallagher, R. D., & Davidson, P. M. (2012). Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(2), 230-242.
- Elkington, H., Patrick, W., Addington-Hall, J., Higgs, R., & Edmonds, P. (2005). The healthcare

- needs of chronic obstructive pulmonary disease patients in the last year of life. *Palliative Medicine*, 19(6), 485-491.77
- Ferrara, A. (2011). Chronic obstructive pulmonary disease. *Radiologic Technology*, 82(3), 245-263.
- Ferreira, I. M., Brooks, D., Lacasse, Y., & Goldstein, R. S. (2000). Nutritional support for individuals with COPD: A meta-analysis. *Chest*, 117(3), 672-678.
- Fischer, M. J., Scharloo, M., Abbink, J. J., Thijs-Van, A., Rudolphus, A., Snoei, L., Weinman, J. A., & Kaptein, A. A. (2007). Participation and drop-out in pulmonary rehabilitation: A qualitative analysis of the patient's perspective. *Clinical Rehabilitation*, 21, 212-221.
- Gamal, E. A., & Yorke, J. (2014). Perceived breathlessness and psychological distress among patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Nursing and Health Sciences*, 16, 103-111.
- Geiger, A. K., & Kwon, P. (2009). Rumination and depressive symptoms: Evidence for the moderating role of hope. *Personal and Individual Differences*, 49, 391-395.
- Ghanem, M., Elaali, E. A., Mehany, M., & Tolba, K. (2010). Home-based pulmonary rehabilitation program: Effect on exercise tolerance and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Annals of Thoracic Medicine*, 5(1), 36 33-59.
- Gift, A. G. (1989). Validation of a vertical visual analogue scale as a measure clinical dyspnea. *Rehabilitation Nursing*, 14(6), 323-325.
- Gift, A. G., & Austin, D. J. (1992). The effects of a program of systematic movement on COPD patients. *Rehabilitation Nursing*, 17, 6-11.
- Gift, A. G., & Cabill, C. A. (1990). Psychophysiologic aspects of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study. *Heart and Lung*, 19(3), 252-257.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]. (2008). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Retrieved from <http://www.goldcopd.org>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]. (2014). *Pocket guide to global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (update 2014)*. Retrieved from <http://www.goldcopd.org>
- Henningfield, J. H., & Zeller, M. (2006). Nicotine psychopharmacology research contributions to

- United States and global tobacco regulation: A look back and a look forward.
Psychopharmacology, 184, 286-291.
- Holroyd, K. A., & Creer, T. L. (1986). *Self-management of chronic disease: Handbook of clinical intervention and research*. London: Academic Press.
- Honig, E. G., & Ingram, R. H. (2001). Chronic bronchitis emphysema, and airways obstruction. In E. Braunwald, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, & J. L. Jameson (eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (15th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Jardins, T. D., & Burton, G. (2006). *Clinical manifestations and assessment of respiratory disease* (5th ed.). Philadelphia: Mosby.
- Jassem, E., Kozielski, J., Gorecka, D., Krakowiak, P., Krajnik, M., & Slominski, J. M. (2010). Integrated care for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease, a new approach to organization. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej*, 120(10), 23-428.
- Jefferies, A., & Turley, A. (1999). *Respiratory system*. Philadelphia: Mosby.
- Jones, A. (2001). Causes and effects of chronic obstructive pulmonary disease. *British Journal of Nursing*, 10(13), 845-850.
- Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (1986). Self-management methods. In F. Kanfer & A. P. Goldstein (eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (3rd ed., pp. 283-345). New York: Pergamon Press.
- Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (1991). Self-management method. In F. H. Kanfer, & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed.). New York: Pergamon.
- Kangchai, W. (2002). *Efficacy of self-management promotion program for elderly women with urinary incontinence*. Doctoral dissertation, Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.
- Kheirabadi, G. R., Keypour, M., Attaran, N., Bagherian, R., & Maracy, M. R. (2008). Effect of add-on "self management and behavior modification" education on severity of COPD. *Tanaffos*, 7(3), 23-30.
- Lacasse, Y., Goldstein, R., Lasserson, T. J., & Martin, S. (2006). *Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1705418679>

- Layard, R., 2005, Happiness: Lessons from a new science, *Couns. Psychot. Res.*6: 302-303.
- Lee, H., Lim, Y., Kim, S., Park, H., Ahn, J., Kim, Y., & Lee, B. C. (2014). Predictors of low levels of self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease in South Korea. *Nursing and Health Sciences*, 16, 78-83.
- Lemmens, K. M., Nieboer, A. P., & Huijsman, R. (2008). Desingning patient-related interventions in COPD care: Empirical test of a theoretical model. *Patient Education and Counselling*, 72, 223-231.
- Leupoldt, A. V., Taube, K., Lehmann, K., Fritzsche, A., & Magnussen, H. (2011). The impact of anxiety and depression on outcomes of pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *Pulmonary Rehabilitation*, 140(3), 730-736.
- Leupoldt, A., & Dahme, B. (2007). Psychological aspect in the perception of dyspnea in obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, 101, 411-422.
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioural Medicine*, 26(1), 1-7.
- Lyubomirsky, S., Schkade, D., & Sheldon, K. M. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111-131.
- Mahler, D. A., & Wells, C. K. (1988). Evaluation of clinical methods for rating dyspnea. *Chest*, 93(3), 580-586.
- Manion, J., 2003, Joy at work: Creating a positive workplace, *J. Nurs. Admin.* 33:652-655.
- Martin, S., 2000, Positive psychology: An Introduction, *Amer Psychol.* 55: 5-14.
- McDonald, C. F. (2005). Shortness of breath: Is it chronic obstructive pulmonary disease. *Australian Family Physician*, 34(7), 541-544.
- Monninkhof, E., van der Aa, M., van der Valk, P., van der Palen, J., Herwaarden, C., Zielhuis, G., Koning, K., & Pieterse, M. (2004). A qualitative evaluation a comprehensive selfmanagement programme for COPD patients: Effectiveness from the patients' perspective. *Patient Education and Counseling*, 55, 177-184.
- Monninkhof, E., van der Valk, P., van der Palen, J., Herwaarden, C., & Zielhuis, G. (2003). Effect of a comprehensive self-management programmers in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory*, 22, 815-820.
- Norweg, A. M., Whiteson, J., Malgady, R., & Rey, M. (2005). The effectiveness of different combinations of pulmonary rehabilitation program components: a randomized

- controlled trial. *Chest*, 128(2), 663-672.
- Omachi, T. A., Katz, P. P., Yelin, E. H., Gregorich, S. E., Iribarren, C., Blanc, P. D., & Eisner, M. D. (2009). Depression and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *The American Journal of Medicine*, 122(8), 9-15.
- Pan, L., Guo, Y. Z., Yan, J. H., Zhang, W. X., Sun, J., & Li, B. W. (2012). Does upper extremity exercise improve dyspnea in patients with COPD: A meta-analysis. *Respiratory Medicine*, 106, 1517-1525.
- Peate, I. (2011). The impact of chronic obstructive pulmonary disease. *Healthcare Assistants*, 5(10), 475-479.
- Plaufcan, M. R., Wamboldt, F. S., & Holm, K. E. (2012). Behavioral and characterological selfblame in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 78-83.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principle and methods* (6th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Ries, A. L. (2006). Impact of self-management chronic obstructive pulmonary disease on quality of life: The role of dyspnea. *The American Journal of Medicine*, 119(10), 12-20.
- Robinson, T. (2005). Living with severe hypoxic COPD: The patient's experience. *Nursing Time*, 101(7), 38-42.
- Rubi, M., Renom, F., Ramis, F., Medinas, M., & Centino, M. J. (2010). Effectiveness of pulmonary rehabilitation in reduce health resource use in chronic obstructive pulmonary disease. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 364-367.
- Shum, J., Poureslami, I., Cheng, N., & FitzGerald, J. M. (2014). Responsibility for COPD selfmanagement in ethno-cultural communities: The role of patient, family member, care provider and the system. *Diversity and Equality in Health and Care*, 11, 201-213.
- Smeulders, E. S., Van Haastregt, J., Amberge, T., Uszko-Lencer, N., Janssen-Boyne, J., Gorgels, A., Stoffers, H. E., Lodewijks-van der Bol, C. L., Van Eijk, J. T., & Kempen, G. I. (2010). Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1487-1499.
- Szyndlera, J. E., Townsa, S. J., Peter, P., & McKay, O. K. (2005). Psychological and family functioning and quality of life in adolescents with cystic fibrosis. *Journal of Cystic Fibrosis*, 4(2), 135-144.
- Tabak, M., Akker, H., & Hermie, H. (2014). Motivational cues as real-time feedback for changing

- daily activity behavior of patients with COPD. *Patient Education and Counseling*, 94, 372-378.
- Theander, K., & Unosson, M. (2004). Fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*, 45(2), 172-177.
- Tobin, D. L., Reynolds, R. V. C., Holroyd, K. A., & Creer, T. L. (1986). Self-management and social learning theory. In K. A. Holroyd & T. L. Creer (Eds.), *Self-management of chronic disease: Handbook of clinical intervention and research* (pp. 29-55). New York: Academic Press.
- Veenhoven, R., 1996, Happy life-expectancy: A comprehensive measure of Quality-of-life in nations, Soc. Indicat. Res. 39: 1-58.
- Vermeire, P. A. (2002). Diagnosis, initial assessment and follow up of COPD. In T. Similowski, W. A. Whitelaw, & J. P. Derenne, *Clinical management of chronic obstructive pulmonary disease* (pp. 95-109). New York: Marcel Dekker.
- Vozoris, N. T., & Stanbrook, M. B. (2011). Smoking prevalence, behaviours and cessation among individuals with COPD or asthma. *Respiratory Medicine*, 105, 477-484.
- World Health Organization [WHO]. (2011). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Retrieved from <http://www.who.int/en/>
- Wright, J. L., & Churg, A. (2006). Advances in the pathology of COPD. *Histopathology*, 49(1), 1-9.
- Yu, S., Guo, A., & Zhang, X. (2014). Effects of self-management education on quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Sciences*, 1, 53-57.
- Zhukava, T., & Shot, I. (2012). Psychological features and emotional frustrations of chronic obstructive pulmonary diseases and asthma patients. *Polish Annals of Medicine*, 9, 94-97.
- Zimmerman, B. J. (1989). A social cognitive view of self-regulated academic learning. *Journal of Educational Psychology*, 81, 329-339.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์
นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน
รอง นพ.สสจ. ที่ควบคุมกำกับกลุ่มงาน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
2. นายแพทย์ณัฐวุฒิ อังคนาวินิจฉัย
นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและทรวงอก
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
โรงพยาบาลจุฬารัตน์11 จังหวัดฉะเชิงเทรา
3. นางพิชิตา ตัญญาบุตร
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลครอบครัว
และชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
4. นายเรวัตร์ ทองเหลือง
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
5. นางเพ็ญ มงคลชนะชัย
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดขึ้นแบบผสมผสาน โดยนำมาตรฐานการให้การดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมาจัดเป็นแบบแผน ขั้นตอน เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถปฏิบัติตามเพื่อจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง เหมาะสม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดการจัด การด้วยตนเอง และเทคนิคการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) ประกอบด้วยการดำเนินการ 3 ระยะ คือ 1) การประเมินและเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเอง 2) การปฏิบัติการจัดการตนเอง 3) การติดตามผล และการประเมินผลการปฏิบัติ โดยดำเนินการเป็นรายกลุ่ม ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ แผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองดังตาราง

เป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด

สื่อและอุปกรณ์ประกอบกิจกรรม

1. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. คู่มือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. สื่อ Slide จาก โปรแกรมคอมพิวเตอร์ประยุกต์ (Power point) ประกอบด้วย เนื้อหาความรู้เช่นเดียวกับการคู่มือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. เครื่องมือประเมินสมรรถภาพปอด คือ spirometer

ผู้รับผิดชอบ

นางวิภา เจริญสินรุ่งเรือง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ปฏิบัติงานหัวหน้างานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จ.ฉะเชิงเทรา

สถานที่ดำเนินการ

1. วันแรกที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ห้องเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. สัปดาห์ที่ 1 ห้องประชุมชั้น 4 โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา
3. สัปดาห์ที่ 2 และ 10 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์
4. สัปดาห์ที่ 6 ติดตามเยี่ยมที่บ้านหรือสถานที่พัก
5. สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ห้องประชุมชั้น 4 โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา และยุติความสัมพันธ์

ระยะเวลา ดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ รายละเอียดกิจกรรมดังตาราง

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สัปดาห์ที่ 1 ระยะประเมินและเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 1 วันที่.....ระยะเวลา 45 - 60 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ระยะเวลา	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1. กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อน ในด้านอาการ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความไม่สุขสบายต่างๆ ความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ความเครียด หากมีอาการดังกล่าว จะหลีกเลี่ยงในการพูดคุยในช่วงนั้น และช่วยเหลือบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ ให้ลดลงก่อน พร้อมให้การดูแล พักผ่อนก่อน จึงดำเนินการพูดคุยสนทนา มีกิจกรรมดังนี้ 1.1 ผู้วิจัยแสดงความเคารพด้วยการยกมือไหว้ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกล่าวทักทายด้วยน้ำเสียง และสีหน้าที่แสดงความเป็นมิตร พร้อมทั้งกล่าวแนะนำตนเอง โดยแนะนำชื่อผู้วิจัย หน้าที่และสถานที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งขออนุญาตเรียกสรรพนามแทนผู้ป่วยว่าคุณลุง คุณป้า ตามความเหมาะสมของอายุ 1.2 ผู้วิจัยต้องจดจำเกี่ยวกับโรค ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องในการพูดคุยและแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นกับผู้ป่วยท่านอื่นๆเพื่อทำให้เกิดการไว้วางใจในการให้ข้อมูล และความเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัยที่ให้ ความรู้	การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ต้องสร้างความน่าเชื่อถือและสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกันตั้งแต่ครั้งแรก เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเชื่อว่าผู้วิจัย มีการเอาใจใส่ ห่วงใย พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือ เข้าใจ และเห็นใจในความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่	-

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ระยะเวลา	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผ่อนคลาย และพร้อมสำหรับการเรียนรู้	2. กิจกรรมประเมินและเตรียมความพร้อม 2.1 เตรียมความพร้อมด้านจิตใจโดยการฝึกทำสมาธิ ร่วมกับการควบคุมการหายใจ (Breathing exercise) และ กิจกรรมผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการควบคุมการหายใจ ตามเสียงดนตรี(เพลงดังดอกไม้บาน) นาน 5 นาที 2.2 ให้กลุ่มได้มีโอกาสพูดคุยถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลตนเองที่เหมาะสม หรือระบายความรู้สึก และให้กำลังใจโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ให้ถ่ายทอดความรู้สึกเชิงบวกให้กลุ่ม และเตรียมความพร้อมสนับสนุนให้ความรู้		เพลงดังดอกไม้บาน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กำหนดเป้าหมายหลัก ในการในการจัดการตนเอง	ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง รวมทั้งประเมินอาการหายใจลำบาก ประเมินสมรรถภาพปอด(Pre-Test)และอธิบายวิธีการตอบแบบประเมิน 3. กิจกรรมการตั้งเป้าหมาย (Gold settings) 3.1 กระตุ้นให้ตั้งเป้าหมายหลัก ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการหายใจลำบาก โดยมีตัวอย่างและการกำหนดเป้าหมายให้สามารถเลือกได้ - การกำหนดเป้าหมายหลัก เช่น อาการหายใจลำบากลดลง/ ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง	การจัดการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย ดังนั้นการให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งเป้าหมายด้วยตัวเอง จะเป็นการสร้างแรงจูงใจ เพื่อประกอบการตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรม	- คู่มือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง - ปากกา - สื่อ สไลด์(power point)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ระยะเวลา	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
	- การกำหนดเป้าหมายรอง เช่น ฝึกบริหารปอดทุกวัน / ออกกำลังกายวันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละ 3 – 5 วันตามที่ ตนสะดวก / งดหรือลดการสูบบุหรี่ 3.2 แนะนำการบันทึก และฝึกการบันทึกการกำกับตนเอง และให้นำมาติดตามด้วยทุกครั้ง เมื่อมาตามนัด		
4. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้ และความเข้าใจในเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปฏิบัติตนได้เหมาะสมถูกต้อง	4. กิจกรรมการบรรยายความรู้ การบรรยายความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุ อาการอาการแสดง การรักษา และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง(เนื้อหาเช่นเดียวกับคู่มือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ความรู้ทำให้เกิดความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ แนวทางการรักษา เกิดความตระหนักในการปรับพฤติกรรมในการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง เหมาะสมกับความรุนแรงของโรค	Slide power point เนื้อหาเช่นเดียวกับคู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง
5. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถฝึกทักษะในการจัดการอาการหายใจลำบากและและฝึกการบริหารปอดและออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนขาได้ถูกต้องเหมาะสม	5. กิจกรรมการฝึกทักษะ 5.1 การฝึกทักษะหายใจ การออกกำลังกายปอดและการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อแขนขา (ตามคู่มือ) 5.2 การฝึกผ่อนคลาย และสงวนพลังงานเพื่อเกิดอาการหายใจลำบากขณะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ 5.3 การฝึกการไออย่างถูกวิธีเพื่อขจัดเสมหะและสิ่งอุดตันทางเดินหายใจ	การฝึกทักษะการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อทรวงอก จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ และช่วยเพิ่มสมรรถภาพปอด การออกกำลังกายแขนขาช่วยเพิ่มกล้ามเนื้อในการทรงตัว และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องส่งผลให้การทำงานของปอดและหัวใจ ทำหน้าที่ได้	- แก้วน้ำที่แข็งแรงมีน้ำหนัก

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ระยะเวลา	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
		อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสนใจใน การปฏิบัติกิจกรรมได้มากขึ้น	
6. เพื่อติดตามประเมินการปฏิบัติ สอบถามปัญหา และสนับสนุน การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง	6. นัดหมายกลุ่มครั้งต่อไปในอีก2สัปดาห์เพื่อติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ที่บ้านโดยสอบถามเบอร์โทรศัพท์ และเบอร์ที่สะดวกของญาติ หรือผู้ที่อยู่ใกล้เคียงที่สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามการปฏิบัติกิจกรรมและปัญหาอุปสรรค ตลอดจนคำแนะนำต่างๆที่ผู้วิจัยสามารถสนับสนุนได้		เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ทั้งของผู้ป่วยและผู้ที่อยู่ใกล้เคียงที่สามารถติดต่อได้

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สัปดาห์ที่ 2 และ 10 ระยะติดตามและประเมินผลโดยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

กิจกรรมครั้งที่ 2 และ 6 วันที่.....ระยะเวลา 10-15 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ระยะเวลา	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
๑. เพื่อกระตุ้นและเสริมแรงการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งประเมินแนวโน้มการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย	ผู้วิจัยติดตามละประเมินการปฏิบัติการจัดการตนเองต่อเนื่องโดยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยกล่าวทักทาย 1. สอบถามสถานการณ์ด้านสุขภาพทั่ว ๆ ไป อาการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย 2. สอบถามเรื่องการฝึกทักษะต่าง ๆ เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ผลเป็นอย่างไร ให้กำลังใจ ชมเชย ชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเมื่อพบว่าทำได้ตามเป้าหมาย กระตุ้นให้ตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในการปฏิบัติให้ต่อเนื่อง รวมทั้งการให้กำลังใจตนเองด้วยการทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ เพื่อผ่อนคลาย และยืดหยุ่นบ้าง และเปิดโอกาสให้ถามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมได้ทางโทรศัพท์ตลอดเวลา 3. นัดหมายพบกลุ่มครั้งต่อไป สัปดาห์ที่4	เนื่องจาก ระยะเวลา นี้ เป็น ระยะ ปฏิบัติการจัดการตนเอง ด้วยการกำกับตนเองเป็นกระบวนการที่แต่ละบุคคลเน้นการควบคุมตนเอง เพื่อการกระทำพฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมาย โดยการสังเกต ติดตาม และบันทึกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพ มีความพยายาม และมีความคาดหวังว่าจะสามารถจัดการสุขภาพได้ตามเป้าหมาย โดยต้องอาศัยแรงกระตุ้นและแรงจูงใจ จึงจะนำไปสู่ความสำเร็จได้	โทรศัพท์

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สัปดาห์ที่ 4 และ 8 ระยะติดตามและประเมินผล

กิจกรรมครั้งที่ 3 และ 5 วันที่.....ระยะเวลา 45 - 60 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ระยะเวลา	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
๑. เพื่อติดตามความต่อเนื่อง ตรวจสอบ และประเมินความก้าวหน้าการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ห้องประชุม โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ระยะนี้เป็นระยะติดตามความต่อเนื่อง การตรวจสอบ และประเมินความก้าวหน้าการปฏิบัติการจัดการตนเอง 1. ผู้วิจัยทักทาย สร้างสัมพันธภาพ ประเมินอาการเบื้องต้น วัด V/S ประเมินอาการหายใจลำบาก หลังจากนั้นทำกิจกรรมผ่อนคลายโดยการทำสมาธิจากการฝึกหายใจ เพื่อเตรียมพร้อมด้านจิตใจ 3 นาที 2. ทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติการจัดการตนเองที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยพูดสะท้อนความรู้สึก และผลการปฏิบัติ ได้ตามเป้าหมายที่ตนตั้งไว้หรือไม่ มีเทคนิคอะไรที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจ ให้ปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย รวมทั้งสอบถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ ผู้วิจัยทบทวนความรู้และทักษะตามคู่มือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และทบทวนการบันทึกกิจกรรมบนคู่มือ 3. ฝึกออกกำลังกายเพื่อบริหารปอด โดยนักกายภาพบำบัด 4. ผู้วิจัยสรุปประเด็นปัญหาโดยรวมและรายบุคคล ตอบข้อสงสัย และกระตุ้นให้มีการเสริมแรงตนเอง ยึดหยุ่นได้	การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติการจัดการตนเองต้องมีการประสานร่วมกันทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลนั้นต้องเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งไม่มีใครจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลอื่นได้นอกจากตนเอง โดยมีบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้เข้ามามีบทบาทในการสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ ที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ได้อย่างมั่นใจ ด้วยการตัดสินใจของบุคคลนั่นเองโดยมีกระบวนการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง (Kanfer & Gaelick, 1986)	คู่มือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

	ไม่เคร่งครัดกับตนเองจนเกินไป กล่าวชมเชยและให้กำลังใจกลุ่ม ระยะเวลา 45 - 60 นาที		
--	---	--	--

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สัปดาห์ที่ 6 ระยะผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน(ผู้วิจัยเยี่ยมที่บ้าน)

กิจกรรมครั้งที่ 4 วันที่...ระยะเวลา 45 - 60 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ระยะเวลา	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
๑. เพื่อประเมิน สนับสนุน กระตุ้น และเสริมสร้าง กำลังใจ สร้างแรงจูงใจในการ ปฏิบัติการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง	1. ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด เกสซิกเกอร์ กล่าวทักทายเพื่อสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยเรื่องทั่วไป ตรวจร่างกายเบื้องต้น 2. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ และการปฏิบัติตามพฤติกรรม การจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน สอบถามเรื่องการฝึกทักษะ การจัดการตนเอง เรื่องการฝึกหายใจ การออกกำลังบริหาร กล้ามเนื้อทรวงอกใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซักถามข้อสงสัย หลังนำคู่มือ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปทบทวนและ ฝึกทักษะที่บ้าน ผู้วิจัย สนับสนุนความรู้และเทคนิคการ กำกับตนเองโดยใช้คู่มือเป็นสื่อในการสอน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1. การติดตามตนเอง(Self-monitoring) คือ ให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของตนเอง เช่น ฝึก Breathing exercise ในตอนเช้าทุกวัน 2. การประเมินตนเอง(Self-evaluation)คือการประเมินการปฏิบัติจริงกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ 3. การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เป็นการสร้างกำลังใจในตัวเอง เมื่อมีการปฏิบัติได้ตามเป้าหมายเช่นออกไปเที่ยว พบเพื่อนบ้านหรือทำกิจกรรมที่ตนชอบ และทีมสหสาขาร่วมกันตอบข้อคำถามที่สงสัย	พฤติกรรมจัดการตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้ด้วยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ การติดตามเยี่ยมที่บ้านจึงเป็นการเสริมแรงให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มีโอกาสที่จะพัฒนาการฝึกทักษะให้ต่อเนื่อง บนพื้นฐานของความรู้ที่ถูกต้อง มีความเชื่อมั่น และเป็นแรงกระตุ้นที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีความมั่นใจ	การบันทึกกิจกรรมในคู่มือความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ระยะเวลา	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
	3. ผู้วิจัยประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่นญาติพี่น้อง ผู้ดูแล เพื่อนบ้าน และการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข เมื่อเกิดอาการฉุกเฉิน รวมทั้งสิ่งแวดล้อม เพื่อวางแผนให้ การสนับสนุนต่อไป		
	4. นัดหมายกิจกรรมในครั้งต่อไปในอีก 2 สัปดาห์		

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สัปดาห์ที่ 12 ระยะการติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ

กิจกรรมครั้งที่ 7 วันที่.....ระยะเวลา 45 - 60 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ระยะเวลา	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
๑. เพื่อติดตามการประเมินผล การปฏิบัติ	1. ผู้วิจัยติดตามผลการกำกับติดตามตนเอง จากแบบบันทึกการกำกับตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และบอกความรู้สึกในการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองจนครบ 12 สัปดาห์ 2. รับฟังข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง แล้วประเมินระดับอาการหายใจลำบาก ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเอง ประเมินอาการหายใจลำบาก และวัดสมรรถภาพปอด (Post-test) ก่อนการฝึกทักษะการจัดการตนเอง และให้ความรู้ แล้วแจ้งผลการประเมินให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทราบ 3. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือตลอดจนเสร็จสิ้นโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง - ผู้วิจัยมอบของที่ระลึก เพื่อเป็นการแสดงความขอบคุณในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เมื่ออาการรุนแรงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง	การแจ้งผลการวิจัย เป็นการพัฒนาการรับรู้การจัดการตนเอง และสามารถมาร่วมกันหาแนวทางการจัดการตนเอง ที่เหมาะสมกับบริบทต่อไป ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วม	ของที่ระลึก

	- การแจ้งผลการวิจัย เป็นการพัฒนาการรับรู้การจัดการตนเอง และสามารถนำมาร่วมกันหาแนวทางการจัดการตนเอง เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคลต่อไป ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมของตนเอง		
--	--	--	--

2. สื่อการสอนความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(Powerpoint)

ลำดับ	กล้อง/ภาพ	คำบรรยาย	Model
1	Logo โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ข้อความ:ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดย นางวิภา เจริญสินรุ่งเรือง	ผู้บรรยาย แนะนำตนเอง แจ้งหัวข้อเรื่องความรู้ที่จะบรรยาย	-
2.	ภาพ : ปอด ข้อความ : ความหมายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ผู้บรรยาย ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความหมาย	-
3	ภาพ : ปอด ภาพการห้ามสูบบุหรี่ และภาพการไอ ข้อความ : ปัจจัยเสี่ยง	ผู้บรรยาย ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยง : การสูบบุหรี่ - การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ - มลพิษในอากาศการแพ้สารระคายเคืองต่างๆ - การเสื่อมตามอายุของการทำงานของปอด	-
4	ภาพ : ไม่มี หัวข้อ อาการและอาการแสดง	ผู้บรรยาย ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการและอาการแสดง	-
5	ภาพ : ยาพ่นสูดชนิดต่างๆ หัวข้อ : วิธีการรักษา	ผู้บรรยาย ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรักษา	-
6	ภาพ : ขั้นตอนการใช้ยาพ่นสูดชนิด MDI หัวข้อ : วิธีการใช้ยาพ่นสูดชนิด MDI	ผู้บรรยาย ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรักษาโดยการใช้ยาพ่นสูดชนิด MDI เภสัชกรสาธิตวิธีการใช้ที่ถูกต้อง ผีก	ตัวอย่างยาพ่น สูดชนิดMDI

ลำดับ	กล้อง/ภาพ	คำบรรยาย	Model
7	ภาพ : ยาพ่นสูด ชนิดEvohaler,ภาพวิธีใช้ยาพ่นสูด ชนิดEvohaler หัวข้อ : การใช้ยาพ่นสูดชนิดEvohaler	ผู้บรรยาย ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรักษาโดยใช้ยาพ่นสูดชนิดEvohaler เภสัชกรสาธิตวิธีใช้ที่ถูกต้อง ผึก	ตัวอย่างยาพ่น สูดชนิด Evohaler
8	ภาพ : ผู้ป่วยใช้ Oxygen หัวข้อ : การรักษาด้วยการใช้ Oxygen	ผู้บรรยาย ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรักษาโดยใช้Oxygen	รูปภาพบน slide
9	ภาพ : มลพิษฝุ่นควัน ภาพ งดบุหรี่ ภาพการไอ หัวข้อ : การดูแลรักษาสุขภาพตามแนวทางการปฏิบัติ พฤติกรรมดูแลสุขภาพ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและการทำงานของ ปอด	ผู้บรรยาย ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลรักษาสุขภาพตามแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมดูแล สุขภาพ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและการทำงานของปอด : - หลีกเลี่ยงสูบบุหรี่ - หลีกเลี่ยงการสัมผัสฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ - หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่อับชื้น อากาศร้อนหรือเย็นมากเกินไป - หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีติดเชื้อในระบบ ทางเดินหายใจ เช่นเป็นไข้หวัด เจ็บคอ ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น	รูปภาพบน slide
10	ภาพ : คนสวมผ้าปิดปากจมูก หัวข้อ : การดูแลรักษาสุขภาพตามแนวทางการ ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพ(ต่อ)	ผู้บรรยาย ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลรักษาสุขภาพตามแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมดูแล สุขภาพ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและการทำงานของปอด - หลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณที่มีมลพิษของอากาศ - หลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเครียด - รักษาสุขภาพช่องปาก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ห้มน้ำเสกอาการ ผิดปกติทางร่างกายของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่นใจสั่น อาการหายใจ ลำบากที่รุนแรงมากขึ้น	รูปภาพบน slide

ลำดับ	กล้อง/ภาพ	คำบรรยาย	Model
		- มารับการตรวจรักษาตามนัดและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	
11	ภาพ งดสูบบุหรี่ หัวข้อ 1. การงดสูบบุหรี่(วิธีการงดสูบบุหรี่10ขั้นตอน)	ผู้บรรยาย ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลรักษาสุขภาพตามแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแล สุขภาพ	-รูปภาพบน slide
12	ภาพ อาหารหลัก 5 หมู่ หัวข้อ 2. การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม	นักโภชนาการบรรยาย ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลรักษาสุขภาพตามแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแล สุขภาพ ในหัวข้อภาวะโภชนาการที่เหมาะสม	รูปภาพบน slide
13	ภาพ อาหาร น้ำดื่ม หัวข้อ - ข้อควรปฏิบัติในการรับประทานอาหาร	นักโภชนาการบรรยาย ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลรักษาสุขภาพตามแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแล สุขภาพ ในหัวข้อภาวะโภชนาการที่เหมาะสม	รูปภาพบน slide
14	ภาพ : อาหารที่ไม่ควรรับประทาน ภาพการพบแพทย์ หัวข้อ : ข้อควรปฏิบัติในการรับประทานอาหาร(ต่อ)	นักโภชนาการบรรยาย ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลรักษาสุขภาพตามแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแล สุขภาพ ในหัวข้อภาวะโภชนาการที่เหมาะสม	รูปภาพบน slide
15	ภาพ : ไม่มี หัวข้อ : 3. การควบคุมอารมณ์และการผ่อนคลาย	ผู้วิจัยบรรยายหัวข้อการควบคุมอารมณ์และการผ่อนคลาย - ฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายด้วยการหายใจอย่างถูกวิธีร่วมกับกิจกรรม ประกอบเพลง “ดั่งดอกไม้บาน”	-วีดิทัศน์เพลง ดั่งดอกไม้บาน
16	ภาพ : การบริหารการหายใจ หัวข้อ:4. การบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย	ผู้วิจัยสาธิตการหายใจที่ถูกวิธีและฝึกปฏิบัติ	การสาธิต
17	ภาพ : การปฏิบัติเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก 4 ภาพ หัวข้อ : การปฏิบัติเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก	นักกายภาพ สาธิตการสงวนพลังงานเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก และ ฝึกปฏิบัติ 1. ยืนพิงฝาผนังพร้อมกับโน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อย	การสาธิต

ลำดับ	กล้อง/ภาพ	คำบรรยาย	Model
		2. ยืนพิงโต๊ะหรือพนักเก้าอี้ พร้อมกับโน้มตัวมาด้านหน้า แขนสองข้างวางที่โต๊ะหรือเก้าอี้ 3. นั่งเก้าอี้พร้อมกับโน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อย 4. นั่งพับลงบนหมอนที่วางบนโต๊ะ	
18	ภาพ : การฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม หัวข้อ : การฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม	- นักกายภาพบำบัด สาธิตและฝึกปฏิบัติการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม โดย จัดทำให้อยู่ในท่าผ่อนคลาย วางมือข้างหนึ่งที่ทรวงอก อีกข้างหนึ่งวางที่ท้องเหนือสะดือ สูดหายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกให้ได้มากที่สุด ให้ท้องป่อง ต้นมือที่วางบริเวณท้องให้สูงขึ้นและค้างไว้ในช่วงสุดท้ายของการหายใจเข้าประมาณ2-4 วินาที แล้วจึงหายใจออกทางปากช้าๆพร้อมกับแขม่วท้องให้แฟบลง(ดังรูป) ทำครั้งละประมาณ5-10 นาทีแล้วหยุดพัก เพื่อป้องกันการหายใจเร็ว ปฏิบัติวันละ 5-10 รอบ	การสาธิต
19	ภาพ : การฝึกการไอ หัวข้อ : การฝึกการไออย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ	- นักกายภาพบำบัด สาธิตและฝึกปฏิบัติการไออย่างถูกวิธีและมีประสิทธิภาพ โดย จัดทำให้อยู่ในท่าผ่อนคลาย ถ้าสามารถนั่งได้ให้นั่งโน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อย จากนั้นหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกที่สุด กลั้นลมหายใจไว้ 1 วินาที โดยเกร็งกล้ามเนื้อท้องและอุ้งเชิงกรานไว้ พร้อมกับโน้มตัวมาข้างหน้าเล็กน้อย ไอออกมาแรงๆ เต็มที่1-2ครั้งต่อการหายใจออก1 ครั้ง	การสาธิต
20	ภาพ : คนออกกำลังกาย 4 ภาพ หัวข้อ : การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อ	- นักกายภาพบำบัดสาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายเพื่อสร้างกล้ามเนื้อ โดยมีระยะการอบอุ่นร่างกาย: โดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อมัดใหญ่เช่น ลำตัว แขน ทรวงอก เพื่อให้กล้ามเนื้อยืดหยุ่นและขยายตัว ควรใช้เวลา 5-10 นาที	การสาธิต

ลำดับ	กล้อง/ภาพ	คำบรรยาย	Model
21	ภาพ : การออกกำลังกาย 3ท่า(ท่าที่1-3) หัวข้อ : 1.การออกกำลังกายในระยะอบอุ่นร่างกาย	ผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัดสาธิต และฝึกการออกกำลังกายในระยะอบอุ่นร่างกาย 3 ท่า	การสาธิต
22	ภาพ : การออกกำลังกาย 3ท่า(ท่าที่1-3) หัวข้อ : 2.การออกกำลังกายในระยะการออกกำลังกาย	บรรยาย : 2. ระยะการออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกายที่หนักขึ้น ใช้เวลาอย่างน้อย15-20 นาทีโดยการปฏิบัติในแต่ละท่าอย่างน้อย 5-10 ครั้ง ผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัดสาธิต และฝึกการออกกำลังกายในระยะการออกกำลังกาย 3 ท่า(ท่าที่1-3)	การสาธิต
23	ภาพ : การออกกำลังกาย 2 ท่า (ท่าที่ 4-5) หัวข้อ : 2.การออกกำลังกายในระยะการออกกำลังกาย	ผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัดสาธิต และฝึกการออกกำลังกายในระยะการออกกำลังกาย 2 ท่า (ท่าที่4-5)	การสาธิต
24	ภาพ : การออกกำลังกาย 1 ท่า (ท่าที่6) หัวข้อ : 2.การออกกำลังกายในระยะผ่อนคลาย	บรรยายการออกกำลังกายในระยะผ่อนคลาย เป็นการยืดกล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกาย โดยการนั่งปล่อยแขนตามสบายพร้อมกับหายใจออกแบบเป่าปาก และสูดหายใจเข้าช้าๆพร้อมยกแขนทั้งสองข้างเหนือศีรษะ ลดแขนลงพร้อมหายใจออกยาวๆแบบเป่าปาก ทำซ้ำเช่นเดิมซ้ำๆ นาน5-10 นาที หรือใช้ท่าเตรียมการหายใจแทน ผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัดสาธิต และฝึกการออกกำลังกายในระยะการผ่อนคลาย 1 ท่า(ท่าที่6)	การสาธิต
25	ภาพ : แบบวัดอาการหายใจลำบาก(Visual Analog Scale) หัวข้อ : แบบวัดอาการหายใจลำบาก	บรรยาย แบบมาตรวัดอาการหายใจลำบาก เป็นมาตรแสดงการรับรู้อาการหายใจลำบากของท่าน ให้ท่านทำเครื่องหมาย × ลงบนเส้นตรง ณ จุดที่บ่งบอกถึงอาการหายใจลำบากของท่านในขณะนั้น ทางด้านบนสุดที่ตำแหน่ง 100 มิลลิเมตร หมายถึง ท่านมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด	รูปภาพบนslide

ลำดับ	กล้อง/ภาพ	คำบรรยาย	Model
		ตรงกึ่งกลางที่ตำแหน่ง 50 มิลลิเมตร หมายถึง มีอาการหายใจลำบากปานกลาง ทางด้านล่างสุดที่ตำแหน่ง 0 มิลลิเมตร หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย	
26	ภาพ : ตารางการฝึกบริหารปอดและการออกกำลังกาย หัวข้อ : ตารางการฝึกบริหารปอดและการออกกำลังกาย	บรรยาย การใช้สมุดคู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองในหัวข้อ การใช้ตารางฝึกการออกกำลังกาย การตั้งเป้าหมาย การบันทึก โดย กรณำทำเครื่องหมาย x ในวันที่ท่านปฏิบัติกิจกรรม และบันทึกความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ของอาการหายใจลำบาก (0-100 จากน้อยไปมาก)	สมุดคู่มือฯ
27	ภาพ : ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจกรรมนอกบ้านได้อย่างมีความสุข ข้อความ : สวัสดิ์	กล่าวปิดการบรรยาย	-

3. คู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



คำนำ

คู่มือความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคอดอยากเรื้อรังนี้ ได้จัดทำขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความรู้เป็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติและฝึกทักษะต่างๆที่จำเป็นด้วยตนเอง เช่นการงดสูบบุหรี่ การเลือกรับประทานอาหาร การใช้ยา การฝึกบริหารการหายใจ บริหารปอดและการออกกำลังกาย รวมทั้งการผ่อนคลาย ซึ่งถ้าผู้ป่วยนำไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ จะส่งผลให้อาการกำเริบรุนแรง หรืออาการหายใจลำบากลดลงได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมอื่นๆได้มากขึ้น มีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ และเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคอดอยากเรื้อรังทุกท่านได้

ด้วยความห่วงใยในสุขภาพ

นางวิภา เจริญสินรุ่งเรือง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินครั้งที่.....

เลขที่ผู้ประเมิน.....

คู่ที่.....

() กลุ่มควบคุม () กลุ่มทดลอง

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนสำหรับผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ส่วนที่ 4 แบบวัดอาการหายใจลำบาก (Dyspnea Visual Analogue Scale)

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำชี้แจง แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุปี
3. เชื้อชาติ ☐ ไทย ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. ศาสนา

☐ พุทธ	☐ อิสลาม
☐ คริสต์	☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. สถานภาพ

☐ โสด	☐ คู่
☐ หม้าย	☐ หย่า
☐ แยกกันอยู่	☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้ศึกษา	☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา	☐ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

7. การประกอบอาชีพ

- | | |
|--|---|
| ☐ เกษตรกร | ☐ รับจ้าง |
| ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | ☐ พนักงานบริษัท |
| ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | ☐ ข้าราชการบำนาญ |
| ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ | ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ..... |

8. รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน

- | | |
|---|--|
| ☐ ต่ำกว่า 3,000 บาท | ☐ 3,000 – 5,000 บาท |
| ☐ 5,001 – 10,000 บาท | ☐ 10,001 บาทขึ้นไป |

9. ความเพียงพอของรายได้

- | | |
|---|---|
| ☐ เพียงพอมีเหลือเก็บ | ☐ พอเพียงไม่มีเหลือเก็บ |
| ☐ ไม่เพียงพอต้องกู้ยืมบางครั้ง | ☐ ไม่เพียงพอต้องกู้ยืมทุกครั้ง |

10. ค่าใช้จ่ายในการรักษาได้จาก

- | | |
|---|---|
| ☐ จ่ายเอง | ☐ เบิกจากต้นสังกัด |
| ☐ ประกันสังคม | ☐ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) |
| ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ..... | |

11. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือไม่

- | | |
|---|--|
| ☐ ไม่มีปัญหา | ☐ มีปัญหาเล็กน้อย |
| ☐ มีปัญหาปานกลาง | ☐ มีปัญหามาก |

2. ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่

12. ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| ☐ เคย | ☐ ไม่เคย |
|------------------------------|---------------------------------|

13. ท่านสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ.....ปี

14. จำนวนบุหรี่ที่ท่านสูบต่อวัน

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ น้อยกว่า 5 มวน | ☐ 6 - 10 มวน |
| ☐ 11 - 15 มวน | ☐ 16 - 20 มวน |
| ☐ 21 มวนขึ้นไป | |

15. ปัจจุบันท่านยังสูบบุหรี่หรือไม่

- | | |
|--|--|
| ☐ เลิกสูบบุหรี่แล้ว | ☐ ยังคงสูบบุหรี่อยู่ โปรดระบุจำนวนที่สูบมวน/วัน |
|--|--|

16. ระยะเวลาในการเลิกสูบบุหรี่ (สำหรับท่านที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว)

☐ ต่ำกว่า 1 ปี

☐ 1 - 3 ปี

☐ 4 - 6 ปี

☐ มากกว่า 6 ปีขึ้นไป

3. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

17. ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมานานปี

18. ในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมาท่านเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย โปรดระบุจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษา.....ครั้ง

19. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

☐ ยาพ่นขยายหลอดลม

☐ ยารับประทาน

☐ ยาพ่นขยายหลอดลมและยารับประทาน

☐ ยาพ่นขยายหลอดลม ยารับประทาน และออกซิเจนที่บ้าน

20. อาการที่พบมากในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ไอเรื้อรัง

☐ มีเสมหะมาก

☐ หอบเหนื่อย

☐ หายใจลำบาก

☐ บวมทั้งตัว

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

21. วิธีที่เลือกใช้อย่างที่สุดเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก

☐ รับประทานยาขยายหลอดลม

☐ พ่นยาขยายหลอดลม

☐ รับประทานยาและพ่นยาขยายหลอดลม

☐ ใช้การหายใจแบบเป่าปาก

☐ รับประทานยาเพื่อพ่นยาขยายหลอดลม

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ

22. สมรรถภาพปอด (ตรวจวัดสมรรถภาพปอดด้วย Spirometer)

FEV1 =มิลลิลิตร

FEV1 =มิลลิลิตร (สัปดาห์ที่12)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก

คำชี้แจง แบบวัดความรู้ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการจัดการกับอาการหายใจลำบากของท่าน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบตามความเป็นจริง ถ้าข้อใดเห็นว่าถูกต้องให้ตอบว่า “ใช่” ถ้าข้อใดเห็นว่าไม่ถูกต้องให้ตอบว่า “ไม่ใช่”

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ โรคที่มีการตีบแคบของหลอดลมเรื้อรัง ร่วมกับมีถุงลมโป่งพองและมีการอักเสบของหลอดลมเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้		
2	สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การสูบบุหรี่ หรือสูดควันบุหรี่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน		
3	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอาการไอ มีเสมหะมาก และหายใจลำบาก ทำให้เหนื่อยง่ายกว่าปกติ		
4	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง		
5	อาหารที่ควรงด คือ อาหารที่ทำให้เกิดลมในกระเพาะ เช่น ถั่วต่าง ๆ กะหล่ำปลี อาหารหวานจัด มันจัด และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
6	ปริมาณอาหารแต่ละมื้อ สามารถรับประทานได้มีอิสระมาก ๆ โดยไม่มีข้อจำกัด		
7	การดื่มน้ำอุ่นจะช่วยให้เสมหะอ่อนตัว ขับออกง่ายขึ้น		
8	วิธีหนึ่งที่จะช่วยป้องกันท้องผูกได้ คือ การดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว		
9	การออกกำลังกายเป็นประจำอย่างต่อเนื่องทำให้สมรรถภาพปอดแข็งแรง และทำให้ไม่เหนื่อยง่าย		
10	การออกกำลังกายอย่างหนักก่อนนอนจะช่วยให้หลับสนิทยิ่งขึ้น		
11	เมื่อออกกำลังกายแล้วมีอาการหายใจลำบาก ควรลดระยะเวลาในการออกกำลังกายครั้งต่อไป		
12	เมื่อสังเกตว่ามีอาการผิดปกติเกิดจากการใช้ยา เช่น มีผื่นขึ้น ใจสั่น ควรหยุดยา และปรึกษาแพทย์		
13	ขั้นตอนสำคัญของการพ่นยา คือ การกดกระบอกพ่นยาพร้อมกับสูดหายใจเข้าทางปาก ลึก ๆ ชั่ว ๆ และกลืนหายใจไว้ประมาณ 10 วินาทีเพื่อให้ยาออกฤทธิ์ เต็มที่บริเวณเยื่อหุ้มหลอดลม		
14	การหลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคืองหลอดลมที่สำคัญที่สุด คือ การงดสูบบุหรี่		

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
15	การเลิกสูบบุหรี่ ทำให้สมรรถภาพปอดของดีขึ้น		
16	หลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีคนมาก ๆ ไม่อยู่ใกล้คนเป็นหวัดหรือโรคติดต่อ จะช่วยลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ		
17	ควรใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูกเวลาไอ จาม หรือ เมื่ออยู่ใกล้คนเป็นหวัดหรือโรคติดต่อ		
18	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางเดินหายใจ และลดความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก		
19	อาการไอบ่อย เสมหะเปลี่ยนสีเป็นสีเหลืองหรือสีเขียว และมีไข้ เป็นอาการ ที่บ่งบอกว่าเกิดหลอดลมอักเสบติดเชื้อ		
20	เครื่องนอน เช่นหมอน ผ้าห่ม ควรทำจากนุ่น ใยพรม ขนสัตว์และวัสดุที่แพ้ง่าย		
21	ควรหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีฝุ่นละออง อากาศร้อนอบอ้าว หรือเย็นจัด		
22	สามารถทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ ได้โดยไม่ต้องหยุดพัก		
23	การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวันต้องมีการวางแผนและจัดลำดับ โดยยึดหลักเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่มีความสำคัญก่อน		
24	ควรปฏิบัติกิจกรรมในท่านั่ง ทำยืน เช่น นั้งอาบนํ้าบนเก้าอี้ นั้งแต่งตัว		
25	การอาบนํ้าขณะที่เหนื่อยมากที่สุด จะทำให้รู้สึกสดชื่นขึ้น		
26	ถ้าอากาศเย็นขึ้น ควรเช็ดตัวแทนการอาบนํ้า		
27	เมื่อมีอาการหายใจลำบาก ให้บริหารการหายใจด้วยวิธีเป่าปาก		
28	การผ่อนคลายความเครียด สามารถใช้วิธีการนั่งสมาธิ การฟังและการฝึกหายใจแบบลึก		
29	ความเครียด เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบากที่รุนแรง		
30	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รักษาด้วยการใช้ออกซิเจน วันละอย่างน้อย 15 ชั่วโมง และปริมาณออกซิเจนขนาดต่ำ ช่วยลดอาการหายใจลำบากและลดความรุนแรงได้		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของท่านในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิตสุขภาพ การจัดการอาการหายใจลำบากและการจัดการด้านอารมณ์ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อว่าท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องดังกล่าวนี้มากน้อยเพียงใด โดยการทา เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมของท่านมากที่สุด ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมหรือไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ
- 2 หมายถึง มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆครั้ง
- 3 หมายถึง มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง
- 4 หมายถึง มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นเกือบทุกครั้ง
- 5 หมายถึง มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกครั้งหรือตลอดเวลา

ข้อที่	รายการประเมิน	การปฏิบัติกิจกรรม				
		1	2	3	4	5
1	ด้านพฤติกรรมปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิตสุขภาพ ท่านควบคุมตนเองให้ลดปริมาณการสูบบุหรี่ และวางแผนเลิกสูบบุหรี่					
2	ท่านทำให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลายเมื่อมีความเครียด					
3	ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับการเจ็บป่วยของตน					
4	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น ถั่ว กะหล่ำปลี ต้นหอม อาหารหมักดอง น้ำอัดลม เป็นต้น					
5	ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว					
6	ท่านนอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง					
7	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 นาที					
8	ขณะออกกำลังกายเมื่อมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยหอบ หัวใจเต้นแรง และเร็ว ต้องหยุดพักทันที แล้วบริหารการหายใจ					
9	ท่านวางแผนจะลดระยะเวลาการออกกำลังกายครั้งต่อไปลง ภายหลังออกกำลังกายแล้วรู้สึกเหนื่อย หรือเกิดอาการหายใจลำบาก					
10	ท่านเลือกปฏิบัติกิจกรรม หรือวางแผนการปฏิบัติที่เหมาะสมตามสภาพร่างกาย ไม่หักโหมเกินไป					
11	เมื่อมีอาการหายใจลำบาก ท่านจะนั่งหรือพิงพนักเก้าอี้ ยืนโน้มตัวไปข้างหน้า หรือยืนพิงฝาผนัง					

ข้อที่	รายการประเมิน	การปฏิบัติกิจกรรม				
		1	2	3	4	5
12	ท่านหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก เช่น อากาศร้อนจัดหรือเย็นจัด ฝุ่นควัน ควันบุหรี่ เกสรดอกไม้					
13	ท่านนำความรู้หรือข้อมูลที่ได้รับมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง					
14	ท่านดูแลตนเองเพื่อไม่ให้ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น การแปรงฟันหรือบ้วนปากหลังรับประทานอาหาร ไม่เข้าไปอยู่ในที่คนแออัด และหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดผู้ที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ					
15	ท่านไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ไอบ่อย เจ็บคอ มีเสมหะมากขึ้น หรือเปลี่ยนสี					
16	ท่านวางแผนเพื่อเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่					
	พฤติกรรมจัดการอาการหายใจลำบาก					
17	ท่านป้องกันไม่ให้เกิดอาการหายใจลำบาก					
18	ท่านไปรับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด					
19	ท่านวิเคราะห์สถานการณ์ หรือสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก					
20	ท่านวางแผนและเตรียมความพร้อมเพื่อควบคุมอาการหายใจลำบากที่อาจเกิดขึ้น					
21	ท่านประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น และควบคุมไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้นด้วยตนเองทันที					
22	ท่านตัดสินใจเลือกวิธีควบคุมอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม					
23	เมื่อมีอาการหายใจลำบากกำเริบท่านตัดสินใจไปรับการช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพเพื่อควบคุมอาการหายใจลำบากได้อย่างเหมาะสม					
24	ท่านพัฒนาวิธีการหรือเทคนิคใหม่ ๆ เพื่อใช้ในการป้องกันหรือควบคุมอาการหายใจลำบาก					
25	ท่านหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม หายใจเข้าให้ท้องป่องและหายใจออกให้ท้องยุบอย่างน้อยวันละ 2 เวลา (ครั้งละ 10- 15 นาที)					
26	ท่านหายใจโดยการหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกที่สุด และหายใจออกพร้อมห่อปากช้า ๆ ให้การหายใจออกนานกว่าการหายใจเข้าเป็น 2 เท่า					

	อย่างน้อยวันละ 2 เวลา (ครั้งละ 10- 15 นาที)					
ข้อที่	รายการประเมิน	การปฏิบัติกิจกรรม				
		1	2	3	4	5
27	ท่านใช้ยาพ่นขยายหลอดลมเพื่อป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบากได้ถูกต้องตามคำแนะนำ และตามแผนการรักษาของแพทย์					
28	ท่านปรับขนาดยาพ่นขยายหลอดลมเพื่อป้องกัน และควบคุมอาการหายใจลำบากโดยไม่เกิดผลข้างเคียง					
29	ท่านสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม และวิเคราะห์สาเหตุการเกิดความผิดปกติได้ด้วยตนเอง					
30	ท่านไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อขับเสมหะ โดยการหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูก กลั้นหายใจไว้ประมาณ 2-3 วินาที ก้มตัวลงมาด้านหน้าเล็กน้อย แล้วไอออกมาแรง ๆ					
31	ท่านให้ออกซิเจนด้วยตนเอง โดยไม่เกิดผลข้างเคียง					
	พฤติกรรมจัดการด้านอารมณ์					
32	ท่านทำใจให้ยอมรับหรือปรับตัวอยู่กับภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง					
33	ท่านสร้างความหวังและพลังใจให้ตนเอง					
34	ท่านสร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอื่น เพื่อการจัดการอาการหายใจลำบาก					
35	เมื่อท่านรู้สึกเครียด หรือวิตกกังวล ท่านผ่อนคลายด้วยสวดมนต์ นั่งสมาธิ ดูโทรทัศน์ หรือปล่อยตัวสบายจินตนาการตามเสียงดนตรี					

ส่วนที่ 4 แบบวัดอาการหายใจลำบาก (Dyspnea visual analogue scale)

คำชี้แจง

แบบมาตรวัดอาการหายใจลำบาก เป็นมาตรแสดงการรับรู้อาการหายใจลำบากของท่านมีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงบนเส้นตรง ณ จุดที่บ่งบอกถึงอาการหายใจลำบากของท่านในขณะนี้

ทางด้านบนสุดที่ตำแหน่ง 100 มิลลิเมตร หมายถึง ท่านมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด

ทางด้านล่างสุดที่ตำแหน่ง 0 มิลลิเมตร หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย

ตรงกึ่งกลางที่ตำแหน่ง 50 มิลลิเมตร หมายถึง มีอาการหายใจลำบากปานกลาง

หายใจลำบากมากที่สุด

100	
90	
80	
70	
60	
50	
40	
30	
20	
10	
0	

ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย

ภาคผนวก ง

เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

(สำหรับกลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์
อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

รหัสจริยธรรมการวิจัย PH_CCO_REC 007/2561

ชื่อผู้วิจัย นางวิภา เจริญสินรุ่งเรือง

เรียน ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านมีคุณสมบัติเบื้องต้นตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 35-75 ปี ซึ่งโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองประกอบด้วย การสนับสนุนให้ความรู้ การฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมจัดการตนเอง จะใช้ระยะเวลาในการวิจัยทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ หากท่านมีอาการหายใจหอบเหนื่อย เครียด ไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถามและการฝึกทักษะผู้วิจัยจะยุติการตอบแบบสอบถามหรือการฝึกทักษะนั้น ทันที ให้อยู่พักในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ และดูแลให้การรักษายาบาลจนกระทั่ง ท่านมีอาการทุเลาลง และผู้วิจัย จะถามความเห็นของท่านในการยุติการสนทนา และนัดหมายวัน เวลา ที่ท่านพร้อมในภายหลังอีกครั้งหากอาการไม่ทุเลา ผู้วิจัยจะรายงานพยาบาลประจำคลินิก เพื่อให้ท่านได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ก่อน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ท่านจะได้รับ การสนับสนุนในการให้ความรู้ และฝึกทักษะการจัด การตนเอง เพื่อป้องกันและควบคุมอาการหายใจลำบาก และสามารถนำผลวิจัยที่ได้ไปวางแผนและพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้วสิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือเป็นผู้ให้ข้อมูลและฝึกทักษะในการจัดการตนเองตามโปรแกรม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 3 ชุด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ส่วนการให้ความรู้ และฝึกทักษะการจัดการตนเองใช้ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมงในสัปดาห์แรกพบ และท่านจะเข้าพบกลุ่มในสัปดาห์ที่ 1,4,8 และ12 ที่ห้องประชุมเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ และสัปดาห์ที่ 12 ท่านจะได้ตอบแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง

การเข้าร่วมการวิจัย ของท่านในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจ ไม่ว่าท่านจะตอบรับหรือปฏิเสธ การตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาที่ท่านจะได้รับขณะเข้ารับการรักษาหรือเข้ารับบริการ และในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธ หรือถอนตัว ได้

ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องบอกหรือชี้แจงแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนั้นจะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลตัวของกลุ่มตัวอย่าง เป็นความลับ และดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัย จะไม่มีการอ้างถึงกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ชื่อในรายงานใดๆที่เกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ และจะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการ รวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ข้าพเจ้า นางวิภา เจริญสินรุ่งเรือง หมายเลขโทรศัพท์ 081-5893989

.....
(นางวิภา เจริญสินรุ่งเรือง)

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา 31 ถนนยุทธดำเนิน ตำบลหน้าเมือง อ.เมือง จ. ฉะเชิงเทรา 24000

ในเอกสารนี้มีข้อความที่อ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์
อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

รหัสจริยธรรมการวิจัย PH_CCO_REC 007/2561

ชื่อผู้วิจัย นางวิภา เจริญสินรุ่งเรือง

เรียน เรียนผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละจำนวน 20 คน ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นและเข้ารับการรักษาในคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้วสิ่งที่ท่านจะได้รับขณะเข้าร่วมการวิจัยคือ ได้รับความรู้ และคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบรายบุคคล การประเมินสภาพร่างกายและอาการการเจ็บป่วยของพยาบาลในคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง การพบแพทย์ซักถามเรื่องการใช้ยา และการตรวจโดยแพทย์รวมถึงการมาตรวจตามนัด ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้วสิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือเป็นผู้ให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม 3 ชุด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในห้องที่จัดใกล้กับคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยจะทำการเก็บข้อมูลหลังจากท่านได้ตรวจรักษากับแพทย์เรียบร้อยแล้ว โดยผู้วิจัยจะประสานกับห้องยาให้จัดยาเตรียมไว้และผู้วิจัยจะดำเนินการรับยามาให้โดยท่านไม่ต้องดำเนินการเอง ขณะที่ท่านตอบแบบสอบถาม หากท่านมีอาการหายใจหอบเหนื่อย เหนื่อย ฝืนร่วมในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะขอยุติการตอบแบบสอบถามทันที และให้พักในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ และดูแลให้การพยาบาลจนกระทั่งมีอาการทุเลาลง และผู้วิจัยจะถามความเห็นของท่านในการยุติการสนทนา และนัดหมาย วัน เวลา ที่ท่านพร้อมในภายหลังอีกครั้ง หากอาการไม่ทุเลาผู้วิจัยจะรายงานพยาบาลประจำคลินิก เพื่อให้ท่านได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์อีกครั้ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการสนับสนุนในการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันการและควบคุมอาการหายใจลำบาก และสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้วางแผนการพยาบาลและพัฒนาแนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านในครั้งนี้ เป็นไปตามความสมัครใจ ไม่ว่าท่านจะตอบรับหรือปฏิเสธ การตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษาที่ท่านจะได้รับขณะเข้ารับการรักษาหรือเข้ารับบริการ และในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธ หรือถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องโดยไม่จา

เป็นต้องบอกหรือชี้แจงแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนั้นจะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลตัวของกลุ่มตัวอย่าง เป็นความลับ และดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัย จะไม่มีการอ้างถึงกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ชื่อในรายงานใดๆที่เกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ และจะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ข้าพเจ้า นางวิภา เจริญสินรุ่งเรือง หมายเลขโทรศัพท์ 081-5893989

.....

(นางวิภา เจริญสินรุ่งเรือง)

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา 31 ถนนยุทธดำเนิน ตำบลหน้าเมือง อ.เมือง จ. ฉะเชิงเทรา 24000

ในเอกสารนี้มีข้อความที่อ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

หัวข้อวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา”

ให้คำยินยอมวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้า จะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างบนแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางวิภา เจริญสินรุ่งเรือง)

ภาคผนวก จ

เอกสารแสดงผลการพิจารณาจริยธรรม

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย




โรงพยาบาลบ้านโพธิ์
วันที่ 19/5/6
วันที่ 29 มิ.ย. 2561

ที่ ผช ๐๐๓๒ / ๑๓๔๔๗

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
๓๓ ถนนยุทธดำเนิน ผช ๒๔๐๐๐

๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๑

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโพธิ์

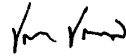
สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ฯ ได้พิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ฯ ในโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา (Effect of Self-Management Support Program in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patient of Banpho Hospital Chachoengsao) โดย นางวิภา เจริญสินรุ่งเรือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ซึ่งมีมติที่ประชุม “สมควรรับรองโดยไม่มีการแก้ไขโครงการ (มีแก้ไขน้อยกว่าร้อยละ ๑๐)” ผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขโครงการวิจัย ตามข้อเสนอแนะอื่นๆ เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ฯ จึงได้ส่งเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์โครงการวิจัยดังกล่าวตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งผู้วิจัยดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



นายแพทย์สมชาย ประสงค์ศิริ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

เสนอ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์

☒ เพื่อไปตรวจ☐ เพื่อไปขอใบรับรอง☒ เพื่อไปขอใบรับรอง

นางวิภา เจริญสินรุ่งเรือง

☐ อื่นๆ☐ ทราบ☐ เพื่อไปดำเนินการ☒ ผู้วิจัยขอทราบ จ.น.อ.ก. เจริญสินรุ่งเรือง☐ อื่นๆ

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร: ๐ ๓๘๕๑ ๑๑๘๙, ๐ ๓๘๕๑ ๑๖๔๐ ต่อ ๑๐๙, ๑๑๐

โทรสาร ๐ ๓๘๕๑ ๒๔๐๐

(นางสาวมาลีตา พรหมศิริ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโพธิ์



PH_CCO_REC ๐๐๗/๒๕๖๑

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
CHACHOENGSAO PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์
โดย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

รหัสโครงการวิจัย : PH_CCO_REC ๐๐๗/๒๕๖๑

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา
(Effect of Self-Management Support Program in Chronic Obstructive
Pulmonary Disease Patient of Banpho Hospital Chachoengsao)

ผู้วิจัยหลัก : นางวิภา เจริญสินรุ่งเรือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงานที่สังกัด : โรงพยาบาลบ้านโพธิ์

การพิจารณา :

[/] การพิจารณาโครงการวิจัยแบบคณะกรรมการฯ ครบชุด (Full Board)

[] การพิจารณาโครงการวิจัยแบบเร่งด่วน (Expedited)

ผลการพิจารณา :

[] เป็นโครงการวิจัยที่เข้าข่ายยกเว้น (Exemption review)

[/] สมควรรับรอง

[] สมควรรับรอง โดยปรับปรุงแก้ไขโครงการตามข้อเสนอแนะ

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบตามหลักการพิจารณาจริยธรรมของ

[] ICH - GCP Guidelines

[/] US Belmont Report

[] Declaration of Helsinki

รายงานความก้าวหน้า :

[] ทุก ๓ เดือน

[] ทุก ๖ เดือน

[/] สิ้นสุดการวิจัย หรือไม่เกิน ๑ ปี

วันที่รับรอง : ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๑

วันที่สิ้นสุดการรับรอง : ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๒

ลงนาม.....

(นายกสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์)

รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

รายละเอียดแนบท้ายเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ฉะเชิงเทรา ต้องปฏิบัติตามนี้

๑. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
๒. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญชวนเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณา : ถ้ามี)
แบบสัมภาษณ์ และ/หรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยฯ แล้วเท่านั้น
๓. รายงานความก้าวหน้าของการวิจัยให้คณะกรรมการฯ ทราบตามกำหนดที่ระบุในเอกสารรับรองฯ
๔. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่เกิดขึ้นให้คณะกรรมการฯ ทราบโดยเร็ว ภายใน ๕ วันทำการ
๕. รายงานส่วนแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัยให้คณะกรรมการฯ พิจารณารับรอง
ก่อนดำเนินการทุกครั้ง
๖. รายงานการเบี่ยงเบนหรือไม่ปฏิบัติตามโครงการวิจัย ให้คณะกรรมการฯ ทราบ
เมื่อมีการไม่ปฏิบัติตามโครงการวิจัย
๗. รายงานการยุติการวิจัยก่อนกำหนด และรายงานสรุปผลการวิจัย ให้คณะกรรมการฯ ทราบ
เมื่อมีการยุติการวิจัยก่อนกำหนด และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

นางวิภา เจริญสินรุ่งเรือง

วัน เดือน ปีเกิด

15 กันยายน พ.ศ.2504

สถานที่เกิด

จังหวัดฉะเชิงเทรา

สถานที่อยู่ปัจจุบัน

37 หมู่ 1 ตำบล บ้านโพธิ์ อ. บ้านโพธิ์ จ. ฉะเชิงเทรา

ตำแหน่งและประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2528-ปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

หน้าที่ปัจจุบัน

ปฏิบัติงานเป็นหัวหน้างานผู้ป่วยนอก

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านโพธิ์

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2528

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี

พ.ศ. 2547

อนุปริญญาบัตรการพยาบาลเฉพาะทางการตรวจและรักษาโรคเบื้องต้น

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล