

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรม
การจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด

ธนัญชกร ช่วยทำว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

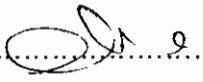
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

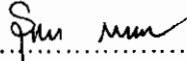
สิงหาคม 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ชาญชกร ช่วยท้าว ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

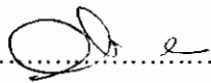
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

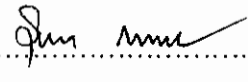
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชา วชิราวัฒน์)

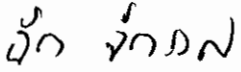
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา กรเพชรปानी)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

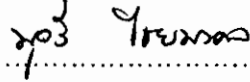
.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.สาขพิณ เกษมกิจวัฒนา)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชา วชิราวัฒน์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา กรเพชรปानी)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันทนา จันทวงศ์)

คณะพยาบาลศาสตร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 13 เดือน กันยายน พ.ศ. 2558

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วริยา วชิราวัฒน์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา กรเพชรปानी กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกที่ได้กรุณาเป็นที่ปรึกษา ให้ความเมตตาเอาใจใส่ และคอยให้คำชี้แนะทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนทุ่มเทเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ เป็นอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการ ปรับปรุงแก้ไข จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่านที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ ให้คำแนะนำ ในระหว่าง การศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัย และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น พร้อมกันนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอุ้มผางพิสัย ที่อนุญาตให้ลาศึกษาต่อ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุ้มผางพิสัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่กรุณา อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้การอบรมสั่งสอน เลี้ยงดูเป็นอย่างดี รวมทั้งญาติพี่น้อง ที่สนับสนุนเป็นกำลังใจตลอดมา ขอขอบพระคุณหัวหน้าศึกษาระบบรักษา และ เพื่อนร่วมงาน รวมถึงพี่ ๆ เพื่อน ๆ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และสาขาวิชาอื่น ตลอดจนผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ห่วงใยและให้ความช่วยเหลือตลอดมา ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ธนัญชกร ช่วยท้าว

52921174: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง/ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/ ความรู้/
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง/ อาการหายใจลำบาก/ สมรรถภาพปอด

รณัญชกร ช่วยท้าว: ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด

(EFFECTS OF A SELF-MANAGEMENT SUPPORT PROGRAM IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE ON KNOWLEDGE, SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS, DYSPNEA, AND LUNG FUNCTION) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วริยา วชิราวัฒน์, พย.ค., สุชาดา กรเพชรปानी, Ph.D. 111 หน้า. ปี พ.ศ. 2558.

การศึกษาที่ทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในคลินิกโรคหอบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 52 ราย สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง แบบวัดอาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ด้วยเครื่องออกโตสไปโรมิเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติทดสอบค่าทีชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน และชนิดสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอด ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยหายใจลำบาก ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและสมรรถภาพปอดสูงขึ้น ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะว่าควรนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

52921174: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: SELF-MANAGEMENT SUPPORT PROGRAM/ CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE/ KNOWLEDGE/ SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS/ DYSPNEA/ LUNG FUNCTION

THANANCHAKORN CHOUYTHOA: EFFECTS OF A SELF-MANAGEMENT SUPPORT PROGRAM IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE ON KNOWLEDGE, SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS, DYSPNEA, AND LUNG FUNCTION. ADVISORY COMMITTEE: WARIYA WACHIRAWAT, D.N.S., SUCHADA KORNPETPANEE, Ph.D. 111 P. 2015.

This quasi-experimental study aimed to study the effects of a self-management support program in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on knowledge, self-management behaviors, dyspnea and lung function. Subjects were COPD patients attending the chest clinic of outpatient department, Uthumporn Phisai Hospital, Srisaket province. Fifty two COPD patients who met inclusion criteria were randomly selected and assigned into either experimental (n = 26) or control group (n = 26). The experimental group received the self-management support program whereas the control group obtained the routine nursing care. Research instruments consisted of Knowledge Questionnaire, Self-management Behaviors Questionnaire, Dyspnea Visual Analogue Scale, and spirometry for measuring lung function test. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent and independent *t*-test.

The results of this study revealed that:

1. After receiving the self-management support program, the mean scores of knowledge, self-management behaviors and lung function were significantly higher than those receiving routine care ($p < .001$).
2. After receiving the self-management support program, the mean scores of dyspnea was significantly lower than those receiving routine care ($p < .001$).

Findings of this study showed that the Self-management support program was able to increase knowledge, self-management behaviors and lung function. The researcher also recommends that the self-management support program should be applied to nursing practice for caring patients with COPD.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	10
สมรรถภาพปอด	14
อาการหายใจลำบาก.....	17
ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	19
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	21
แนวคิดการจัดการตนเอง	27
กิจกรรมสร้างสุข.....	35
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	40
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย.....	43
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	45

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	53
4 ผลการวิจัย	55
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
5 สรุปและอภิปรายผล	63
สรุปผลการวิจัย	63
อภิปรายผลการวิจัย	64
ข้อเสนอแนะ.....	70
บรรณานุกรม	72
ภาคผนวก	82
ภาคผนวก ก	83
ภาคผนวก ข	85
ภาคผนวก ค	95
ภาคผนวก ง	103
ภาคผนวก จ	109
ประวัติย่อของผู้วิจัย	111

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4-1 จำนวน ร้อยละ และค่าไควส์แควร์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	56
4-2 จำนวน ร้อยละ และค่าไควส์แควร์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลภาวะสุขภาพ	58
4-3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม	59
4-4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง	60
4-5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุม	61
4-6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม	62

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1-1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
2-1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ปัจจัยด้านการรู้คิด และปัจจัยทางด้านสตรีวิทยา.....	29

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคในระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลก (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2008) จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2020 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโลก (World Health Organization [WHO], 2011; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2014) และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้น สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 จาก 10 อันดับของสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ จากรายงานสถิติในปี พ.ศ. 2553 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการป่วยเป็นอันดับสองของประเทศ ด้วยจำนวนผู้ป่วย 34,188 คน คิดเป็นอัตราป่วย 157.97 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) ส่วนในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษา ปี พ.ศ. 2555 และปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนทั้งสิ้น 453 ราย และ 456 ราย ตามลำดับ และเข้ารับรักษาในแผนกฉุกเฉินด้วยอาการหายใจลำบากเฉียบพลันในปี พ.ศ. 2555 เป็นจำนวน 154 ราย ส่วนในปี พ.ศ. 2556 เป็นจำนวน 167 ราย (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย, 2556) จากข้อมูลด้านสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นมีปัญหาจากอาการหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อระบบบริการทางสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ ซึ่งเกิดจากการระคายเคืองเรื้อรัง ทำให้ปอดเกิดการอักเสบมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในหลอดลม และภายในเนื้อปอดทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดลม ซึ่งการดำเนินของโรคจะค่อยเป็นค่อยไปแต่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ (วัชร บัญญัติ, 2548; GOLD, 2014) เมื่อโครงสร้างภายในเนื้อปอดถูกทำลาย ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเกิดการกั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในถุงลมปอด ส่งผลให้ปริมาณก๊าซออกซิเจนลดลง เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Lacasse, Goldstein, Lasserson, & Martin, 2006; Daheshia, 2005) ทำให้ต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้นผู้ป่วยจึงมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย จากพยาธิสภาพที่กล่าวมามีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ด้านร่างกายพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพ และ

ความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีอาการหายใจลำบากซึ่งจะส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง (Barnett, 2011) รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นและต่อครอบครัวลดลงเช่นกัน เมื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองลดลง ทำให้ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว การทำหน้าที่ตามบทบาทที่มีการเปลี่ยนแปลง (Ries, 2006) นอกจากนี้หากการดำเนินของโรคยังคงเพิ่มระดับความรุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของปอด การแลกเปลี่ยนก๊าซขาดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาด้วยอาการหายใจลำบาก รุนแรง สูญเสียค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นตามไปด้วย

จากผลกระทบดังกล่าวพบว่าอาการหายใจลำบาก เป็นอาการที่คุกคามต่อการปฏิบัติหน้าที่และกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเป็นอาการที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด (Pan et al., 2012) ดังนั้นการควบคุมอาการหายใจลำบาก สามารถลดความรุนแรงของโรคได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ให้สอดคล้องกับอาการเจ็บป่วยจึงถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ปฏิบัติหน้าที่ได้ด้วยตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น (Tabak, Akker, & Hermie, 2014) ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการนอนหลับพักผ่อน เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับวิถีชีวิตส่วนตัวที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนเช่นกัน (Kheirabadi, Keypour, Attaran, Bagherian, & Maracy, 2008) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจะประสบความสำเร็จได้นั้นขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล (Clark et al., 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา สุขประเสริฐ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการอาการหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมจัดการจัดการอาการหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง คือ การรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการอาการหายใจลำบากเรื้อรัง ทำนายได้ร้อยละ 67 ($Beta = .82, p < .001$) ดังนั้นต้องมีความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยมีความรู้ และความเข้าใจเพื่อตัดสินใจกระทำการจัดการด้วยตนเอง (Jassem et al., 2010; Lemmens, Nieboer, & Huijsman, 2008)

สอดคล้องกับข้อมูลด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รู้เพียงแต่เป็นโรคปอดและมีอาการเหนื่อย หายใจหอบ และไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ขอมรับว่าไม่ทราบวิธีจัดการตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมความรุนแรงของโรค เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การจัดทำทางที่เหมาะสม การบริหารการหายใจ และเทคนิคการพ่นยาไม่ถูกต้อง บางคนจดจำข้อมูลที่สอนไม่ได้เนื่องจากเครียด มีความทุกข์ใจเรื่องการประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้ หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ด้วยตนเอง ซึ่งเกิดจากการขาดข้อมูล ขาดความรู้ และขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เนื่องจากการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสามารถชะลอความรุนแรงของโรคได้ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงต้องตระหนักรู้และเห็นความสำคัญของการให้ความรู้ และดูแลด้านจิตใจ รวมทั้งข้อมูลที่เป็นประโยชน์

ในการดูแลเพิ่มมากขึ้น การส่งเสริมให้ความรู้ และฝึกทักษะให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และตรงตามความต้องการ จะช่วยให้ความรุนแรงของโรคลดลง และจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ (Disler, Gallagher, & Davidson, 2012)

แม้ปัจจุบันมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก้าวหน้าไปมากแล้ว แต่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านจิตใจ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 82 มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความกลัว (Elkington, Patrick, Addington-Hall, Higgs, & Edmonds, 2005; Zhukava & Shot, 2012) เมื่อมีการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากสูง จะมีระดับความวิตกกังวลและซึมเศร้าสูงขึ้นตามไปด้วย (Gamal & Yorke, 2014) ซึ่งจากปัญหาและความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาแผนการพยาบาลที่สนับสนุนให้เกิดความผาสุกในการดำเนินชีวิต โดยนำการจัดการตนเองเพื่อสร้างเสริมความสามารถในการจัดการกับโรค และเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคได้ สามารถลดผลกระทบต่อสุขภาพ และการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย (Yu, Guo, & Zhang, 2014; Smeulders et al., 2010)

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในการเรียนรู้ ดูแลรักษาสุขภาพ และป้องกันปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง รวมทั้งตระหนักถึงภาวะคุกคามต่อชีวิตตนเอง มองเห็นคุณค่าของการปฏิบัติด้วยตนเอง โดยการมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ (Tobin, Reynolds, Holroyd, & Creer, 1986) และเพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเป็นประโยชน์ต่อตนเอง เกิดการยอมรับพฤติกรรมที่แสดงออก และการตอบสนองการปฏิบัติด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงนำขึ้นตอนตามรูปแบบการกำกับตนเอง (Self-regulation model) ของ Kanfer and Gaelick (1986) ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมให้เกิดการจัดการด้วยตนเองประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การสังเกตและบันทึกการปฏิบัติ (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ซึ่งการปฏิบัติตัวให้เป็นไปตามกระบวนการกำกับตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประสบความสำเร็จในการจัดการด้วยตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองศึกษาในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ความรู้และการฝึกทักษะเป็นสำคัญ ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น และอาการหายใจลำบากลดลง (จินตนา บัวทองจันทร์, 2548; ธิดิภรณ์ ยอเสน, 2554) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวล ด้วยเทคนิคการหายใจแบบลึกร่วมในโปรแกรม พบว่าอาการหายใจลำบากและความวิตกกังวลลดลง (จุฬารักษ์ คำพานุศย์, 2550; นพพร เชาวะเจริญ, 2540) แต่การศึกษาดังกล่าวศึกษาในระยะเวลาสั้น และกลุ่มตัวอย่างน้อย รวมทั้งวิธีการดูแลด้านจิตใจยังไม่ครอบคลุม และทำการศึกษาไว้เป็นระยะเวลานาน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ร่วมกับกิจกรรมสร้างสุข เพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจด้วยกิจกรรมสร้างสุข ประกอบด้วย กิจกรรมปรับมุมมองชีวิตด้านบวก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยเสียงเพลง และสร้างสมาธิ ซึ่งจะส่งเสริมการผ่อนคลาย มีสมาธิ และช่วยกระตุ้นระบบความจำ ทำให้การรับรู้จดจำข้อมูลที่พยาบาลให้ได้ดีขึ้น และรู้สึกมีความสุข (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554; บุญกร บิณฑสันต์, 2553) รวมทั้งส่งเสริมกระบวนการคิด พิจารณาเหตุปัจจัยที่เกิดการเจ็บป่วย ยอมรับและตอบสนองการดูแลตนเองด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสม ร่วมกับการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย โดยผ่านกระบวนการคิด และตัดสินใจด้วยตนเองภายใต้ข้อมูลที่ถูกต้อง และตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเอง เพื่อป้องกัน และชะลอความรุนแรงของโรคต่อไป โดยเลือกศึกษาในคลินิกโรคหอบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล อุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถดูแลจัดการการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด โดย

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

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอด ระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง
2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนอาการหายใจลำบากระยะหลังการทดลอง ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

3. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอด ระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

4. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนอาการหายใจลำบาก ระยะหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดมาจากการจัดการด้วยตนเอง (Self-management) ของ Kanfer and Gaelick (1986) พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (Social cognitive theory) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งเชื่อว่าไม่มีใครสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลอื่นได้ และยังเป็นแนวคิดที่มีกระบวนการชัดเจน โดยบุคคลจะเกิดการเรียนรู้ ตระหนักถึงภาวะคุกคามจากโรค และรับผิดชอบเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติมากขึ้น รวมทั้งมีการตอบสนองด้วยการควบคุมตนเอง การให้ความสนใจ และสร้างแรงกระตุ้นด้วยตนเอง โดยการประเมินตนเอง ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ ส่งผลให้เกิดการจัดการด้วยตนเองและป้องกันปัญหาทางสุขภาพ รวมถึงการประสานความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลสุขภาพด้วย (Tobin et al., 1986) ในการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา สร้างแรงกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตนเองต้องการ ตามรูปแบบการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง (Self-monitoring) เป็นขั้นตอนการสังเกต และตั้งเป้าหมาย ติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเองอย่างมีแบบแผน

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินพฤติกรรม หรือการปฏิบัติของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐาน หรือเป้าหมายที่กำหนดด้วยตนเอง โดยนำข้อมูลจากการบันทึกหรือสังเกตในขั้นตอนการติดตามมาเปรียบเทียบ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น ตระหนักถึงความสำคัญว่าพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ ควรนำมาปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยงได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) การเสริมแรงตนเองนั้นเป็นการให้แรงเสริมแก่ตนเอง เมื่อปฏิบัติกิจกรรมสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ หรือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแนวคิดการจัดการตนเอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินและเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยการสร้างสัมพันธภาพ และกิจกรรมสร้างสุขให้เกิดความผ่อนคลายและมีสมาธิ ร่วมกับ

การปรับเปลี่ยนมุมมองชีวิตโดยการระบายความรู้สึกโดยการจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดการอาการหายใจลำบาก และตั้งเป้าหมายร่วมกัน สนับสนุนการปฏิบัติการจัดการตนเองด้วยการให้ความรู้ และฝึกทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งแจ้งการใช้กระบวนการตามรูปแบบการกำกับตนเอง

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

ระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านพร้อมทีมเยี่ยมบ้าน คือนักกายภาพบำบัด และเภสัชกร เพื่อติดตามผลและประเมินจากแบบบันทึกการกำกับตนเองกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ เสริมแรงทางบวกเพื่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมพบกลุ่มที่โรงพยาบาล 4 ครั้ง ติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ผู้วิจัยเชื่อว่าหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองแล้ว จะทำให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ต่อเนื่องและเหมาะสม ส่งผลให้อาการหายใจลำบาก ลดลง และค่าสมรรถภาพปอดสูงขึ้น สรุปเป็นความสัมพันธ์ของตัวแปรในกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังภาพที่ 1-1

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เป็นโปรแกรมที่ดำเนินการอย่างมีแบบแผนร่วมกับการพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งมิติด้านร่างกายและมิติด้านจิตใจ โดยประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยทำการประเมินและเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเอง มิติด้านจิตใจใช้กิจกรรมสร้างสุขในการสร้างสัมพันธภาพ สร้างสมาธิและความผ่อนคลาย ผู้วิจัยให้ความรู้ และฝึกทักษะการจัดการตนเอง ทำการชี้แจงการบันทึกตามรูปแบบการกำกับตนเอง

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างนำความรู้และทักษะการจัดการตนเอง ปฏิบัติกรรมตามขั้นตอนการกำกับด้วยตนเอง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมแรงตนเอง

ระยะที่ 3 ผู้วิจัยติดตามและประเมินผลการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยพบกลุ่ม 4 ครั้ง ติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์

ความรู้
พฤติกรรมจัดการตนเอง
อาการหายใจลำบาก
ค่าสมรรถภาพปอด

ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ที่คลินิกโรคหอบ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 52 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย กลุ่มควบคุม 26 ราย และดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วยตัวแปรต้น และตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ตัวแปรตาม คือ ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และ

สมรรถภาพปอด

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 35-60 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีระดับความรุนแรง 2-3 ที่มาตรวจรักษาที่คลินิกโรคหอบ ในวันจันทร์และวันศุกร์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยจังหวัดศรีสะเกษ

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมอย่างมีแบบแผนตามขั้นตอนที่กำหนด เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม โดยมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยนำแนวทางการจัดการตนเอง ตามรูปแบบการกำกับตนเอง ของ Kanfer and Gaelick (1986) การให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การฝึกทักษะ และกิจกรรมสร้างสุขให้เกิดความผ่อนคลายและมีสมาธิ 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)

พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง จนเกิดความชำนาญ และมั่นใจในการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยพฤติกรรม 3 ด้าน ดังนี้ 1) พฤติกรรมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต คือ การเลิกสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 2) พฤติกรรมจัดการอาการหายใจลำบาก คือ การบริหารการหายใจ การใช้ยาขยายหลอดลม การไออย่างมีประสิทธิภาพ การสงวนพลังงาน การรักษาด้วยออกซิเจน และ 3) พฤติกรรมจัดการอารมณ์ โดยประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาจากแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของ สุภาภรณ์ ค้วงแพง (2548)

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

สมรรถภาพปอด หมายถึง ความจุปอด และการระบายอากาศ เป็นการบอกการอุดกั้นของทางเดินหายใจ โดยใช้เครื่องมือการทดสอบสมรรถภาพของปอดที่เรียกว่า สไปโรมิเตอร์ ชื่อ Auto spirometer รุ่น Vitalograph COPD-6TM เพื่อวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและเต็มที่

หลังการหายใจเข้าเต็มที่ หรือปริมาตรอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและเต็มที่ภายใน 1 วินาที

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ได้ทำการศึกษาและค้นคว้าแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้จากตำรา เอกสาร และบทความวิจัยต่าง ๆ โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

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

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) หมายถึง โรคที่มีพยาธิสภาพของการอุดกั้นในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร เป็นชนิดที่ไม่สามารถทำให้กลับคืนมาเป็นปกติได้ (Not fully reversible airway obstruction) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่หลอดลมและเนื้อปอด ซึ่งการอุดกั้นทางเดินหายใจนี้เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ การดำเนินโรคจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ แบบค่อยเป็นค่อยไป ถ้าการอักเสบยังดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ ทำให้สมรรถภาพปอดเสื่อมสภาพต่อไป (วัชรรา บุญสวัสดิ์, 2548; GOLD, 2008) และมีการจำกัดของการหายใจออก (Fischer et al., 2007; Honig & Ingram, 2001) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเกิดร่วมกันระหว่างโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary emphysema) และมีลักษณะทางคลินิกคล้ายคลึงกันจึงเรียกรวมกันว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Nici et al., 2006; Wright & Churg, 2006) แต่ทั้งโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพองนั้น ถ้าสามารถวินิจฉัยได้อย่างแน่นอนก็ไม่รวมไว้ในกลุ่มของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Barnett, 2011; Jardins & Burton, 2006)

สาเหตุ

สาเหตุการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สาเหตุที่สำคัญคือการสูบบุหรี่ ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีประวัติการสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณมากหรือสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน มีโอกาสเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ (McDonald, 2005; Vozoris & Stanbrook, 2011) ส่วนสาเหตุอื่นได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่มีมลภาวะทางอากาศหรือสารพิษที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ ภาวะภูมิแพ้ที่มีการตอบสนองไวเกินของหลอดลม ทำให้หลอดลมไวต่อการหดเกร็งตัว การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และปัจจัยทางพันธุกรรม เนื่องจากขาดสารยับยั้งการสร้างโปรตีนสารอัลฟา-1 แอนติทริปซิน (Alpha 1-antitrypsin) หรืออัลฟา 1-โปรเตเอส อินฮิบิเตอร์ (Alpha 1-protease inhibitor) เป็นการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงที่รุนแรงในการเกิดโรคปอดและโรคตับ (Carter & Tjep, 2008) ซึ่งเป็นสารที่ไปยับยั้งไม่ให้เกิดการทำลายเนื้อปอด เมื่อขาดสารนี้ทำให้มีการทำลายเนื้อปอดเกิดโรคถุงลมโป่งพองตั้งแต่อายุยังน้อยได้ (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2548; อัมพรพรรณ ชีรานุตร, 2542)

พยาธิสภาพของโรค

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยโรคหลอดลมอักเสบและโรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังนั้น พบว่าต่อมเมือกที่ผนังหลอดลมมีมากขึ้น ทำให้ปริมาณเสมหะมากกว่าปกติ เกิดอาการระคายเคืองต่อหลอดลม และไอเรื้อรังร่วมกับมีเสมหะ ส่งผลให้มีการตีบแคบของหลอดลม การระบายอากาศลดลง ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดเสียไป มีอากาศค้างค้ำอยู่ในถุงลม มีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เกิดภาวะเลือดขาดออกซิเจน และมีปริมาณก๊าซคาร์บอน ไดออกไซด์คั่งตามมา เกิดความดันในหลอดเลือดแดงปอดสูงขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้มีภาวะเป็นกรดจากการหายใจ ระดับคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้นเพื่อที่จะดันแรงดันปอดที่สูงขึ้น ทำให้เกิดภาวะหัวใจซิกขวาโตตามมา มีภาวะบวมจากหัวใจห้องขวาวาย และอาการตัวเขียวจากการขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง ส่วนโรคถุงลมโป่งพองนั้นเป็นภาวะที่มีการทำลายผนังของถุงลม ทำให้ถุงลมฝอยส่วนปลายพองกว่าปกติ เมื่อถุงลมขยายตัวโป่งพองขึ้นจะไปกดถุงลมขนาดเล็ก เกิดการอุดกั้นของหลอดลม ส่งผลให้หลอดเลือดแดงมาเลี้ยงที่ปอดได้น้อยลง และการระบายอากาศลดลง จึงทำให้อัตราส่วนของการระบายอากาศต่อการไหลเวียนเปลี่ยนแปลงไป แต่เมื่อเนื้อเยื่อปอดและหลอดเลือดฝอยในปอดถูกทำลายมากขึ้น แรงต้านทานในหลอดเลือดฝอยจะเพิ่มสูงขึ้นจนเกิดภาวะหัวใจซิกขวาวายได้ในระยะสุดท้ายของโรค (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2548; สมเกียรติ วงษ์ทิม และชัยเวช นุชประยูร, 2542)

อาการและอาการแสดง

เนื่องจากพยาธิสภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ และเสื่อมลงเรื่อย ๆ บางครั้งอยู่ในระยะสงบ เริ่มแรกอาจยังไม่มีอาการเลย ต่อมามีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะมากขึ้น เมื่อเป็นมาก

จะรู้สึกได้ว่าเหนื่อยง่ายเมื่อต้องออกแรง ขณะหายใจออกจะมีเสียงหวีด (Wheezing) มีอาการหายใจลำบากร่วมด้วย ในระยะนี้อาการยังไม่รุนแรง หากทิ้งไว้จนกระทั่งอาการรุนแรงขึ้น จะทำให้ไม่สามารถทำงานหรือออกแรงหนักได้ และมีความรู้สึกที่ทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) รวมทั้งต้องใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจและออกแรงมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อหายใจออก อาการแสดงที่เห็นคือเวลาหายใจออกต้องเป่าปาก (Pursed-lip breathing) เมื่อโรคมีความก้าวหน้ามากขึ้นจะมีอาการหายใจลำบากรุนแรงและมีความถี่ของการเกิดอาการบ่อยครั้งขึ้น เกิดความเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ น้ำหนักลดลง มีความวิตกกังวล รู้สึกสิ้นหวัง และอาการซึมเศร้า ตามมา (Zhukava & Shot, 2012) ส่วนการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม จะส่งผลถึงผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงด้วย (Elkington et al., 2005; Omachi et al., 2009; Ries, 2006)

แนวทางการรักษา

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

1. เพื่อป้องกันความก้าวหน้าของโรค โดยการเลิกสูบบุหรี่ (Smoking cessation) เพราะบุหรี่มีสารที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของปอด เช่น การทำลายขนกวัดที่เชื่อมหลอดลม เกิดการสะสมของสารพิษจากบุหรี่ทำให้หลอดลมอักเสบระคายเคือง การระคายเคืองอากาศเปลี่ยนแปลง พบว่าการเลิกบุหรี่มีผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ช่วยชะลอให้การดำเนินของโรคช้าลง และแนะนำให้หลีกเลี่ยงมลพิษทางอากาศ (Vozoris & Stanbrook, 2011)

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

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

4. เพิ่มสมรรถภาพของร่างกาย เป้าหมายเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเพิ่มคุณภาพชีวิต ควรเริ่มฝึกทักษะในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายที่เริ่มมีอาการหายใจลำบาก

เหนื่อยหอบง่ายเมื่อทำกิจกรรม (วิศิษฐ์ อุดมพานิชย์, 2550; GOLD, 2014) เป็นการสร้างความแข็งแรงให้ร่างกาย และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary rehabilitation) โดยการให้ความรู้และฝึกการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เช่น การออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ ฝึกการไอขับเสมหะที่มีประสิทธิภาพ

5. เพื่อฟื้นฟูสภาวะทางจิตใจ เมื่อมีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายเกิดขึ้น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลต่อสภาพจิตใจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคม เช่น ความเศร้าหมอง การเผชิญปัญหา และวิถีชีวิตส่วนตัว การที่สามารถกระทำตามบทบาทหน้าที่ทำให้เกิดความผาสุกได้นั้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถประเมินความรุนแรงของปัญหาและครอบครัวต้องมีส่วนร่วมรับรู้ในการแก้ไขปัญหา (Shum, Poureslami, Cheng, & FitzGerald, 2014)

การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถทำได้หลายวิธี ประกอบด้วย การซักประวัติการเกิดโรค รวมทั้งอาการของผู้ป่วย เช่น อาการหอบเหนื่อย ไอเรื้อรังมีเสมหะ (Peate, 2011) รวมไปถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ การได้รับควันพิษหรือฝุ่นละอองต่าง ๆ 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 หรือบางครั้งมีอาการกำเริบเฉียบพลันขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ประสบปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Geiger & Kwon, 2009) ผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถรับรู้ความรุนแรงของโรคได้ดังนี้

1. ผลกระทบที่มีต่อด้านร่างกาย จะพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะพยายามใช้แรงในการหายใจมากขึ้นทำให้ความต้องการออกซิเจน มีมากกว่าปริมาณออกซิเจนที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจเกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อกระบังลม การระบายอากาศส่วนล่างขาดประสิทธิภาพและหายใจเร็วขึ้น ต้องใช้แรงมากในการหายใจ จึงทำให้เกิดหายใจลำบากขึ้น (Barnett, 2011; Brims, Davies, & Lee, 2010; Jardins & Burton, 2006) อาการหายใจลำบากที่มีระดับความรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมทางกายลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง หากรับประทานอาหารปริมาณมากทำให้รู้สึกอึดอัด และไม่สุขสบาย ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางโภชนาการ (Barnett, 2011; Ferreira, Brooks, Lacasse, & Goldstein, 2000) รวมถึงส่งผลให้มีสมรรถภาพทางเพศลดลง และแบบแผนการนอนหลับผิดปกติเกิดความเหนื่อยล้า (Theander & Unosson, 2004)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ เกิดการพึ่งพาผู้อื่นทำให้คิดว่าตนเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง กลัว ขาดการนับถือตนเอง ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดและความสิ้นหวัง เมื่อมีความวิตกกังวล จะส่งผลให้เพิ่มแรงขับในการหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้หายใจทำงานหนักและมีความต้องการออกซิเจนที่สูงขึ้น เกิดอาการหายใจลำบาก มากขึ้น มีภาวะซึมเศร้าตามมา สุดท้ายสิ้นหวังที่จะดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป (Geiger & Kwon, 2009; Plaufcan, Wamboldt, & Holm, 2012)

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากเรื้อรัง ทำให้ต้องเข้ารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ร่วมกับถูกจำกัดกิจกรรมทางกาย เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากเรื้อรังทำให้ต้องหยุดงาน และสูญเสียงาน ทำให้รายได้ไม่เพียงพอกับการดำเนินชีวิตของตนเองและสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งการรักษาเป็นระยะเวลายาวนานส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้จะมีระบบบริการทางสุขภาพรองรับเรื่องค่ารักษาพยาบาล แต่ภาระค่าเดินทาง และค่าอาหารก็เป็นผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง

สมรรถภาพปอด

ความหมาย

สมรรถภาพปอด (Lung function) หมายถึง ความจุปอด และการระบายอากาศของปอด (Celli, 2000) การตรวจสมรรถภาพการทำงานของปอดจะช่วยบ่งบอกความสามารถในการทำงานที่ของปอด โดยการใช้เครื่องมือวัดสมรรถภาพการทำงานของปอด ซึ่งจุดประสงค์ของการประเมินสมรรถภาพปอดนั้นเพื่อคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะเริ่มต้น ยืนยันการตรวจวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และประเมินความรุนแรงของโรค (อัมพรพรรณ ชีรานูตร, 2542)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นเกิดจากการอุดกั้นของหลอดลม เนื่องจากเกิดการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ร่วมกับมีถุงลมโป่งพองทำให้การระบายอากาศออกจากถุงลมปอดช้ากว่าปกติ มีการคั่งค้างของปริมาตรอากาศในถุงลมปอด ส่งผลให้ความจุปอดผิดปกติไม่สามารถระบายอากาศตามเวลาที่กำหนด การที่จะทราบว่ามีการระบายอากาศตามเวลาที่กำหนดหรือไม่นั้นทราบได้ จากการตรวจสมรรถภาพปอด เป็นการประเมินระดับการอุดกั้นของทางเดินอากาศบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของปอดอาจไม่สัมพันธ์กันระหว่างอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยตามระยะการดำเนินของโรค (Vermeire, 2002)

1. ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถภาพการทำงานของปอด

สมรรถภาพปอดนั้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้าน โครงสร้าง และการทำหน้าที่ของปอด เนื่องจากมีปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามามีอิทธิพลต่อการทำงานของปอด (อัมพรพรรณ ชีรานูตร, 2542;

Jefferies & Turley, 1999) ดังนี้

1.1 พบว่าเพศชายมีความจุปอดมากกว่าเพศหญิงแม้จะมีอายุเท่ากัน แม้เพศเดียวกันหากมีขนาดของรูปร่างแตกต่างกัน ความจุปอดก็มีความแตกต่างกันเช่น คนสูงกว่ามีความจุปอดมากกว่าคนเตี้ย

1.2 อายุ พบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นมีผลต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ (Jones, 2001) เนื่องจากความยืดหยุ่นของเนื้อปอดน้อยลง Elastic และ Collagen ที่ประกอบเป็น โครงสร้างของผนังถุงลม และหลอดเลือด แต่ถ้ามีพยาธิสภาพทำให้การเรียงตัวของคอลลาเจนผิดปกติ จะทำให้การยืดหยุ่นเสียไปทำให้หลอดลมฝอยแฟบขณะหายใจออก เกิดการแลกเปลี่ยนแก๊สได้ลดลง (พรรณิภา สืบสุข, 2554)

โดยทั่วไปพบว่าค่า FEV_1/FVC จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นและจะแปรผันตามอายุ เพศที่แตกต่างกัน เช่นในผู้ป่วยอายุมากกว่า 41 ปี และในผู้หญิงอายุมากกว่า 52 ปี ค่า FEV_1/FVC จะลดลง < 0.7 ดังนั้นเมื่อมีอายุมากขึ้นอัตราการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก็จะมีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย (Ferrara, 2011)

1.3 การสูบบุหรี่ เมื่อสูบบุหรี่สารพิษที่มีอยู่ในบุหรี่ จะทำให้หลอดลมเกิดการอักเสบเรื้อรัง ความรุนแรงจะมากขึ้นตามระยะเวลาที่สูบบุหรี่และปริมาณบุหรี่ที่สูบ เมื่อเกิดการอักเสบเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดลม และเนื้อปอดทำให้หลอดลมตีบแคบ ส่งผลให้สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง และบุหรี่ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดและอุดตันของหลอดเลือดมากขึ้น การตรวจสมรรถภาพปอดในคนปกติที่ไม่สูบบุหรี่ ค่า FEV_1 จะลดลงปีละประมาณ 25-30 มิลลิลิตรต่อปี แต่จะพบว่าในคนที่สูบบุหรี่ส่วนมากค่า FEV_1 จะลดลงมากกว่าคนปกติ ประมาณ 30-45 มิลลิลิตรต่อปี และเมื่อหยุดสูบบุหรี่ค่า FEV_1 จะลดลงใกล้เคียงกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ (Vozoris & Stanbrook, 2011)

1.4 การออกกำลังกาย ควรมีความสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง จะทำให้มีค่าความจุปอดมากกว่าคนที่ออกกำลังกายน้อย เพราะการออกกำลังกายเป็นการช่วยเพิ่มความยืดหยุ่น ความแข็งแรง ความทนทานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ เพราะการออกกำลังกายที่เพียงพอจะทำให้ระบบไหลเวียนเลือดสามารถทำงานได้มีประสิทธิภาพสูง ปอดขยายตัวสามารถหายใจเข้าออกได้มากขึ้นส่งผลให้สมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้น

ซึ่งการตรวจสมรรถภาพปอดนั้นเป็นการวัดปริมาตรการหายใจ โดยใช้ Spirometry เพื่อปริมาตรของอากาศที่หายใจออกได้ทั้งหมดของการหายใจออกอย่างแรง และเร็วเต็มที่ภายหลังการหายใจเข้าเต็มที่ (Forced Vital Capacity: FVC) และปริมาตรอากาศที่หายใจออกได้ในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างรวดเร็ว และแรงเต็มที่ (Forced Expiratory Volume in 1second: FEV_1) โดยปกติแล้ว

คนเราจะหายใจออกในช่วงวินาทีแรกได้ร้อยละ 75 ของอากาศที่หายใจออกทั้งหมด (American Thoracic Society [ATS], 1995; Barnett, 2011; GOLD, 2014; Jardins & Burton, 2006)

2. ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการประเมินการทำหน้าที่ของปอด สามารถประเมินได้ 4 ระดับ (GOLD, 2014) และสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2553) ดังนี้

ระดับที่ 1 ระดับความรุนแรงเล็กน้อย (Mild COPD) ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรัง ร่วมกับมีเสมหะ ผลการทดสอบโดยใช้สไปโรมิเตอร์ พบว่า อัตราส่วนของ FEV_1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 และค่า FEV_1 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 โดยมีผู้ป่วยอาจจะยังไม่สามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงของอาการ จากภาวะความผิดปกติของการทำหน้าที่ของปอด

ระดับที่ 2 ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate COPD) ผู้ป่วยอาจมีหรือมีอาการไอเรื้อรังร่วมกับเสมหะ ระดับนี้ผู้ป่วยจะเริ่มเข้ารับการรักษาเนื่องจากเริ่มมีอาการเหนื่อยหอบ ผลการทดสอบโดยใช้สไปโรมิเตอร์ พบว่า อัตราส่วนของ FEV_1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 และค่า FEV_1 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 แต่น้อยกว่าร้อยละ 80

ระดับที่ 3 ระดับความรุนแรงมาก (Severe COPD) ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรัง ร่วมกับมีเสมหะ จะมีอาการหายใจลำบากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะออกแรงและมีอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคที่เกิดขึ้นซ้ำ จากการอุดกั้นของทางผ่านอากาศที่เพิ่มมากขึ้นโดยใช้สไปโรมิเตอร์ พบว่า อัตราส่วนของ FEV_1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 และค่า FEV_1 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 แต่น้อยกว่าร้อยละ 50

ระดับที่ 4 ระดับความรุนแรงที่สุด (Very severe COPD) ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจล้มเหลวแบบเรื้อรัง จากความรุนแรงของการอุดกั้นของทางเดินของอากาศ ตรวจพบค่าความดันก๊าซออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) น้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท ความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง ($PaCO_2$) มากกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท จากการที่มีภาวะของระบบทางเดินหายใจล้มเหลวจะส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจช็อกวาล้มเหลวตามมาผลการทดสอบโดยใช้สไปโรมิเตอร์พบว่า อัตราส่วนของ FEV_1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 และค่า FEV_1 น้อยกว่าร้อยละ 30 เป็นระยะที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมากและมีอาการกำเริบที่รุนแรง

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับความรุนแรงที่ 2-3 เนื่องจากระดับความรุนแรงนี้ เริ่มส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน มีอาการเหนื่อย หายใจหอบ และวัดสมรรถภาพการทำงานของปอด เพื่อวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและเต็มที่หลังการหายใจเข้าเต็มที่ หรือปริมาตรอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและเต็มที่ภายใน 1 วินาที โดยการ ใช้สไปโรมิเตอร์ (Spirometry) เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย และข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสูง (สมาคม

อูเรเวชแห่งประเทศไทย, 2548) โดยใช้เครื่องมือการทดสอบสมรรถภาพของปอดที่เรียกว่า สไปโรมิเตอร์ ชื่อ Auto spirometer รุ่น Vitalograph COPD-6™

อาการหายใจลำบาก (Dyspnea)

ความหมาย

อาการหายใจลำบาก (Dyspnea, breathlessness or shortness of breath) เป็นประสบการณ์ที่แสดงออกถึงความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถสังเกตได้ง่ายเมื่อมีการหายใจออก (Force exhalation) ต้องใช้แรงมากขึ้น ซึ่งมักใช้กล้ามเนื้อส่วนอื่นในการช่วยหายใจ (Accessory muscles) เพื่อจะขับอากาศที่คั่งค้างอยู่ออกมา ทำให้ผู้ที่มิภาวะหายใจลำบากเรื้อรังดังกล่าวรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงอาการเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ถ้าไม่ได้รับการฟื้นฟู ความหมายเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากนั้นมีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

American Thoracic Society (ATS, 1995) ได้อธิบายว่า Dyspnea เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับการหายใจที่ไม่สุขสบาย ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการซึ่งอาการหายใจลำบากเกิดจากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ร่างกายจะตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบ และแสดงออกมาทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจเมื่อมีความเจ็บป่วย

Gift and Cabill (1990) กล่าวว่า Dyspnea เป็นความรู้สึกส่วนบุคคล ระบุว่าตนเองมีความยากลำบากในการหายใจ หรือไม่สามารถหายใจได้เต็มที่ ซึ่งตัวบุคคลนั้นต้องเป็นผู้บอกเกี่ยวกับความรู้สึกนั้น บางครั้งอาการทางคลินิกกับลักษณะอาการที่แสดงออกมา ไม่สามารถบอกความรู้สึกหายใจลำบากจากการสังเกตแต่เพียงอย่างเดียว ต้องสามารถประเมินได้ว่าอัตราการหายใจที่เร็วขึ้นหรืออัตราการหายใจช้าแต่หอบลึก

เครื่องมือประเมินอาการหายใจลำบาก

ปัจจุบันเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้สึกอาการหายใจลำบากมีอยู่หลายรูปแบบด้วยกัน รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แบบวัดอาการหายใจลำบากประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวตั้ง (Dyspnea Visual Analogue Scale: DVAS) ลักษณะของแบบประเมินนี้จะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร บนสุดที่ตำแหน่ง 100 มิลลิเมตร หมายถึงผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ส่วนด้านล่างสุดที่ตำแหน่ง 0 มิลลิเมตร หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย และตรงกึ่งกลางที่ตำแหน่ง 50 มิลลิเมตร หมายถึงผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากปานกลาง ผู้ป่วยจะเป็นผู้กำหนดตำแหน่งบนเส้นตรงเอง โดยการใช้ปากกาทำเครื่องหมายไว้จุดใดจุดหนึ่งบนเส้นตรงแล้วอ่านค่าตัวเลขตรงจุดนั้นแทนค่า อาการหายใจลำบากของตนเองในขณะนั้น

Gift (1989) ได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปหาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) โดยใช้แบบวัดอาการหายใจลำบาก (DVAS) ทั้งในแนวตั้งและแนวนอนวัดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 30 ราย โรคหอบหืดจำนวน 16 ราย โดยเปรียบเทียบการวัดในขณะที่มีอาการและไม่มีอาการหายใจลำบาก ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดอาการหายใจลำบากในแนวตั้งและแนวนอนเท่ากับ 0.97 และพบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 5 ราย บอกว่าแบบวัดในแนวนอนใช้ยากกว่าแบบวัดในแนวตั้ง มีผู้ป่วยเพียงหนึ่งรายเท่านั้นที่บอกว่าแบบวัดในแนวตั้งใช้ยากกว่าแบบวัดในแนวนอน จึงสรุปว่าแบบวัดในแนวตั้ง มีความสะดวกและง่ายต่อการใช้มากกว่าแบบวัดในแนวนอน จึงเรียกแบบวัดแนวตั้งให้เกิดความเฉพาะเจาะจงว่า แบบวัดอาการหายใจลำบาก (DVAS) ดังนั้นพบว่าแบบวัด VAS เป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการวัดอาการหายใจลำบากในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. แบบประเมินอาการหายใจลำบากโดยใช้ Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (MRC) เป็นแบบวัดที่มีค่าสเกลการวัดระดับของอาการหายใจลำบากใน 5 ระดับ ในแต่ละระดับแสดงถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดอาการหายใจลำบาก แล้วเลือกระดับที่เหมาะสมกับอาการหายใจลำบากของตนเองมากที่สุดเพียง 1 ระดับ การวัด MRC เป็นสเกลที่ค่อนข้างหยาบ จึงมีข้อจำกัดในการวัดความเปลี่ยนแปลงของอาการหายใจลำบาก (Mahler & Wells, 1988) แบบวัด MRC ประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขณะมีกิจกรรมต่าง ๆ ผลการศึกษาพบว่า แบบวัด MRC มีความยุ่งยากที่จะใช้วัดอาการหายใจลำบากเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน แต่แบบวัด MRC ประเมินอาการหายใจลำบาก หลังจากมีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแล้วของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 62 บอกว่าแบบวัด MRC เป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการวัดอาการหายใจลำบาก

0 = รู้สึกหายใจเหนื่อยหอบเมื่อออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น

1 = มีอาการหายใจเหนื่อยหอบเมื่อเดินรีบ ๆ หรือเมื่อเดินขึ้นที่สูง

2 = เดินช้ากว่าคนในวัยเดียวกัน และต้องหยุดพักเมื่อเดินได้ระยะหนึ่ง

3 = ต้องหยุดพักเมื่อเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือเดินได้ระยะหนึ่ง (เดินได้ระยะหนึ่งแล้วต้องพัก)

4 = เหนื่อยมากขณะแต่งตัว หรืออยู่เฉย ๆ จนไม่สามารถออกจากบ้านได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำเครื่องมือวัดอาการหายใจลำบากไปใช้ในการวิจัย เพื่อประเมินอาการหายใจลำบากมีหลากหลาย ซึ่งการเลือกใช้แบบวัดชนิดใดนั้น ขึ้นอยู่กับผู้ศึกษาว่าต้องการจะวัดอาการหายใจลำบากในสถานการณ์ใด พบว่าแบบวัดอาการหายใจลำบากประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Dyspnea Visual Analogue Scale: DVAS) ที่มีรูปแบบแนวตั้งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการศึกษาว่ามีความเที่ยงตรงสูง สามารถประเมินอาการหายใจลำบากได้อย่างชัดเจน และ

สะดวกต่อการนำไปใช้ การศึกษาในประเทศไทยนั้น จุฬารักษ์ คำพานุศย์ (2550) ได้นำแบบวัด DVAS มาใช้ประเมินอาการหายใจลำบากของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอาการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 16 ราย และ จันทร์จิรา วิรัช (2544) มาใช้ประเมินอาการหายใจลำบากของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอาการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 40 ราย

ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ อาการหายใจลำบาก หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ถึงความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน และความยากลำบากในการหายใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แบบวัดอาการหายใจลำบากประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวตั้ง (Dyspnea Visual Analogue Scale: DVAS) และนำมาเปรียบเทียบกับเฉลี่ยของระดับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยประเมินก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้น (สัปดาห์ที่ 12)

ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความหมาย

ความรู้ หมายถึง ความคิด การหยั่งรู้ การเห็น โดยใช้ข้อเท็จจริง หรือเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ สามารถเชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ์ได้ (Monnikhof et al., 2004)

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

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

ประเภทของความรู้สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. ความรู้ที่อยู่ในตัวตน หรือความรู้โดยนัย (Tacit knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ หรือสัญชาตญาณของแต่ละคน ในการที่จะทำความเข้าใจกับสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาในการดำเนินชีวิต เป็นความรู้ที่ไม่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูด หรือเขียนเป็นตัวอักษรได้ง่าย ๆ
2. ความรู้แบบรูปธรรม (Explicit knowledge) เป็นความรู้ที่รวบรวมขึ้น และนำมาถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้ศึกษา ผ่านทางสื่อหรือวิธีการต่าง ๆ เช่น การเขียนเป็นหนังสือ การสอนด้วยคำพูด หรือสื่อวีดิทัศน์

จากการวิจัยครั้งนี้ สรุปว่าความรู้ หมายถึง ความจำ การตีความ และแปลความหมาย จากข้อมูลที่ได้รับ จนเป็นความเข้าใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การป้องกันการหายใจลำบาก การใช้จ่ายยา หลอดลม การสงวนพลังงาน การรักษาด้วยออกซิเจน และการผ่อนคลาย ประเมินด้วยแบบสอบถามความรู้

เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยคัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการอาการหายใจลำบาก ของ นรภมล ใหม่ทอง (2550) และการประเมินความรู้หลังการให้ข้อมูล นับเป็นสิ่งสำคัญในการตรวจสอบการรับข้อมูลและความเข้าใจ โดยพยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุนให้ความรู้ และฝึกทักษะ ร่วมแก้ไขปัญหาเพื่อสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติสิ่งใดนั้น ต้องมีความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองนั้น โดยมีความรู้ และความเข้าใจ ซึ่งตนเองเป็นผู้เผชิญกับความยากลำบากต่อการปฏิบัติหน้าที่ ต้องพึ่งพามุคคนอื่นมากขึ้น จึงต้องแสวงหาความรู้เพื่อตัดสินใจกระทำการจัดการด้วยตนเอง (Jassem et al., 2010; Lemmens et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา สุขประเสริฐ (2551) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการอาการหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมจัดการอาการหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง มีเพียงตัวแปรเดียว คือ การรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการอาการหายใจลำบากเรื้อรัง โดยทำนายได้ร้อยละ 67 ($B = .99, \text{Beta} = .82, p < .001$)

ดังนั้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องและสม่ำเสมอเหมาะสมกับการดำเนินชีวิต ระยะเวลา ยาวนานการจดจำข้อมูลจะลดลง เจ้าหน้าที่สุขภาพมีบทบาททบทวนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเห็นความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง กับการเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1986; Nici et al., 2006) เพราะฉะนั้นการให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีการฝึกทักษะในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการจัดการตนเอง ถือว่ามีความสำคัญที่จะทำให้สามารถลดความถี่ของการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ดังนั้นการผสมผสานทั้งการให้ความรู้ และการสนับสนุนให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ประกอบด้วย การสอนวิธีการใช้ยา การรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การสงวนพลังงาน การใช้ ออกซิเจน การออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Monnikhof, van der Valk, van der Palen, Herwaarden, and Zielhuis (2003) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 20 ราย ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งเป็นบทเรียน ทุก 4 เดือน และโปรแกรมการออกกำลังกาย พร้อมคู่มือทบทวนที่บ้าน พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบสมบูรณ์ มีระดับความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

จากแนวคิดของ Bloom (1975) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่า เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจจะเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ อธิบายถึงพฤติกรรมของมนุษย์ว่า มีองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ 1) ความรู้หรือความคิด (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 การแสดงออก ซึ่งเกิดทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง มีลักษณะของการปฏิบัติ และงดเว้นการปฏิบัติ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2552)

แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self-management) พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญหาทางสังคม (Social cognitive theory) กล่าวถึง พฤติกรรม คือ การกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมจากประสบการณ์ จนเกิดความชำนาญ และมั่นใจ และกระทำอย่างนั้นต่อไป (Bandura, 1986)

เป้าหมายในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือควบคุมอาการในปัจจุบันประกอบด้วยบรรเทาอาการ โดยเฉพาะหอบเหนื่อย ทำให้ความทนต่อการทำกิจกรรมดีขึ้น และป้องกันปัจจัยเสี่ยงในอนาคต ประกอบด้วย งดสูบบุหรี่ การป้องกันการดำเนินของโรค ป้องกันและรักษาภาวะอาการกำเริบ เพื่อลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต จึงควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม (วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2548) สอดคล้องกับขององค์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแนวใหม่ (GOLD, 2014; สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2549)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปว่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง จนเกิดความชำนาญ และมั่นใจในการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยพฤติกรรม 3 ด้าน ดังนี้ 1) พฤติกรรมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต ประกอบด้วย การเลิกสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น 2) พฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบาก การบริหารการหายใจ การใช้ยาขยายหลอดลม การไออย่างมีประสิทธิภาพ การสงวนพลังงาน การรักษาด้วยออกซิเจน และ 3) พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของ สุภากรณ์ คิ้วแพง (2548) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น .86 รายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต ประกอบด้วย การเลิกสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย และการป้องกันการติดเชื้อ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การป้องกันการติดเชื้อ 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 ออกฤทธิ์โดยตรงต่อระบบประสาทส่วนกลางทั้งกระตุ้นและกดประสาท การกระตุ้นประสาทถ้าได้รับสารนี้ขนาดน้อย ๆ คือการสูบบุหรี่ใน 1-2 มวนแรกกระตุ้นทำให้ประสาทส่วนกลาง รู้สึกกระปรี้กระเปร่า มีความรู้สึกเป็นสุขสบายใจ ซึ่งเป็นเหตุผลทำให้คนติดบุหรี่ และจะกดประสาทส่วนกลางเมื่อสูบบุหรี่ในปริมาณมาก จะทำให้ความรู้สึกต่าง ๆ ช้าลง ร้อยละ 95 ของนิโคตินจะไปจับอยู่ที่ปอดทำลายเนื้อปอดและถุงลมปอด บางส่วนจับอยู่ที่เยื่อหุ้มริมฝีปากและบางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดมีผลต่อต่อมหมวกไต กระตุ้นการหลั่งอิพิเนฟริน ทำให้เส้นเลือดหัวใจตีบและเกิดโรคหัวใจขาดเลือดหล่อเลี้ยงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ เพิ่มไขมันในเส้นเลือด (Henningfield & Zeller, 2006)

1.2 การรับประทานอาหารและโภชนาการ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดภาวะขาดสารอาหาร โดยเฉพาะสารอาหารพวกโปรตีนและพลังงาน เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีระดับอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น (ลัดดา จามพัฒน์, 2551; Ferreira et al., 2000) ควรได้รับพลังงานที่เหมาะสมกับร่างกาย เช่น โปรตีนและไขมันมากกว่าคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากคาร์โบไฮเดรต 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 กะหล่ำปลี เพราะจะทำให้กระเพาะอาหารขยายดันกระบังลมให้เลื่อนสูงขึ้น ปอดขยายตัวได้น้อย นอกจากนี้ควรดื่มน้ำอุ่นอย่างน้อยวันละ 2000 ซีซี (ประมาณ 8-10 แก้ว) กรณีที่ไม่มีข้อจำกัด ซึ่งภาวะขาดสารอาหารจะทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น และความทนในการทำกิจกรรมลดลง ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542)

1.3 การพักผ่อนนอนหลับ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อช่วยสงวนพลังงาน ช่วยให้ร่างกายและจิตใจแข็งแรงขึ้น ควรนอนหลับอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง

1.4 การออกกำลังกาย เป็นแนวทางการรักษาอีกแนวทางหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (GOLD, 2008; Ambrosino et al., 2008) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบแผนการหายใจ เป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพนักใช้กล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงชั้นนอก (Sternocleidomastoide) และกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงชั้นใน (Intercostal) ช่วยในการหายใจ เพราะปกติต้องใช้กล้ามเนื้อกระบังลมในการหายใจ จึงเป็นผลให้เกิดการใช้พลังงานในการหายใจปริมาณมากกว่าปกติ การออกกำลังกายที่สามารถช่วยให้สมรรถภาพปอดดีขึ้นนั้นประกอบด้วย การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง การบริหารร่างกายทั่วไป (Muscle training) และการบริหารกล้ามเนื้อการหายใจ (Respiratory muscle training) เป้าหมายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น ความแข็งแรง ความทนทานของกล้ามเนื้อหายใจ เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอด และหัวใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ในการวิจัยครั้งนี้ นำแนวทางของ โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพปอดของ สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย (2549) และ American Thoracic Society (ATS, 1995) นำมาประยุกต์และปรับกับ โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

1.4.1 การบริหารร่างกายทั่วไป (Muscle training) เน้นเรื่องการออกกำลังกายเพื่อการเคลื่อนไหวของทรวงอก (Chest mobilization) ฝึกเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อทรวงอก จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ลดการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ และช่วยเพิ่มสมรรถภาพปอด โดยการบริหารกล้ามเนื้อหัวไหล่ แขน และลำตัว จะทำให้กล้ามเนื้อดังกล่าวเกิดการยืดหยุ่นและแข็งแรง การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อแขน และไหล่โดยการยกไปด้านหน้า การพับ หรือการกาง รวมทั้งการยกขึ้นเหนือศีรษะ จะเป็นการยืดทรวงอกทั้งหมด ส่งผลให้การหายใจเข้าสะดวกมากขึ้นและที่สำคัญคือการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การทำงานของปอดและหัวใจ ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันมากขึ้น (วารงคณา เพชร โภ, 2552; สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย, 2548) การออกกำลังกายเพื่อการเคลื่อนไหวของทรวงอกประกอบด้วย ทำยืดทรวงอกด้านข้าง ทำยกแขน ทำหุบแขน ทำเหวี่ยงแขน ทำเอียงตัว และทำเดินตามสบาย

1.4.2 การบริหารกล้ามเนื้อการหายใจ (Respiratory muscle training) เป็นการเริ่มต้นของการออกกำลังกาย โดยให้ฝึกหายใจด้วยการเป่าปาก (Pursed lip) นาน 5 นาที เป็นการเพิ่มแรงต้านขณะหายใจออก ทำให้แรงดันในหลอดลมเพิ่มขึ้น จะช่วยต้านแรงดันที่เกิดจากช่องเยื่อหุ้มปอด ทำให้หลอดลมปอดแฟบช้ากว่าปกติ ส่งผลต่ออุทกวิทยาให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนก๊าซมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกหายใจสะดวก ไม่เหน็ดเหนื่อย เป็นการชะลออาการล้าของกล้ามเนื้อในการหายใจ ป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบาก และการหายใจล้มเหลว ช่วยเพิ่มความทนในการทำกิจกรรม

1.4.3 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) ในการนำแนวคิด

การออกกำลังกายแบบแอโรบิกมาใช้ เพราะเป็นการออกกำลังกายที่ใช้ออกซิเจน หรือมีการหายใจขณะทำการออกกำลังกาย มุ่งเน้นการบริหารร่างกาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรับออกซิเจน ซึ่งระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างน้อย 20-30 นาที ประมาณ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นการเพิ่มสมรรถภาพปอดและหัวใจ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นเมื่อมีระดับความรุนแรงของโรคมามากขึ้น สิ่งที่แสดงออกคือการจำกัดตนเองในการทำกิจกรรม ส่งผลต่อการระบายอากาศ ทำให้อาการหายใจลำบากมากขึ้น กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจและกล้ามเนื้อที่ใช้ในการทำกิจกรรมอ่อนล้า ฉะนั้นการออกกำลังกายจะสามารถเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและคลายความตึงเครียดลง กลุ่มนี้จะมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายเนื่องจากอาการหายใจลำบาก ควรมีการออกกำลังกายอย่างช้า ๆ ไม่หักโหม ไม่เหนื่อยจนเกินไป ควรเน้นการออกกำลังกายแขน กล้ามเนื้อไหล่ และทรงอก เพื่อลดความอ่อนล้าในการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด โดยมีช่วงพักระหว่างการออกกำลังกายตามความรู้สึกเหนื่อย ทำสัปดาห์ละ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ (ATS, 1995; Norweg, Whiteson, Malgady, & Rey, 2005) ในกรณีที่รู้สึกเหนื่อยมากกว่าปกติ เช่นใจสั่น หายใจขัด ต้องหยุดออกกำลังกายทันที นั่งหรือจัดทำทางในการพัก ร่วมกับการบริหารการหายใจด้วยการเป่าปาก หรือใช้กล้ามเนื้อกระบังลมในการควบคุมการหายใจ และพักผ่อนหายใจ (สิรินาถ มีเจริญ, 2541)

1.5 การป้องกันการติดเชื้อ เป็นการป้องกันในรายที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจโดยการให้วัคซีน การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดหลอดลมอักเสบเช่น การไม่อยู่ในที่ชุมชน การใช้น้ำกากปิดจมูกและปาก หลีกเลี่ยงผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคในทางเดินหายใจ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; พรรณีภา สืบสุข, 2554) ดังนั้นต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายปีละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม ช่วยลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และลดความรุนแรงของโรคได้

2. พฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย การบริหารการหายใจ การไอที่มีประสิทธิภาพ การจัดทำทางที่เหมาะสม การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อทั่วไป การผ่อนคลายด้วยการหายใจแบบลึก การฝึกพ่นยาขยายหลอดลม และการใช้ออกซิเจนระยะยาว ซึ่งการฝึกทักษะการปฏิบัติตนนั้น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ต่อเนื่องและคงทนการจัดการรูปแบบการพยาบาลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นมีความรู้ ความมั่นใจในการฝึกใช้ทักษะดังกล่าวข้างต้น 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 โดยให้ท้องป่องในช่วงนับ 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 (สินินาถ ป้อมเย็น, 2547)

2.1.2 การหายใจด้วยกล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม (Diaphragmatic breathing) เป็นรูปแบบการหายใจที่เน้นการทำงานของกระบังลม ช่วยในการขยายตัวของปอดจะเพิ่มปริมาตรของช่องอก ซึ่งในปริมาตรของอากาศ 2 ใน 3 ที่หายใจเข้าได้มาจากการเคลื่อนไหวของกระบังลม ทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกเกี่ยวกับอาการหายใจเหนื่อยหอบดีขึ้นหลังจากปฏิบัติ เป็นรูปแบบการหายใจที่มีประโยชน์มากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพราะทำให้ลดอาการหายใจหอบ อัตราการหายใจลดลง (อัมพรพรรณ ชีรานูตร, 2542; Rubi, Renom, Ramis, Medinas, & Centino, 2010)

2.1.3 การสงวนพลังงาน เมื่อมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้น สามารถจัดการกับอาการดังกล่าวได้ร่วมกับการบริหารการหายใจ หลีกเลี่ยงกิจกรรมต่าง ๆ โดยการนั่งบนเก้าอี้ และโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย การนั่งพับโต๊ะ หรือเตียง ทำยื่นให้พียงผนังและก้นหน้า การจัดทำดังกล่าวจะบรรเทาอาการหายใจลำบากให้ลดลงได้ (ศุภลักษณ์ ปริญญาวุฒิชัย, 2541)

2.2 การไออย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการกำจัดเสมหะและสิ่งแปลกปลอมออกจากร่างกาย ถือเป็นกลไกที่สำคัญเบื้องต้นที่เกิดขึ้นในทางเดินหายใจ การไอที่ถูกวิธีและมีประสิทธิภาพนั้นจะทำให้ทางเดินหายใจโล่ง การอุดตันทางเดินหายใจจากเสมหะลดลง (อัมพรพรรณ ชีรานูตร, 2542) การไอที่มีประสิทธิภาพสามารถปฏิบัติได้ดังนี้ นั่งหรือนอนศีรษะสูงอยู่ในท่าที่สบายและผ่อนคลาย ไม่เกร็งกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำนั่ง เท้าทั้งสองข้างวางราบกับพื้น แขนทั้งสองข้างควรกอดหน้าอก หรือนำหมอนมากอด หุบปากและสูดหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ อย่างเต็มที่ กลับหายใจไว้ครู่หนึ่งประมาณ 2-3 วินาที โน้มตัวมาข้างหน้าเล็กน้อย อ้าปากกว้าง ๆ แล้วไอออกมาติดต่อกันประมาณ 2-3 ครั้ง ให้เสมหะออกมา (Connolly, 2004) พักโดยหายใจเข้าออกช้า ๆ เเบา ๆ

ถ้ายังมีเสมหะอยู่ให้ปฏิบัติซ้ำ จนรู้สึกว่ามีอยู่ได้ออกหมดแล้วและควรดื่มน้ำอุ่นวันละ 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 การแปรงฟัน ควรจัดเตรียมข้าวของเครื่องใช้ไว้ใกล้เคียงกันและทำกิจกรรมในท่านั่ง การขึ้นและลงบันได การทำงานบ้านต่าง ๆ

3. พฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ ความเครียด เป็นสิ่งกระตุ้นให้มีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้นได้ การพักผ่อนและการผ่อนคลายจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการจัดการด้านความเครียด เน้นการลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด และต้องให้ฝึกทักษะในการจัดการกับความเครียดที่ถูกต้องเหมาะสมสามารถทำได้หลายวิธี

3.1 การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ได้แก่

3.1.1 การใช้จินตนาการนึกภาพเหตุการณ์ที่ประทับใจหรือภาพที่ก่อให้เกิดความรู้สึกดี 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 ทางจมูกและผ่อนลมหายใจออกทางปากอย่าง ๆ ช้า ๆ วิธีการหายใจต้องเป็นการหายใจด้วยกล้ามเนื้อหน้าท้อง และกระบังลมจึงจะเป็นการหายใจที่ถูกต้อง ซึ่งหากฝึกอย่างต่อเนื่อง จะลดความเครียดและคลายความวิตกกังวลได้ ฝึกผ่อนคลายทุกวัน วันละ 3 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 7-10 นาที (นพพร เชาวะเจริญ, 2540)

ดังนั้นการศึกษานี้ ได้นำไปเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมสร้างสุข ซึ่งประกอบด้วย การฝึกหายใจ และการฝึกสมาธิ ส่งผลต่อการยอมรับการเจ็บป่วย ลดความวิตกกังวล และป้องกันภาวะซึมเศร้า

แนวคิดการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concept)

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

ความหมาย

การจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นกับสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยบุคคลสามารถกระทำการจัดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ดำเนินกระบวนการตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหา (Coping strategies) หลากหลายวิธี เพื่อเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วย (Bartholomew, Parcel, Swank, & Czyzewski, 1993)

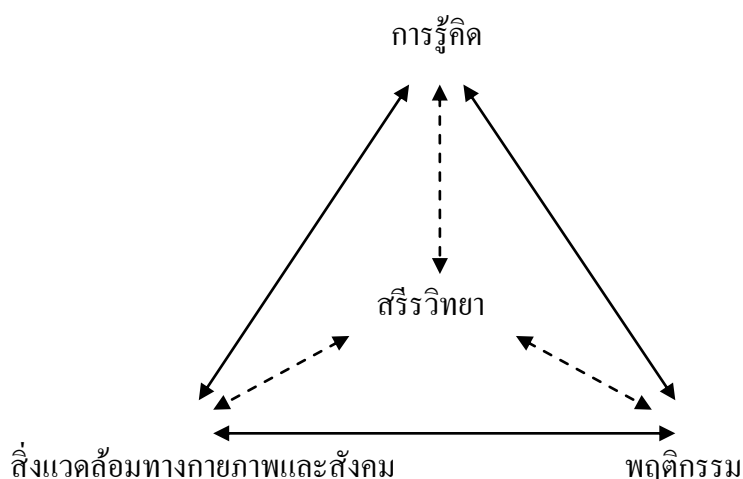
การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติการจัดการตนเองต้องมีการประสานร่วมกันทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม อันเป็นกระบวนการธรรมชาติที่มีทิศทางเป็นของตนเอง บุคคลนั้นต้องเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งไม่มีใครจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลอื่นได้นอกจากตนเอง โดยมีบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้เข้ามาบิบทบาทในการสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ ที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ได้อย่างมั่นใจ ด้วยการตัดสินใจของบุคคลนั้นเองโดยมีกระบวนการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง (Kanfer & Gaelick, 1991)

ดังนั้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถสรุปตามความหมายข้างต้นได้ว่า เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากการร่วมมือระหว่างกันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ในการส่งเสริมให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค จนเกิดความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตน ขอมรับว่าเกิดจากการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง และตอบสนองโดยการหันกลับมาปฏิบัติพฤติกรรมที่มีผลดีต่อสุขภาพ ด้วยกลวิธีในการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สอดคล้องตามวิถีการดำเนินชีวิตและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองในการควบคุม หรือลดผลกระทบที่รุนแรงจากอาการหายใจลำบาก และฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

ทฤษฎีพื้นฐานของการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง มีพื้นฐานที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (Social cognitive theory) ซึ่งเป็นหนึ่งในทฤษฎีพฤติกรรมของมนุษย์ มีลักษณะเป็นกระบวนการทางธรรมชาติที่มีการควบคุมพฤติกรรมของตนเองอย่างมีทิศทาง ส่งผลให้เกิดกระบวนการรับรู้ด้วยความเข้าใจของตนเอง ก่อให้เกิดรูปแบบที่เป็นนามธรรม สามารถควบคุมพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งหมายถึงการปรับเปลี่ยนการรับรู้ 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 2-1 (Tobin et al., 1986)



ภาพที่ 2-1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ปัจจัยด้านการรู้คิด และปัจจัยทางด้านสรีรวิทยา (Tobin et al., 1986, pp. 33-35)

จากภาพที่ 2-1 สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดังนี้

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

2. ปัจจัยทางการรู้คิด (Cognitive) คือกระบวนการรับรู้ และเข้าใจ มีบทบาทสำคัญมากในทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ตามแนวความคิดการจัดการตนเอง ซึ่งเป้าหมายของการรู้คิดประกอบด้วย ทักษะการจัดการตนเอง และความคาดหวัง ล้วนมีอิทธิพลต่อความสำเร็จของความสำเร็จ คุณค่าแห่งตน โดยมีความสามารถในการวางแผนทำกิจกรรม ซึ่งเป็นการเริ่มต้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมาย มีการติดตามและควบคุมกระบวนการทางสรีรวิทยา สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสังคม ให้รางวัลตนเองเมื่อสามารถปรับพฤติกรรมหรือวิถีการดำเนินชีวิตได้

3. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสังคม (Physical environment and social) ซึ่งเกิดความพอใจตามความต้องการของร่างกายและจิตใจที่คาดหวัง หรือตั้งเป้าหมายในการกระทำ ทำให้เกิดการจัดการตนเองได้ตามเป้าหมาย สิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวบ่งชี้การลำดับความสำคัญและตอบสนองอย่างถูกต้อง ซึ่งการรู้คิดสามารถจัดลำดับการตอบสนองได้ และมีอิทธิพลต่อการทำ

หน้าที่ด้านสรีรวิทยาโดยตรง

4. ปัจจัยทางสรีรวิทยา (Physiology) การดูแลโรคเรื้อรังนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงกระบวนการทางสรีรวิทยา ทั้งกระบวนการของโรค พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้โรคร้ายแรงขึ้น สามารถเป็นตัวกลางของการรับรู้ถึงการเจ็บป่วยเกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม 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 เมื่อสมรรถภาพปอดเสื่อมประสิทธิภาพการทำงานลดลง ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หนึ่งอย่างง่าย ต้องพึ่งพาผู้อื่น การปฏิบัติการออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการจัดการอาการหายใจลำบากได้และฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

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) กล่าวว่า รูปแบบการกำกับตนเองเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ สามารถให้ความรู้โดยการนำเสนอ

ชี้แนะให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับกระบวนการการเจ็บป่วย วัตถุประสงค์ของการรักษา รวมทั้งแนวทางการรักษาโดยบุคคลควรได้รับการช่วยเหลือให้มีความรู้ สอนให้เกิดทักษะ สร้างการรู้จัก และมีการไตร่ตรอง จนพบแนวทางในการปฏิบัติใหม่ ๆ ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งบุคคลมีการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมโดยใช้รูปแบบการกำกับตนเอง เป็นเทคนิคที่จะช่วยให้ผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบากเรื้อรัง สามารถจัดการกับอาการหายใจลำบาก และป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันได้ด้วยตนเอง ภายใต้การจัดการตนเอง โดยมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญหาทางสังคม ที่เชื่อว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยังคงมีพฤติกรรมเกี่ยวกับรูปแบบวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการหายใจลำบากนั้น ต้องได้รับการช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพื่อให้สามารถมีวิถีการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วย ซึ่งพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ต้องให้การยอมรับ และไว้ใจในตัวผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษา จากเดิมที่เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเป็นผู้กำหนด และวางเป้าหมายในการรักษาทุกอย่าง 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 เพื่อการกระทำพฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมาย และนำมาประยุกต์ใช้ในการรักษา (Clark et al., 1991) โดยการสังเกต ติดตาม และบันทึกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพ มีความพยายาม และมีความคาดหวังว่าจะสามารถจัดการสุขภาพด้วยการกำกับตนเอง ประกอบด้วยการวิเคราะห์ปัจจัย 4 ด้าน คือ 1) พฤติกรรม 2) สิ่งแวดล้อมและสังคม 3) การรู้จัก 4) สรีรวิทยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลตนเอง (Tobin et al., 1986)

ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น สามารถกำกับตนเองในปัจจุบัน 4 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยทางการรู้คิด รับรู้ว่าการสูบบุหรี่ และไม่มีวิธีจัดการกับอาการหายใจลำบากหรือป้องกันการติดเชื้อ จะส่งผลให้ปอดเสื่อมเป็นการกระตุ้นให้มีภาวะหายใจลำบากรุนแรงถึงขั้น ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้เอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

2. ปัจจัยทางพฤติกรรม เช่น การเลิกบุหรี่ การออกกำลังกาย ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดหลอดลมมีการระคายเคือง ทำให้มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมลดลง

3. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสังคม คือการจัดการที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมในบ้าน เช่น ฝุ่น คอกสัตว์ ไม่อยู่ในบริเวณที่มีคนสูบบุหรี่ เป็นการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก

4. ปัจจัยทางสรีรวิทยา เป็นกระบวนการเกิดโรค เช่น การเสื่อมสมรรถภาพปอด มีภาวะถุงลมโป่งพอง และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ทำให้มีอาการหายใจลำบากเรื้อรัง

ขั้นตอนการติดตามตนเอง ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้

1. ตัดสินใจเลือก และกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) เพื่อกำหนดพฤติกรรมของตนเอง มีการคิดพิจารณาไตร่ตรองโดยเป้าหมายที่ตั้งต้องมีความยืดหยุ่น และง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ซึ่งเป้าหมายคือสิ่งที่บุคคลคาดหวังว่าจะทำให้สำเร็จ ต้องอาศัยแรงจูงใจ จึงจะนำไปสู่ความสำเร็จ กลไกการจูงใจของการตั้งเป้าหมายที่มีต่อการปฏิบัติ ได้แก่ 1) การมีความพยายาม 2) การคงการกระทำนั้นไว้ และ 3) ความเข้มข้นของการกระทำ และระยะการตั้งเป้าหมายนี้จะช่วยให้มีความพยายามมากขึ้น และมีความสนใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมาย สามารถกำหนดได้ด้วยตนเอง หรือร่วมกันกำหนดเป้าหมาย แต่การที่ตั้งเป้าหมายด้วยตนเองนั้นจะทำให้รู้สึกพึงพอใจต่อเป้าหมายนั้น และถือเป็นคำมั่นสัญญากับตนเอง

2. จำแนกพฤติกรรมเป้าหมายออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน และฝึกการวิเคราะห์จนสามารถแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมเป้าหมายนั้นเกิดขึ้นหรือไม่

3. ฝึกการจดบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง มีการกำหนดวิธีการบันทึก เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก และสม่ำเสมอถูกต้อง

4. ทำการสังเกตตนเอง และบันทึกพฤติกรรมว่าสอดคล้องกับเป้าหมายหรือไม่

2. **ขั้นตอนการประเมินตนเอง (Self-evaluation)** เป็นขั้นตอนการประเมินผลพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติ เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ หรือพฤติกรรมของตนเองที่กระทำกับเกณฑ์มาตรฐาน หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นการนำไปประกอบการตัดสินใจที่จะคงพฤติกรรมนั้นไว้ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งกระบวนการประเมินตนเองนี้ นำข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และการบันทึกในกระบวนการติดตามตนเอง (Kangchai, 2002) การประเมินผลนั้น ประเมินได้จากผลที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น ไอลดลง อาการหายใจลำบากลดลง จนกระทั่งมีความทนต่อการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ส่งผลถึงการปฏิบัติหน้าที่ด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

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

การเสริมแรงตน คือ ข้อตกลงที่จะควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยการกำหนดการให้รางวัล หรือการลงโทษ ภายหลังจากกระทำพฤติกรรมนั้น ต้องต่อสู้กับความรู้สึกอยากกระทำพฤติกรรมอื่นหรือไม่อยากกระทำ การให้แรงเสริมตนเองเป็นเครื่องมือที่ควบคุมให้ตนเองทำพฤติกรรมสำเร็จ และบุคคลย่อมมีความหนักแน่นในตนเอง ส่วนการลงโทษตนเองเป็นการเลี่ยงหรือลดความต้องการสิ่งล่อใจ การเสริมแรงเป็นหน้าที่ของบุคคลคนนั่นเอง ที่จะคงไว้ซึ่งความเข้มข้นและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ ส่วนพฤติกรรมเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงไปยังสถานการณ์ที่พึงพอใจจากการเสริมแรงภายนอกซึ่งถือว่าการยืดระยะเวลาในการเสริมแรงออกไป หรือการเสริมแรงตนเองในทันทีนั้น จะกระทำกับพฤติกรรมที่ตนเองเลือกปฏิบัติด้วยความเต็มใจ การให้เสริมแรงตนเองเป็นแรงเสริมจากภายนอก ซึ่งอาจให้รางวัลตนเองแบบเงียบ ๆ เช่น รู้สึกดีใจ เกิดความภาคภูมิใจ การให้รางวัลแบบเปิดเผยเมื่อทำสำเร็จตามเป้าหมาย เช่น ไปเที่ยวบ้านเพื่อนในวันหยุด เมื่อตนเองสามารถลดจำนวนมวนบุหรี่ลงได้

การเสริมแรงแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือการเสริมแรงทางบวก และเสริมแรงทางลบ

1. การเสริมแรงทางบวก หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรม หลังจากการได้รับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ภายหลังจากกระทำพฤติกรรมนั้น สิ่งที่ให้ภายหลังนั้นเรียกว่า ตัวเสริมแรง

2. การเสริมแรงทางลบ หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรม อันเป็นผลเนื่องมาจากการแสดงพฤติกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ เริ่มถดถอย หรือพยายามหลีกเลี่ยงจากสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นอันไม่พึงปรารถนา

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 ตัวเสริมแรงที่ต้องนำไป แลกเป็นตัวเสริมแรงชนิดอื่น ส่วนตัวเสริมแรงที่นำไปแลกมานั้นเรียกตัวเสริมแรงสนับสนุนเบี้ย อรรถกรนี้มักอยู่ในรูปของ คะแนนสะสม แสตมป์ ดาว หรือคูปอง

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

ในขั้นตอนการเสริมแรงตนเองนี้ควรเน้นการเสริมแรงทางบวก ในการกำกับตนเองนี้ การเสริมแรงที่ดีคือ วิธีที่สามารถตอบสนองได้ง่ายและต้องเป็นคนเลือกแรงเสริมเอง เลือกรางวัลเอง เพราะไม่มีใครรู้ว่าบุคคลต้องการอะไรสำหรับการเสริมแรงที่ใช้ในการสนับสนุนให้ปฏิบัติตาม เกณฑ์การรักษา และเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการดูแล ควรเป็นแรงเสริมที่มีระบบ และประสิทธิภาพ มีความหมายชัดเจนในพฤติกรรมที่เป็นไปตามเกณฑ์ต้องทำการเสริมแรงทันที ที่ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น อยากไปคูหนึ่ง อยากไปซื้อของ รวมทั้งการออกแบบการบันทึก อย่างมีระบบและง่าย สามารถช่วยในการเสริมแรงตนเองได้ผลดียิ่งขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการกำกับตนเอง ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพ ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในจังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากตามบริบทผู้ป่วยโรค เรื้อรังโดยรวมต้องดำเนินชีวิตด้วยตนเอง ทั้งด้านสุขภาพ และการประกอบอาชีพ ดังนั้นโปรแกรม สนับสนุนการจัดการตนเอง ตามรูปแบบการกำกับตนเองนั้น ในประเทศไทยล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ดังการศึกษาของ จุฬารักษ์ คำพานุชย์ (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรม ส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความ วิตกกังวล ในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าการจัดการตนเองและสมรรถภาพปอดสูงขึ้น ส่วนอาการหายใจลำบากและความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนพล ตั้งชูกุล บัวแก้ว (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภค อาหารและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผลดีกว่าระยะก่อนการทดลอง และ ดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ ปณิดา ดวงใจ (2556) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรม ส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ดำเนินกิจกรรมให้ความรู้เป็นรายบุคคลที่บ้าน ใช้คู่มือส่งเสริมการจัดการตนเอง และแบบบันทึกการ รับประทานยา พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาใน ระยะเวลาหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง เช่นเดียวกับการศึกษา ของ วันวิสาข์ โลหะสาร (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้การจัดการตนเอง ต่อความรู้ เรื่องโรค และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหอบ พบว่าหลังการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรค เพิ่มขึ้นและมีทักษะการจัดการตนเองสูงขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลอง

กิจกรรมสร้างสุข

ความสุข หมายถึง ประสบการณ์ และความรู้สึก ที่มนุษย์สามารถบริหารจัดการได้อย่าง สม่่าเสมอตามความปรารถนาในภาพรวม จนเกิดความรู้สึกยินดีและอิ่มเอมใจ และต้องไม่ทำให้ผู้ บุคคลอื่นเดือดร้อน (ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ, 2555)

ความสุข หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการ ปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดี งามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข, 2554)

ความสุข หมายถึง การประเมินค่าความชื่นชอบโดยรวมของชีวิตตนเอง มีค่ามากหรือน้อย (Lyubomirsky, Schkade, & Sheldon, 2005)

การวิจัยครั้งนี้ ให้ความหมายของความสุข คือ การประเมินความรู้สึกด้วยตนเองว่ารู้สึก ผ่อนคลาย รู้สึกสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน

ผลกระทบทางด้านจิตใจต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลกระทบทางด้านร่างกาย อาการที่พบ คือ อาการหายใจลำบาก อาการไอ ส่วนผลกระทบ ทางจิตใจมีรายงานการเกิดอุบัติการณ์สูงขึ้น จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 82 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง ที่ไม่ได้รับการรักษา มีภาวะซึมเศร้า และความเครียดและความวิตกกังวล ความกลัว (Elkington et al., 2005; Zhukava & Shot, 2012) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะรับรู้ถึงความไม่สุขสบาย แสวงหาแนวทางดูแลตนเองเพื่อเพิ่มความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน เนื่องจากเมื่อเกิด ความรู้สึกดังกล่าวส่งผลให้บทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลง ถูกจำกัดกิจกรรมด้วยความรุนแรงของโรค เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Lee et al., 2014) จากการศึกษาของ Gamal and Yorke (2014) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากกับภาวะทางจิตใจ พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับ อาการหายใจลำบากรุนแรงสูง จะมีระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูงเช่นกัน ดังนั้นควรหัน มาให้ความสำคัญกับสภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เทคนิคการสร้างความสุข

1. การปรับมุมมองชีวิต ปรับแนวคิดตนเองเป็นทางบวก ซึ่งความสุขในชีวิต เราสามารถ เลือกสิ่งที่ดีก่อให้เกิดความสุข ความอิ่มเอมใจ มากกว่าเลือกความหดหู่ ท้อแท้ใจ การเปลี่ยนมุมมอง เปลี่ยนแนวคิดจากเดิม มีแต่ตัวเราเท่านั้นที่จะปรับอารมณ์ความรู้สึกได้ (โสภณัท นุชนาถ, 2546) การปรับเปลี่ยนมุมมองชีวิตในด้านใหม่ ทำให้เกิดความสุขได้ และเห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ (สุนทรี โอรัตนสถาพร, 2554) และปฏิบัติตามเทคนิคการสร้างความสุขทุกวัน ส่งผลต่อสุขภาพ ร่างกายและจิตใจ ให้รู้สึกมีความสุข

1.1 คุณแลสุขภาพร่างกาย จิตใจและร่างกายมีส่วนสัมพันธ์กันหากร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย จิตใจก็แจ่มใส การสร้างความสุขทางใจจึงควรควบคู่กันไป การดูแลสุขภาพ สนับสนุน วิธีสร้างสุขภาพให้แข็งแรง โดยการออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ งดสิ่งเสพติดต่าง ๆ

1.2 มองหาสิ่งดีที่มีอยู่ ตรวจสอบตนเองมองหาข้อดี หรือสิ่งที่มีอยู่ รอบตัว เช่น คน ครอบครั และโอกาส ซึ่งบางครั้งเรามองข้ามไป เช่น “แม้ว่างานจะหนักทำให้เกิดความท้อแท้ใน บางครั้ง แต่เราก็โชคดีที่มีงานทำที่มั่นคง” “เรามีแต่ลูกหลาน คอยให้กำลังใจ” “แม้เราจะป่วยด้วย โรคเรื้อรัง แต่เราก็โชคดีที่ยังมีชีวิตอยู่”

1.3 ทำแต่ละวันให้มีคุณค่า เวลาเป็นสิ่งที่มีความค่า ไม่อาจย้อนคืนได้ หลายคนมักเสียใจที่ ไม่ได้ทำบางสิ่งบางอย่าง โดยเฉพาะกับพ่อแม่และคนในครอบครัว ถ้าวันนี้เรายังไม่ได้ทำสิ่งดี ๆ ให้แก่กันอย่างเต็มที่ เราอาจต้องเสียใจไปตลอดชีวิต ให้ตั้งคำถามกับตนเองว่า “หากวันนี้เป็นวัน สุดท้ายที่เหลืออยู่ เราจะทำสิ่งดี ๆ อะไรในวันนี้บ้าง” เมื่อเราให้ความหมาย หรือมีสิ่งที่สำคัญจะ ทำให้เราใช้ชีวิตแต่ละวันอย่างมีคุณค่ามากขึ้น

1.4 ปล่อยมันไป และให้อภัย เรื่องและสถานการณ์บางอย่างที่ผ่านไปแล้ว ไม่สามารถ ย้อนกลับมาแก้ไขได้ ปล่อยประโยชน์ที่จะนำกลับมาคิดซ้ำ ๆ ให้ทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายคนรอบข้าง ด้วย เรียนรู้ที่จะนำอดีตที่ผ่านมาเป็นบทเรียนสอนใจ และปลดปล่อยความทุกข์ใจในอดีตให้ผ่านไป และมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้หลากหลายมุมมอง จากนั้นให้นึกถึงสิ่งดี ๆ ที่เขาเคยปฏิบัติ พยายามให้ อภัยในสิ่งที่ผู้อื่น หรือตนเองได้กระทำ เพราะว่าความโกรธแค้นหรือคับข้องใจ ต้องกำจัดทิ้งไม่ให้ ย้อนกลับมาทำร้ายตัวเอง และควรเลือกรับสิ่งดีมาเก็บไว้ในจิตใจ

1.5 ทบทวนเหตุการณ์ในแต่ละวัน เช่น คิดทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดความประทับใจ หรือสิ่งที่ตนเองได้ทำสิ่งดี ๆ ไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องยิ่งใหญ่ อาจเป็นสิ่งประทับใจ หรือสิ่งที่ทำให้ เกิดความสุขเล็กน้อย แต่ทำให้รู้สึกดี พบว่าความสุขอยู่ไม่ไกลและสามารถหาได้รอบตัวเรา

2. ดนตรีบำบัด (Music therapy) ผลของดนตรีต่อร่างกายและจิตใจดนตรีมีผลต่อการ เปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และการทำงานของสมองในหลาย ๆ ด้าน (Chlan, 1998) จาก การศึกษาพบว่าผลของดนตรีต่อร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอัตราการหายใจ อัตราการ เต้นของชีพจร ความดันโลหิต การตอบสนองต่อแสงของรูม่านตา ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการ ไหลเวียนเลือด มีการนำเสียงดนตรีมาประยุกต์ใช้ในการรักษาอาการเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ ซึ่งประโยชน์ของดนตรีบำบัดมีหลายประการ เช่น ช่วยปรับสภาพจิตใจ ให้อยู่ในสภาวะสมดุล เกิดความสงบ ปรับมุมมองความคิดเชิงบวก ผ่อนคลายความตึงเครียด ลดความวิตกกังวล กระตุ้น ทักษะการเรียนรู้ และการจดจำ กระตุ้นประสาทสัมผัส การรับรู้ และเสริมสร้าง สมาธิ (สันสนีย์ จะสุวรรณ, 2542; Zimmerman, 1989)

เป้าหมายในการรักษาอาการทางกาย เป็นการเพิ่มความสามารถในการรักษา และบรรเทาอาการเหนื่อยหายใจหอบเท่านั้น แต่การหากลยุทธ์เพื่อลดผลกระทบทางด้านจิตใจ ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล สร้างกำลังใจ และป้องกันภาวะซึมเศร้า (Asnaashari, Talaei, & Haghghi, 2012) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ได้นำกิจกรรมสร้างสุข เป็นกิจกรรมที่สร้างขึ้นเพื่อให้การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรมตั้งดวงสมาธิ กิจกรรมนี้ส่งเสริมให้ร่างกายสงบนิ่ง และส่งผลต่อจิตใจให้เกิดสมาธิ กำหนดจิตให้อยู่ที่อุปกรณ์ในมือ (ลูกบอลยาง) และใช้เสียงเพลงเบา ๆ ซ้ำ หลังจากนั้นคลึงลูกบอลไปตามแขน ขา และส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และพูดด้วยนำเสียงที่ทุ้มดังนี้ “ลูกกลมนี้เป็นตัวแทนดวงสมาธิของท่าน อยากให้ทุกท่านนำดวงจิตกลับสู่ความเป็นธรรมชาติด้วยความอ่อนโยนอบอุ่น และผ่อนคลาย ด้วยการคลึงลูกกลมไปตามแขน ขา และส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ตามทำนองของดนตรี” ใช้เวลา 5 นาที

2. กิจกรรมผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากที่ทำกิจกรรมตั้งดวงสมาธิ ทำให้ท่านมีสมาธิมากขึ้น หลับตาและผ่อนคลายกล้ามเนื้อไปกับเสียงเพลง พร้อมทั้งฝึกบริหารการหายใจ โดยสูดลมหายใจเข้าและผ่อนลมหายใจออก ใช้เวลา 3-5 นาที และใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับหายใจแบบเป่าปาก สามารถเพิ่มความสุขสบายได้ (สิรินาท มีเจริญ, 2541)

3. กิจกรรมให้กำลังใจปรับเปลี่ยนมุมมองชีวิต เปิดเพลงเธอผู้ไม่แพ้ ต่อด้วยเพลงกำลังใจ (ขณะเพลงกำลังใจบรรเลงให้ผู้วิจัย และผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนจับมือกัน) ผู้วิจัยสรุปแง่คิดพร้อมกิจกรรม “ภายหลังจบกิจกรรมนี้ ทำให้เรารู้สึกว่าเราไม่ได้อยู่คนเดียวในโลก แต่ยังมีความรู้สึกดี ๆ จากทีมสุขภาพ และกลุ่มโดยผ่านมือที่สัมผัสซึ่งกันและกัน ส่งต่อความห่วงใย เอื้ออาทรและพร้อมจะเป็นกำลังใจให้ท่านเสมอ” ผู้วิจัยกล่าวถึงการเจ็บป่วยเรื้อรัง “โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่อยู่กับเรานาน ทำให้เราท้อแท้ แต่เราจะทำอะไรให้อยู่ร่วมกันได้ การปรับเปลี่ยนมุมมองชีวิตใหม่ด้วยการคิดว่าเพราะเราเป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เราจึงได้รู้จักวิธีการดูแลตนเอง เมื่อจิตใจเราพร้อมผ่อนคลาย สบายใจ ร่างกายก็พร้อมในการเยียวยาตนเอง”

ดังนั้นการศึกษานี้ ได้นำกิจกรรมสร้างสุข เข้าเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในระยะเตรียมความพร้อมก่อนการให้ความรู้ และฝึกทักษะการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การใช้เสียงเพลงเพื่อการผ่อนคลายและสร้างสมาธิ ซึ่งเป็นการส่งเสริมการจดจำ และการรับรู้ มีกำลังใจและสร้างความกระตือรือร้น ในการปฏิบัติกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของกรวรรณ จันทพิมพ์ (2550) ผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลต่อสมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการให้ความรู้ และเทคนิคการคลายเครียดด้วยการทำสมาธิ พบว่าหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางกายโดยรวม และคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการศึกษาที่ทำให้การดูแลด้านจิตใจโดย

การนั่งสมาธิ เพื่อให้เกิดความสงบ เป็นข้อดีที่นางงานวิจัยนี้เป็นแนวทางในการพัฒนา เพื่อให้การดูแลด้านจิตใจ เป็นวิธีการผ่อนคลายที่เหมาะสม เตรียมความพร้อมด้านจิตใจและสามารถนำไปฝึกและปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย และบุคคลทั่วไปที่มีความเครียดสามารถฝึกการผ่อนคลายได้ด้วยตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวคิดการจัดการตนเองและรูปแบบการกำกับตนเอง สามารถพัฒนาแบบแผนการปฏิบัติการพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับความต้องการและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งถือว่าเป็น โรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจ ที่คุกคามชีวิต โดยพยาบาลมีบทบาทในการสร้างความตระหนักรู้ และฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นต่ออาการของโรค จนเกิดการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติในอดีตนั้นส่งผลเสียต่อสุขภาพ และยอมรับว่าเกิดจากการกระทำของตนเอง ดังนั้นแสดงความรับผิดชอบต่อตนเองด้วยการปฏิบัติตนในวิธีการใหม่ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจากนั้นใช้กระบวนการกำกับตนเอง ได้แก่ การติดตามการปฏิบัติ และประเมินตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่คาดหวัง และให้การเสริมแรงตนเอง โดยใช้กิจกรรมสร้างสุข ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนความคิดด้านบวก เป็นการให้กำลังใจตนเอง คิดถึงบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตเรา มีการผ่อนคลายด้วยเสียงดนตรี หรือทำจิตใจให้สงบมีสมาธิ เพื่อเพิ่มการรับรู้และจดจำข้อมูลอย่างฉิวไวเคราะห์ ทำรู้สึกมีความสุข และอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยได้ ก่อให้เกิดพฤติกรรมจัดการด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง อาการหายใจลำบากลดลง และสมรรถภาพปอดดีขึ้น ซึ่งส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน และหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และ สมรรถภาพปอด โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยมีอายุ 35-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกคลินิกโรคหอบโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 126 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุ 35-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง สุ่มมาจากประชากรที่ศึกษาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ 2 และระดับ 3 การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามสมรรถภาพการทำงานของปอด (GOLD, 2008)
2. ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจดี เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างต้องสามารถบันทึกการปฏิบัติกิจกรรม ตามแบบบันทึกการกำกับตนเอง
3. สามารถติดต่อสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์ได้
4. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) การวิจัยครั้งนี้กำหนดการคัดกลุ่มตัวอย่างออก คือ ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ที่ส่งผลจนต้องนอนในโรงพยาบาลนานกว่า 1 สัปดาห์ โดยไม่สามารถเข้าร่วม โปรแกรมตามกำหนดได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคำนวณ Power analysis โดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .50 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับกลางเพื่อลดการเกิด Type I และ Type II error (Burns & Grove, 2005) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดตาราง Statistical power table ของ Kraemer and Theimann (1987 cited in Burns & Grove, 2005) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 22 รายต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26

ราย รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 52 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เข้าทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยขอรายชื่อและประวัติการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่ศึกษาตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยพิจารณาจากอายุ และสมรรถภาพปอด ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่คลินิกโรคหอบ ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) โดยใช้การจับสลากเลือกวันเพื่อเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยสุ่มเลือกวันใดวันหนึ่ง (วันจันทร์หรือวันศุกร์) ของแต่ละสัปดาห์ ซึ่งเป็นวันที่โรงพยาบาลให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการสุ่มพบว่า กลุ่มควบคุมจับสลากได้วันจันทร์ และกลุ่มทดลองจับสลากได้วันศุกร์
3. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มควบคุมก่อน โดยในวันจันทร์มีรายชื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มารับการตรวจรักษาตามนัดจำนวน 26 ราย ผู้วิจัยจึงนำเข้าเป็นกลุ่มควบคุมทั้งหมด
4. ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มทดลองในวันศุกร์ของทุกสัปดาห์ ผู้วิจัยทำการคัดกรองตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) โดยวิธีการจับสลากเข้ากลุ่มทดลองด้วยการกำหนดหมายเลขเรียงลำดับ และกำหนดให้หมายเลขคู่ที่กำกับบนฉลากได้คือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5-6 ราย และดำเนินการเช่นนี้ทุกสัปดาห์ จนครบจำนวน 26 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

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

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ แผนการสนับสนุนการจัดการตนเอง คู่มือสนับสนุนการจัดการตนเอง สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รายละเอียดดังนี้

1.1 แผนการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดขึ้นอย่างมีแบบแผน เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และมีความสม่ำเสมอ โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการ

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

1.2 คู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นเอกสารที่ได้จัดทำขึ้นโดยการศึกษาจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีภาพประกอบเพื่อใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ในช่วงท้ายของคู่มือมีแบบบันทึกการกำกับตนเอง เพื่อติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ตั้งเป้าหมาย เรื่องการบริหารการหายใจ และการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก โดยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง หรือมีญาติคอยช่วยเหลือ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการติดตามตนเอง มีประโยชน์ในการให้ข้อมูลย้อนกลับ ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทราบผลการปฏิบัติของตน ว่ามีการปฏิบัติที่ถูกต้องหรือไม่ เพื่อนำไปสู่การเสริมแรงตนเองต่อไป ตลอดจนเป็นข้อมูลให้ผู้วิจัยใช้ติดตามผล และประเมินผลการปฏิบัติเมื่อผู้วิจัยติดตามเยี่ยมที่บ้าน และประเมินผลการทดลอง

1.3 สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีเนื้อหาเช่นเดียวกับคู่มือสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วยภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหว เพื่อใช้ประกอบการให้ความรู้ และฝึกทักษะการจัดการตนเอง เป็นการสร้างความเข้าใจด้วยภาพ และการฝึกปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ใช้ประกอบการบรรยาย การให้ความรู้ และการสาธิต รวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำกลับไปฟังที่บ้าน และการปฏิบัติตนที่เหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 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 ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการที่พบมากในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา วิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก

2.2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และจัดการอาการหายใจลำบากของ นรภมล ใหม่ทอง (2550) จำนวน 10 ข้อ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีการปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับจัดการตนเอง มีข้อคำถามเดิม 7 ข้อ คือ ข้อ 1 ถึง ข้อ 7 และข้อคำถามที่สร้างใหม่จำนวน 13 ข้อ คือ ข้อ 8 ถึงข้อ 20 ข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด มีสองตัวเลือกคือ ใช่ และไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดไว้ดังนี้

ตอบถูก	ได้	1 คะแนน
ตอบผิด	ได้	0 คะแนน

แบบสอบถามที่มีข้อคำถามทางลบ 5 ข้อ คือ ข้อ 3, 6, 13, 15 และ 17 ที่เหลือเป็นข้อคำถามทางบวก 15 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 4, 7-12, 14, 16 และข้อ 18-20

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนที่ได้ทั้งหมดรวมกัน ซึ่งคะแนนรวมของข้อทั้งหมดมีค่าระหว่าง 0-20 คะแนน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนมาก หมายถึงมีความรู้การจัดการตนเองในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูง และค่าเฉลี่ยคะแนนน้อย หมายถึงมีความรู้การจัดการตนเองในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อย

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสร้างโดย สุภภรณ์ ด้วงแพง (2548) การปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ประกอบ ด้วย พฤติกรรมด้านการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต พฤติกรรมด้านการจัดการอาการหายใจลำบาก และพฤติกรรมจัดการด้านอารมณ์ แบบประเมินนี้มีจำนวน 30 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 30-150 คะแนน คะแนนรวมเฉลี่ยมากแสดงว่ามีพฤติกรรมจัดการตนเองสูง คะแนนเฉลี่ยร่วนน้อย แสดงว่ามีพฤติกรรมจัดการตนเองต่ำ

2.4 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก (Dyspnea Visual Analogue Scale [DVAS]) เป็นแบบวัดระดับความรู้สึกอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลักษณะเป็นเส้นตรง แนวตั้งยาว 100 มิลลิเมตร ปลายด้านบนที่ตำแหน่ง 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 การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องอโตสไปโรมิเตอร์ (Auto spirometer) เป็นเครื่องตรวจสอบสมรรถภาพปอดชนิดที่สามารถเคลื่อนย้ายได้โดยการวัดค่า FEV_1 รุ่น Vitalograph COPD-6™ แปลผลตามเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งระดับความรุนแรงตามปริมาตรอากาศที่หายใจออกโดยเร็ว และแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV_1) รวมทั้งการเตรียมผู้ป่วยสำหรับการใช้เครื่องสไปโรมิเตอร์ เช่น เทคนิคการสูดลมหายใจ การเป่าเครื่องเพื่อทดสอบสมรรถภาพการทำงานของปอด เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย แผนการสนับสนุนการจัดการตนเอง คู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และวีดิทัศน์ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะระบบทางเดินหายใจ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและกิจกรรม และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละ

กิจกรรม โดยใช้เกณฑ์ความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ด้วยการนำจำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4หารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553)

ความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ .98, .96 และ .97 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา ให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหา และความเหมาะสมทางภาษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Reliability)

2.1 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบประเมินอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ 20 ราย (Polit & Hungler, 1999) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86 สำหรับแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ โดยใช้สูตร K R-21 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ .72

2.2 เครื่องมือประเมินสมรรถภาพปอด เป็นเครื่องตรวจสอบสมรรถภาพปอดชนิดที่สามารถเคลื่อนย้ายได้โดยการวัดค่า FEV₁ ชื่อ Auto spirometer รุ่น Vitalograph COPD-6™ ที่ได้รับมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม และผ่านการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือก่อนนำมาใช้ทำการทดลอง และใช้เครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย ท่อเป่าลมหนึ่งต่อต่อกลุ่มตัวอย่างหนึ่งราย และทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่หลังใช้ทุกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 09-11-2556

2. ขณะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรวิจัยก่อนที่การวิจัยจะเสร็จสิ้นได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัย

ทราบ และการกระทำดังกล่าวนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัย ข้อมูลต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งผลการวิจัย จะนำเสนอในภาพรวม และถือเป็นความลับ โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง

3. สำหรับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมนั้น หลังเสร็จสิ้นการทำวิจัยในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแก่กลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ตามความสมัครใจ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มควบคุมทั้งหมดยินดีให้ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลตาม โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัย ซึ่งได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาขออนุมัติการทำวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยได้

2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ และผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

กลุ่มทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือขั้นตอนก่อนการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นตอนหลังการทดลอง รายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนก่อนการทดลอง

ขั้นตอนนี้เป็นการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนทำการทดลอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ประเมินอาการหายใจลำบาก และวัดสมรรถภาพปอด หลังจากนั้นนัดหมายการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นกลุ่ม 5-6 ราย ที่ห้องประชุมตึกผู้ป่วยนอกชั้น 2 โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย หรือสถานที่ที่มีการปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมอีก 1 สัปดาห์ต่อไป

2. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะประเมินและเตรียมความพร้อม ระยะการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเอง และระยะติดตามประเมินผลการปฏิบัติ ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ระยะประเมินและเตรียมความพร้อม (กิจกรรมครั้งที่ 1)

ผู้วิจัยพบกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มละ 5-6 ราย ที่ห้องประชุมตึกผู้ป่วยนอกชั้น 2 ก่อนจะเข้าสู่การประเมินและเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการแนะนำตัว และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้แนะนำตัว และพูดคุยกันในเรื่องทั่วไป เพื่อให้ทั้งผู้วิจัย และกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งการตรวจร่างกายเบื้องต้น วัดสมรรถภาพปอด และประเมินอาการหายใจลำบาก หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินและเตรียมความพร้อมในการสนับสนุนการจัดการตนเอง ดังนี้

1. การประเมินความพร้อม ผู้วิจัยประเมินความพร้อมด้านความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ทั้งสาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมอาการ โดยเฉพาะอาการหายใจลำบาก บางส่วนขาดทักษะและไม่เห็นความสำคัญของการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม เช่น บางรายไม่พ่นยาขยายหลอดลมชนิดลดการอักเสบเนื่องจากมีอาการชมพูปาก บางรายไม่มีการวางแผนเตรียมยาพ่นชนิดฉุกเฉินเมื่อไปนอกบ้าน และบางรายยังสูบบุหรี่อยู่ ยังพบอีกว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่ไม่เคยฝึกหายใจแบบเป่าปากเพื่อบรรเทาอาการหายใจหอบ และไม่เคยออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก หลังจากนั้นประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 8 ราย ที่มีญาติพามาโรงพยาบาล ส่วนมากมาโดยลำพัง

2. การเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ และเตรียมความพร้อมสนับสนุนให้ความรู้ รายละเอียดดังนี้

2.1 เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ด้วยกิจกรรมสร้างสุข (ใช้เวลา 10 นาที)

2.1.1 กิจกรรมตั้งดวงสมาธิ ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยมีสมาธิอยู่กับอุปกรณ์ในมือ (ลูกบอลยาง) และเสียงเพลง โดยการให้ผู้ป่วยคลึงลูกบอลตามแขน ขา และส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และพูดด้วยน้ำเสียงที่ทุ้มดังนี้ “ลูกกลมนี้เป็นตัวแทนดวงสมาธิของท่าน ขอให้ทุกท่านนำดวงจิตกลับสู่ความเป็นธรรมชาติด้วยความอ่อนโยน อบอุ่น และผ่อนคลาย ด้วยการคลึงลูกกลม ไปตามแขน ขา และส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ตามทำนองของคนตรีคะ” เวลา 5 นาที

2.1.2 กิจกรรมผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากที่ทุกท่านได้ทำกิจกรรมตั้งดวงสมาธิแล้ว ทำให้ท่านมีสมาธิมากขึ้น ต่อไปนี้ขอให้ท่านผ่อนคลายกล้ามเนื้อไปกับเสียงเพลงเวลา 3 นาที

2.1.3 กิจกรรมให้กำลังใจ เปิดเพลงเธอผู้ไม่แพ้ ต่อด้วยเพลงกำลังใจ (ขณะเพลงกำลังใจบรรเลงให้ผู้วิจัย และผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนจับมือกัน) ผู้วิจัยสรุปแง่คิดไปพร้อมกิจกรรม “ภายหลังจบกิจกรรมนี้ ทำให้เรารู้สึกว่าเราไม่ได้อยู่คนเดียวในโลก แต่ยังมีความรู้สึกดี ๆ จากทีมสุขภาพ และกลุ่ม โดยผ่านมือที่สัมผัสซึ่งกันและกัน ส่งต่อความหวังใจ เอื้ออาทร ที่พร้อมจะเป็น

กำลังใจให้ท่านเสมอ” ผู้วิจัยกล่าวถึงการเจ็บป่วยเรื้อรัง “ว่าเป็นโรคที่อยู่กับเรามานาน ทำให้เราท้อแท้ แต่เราจะทำอย่างไรให้อยู่ร่วมกันได้ ปรับมุมมองชีวิตใหม่ด้วยการคิดว่าเพราะเราเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เราจึงได้รู้จักวิธีการดูแลตนเอง เมื่อจิตใจเราพร้อม ผ่อนคลาย สบายใจ ร่างกายย่อมพร้อมในการเยียวยาตนเอง”

2.2 กำหนดเป้าหมายหลักร่วมกันในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ อาการหายใจลำบากลดลง และทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

2.3 เตรียมความพร้อมด้านความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเอง ประกอบด้วย ช่วงที่ 1 โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และฝึกทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น อาการหายใจหอบ อาการอ่อนล้า พร้อมแจกคู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พร้อมวีดิทัศน์ ซึ่งเนื้อหา ดังนี้ พยาธิสภาพ สาเหตุ อาการ แนวทางการรักษา การปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามพฤติกรรมจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ ด้านการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต ด้านจัดการอาการหายใจลำบาก และด้านจัดการอารมณ์ ซึ่งการให้ความรู้ และสร้างความตระหนักถึงความรุนแรง โดยการยกตัวอย่างจากประสบการณ์ความรุนแรงของโรค เช่น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ราย เคยใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตระหนักถึงความรุนแรง และเกิดความกลัว รวมทั้งทราบว่าพฤติกรรมที่ส่งผลต่อความรุนแรงของโรค และตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างน้อยกลุ่มละ 1-2 ราย ที่บอกว่าการสูบบุหรี่ทำให้ความรุนแรงของโรคสูงขึ้น จึงตัดสินใจว่าจะเลิกสูบบุหรี่

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม ตั้งแต่ 09.00-10.00 น.

ช่วงที่ 2 เป็นการฝึกทักษะการจัดการตนเองด้วยวีดิทัศน์ เรื่อง การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก ออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก 6 ท่า และฝึกทักษะการพ่นยาขยายหลอดลม ทบทวนการฝึกทักษะพร้อมกันในแต่ละเรื่อง ร่วมกับนักกายภาพบำบัด และเภสัชกร ตามโปรแกรมที่วางแผนร่วมกันไว้ ส่วนผู้วิจัยทำการสรุปประเด็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการซักถามย้อนกลับให้มีความเข้าใจตรงกัน

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม ตั้งแต่ 10.30-11.30 น. แล้วทำการนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไปที่ห้องประชุมตึกผู้ป่วยนอกชั้น 2 อีก 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2 (กิจกรรมครั้งที่ 2)

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ห้องประชุมชั้น 2 ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยตรวจร่างกายเบื้องต้น ประเมินอาการหายใจลำบาก และวัดสมรรถภาพปอด ผู้วิจัยทบทวนความรู้ และการปฏิบัติตัวตามพฤติกรรมจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน สอบถามเรื่องการฝึกทักษะการจัดการตนเอง เรื่องการฝึกหายใจ การออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกใน 1 สัปดาห์

ที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซักถามข้อสงสัยหลังนำคู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองไปทบทวนที่บ้าน ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ นักกายภาพบำบัด เกษัชกร ร่วมกันตอบข้อสงสัย เช่น เรื่องแนวทางการรักษา การรับประทานยา การรับประทานอาหารและการพ่นยา ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

2. ผู้วิจัยสนับสนุนความรู้ และเทคนิคการนำรูปแบบการกำกับตนเอง โดยใช้คู่มือสนับสนุนการจัดการตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสื่อที่ใช้ในการสอน ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง (Self-monitoring) เป็นการให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำหนดเป้าหมาย (Goal setting) ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้แนะนำ โดยกำหนดเป้าหมายย่อยในการบริหารการหายใจ การออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกในแต่ละสัปดาห์ และเป็นเป้าหมายที่พึงพอใจ และคาดหวังว่าจะทำได้สำเร็จ เช่น บางรายตั้งเป้าหมายว่า ฝึกบริหารการหายใจแบบเป่าปากทุกวันตอนเช้า สัปดาห์ต่อไปจะฝึกบริหารการหายใจเช้าและเย็น หลังจากตั้งเป้าหมายร่วมกันแล้ว ผู้วิจัยแนะนำเทคนิคการใช้แบบบันทึกการติดตามตนเอง และความสำคัญของการจดบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมตามที่ตั้งเป้าหมาย หรือสามารถให้ญาติช่วยในการจดบันทึกได้ตามคำบอก หากมีปัญหาการมองไม่เห็นหรือไม่สะดวก ขั้นตอนนี้มีการจดบันทึกปัญหาหรืออุปสรรคในการไม่ปฏิบัติตามเป้าหมายไว้ด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินการปฏิบัติจริงกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ กับแบบบันทึกการฝึกบริหารการหายใจ และออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก หากไม่เป็นไปตามเป้าหมาย อาจมีการตั้งเป้าหมายใหม่ พร้อมทั้งมีการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค ว่าสามารถปรับเปลี่ยนหรือตัดสินใจแก้ไขเลือกแนวทางใหม่ เช่น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังบางราย ไม่สามารถออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกช่วงเช้าได้ เนื่องจากต้องออกไปทำนา แต่เช้า จึงปรับเปลี่ยนการตั้งเป้าหมายใหม่ เป็นออกกำลังกายตอนเย็นแทน เป็นต้น ขั้นตอนนี้ส่งเสริมให้สามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เป็นการสร้างความตระหนักรู้และสร้างกำลังใจในตัวบุคคล ผู้วิจัยแนะนำการให้แรงเสริมด้วยตนเองก่อน เช่น การชื่นชมตนเอง การให้รางวัลตนเอง การให้แรงเสริมส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความภาคภูมิใจ มีกำลังใจสามารถปฏิบัติได้ตามที่ตนเองตั้งเป้าหมายไว้ แรงเสริมจากภายนอกคือ มีเพื่อนบ้านชมเชย ทำให้รู้สึกอยากทำต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

3. ผู้วิจัยติดตามความพร้อม โดยการสอบถามและนำปัญหาและอุปสรรคที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญจริง ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาการดำเนินชีวิต ปัญหาสุขภาพ ที่ส่งผลต่อการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในการบริหารการหายใจ และออกกำลังบริหาร

กล่ามเนื้อทรวงอก ขึ้นตอนนี้ผู้วิจัยร่วมกันหาแนวทางแก้ไข หรือแนะนำวิธีแก้ปัญหา เพื่อเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจ สร้างกำลังใจ ด้วยทำให้เห็นอกเห็นใจอยากช่วยเหลืออย่างแท้จริง ผู้วิจัยสรุปประเด็นและตอบข้อสงสัย โดยมีการซักถามย้อนกลับเสมอ เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันในการลงมือปฏิบัติ เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเข้าสู่ระยะการจัดการด้วยตนเองที่บ้าน

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม ตั้งแต่ 9.00-10.00 น. แล้วทำการนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไปที่บ้าน หรือสถานที่แล้วแต่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่ละรายสะดวกอีก 2 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4 ระยะการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเอง (กิจกรรมครั้งที่ 3)

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสมาชิกในครอบครัว พร้อมทีมเยี่ยมประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด เกษัชกร ดำเนินการประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์ เช่น การเดินทางด้วยรถฉุกเฉินของหน่วยงานในชุมชน ญาติผู้ดูแล รวมทั้งสภาวะแวดล้อม

2. ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปฏิบัติการจัดการด้วยตนเองตามขั้นตอนของรูปแบบการกำกับตนเองที่บ้าน การเยี่ยมบ้านเป็นการกระตุ้นเตือน และเสริมสร้างกำลังใจ พร้อมทั้งเป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติ เมื่อพบปัญหาและอุปสรรคในสถานการณ์จริงแล้วต้องการที่ปรึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายมีความตั้งใจ และรู้สึกว่าตนเองปฏิบัติได้ เชื่อในความสามารถของตนเอง เพราะไม่ต้องการให้ตนเองมีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น สามารถจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉินได้ มีการตั้งสติ และควบคุมอาการหายใจหอบ รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดอาการหายใจหอบถี่ขึ้น สิ่งสำคัญคือ ต้องการพึ่งพาตนเองได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ด้วยตนเอง

ผู้วิจัยซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเอง และการบันทึกการบริหารการหายใจ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 3 ราย ในสัปดาห์ที่ 3 ที่ต้องจัดการด้วยตนเองที่บ้าน มีอาการหายใจหอบถี่ขึ้น ได้ใช้การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และไม่สามารถควบคุมการหายใจได้ เนื่องจากกลัวว่าอาการจะรุนแรงขึ้น จึงไปพ่นยาขยายหลอดลมที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงทบทวนเหตุการณ์และให้ฝึกสมาธิและการผ่อนคลายด้วยกิจกรรมสร้างสุข แนะนำวิธีการจัดการอาการเบื้องต้น เช่น ตั้งสติ พ่นยาขยายหลอดลมเองที่บ้าน และฝึกการบริหารการหายใจขณะเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อลดความรุนแรง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้าใจวิธีการจัดการตนเองมากขึ้น และบางรายพบปัญหาการออกกำลังบริหารกล่ามเนื้อทรวงอก ประเด็นการไม่ปฏิบัติตามเป้าหมายเนื่องจากมีภารกิจต้องออกไปนอกบ้าน เช่น ทำนา ขายของ ในระยะนี้หลังจากพบปัญหาและอุปสรรคจากแบบแผนการดำเนินชีวิต สามารถหาวิธีการจัดการให้ตนเองออกกำลังกายได้ตามเป้าหมาย คือ การปรับเปลี่ยนเวลา ส่วนการติดตามตนเองและเปรียบเทียบกับที่ตั้งเป้าหมายเป็น

การเสริมแรงที่สำคัญ ที่ทำให้มีการกระทำอย่างต่อเนื่อง เพราะเกิดความภาคภูมิใจ ที่ได้รับคำชื่นชม จากบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะการชื่นชมจากบุคคลในครอบครัว ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พร้อมทั้งสามารถจดบันทึกตามรูปแบบกำกับตนเองได้อย่างถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสริมแรงตนเอง พบว่าบางรายเสริมแรงตนเอง โดยการบอกว่าถ้าออกกำลัง บริหารกล้ามเนื้อทรวงอกได้สัปดาห์นี้ 2 วัน สัปดาห์หน้าจะออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อทุกวัน พร้อม กล่าวชมเชยและให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามเป้าหมายต่อไป

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 10.00-10.30 น. แล้วทำการนัดหมายการทำกิจกรรม ครั้งต่อไป โดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ อีก 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 6)

สัปดาห์ที่ 6 (กิจกรรมครั้งที่ 4)

ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิ และแนะนำตัวเองทางโทรศัพท์ พร้อมสอบถามเรื่องทั่วไป เป็นการ สร้างสัมพันธภาพ และความคุ้นเคยกันทางโทรศัพท์ เริ่มสอบถามการปฏิบัติการจัดการตนเองเรื่อง การออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ การใช้ยาพ่น การป้องกันและจัดการอาการหายใจลำบาก และให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสะท้อนความรู้สึกของตนเอง พร้อมทั้งสอบถามปัญหา และ อุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเอง ผู้วิจัยให้คำแนะนำตามประเด็นคำถามของผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการกล่าวชมเชยและให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนในการจดบันทึกการปฏิบัติตาม เป้าหมายอย่างสม่ำเสมอในคู่มือกำกับตนเอง ในขั้นตอนนี้เป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติ อย่างต่อเนื่อง และคอยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ระยะ นี้ไม่พบปัญหาการลืมบันทึก และปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ผู้วิจัยกล่าวชื่นชม และเปิดโอกาส ให้ซักถามข้อสงสัย ก่อนยุติการสนทนา

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 10-15 นาที แล้วทำการนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป โดยการพบกลุ่มที่โรงพยาบาล ห้องประชุมชั้น 2 ดึงผู้ป่วยนอกอีก 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 8)

สัปดาห์ที่ 8 ระยะติดตามและประเมินผล (กิจกรรมครั้งที่ 5)

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ห้องประชุมชั้น 2 เนื่องจากตรงกับวันมาตรวจ ตามนัด ระยะนี้เป็นระยะติดตามต่อเนื่อง และประเมินการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเองที่บ้าน ดำเนิน กิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการแนะนำและกล่าว ทักทายกันหลังจากไม่ได้พบกันเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ด้วยกิจกรรมสร้างสุข เพื่อสร้างสมาธิและความผ่อนคลายก่อนการทบทวนกิจกรรม หลังจากนั้นให้ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติตนที่บ้านตามเป้าหมาย เรื่องการบริหาร การหายใจ และออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก สร้างเสริมโดยให้กลุ่มเลือกบุคคลต้นแบบ และร่วมกล่าวชื่นชม ที่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามเป้าหมาย และการจดบันทึกได้อย่างสม่ำเสมอ

พร้อมให้บุคคลดังกล่าวแนะนำเทคนิค และวิธีการจัดการกับอุปสรรค

2. เปิดวิดีทัศน์ ทบทวนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ทั้ง 3 ด้าน ร่วมกันอีกครั้ง พร้อมทั้งซักถามข้อสงสัย การปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน หลังจากนั้นเชิญนักกายภาพบำบัด ร่วมฝึกการบริหารการหายใจ และออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก พร้อมทั้งประเมินการฝึกทักษะ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง จดจำท่าทางได้อย่างแม่นยำ ระหว่างทบทวนการฝึกปฏิบัติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันถึงวิธีการปรับเปลี่ยนเป้าหมาย ในอุปสรรคเรื่องของการบริหารเวลากับแบบแผนการดำเนินชีวิต นักกายภาพกล่าวชื่นชม และกระตุ้นให้ปฏิบัติต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับการฝึกทักษะการพ่นยาขยายหลอดลม เชิญเภสัชกรร่วมฝึกเทคนิคการพ่นยาตามวิดีทัศน์ และสาธิตย้อนกลับ พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 2 ราย ที่มกระบอกพ่นยาไม่สนิท จึงได้ทบทวนและฝึกอีกครั้ง หลังฝึกซ้ำผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

3. ระยะเวลาเป็นระยะติดตามความต่อเนื่อง ดำเนินการสนับสนุนการจัดการด้วยตนเองที่บ้านในขั้นตอน การติดตาม ตรวจสอบ และประเมินความก้าวหน้าตามผลลัพธ์ของการปฏิบัติการจัดการร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการยกตัวอย่างสถานการณ์ แล้วให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร่วมกันแสดงความคิดเห็น และบอกวิธีการจัดการตนเอง เช่น “เมื่อท่านเดินเข้าห้องน้ำ แล้วเกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย ท่านจะปฏิบัติได้อย่างไร” พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถบอกวิธีการจัดการอาการได้ เช่น จัดท่าทางที่เหมาะสม การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก เรียกญาติช่วยเหลือ และพบอีกว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถวิเคราะห์ และวางแผนเพื่อจัดการกับความรุนแรงที่เกินความสามารถ โดยการขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในชุมชน เป็นต้น และประเมินจากแบบบันทึกการกำกับตนเอง เรื่องการบริหารการหายใจ การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก เปรียบเทียบกับเป้าหมายของแต่ละคน มีการปฏิบัติตามเป้าหมายหรือไม่ ถ้าไม่เป็นไปตามเป้าหมาย อาจเปลี่ยนเป้าหมายใหม่ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังวิเคราะห์สถานการณ์ อุปสรรคที่ทำให้พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และร่วมวางแผนแนวทางแก้ไขเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายใหม่หรือใกล้เคียงเป้าหมาย รวมทั้งไม่เคร่งครัดสามารถยืดหยุ่นได้ตามเหตุการณ์ หลังจากนั้นกระตุ้นเตือนให้มีการเสริมแรงตนเองด้วย ผู้วิจัยสรุปประเด็นปัญหาโดยรวม หรือแต่ละรายบุคคล ตอบข้อสงสัยในการจัดการตนเอง เนื่องจากสัปดาห์นี้เป็นสัปดาห์สุดท้ายที่จะมีการพบกลุ่ม พร้อมทั้งกล่าวชมเชย และให้กำลังใจ ขอให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติต่อไป

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม ตั้งแต่ 9.00-10.00 น. แล้วทำการนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป โดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ อีก 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 10)

สัปดาห์ที่ 10 (กิจกรรมครั้งที่ 6)

ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิ และแนะนำตัวเองทางโทรศัพท์ พร้อมสอบถามเรื่องทั่วไป เป็น การสร้างสัมพันธภาพ และความคุ้นเคยกันทางโทรศัพท์ เริ่มสอบถามการปฏิบัติการจัดการตนเอง เรื่องการออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ การป้องกันการติดเชื้อ การใช้ยาพ่น การป้องกันการ เกิดอาการหายใจลำบาก การจัดการอาการหายใจลำบาก และให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสะท้อน ความรู้สึกของตนเอง พร้อมทั้งสอบถามปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเอง ผู้วิจัยให้คำแนะนำตามประเด็นคำถามของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยกระตุ้นและติดตาม การฝึกบริหารการหายใจ การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก มีการกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ และกระตุ้นเตือนในการจดบันทึกการปฏิบัติตามเป้าหมาย อย่างสม่ำเสมอในคู่มือกำกับตนเอง ใน ขั้นตอนนี้เป็นภาระกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และคอยสร้างแรงจูงใจให้คงพฤติกรรม อย่างต่อเนื่อง พบว่าบางรายลืมพ่นยาขยายหลอดลมชนิดลดการอักเสบ จึงอธิบายความสำคัญของ ยาพ่นชนิดนี้ และกระตุ้นให้พ่นยาขยายหลอดลมหลังการสนทนาเสร็จสิ้น ส่วนการลืมบันทึกการ ออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ ยังพบ 2 ราย จึงกระตุ้นเตือนให้ลงบันทึกย้อนหลัง ป้องกันการลืมบันทึก และมีความต่อเนื่อง

ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 10-15 นาที แล้วทำการนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป ที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ห้องประชุมชั้น 2 ตึกผู้ป่วยนอก อีก 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 12)

4. ขั้นตอนหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 12 (กิจกรรมครั้งที่ 7)

ระยะนี้เป็นารเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประเมินอาการหายใจลำบาก และ วัดสมรรถภาพปอด และประเมินด้วยแบบสอบถามเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถาม พฤติกรรมการจัดการตนเองชุดเดิม แจ้งให้ทราบการสิ้นสุดการวิจัย พร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ใช้เวลาในการทำกิจกรรมครั้งนี้ 30 นาที

กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนการดำเนินการ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนก่อนการทดลอง ขั้นตอนหลังการทดลอง มีดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1)

เป็นขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล (Pre-test) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาล แนะนำตนเอง และสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินอาการหายใจลำบาก และวัดสมรรถภาพ

ปอด หลังจากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล นัดหมายครั้งต่อไปที่โรงพยาบาลในวันที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหอบ

การพยาบาลตามปกติ ในคลินิกโรคหอบ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะได้รับการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่อง Peak Expiratory Flow Rate: PEFR และรับการตรวจจากแพทย์ตามนัด ไม่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตนในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบกับในคลินิกผู้ป่วยนอกมีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และโรคทั่วไปมารับการตรวจปริมาณมาก จึงทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่ได้รับความรู้และการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เมื่อได้รับการตรวจจากแพทย์เรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะรับยาและเดินทางกลับบ้าน

2. ขั้นตอนหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12)

ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มควบคุมที่แผนกผู้ป่วยนอกที่คลินิกโรคหอบ ในวันจันทร์ที่มารับการตรวจตามนัด ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินอาการหายใจลำบาก และวัดสมรรถภาพปอด (Post-test) พร้อมทั้งผู้วิจัยจัดกิจกรรมสร้างสุข ดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ และมอบคู่มือการสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้วิจัยและกลุ่มควบคุมร่วมฝึกทักษะการบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย แข็งให้ทราบการสิ้นสุดการวิจัย พร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามกำหนดและตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

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

ควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบการบรรยายแบ่งเป็น 4 ตอน ตามลำดับดังนี้

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

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

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

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

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด 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 และค่าไควสแควร์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 52)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	P-value
	(n = 26)		(n = 26)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.92	.33
ชาย	21	80.8	18	69.2		
หญิง	5	19.2	8	30.8		
อายุ					.11	.73
41-50 ปี	5	19.2	6	23.1		
51-60 ปี	21	80.8	20	76.9		
(M = 54, SD = 4.60, Max = 60, Min = 44) (M = 54, SD = 4.46, Max = 60, Min = 47)						
สถานภาพสมรส					1.33	.51
โสด	3	11.5	1	3.8		
คู่	16	61.5	19	73.1		
หม้าย/ หย่า	7	26.9	6	23.1		
ระดับการศึกษา					1.09	.58
ไม่ได้เรียน	3	11.5	3	11.5		
ประถมศึกษา	20	77.0	22	84.7		
มัธยมศึกษา	3	11.5	1	3.8		
รายได้ของครอบครัว					9.47	.02
≤ 5,000 บาท	8	30.8	19	73.1		
5,001-10,000 บาท	16	61.5	6	23.1		
10,001 บาทขึ้นไป	2	7.7	1	3.8		
ความเพียงพอของรายได้					5.91	.45
เพียงพอมีเหลือเก็บ	7	27.0	9	34.6		
เพียงพอไม่มีเหลือเก็บ	16	61.5	8	30.8		
ไม่พอต้องกู้ยืมบางครั้ง	3	11.5	9	34.6		

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	P-value
	(n = 26)		(n = 26)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ค่าใช้จ่ายในการรักษา					3.68	.15
เบิกจากต้นสังกัด	2	7.7	1	3.8		
ประกันสังคม	3	11.5	-	-		
บัตรประกันสุขภาพ	21	80.8	25	96.2		
ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา					1.04	.59
ไม่มีปัญหา	13	50.0	13	50.0		
มีปัญหาเล็กน้อย	13	50.0	12	46.2		
มีปัญหาปานกลาง	-	-	1	3.8		

จากตารางที่ 4-1 การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80.8 และ ร้อยละ 69.2) มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 80.8 และร้อยละ 76.9) โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 54 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 77.0 และร้อยละ 84.7) โดยกลุ่มทดลองมีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 61.5) ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 73.1) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 80.8 และร้อยละ 96.2) จากการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มให้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 4-2 จำนวน ร้อยละ และค่าไควสแควร์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใน กลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลภาวะสุขภาพ (n = 52)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	P-value
	(n = 26)		(n = 26)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาการวินิจฉัยโรค					10.93	.44
1-5 ปี	17	65.3	20	76.9		
6 ปีขึ้นไป	9	34.7	6	23.1		
เข้ารับรักษาในระยะเวลา 1 ปี					.75	.38
ไม่เคย	2	7.7	4	15.4		
เคย	24	92.3	22	84.6		
วิธีการจัดการอาการหายใจลำบาก					14.83	.10
พ่นยาขยายหลอดลมที่บ้าน	15	57.7	19	73.1		
รับประทันยาและพ่นยา	1	3.8	3	11.4		
ไปพ่นยาที่โรงพยาบาล	10	38.5	4	3.8		
ประวัติการสูบบุหรี่					.22	.63
เคยสูบบุหรี่	23	88.5	24	92.3		
ไม่เคย	3	11.5	2	7.7		
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน					.11	.73
≤ 5 มวน	2	8.3	3	13.0		
6-10 มวน	11	45.8	9	39.1		
11-15 มวน	6	25.0	7	30.4		
16 มวนขึ้นไป	2	8.3	1	13.0		

จากตารางที่ 4-2 พบว่าข้อมูลภาวะสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 65.3 และร้อยละ 76.9) ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 92.3 และร้อยละ 84.6) เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากกลุ่มทดลองใช้วิธีการพ่นยาขยายหลอดลมที่บ้าน (ร้อยละ 57.7) รองลงมาคือมารับการพ่นยาขยายหลอดลมที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 38.5) ส่วนกลุ่มควบคุมใช้วิธีการ

พินยาขยายหลอดลมที่บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 73.1) และส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประวัติการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 88.5 และร้อยละ 92.3) โดยจำนวนบุหรี่ที่สูบ 6-10 มวนต่อวัน (ร้อยละ 45.8 และร้อยละ 39.1) รองลงมาคือ 11-15 มวนต่อวัน (ร้อยละ 25.0 และร้อยละ 30.4)

จากการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเริ่มให้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

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

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลตัวแปรตาม ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด โดยทดสอบการกระจายว่าเป็นปกติด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่ามีการแจกแจงปกติ (Normal distribution) ค่าความแปรปรวนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ค่าเอฟ (F -test) เท่ากับ 0.40, 1.92, .054 และ 1.05 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ามีความแปรปรวนเท่ากัน จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที

ตารางที่ 4-3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ($n = 52$)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม						
	กลุ่มทดลอง ($n = 26$)		กลุ่มควบคุม ($n = 26$)		t	df	P -value
	M	SD	M	SD			
ความรู้	8.11	2.71	9.19	2.95	1.36	50	.08
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	44.61	4.43	46.30	3.47	1.53	50	.06
อาการหายใจลำบาก	55.76	9.86	55.00	9.89	.28	50	.39
สมรรถภาพปอด	40.26	5.67	40.65	6.83	.22	50	.41

จากตารางที่ 4-3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงไว้ในตารางที่ 4-4 และตารางที่ 4-5

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลตัวแปร ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบค่าที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน จากนั้นนำวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที่ (Paired t-test)

ตารางที่ 4-4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง (n = 26)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	(n = 26)		(n = 26)				
	M	SD	M	SD			
ความรู้	8.11	2.71	17.42	1.13	17.23	25	< .001
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	44.61	4.43	127.69	8.22	45.63	25	< .001
ด้านการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต	19.30	2.07	55.76	4.83			
ด้านการจัดการอาการหายใจลำบาก	20.42	2.51	58.80	4.06			
ด้านการจัดการอารมณ์	4.88	1.39	13.11	.86			
อาการหายใจลำบาก	55.76	9.86	39.61	7.20	10.94	25	< .001
สมรรถภาพปอด	40.26	5.67	54.98	12.21	7.04	25	< .001

จากตารางที่ 4-4 พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอด ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{25} = 17.23, p < .01$; $t_{25} = 45.63, p < .001$ และ $t_{25} = 7.04, p <$

.001 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 ($t_{25} = 10.94, p < .001$)

ตารางที่ 4-5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุม ($n = 26$)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P-value</i>
	(n = 26)		(n = 26)				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
ความรู้	9.19	2.95	8.88	3.17	.70	25	.48
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	46.30	3.47	44.11	5.67	1.97	25	.06
ด้านการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต	21.76	2.56	19.26	2.45			
ด้านการจัดการอาการหายใจลำบาก	19.50	2.15	19.84	2.88			
ด้านการจัดการอารมณ์	5.03	1.39	5.00	1.35			
อาการหายใจลำบาก	55.00	9.89	63.84	12.67	6.91	25	.06
สมรรถภาพปอด	40.65	6.83	39.20	8.58	1.08	25	.29

จากตารางที่ 4-5 พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอด ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ไม่แตกต่างที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t_{25} = .70, p = .48$; $t_{25} = 1.97, p = .06$ และ $t_{25} = 1.08, p = .29$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากหลังการทดลอง ไม่แตกต่างที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t_{25} = 6.91, p = .06$)

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

ตารางที่ 4-6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 52)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	P-value
	(n = 26)		(n = 26)				
	M	SD	M	SD			
ความรู้	17.42	1.13	8.88	3.17	12.89	50	< .001
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	127.69	8.22	44.11	5.67	42.66	50	< .001
อาการหายใจลำบาก	39.61	7.20	63.84	12.67	8.47	50	< .001
สมรรถภาพปอด	54.98	12.21	39.20	8.58	5.39	50	< .001

จากตารางที่ 4-6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอด ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{50} = 12.489, p < .001$; $t_{50} = 42.66, p < .001$ และ $t_{50} = 5.39, p < .001$ ตามลำดับ)

ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบาก ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{50} = 8.47, p < .001$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหอบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 52 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ นรภมล ไหมทอง (2550) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ที่พัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรม การจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของ สุภาภรณ์ ค้วงแพง (2548) แบบวัดอาการหายใจลำบาก (Dyspnea Visual Analogue Scale: DVAS) ของ Gift (1989) และวัดสมรรถภาพปอด ด้วยเครื่องออโตสไปโรมิเตอร์ (Auto spirometer) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไค-สแควร์ (Chi-square) และสถิติ ทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังนี้

1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.8 และร้อยละ 69.2 ตามลำดับ และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประวัติ การสูบบุหรี่ ร้อยละ 88.5 และร้อยละ 92.3ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณวรรณ วงษ์เดิม (2557) ที่พบว่าเพศชายมีอัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553) และยังพบว่าหลังการได้รับโปรแกรม ฯ ในกลุ่มทดลองมีผู้เลิกสูบบุหรี่ 15 คน คิดเป็น ร้อยละ 65 รายได้ของครอบครัวของกลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 61.5 ส่วนกลุ่มควบคุม มีผู้เลิกสูบบุหรี่จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.8 ส่วนรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 42.3 ซึ่งกลุ่มทดลองมีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 61.5 ส่วนกลุ่มควบคุมนั้นรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอต้องกู้ยืมบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 34.6 เนื่องจากผู้ที่มิมีรายได้สูงย่อมมีโอกาสแสวงหาแหล่งเอื้ออำนวยต่อการดูแล

สุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

ข้อมูลภาวะสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.3 และร้อยละ 76.9 ตามลำดับ ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 92.3 และร้อยละ 84.6 ตามลำดับ เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากกลุ่มทดลองใช้วิธีการพ่นยาขยายหลอดลม คิดเป็นร้อยละ 57.7 รองลงมาคือมารับการพ่นยาขยายหลอดลมที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 38.5 ส่วนกลุ่มควบคุมเลือกใช้วิธีการพ่นยาขยายหลอดลมที่บ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.1

จากการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเริ่มให้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอด ระยะเวลาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

3. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบาก ระยะเวลาหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในระยะเวลาหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) และรูปแบบการกำกับตนเอง (Self-regulation model) ของ Kanfer and Gaelick (1986) แนวคิดที่สร้างให้เกิดกระบวนการคิดและตัดสินใจ สามารถวิเคราะห์ผลดีผลเสียของการปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติ มองเห็นประโยชน์และคุณค่าของสิ่งที่ปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้ตระหนักถึงความรุนแรงที่คุกคามชีวิต เน้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นศูนย์กลาง และดูแลแบบองค์รวม กระตุ้นให้มีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับผู้วิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะการประเมินและเตรียมความพร้อม ระยะการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเอง และระยะติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง สามารถสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งด้านการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต ด้านการจัดการอาการหายใจลำบาก และด้านการจัดการอารมณ์

ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ดังนี้

1.1 ระยะประเมินและเตรียมความพร้อม กิจกรรมครั้งที่ 1-2 (สัปดาห์ที่ 1-2) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจด้วยกิจกรรมสร้างสุข ด้านความรู้ (Knowledge) และทักษะ (Skill) เริ่มต้นด้วยกิจกรรมสร้างสุข มุ่งหวังเพื่อปรับอารมณ์ให้อยู่นิ่ง โดยใช้การฝึกปฏิบัติการบริหารการหายใจร่วมกับฟังเพลงทำนองช้า ๆ จะทำให้ร่างกายและจิตใจรู้สึกผ่อนคลาย สงบนิ่ง (สมจิตร วงศ์หอม, 2553) พร้อมกับการปรับเปลี่ยนมุมมองชีวิต มองปัญหาหรือความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นด้านบวก (สำนักการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ดังนี้ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ระบายความรู้สึกว่า “คนหายใจหอบถี่ขึ้น ทำงานไม่ได้ เดินเข้าห้องน้ำเองบางครั้งเหนื่อยหอบ ท้อแท้ใจ” ผู้วิจัยให้กำลังใจด้วยการจับมือ และแนะนำให้ปรับ เปลี่ยนมุมมองเป็นด้านบวก มองหาข้อดี บุคคล หรือสิ่งดี รอบตัวเรา เช่น “แม้จะเป็นโรคหอบแต่ก็โชคดีที่ยังมีชีวิตอยู่ คุณแลดูหลาน” “แม้เราจะต้องทำมาหากินด้วยตนเองแต่ก็โชคดีที่มีนา มีงานให้ทำ ” “เราโชคดีที่มีญาติพี่น้อง มีลูกหลานให้กำลังใจ” ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ร่วมกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทั้งด้วยการปลอบโยนด้วยคำพูดและการจับมือหรือโอบไหล่ เป็นต้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุขทุกราย รู้สึกผ่อนคลาย มีกำลังใจ และมีความตั้งใจฟังการสอน และฝึกทักษะการจัดการตนเองด้วยความกระตือรือร้น และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นทุกครั้ง รวมทั้งเห็นว่ากิจกรรมนี้ทำให้ไม่อึดอัด รู้สึกเหมือนพูดคุยกับพี่น้องเกี่ยวกับความทุกข์ ความลำบากรู้สึกมีกำลังใจ ไม่โดดเดี่ยว สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ คำพานุศย์ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยให้กลุ่มทดลองฝึกเทคนิคการหายใจแบบลึก พบว่าการจัดการตนเองและสมรรถภาพปอด หลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงขึ้น ส่วนอาการหายใจลำบาก และความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

การสนับสนุนด้านความรู้ เป็นการสร้างความจำ ความเข้าใจ ซึ่งเป็นพื้นฐานให้เกิดการเรียนรู้ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรค แนวทางการรักษา และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามพฤติกรรมจัดการตนเอง ประกอบด้วย ด้านการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต การจัดการอาการหายใจลำบาก และการจัดการอารมณ์ และความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการกำกับตนเอง ซึ่งเป็นการให้ความรู้รายกลุ่ม เป็นวิธีที่สามารถให้ความรู้และสร้างความเข้าใจได้อย่างละเอียด และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยมีเนื้อหาสาระตามคู่มือการสนับสนุนการจัดการตนเอง และมีวีดิทัศน์เนื้อหาเช่นเดียวกับคู่มือ ไม่น่าเบื่อและง่ายต่อการเข้าใจ หลังจากได้รับความรู้ตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้สาเหตุของการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เช่น การสูบบุหรี่ หรือเมื่อเจ็บป่วยแล้วไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ส่งผลให้ตนเองมีอาการรุนแรงขึ้น

และมีเพียงตนเองเท่านั้นที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้ ต้องหันมาให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ให้ป็นรุนแรง ระบุว่าอาการหายใจหอบเป็นสิ่งที่น่ากลัว และทุกข์ทรมาน ปรึบมุมมองชีวิตที่ท้อแท้ หันมาให้ความสำคัญกับลูกหลาน และบุคคลที่ตนรัก เช่น อยากมีชีวิตอยู่กับลูกหลาน อยากดูแลคู่ชีวิต

ดังนั้นหลังจากได้ฟังความรู้เรื่อง โรคและสาเหตุการเจ็บป่วย จะนำไปปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และเรียนรู้การวิธีการจัดการกับโรคตนเอง ทั้งเรื่องการสังเกตหรือหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การจัดทำทางที่เหมาะสม การพ่นยาขยายหลอดลม และการบริหารการหายใจ ซึ่งความสำคัญของการให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ทำให้เล็งเห็นผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ และควรมีการประเมินความรู้ก่อนและหลังการสอน (Day, Iles, & Griffith, 2009) การจัดการกับโรคเรื้อรังนั้น สิ่งที่ต้องมีก่อนการจัดการด้วยตนเองคือสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่พอเพียงโดยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย (Lorig & Holman, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของกันตการัตน์ อ้วนศรีเมือง (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ การจัดการตนเอง และดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 หลังได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ วันวิสาข์ โลหะสาร (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด ต่อความรู้เรื่องโรคและทักษะการการตนเอง พบว่าหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการฝึกทักษะที่จำเป็นในการนำไปจัดการด้วยตนเอง ในวิถีชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยพฤติกรรมจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต การจัดการอาการหายใจลำบาก และการจัดการด้านอารมณ์ เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของโรคและการรักษา ด้วยการให้ปฏิบัติตามคู่มือการสนับสนุนการจัดการตนเอง และฝึกทักษะตามวิธีทัศน์ที่มีภาพเคลื่อนไหว และเสียงประกอบ เรื่องการบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกล้ามเนื้อทรวงอก และฝึกทักษะการพ่นยาขยายหลอดลม ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการฝึกบริหารการหายใจ และออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก รวมถึงฝึกทักษะการติดตามตนเองโดยการสังเกตและประเมิน และจดบันทึกกิจกรรมที่ฝึกในแต่ละวัน มีการทบทวนการฝึกทักษะพร้อมกันในแต่ละเรื่องร่วมกับนักกายภาพบำบัด เกศัชกร พบว่าหลังการฝึกตามโปรแกรมที่วางแผนร่วมกันไว้ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติสามารถหายใจแบบเป่าปากได้อย่างถูกวิธี และจำทำทางในการออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อได้อย่างแม่นยำ มีเพียงบางรายที่มีการจดจำซ้ำแต่ผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัดได้ร่วมกันฝึกพร้อมกันอีกครั้งจนจำได้ และสามารถจดบันทึกการฝึกลงในแบบบันทึกการกำกับตนเองได้อย่างถูกต้อง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน จะสนใจตนเองและการรับรู้สมรรถนะลดลง (Lee et al., 2014) ดังนั้นการได้รับความรู้ และทักษะต่าง ๆ ในระยะเตรียมความพร้อมนี้ เป็นการสนับสนุนให้มีความพร้อมในด้านปัจจัยการรู้คิด ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง (Tobin et al., 1986) และการส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหาทางสุขภาพด้วยตนเองได้สำเร็จนั้น ต้องมีความรู้ ความเข้าใจเพียงพอเกี่ยวกับสภาวะโรคและความรุนแรงที่เผชิญอยู่ เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง และต้องมีทักษะในการจัดการตนเองด้วย (Clark, Janx, Dodge, & Sharpe, 1992) พบว่าหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง และฝึกทักษะการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสนใจและตระหนักรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และสร้างพลังให้รับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพได้ และยอมรับสิ่งที่ตนเองปฏิบัติ และมีความรับผิดชอบเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเองที่แสดงออกมากขึ้น ดังนั้นการประเมินและเตรียมความพร้อมจึงเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

1.2 ระยะเวลาปฏิบัติการจัดการด้วยตนเอง กิจกรรมครั้งที่ 3-11 (สัปดาห์ที่ 3-11) เป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปฏิบัติการจัดการด้วยตนเอง ตามขั้นตอนการกำกับตนเอง 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) การติดตามตนเอง ดังนี้ การตั้งเป้าหมายหลักร่วมกันคือ อากาศหายใจลำบากลดลง และทำกิจวัตรประจำวัน ได้ด้วยตนเอง ต่อมาผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตั้งเป้าหมายรองในการฝึกหายใจแบบเป่าปาก และออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกด้วยตนเอง พบว่าในสัปดาห์แรกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกคนตั้งเป้าหมายในการฝึกหายใจแบบเป่าปาก วันเว้นวันตอนเช้า และออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกสัปดาห์ละ 2 วัน ในสัปดาห์ที่ 3-11 ตั้งเป้าหมายในการฝึกหายใจแบบเป่าปากเป็นทุกวันตอนเช้า บางรายตั้งเป้าเป็นทุกวันตอนเช้าและเย็น ส่วนการออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกนั้น ตั้งเป้าหมายเป็นวันเว้นวัน สรุปสามารถออกกำลังกายได้สัปดาห์ละ 3-4 วัน บางรายสามารถปฏิบัติการออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อและฝึกหายใจแบบเป่าปากได้ทุกวัน เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีปัญหาและอุปสรรคต่างกัน และความพึงพอใจในเป้าหมายของแต่ละคนไม่เหมือนกัน การที่ตั้งเป้าหมายตามความพึงพอใจ และยืดหยุ่นตามสถานการณ์ด้วยตนเอง ช่วยให้มีคามพยายาม และตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมตามเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการปฏิบัติได้ตามกิจกรรมดังกล่าวตามเป้าหมายจึงทำให้ขั้นตอนการติดตามตนเองสำเร็จ

การประเมินตนเอง เป็นการประเมินเกี่ยวกับการฝึกหายใจแบบเป่าปาก และออกกำลังบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก ขั้นตอนนี้ใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกการกำกับตนเอง ซึ่งเป็นการติดตามและสังเกตการปฏิบัติการจัดการตนเอง วิเคราะห์และจำแนกได้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมตามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และตัดสินใจปฏิบัติต่อไปอย่างไร พร้อมทั้งตั้งเป้าหมาย

ใหม่ ซึ่งแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความชัดเจน และบันทึกได้ง่าย จากการติดตามเยี่ยมชมพบว่า บางรายมีญาติคอยกระตุ้นเตือนในการจดบันทึก มีการนำประสบการณ์จากสิ่งที่ทำสำเร็จหรือจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์มาปรับใช้กับตนเองได้อย่างเป็นระบบ

ส่วนการเสริมแรงตนเอง เป็นการเสริมแรงแก่ตนเองเมื่อประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น เลิกสูบบุหรี่ ขึ้นตอนนี้นำผลการฝึกกิจกรรมสร้างสุขมาสอดแทรกด้วยการฝึกสมาธิความผ่อนคลาย วิเคราะห์หาสาเหตุการเจ็บป่วยและเกิดความตระหนักรู้ผลจากการปฏิบัติของตนเองว่าที่ผ่านมาปฏิบัติถูกต้องหรือไม่ และหากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วส่งผลดีต่อภาวะเจ็บป่วยได้ เสริมแรงตนเอง ด้วยการให้กำลังใจตนเอง ปรับมุมมองชีวิตคิดแง่บวก บอกตนเองเสมอว่าเราสามารถทำได้ ไม่เกินความสามารถของเรา และยังมีบุคคลที่เป็นห่วงและดูแลเราเสมอ สร้างความภาคภูมิใจให้ตนเอง ส่งผลการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นเตือนให้เสริมแรงตนเอง เช่น การชมเชยตนเอง การให้รางวัลตนเอง ซึ่งเป็นการเสริมแรงทางบวก ส่วนการเสริมแรงทางลบ คือ การควบคุมตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม

ซึ่งรูปแบบการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) ได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแล้วแต่เกิดการปฏิบัติการจัดการตนเองที่สม่ำเสมอ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ดังการศึกษาของ วัฒนพล ตังชูขกุล บัวแก้ว (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลดีกว่าระยะก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา ของ ปณิดา ดวงใจ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 ระยะติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ กิจกรรมครั้งที่ 3-12 (สัปดาห์ที่ 3-12) เป็นระยะที่ผู้วิจัยติดตาม และประเมินความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามผลลัพธ์ของการปฏิบัติจัดการตนเอง ซึ่งส่งผลต่ออาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด เกิดผลดีในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีการทบทวนประเด็นการพูดคุยกัน มีการป้อนข้อมูลย้อนกลับให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน พบว่าการพบปะที่บ้านนั้น ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรู้สึกว่าได้รับการดูแลสุขภาพจากทีมสุขภาพ และเป็นแรงเสริมให้รู้สึกว่าจะต้องปฏิบัติให้ถูกต้อง และสม่ำเสมอเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการเหนื่อยหายใจลำบากที่รุนแรง และไม่เป็นภาระให้แก่ครอบครัว (Robinson, 2005; Szyndlera, Townsa, Peter, & McKay, 2005) ส่วนการเยี่ยมทางโทรศัพท์ นอกจากเป็นการ

กระตุ้นเตือน ให้แรงเสริมแล้วถือเป็นการให้คำแนะนำ หรือตอบข้อสงสัย เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประสบปัญหา หรือล้มเหลวในบางประเด็น (Tabak et al., 2014) ดังนั้นระยะนี้ส่งเสริมให้เกิดผลดีในด้านความสม่ำเสมอ และกระตุ้นให้เกิดความต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพปอด ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบาก ในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง อย่างมีขั้นตอนทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง ทั้ง 3 ด้าน คือ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต การจัดการอาการหายใจลำบาก และการจัดการด้านอารมณ์ ส่งผลให้สมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้น และอาการหายใจลำบากลดลง โดยสามารถอธิบายตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการรับรู้และสติปัญญา และปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Tobin et al., 1986) ได้ดังนี้ 1) การปฏิบัติพฤติกรรมที่ลดปัจจัยเสี่ยง เพื่อจัดการอาการหายใจลำบาก เช่น การบริหารการหายใจ การพ่นยาขยายหลอดลม การป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบาก การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย 2) ปัจจัยด้านการรับรู้และสติปัญญาคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่งผลถึงอาการหายใจลำบากลดลงทั้ง ความรุนแรงและความถี่ สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ซึ่งทำให้รับรู้ประโยชน์และผลดีของการปฏิบัติ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการหลีกเลี่ยงเช่น ควันบุหรี่ ฝุ่นละออง และสิ่งกระตุ้นที่ส่งเสริมให้ตนเองมีอาการหายใจหอบหรือแสบ 4) ปัจจัยทางสรีรวิทยา คือกระบวนการของโรค เมื่อสมรรถภาพปอดเสื่อมประสิทธิภาพการทำงานลดลง ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เหนื่อยง่าย ต้องพึ่งพาผู้อื่น

ดังนั้นการปฏิบัติการออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการอาการหายใจลำบากได้และฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้ โดยใช้รูปแบบการกำกับตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ จูพากรณ์ คำพานุฑย์ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวล ในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยให้กลุ่มทดลองฝึกเทคนิคการหายใจแบบลึก พบว่าการจัดการตนเองและสมรรถภาพปอด หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงขึ้น ส่วนอาการหายใจลำบาก และความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และสอดคล้องกับการศึกษา ของ ธิติภรณ์ ขอบเสน (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการฝึกการบริหารการหายใจและออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ ผลการศึกษาพบว่าการทำงานที่ของร่างกายสูง

กว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Davis, Janson, and Stulbarg (2006) ใช้แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในโปรแกรมการให้การพยาบาล มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผลการวิจัยพบว่าระดับการหายใจลำบากลดลง และสมรรถภาพปอดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามแนวคิดการจัดการตนเองประยุกต์ ร่วมกับกิจกรรมสร้างสุข เพื่อส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งกิจกรรมสร้างสุขนั้นส่งผลให้จิตใจสงบ ผ่อนคลายด้วยเสียงดนตรี รู้สึกมีความสุขด้วยการปรับเปลี่ยนมุมมองชีวิต มีกำลังใจในการดูแลตนเอง พร้อมรับข้อมูลต่าง ๆ เป็นการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ มีการเรียนรู้ สามารถคิดทบทวนและเข้าใจในการดำเนินไปของโรค เกิดความตระหนักรู้ ยอมรับว่าการเจ็บป่วยเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และแสดงความรับผิดชอบ แก่ใจโดยการตอบสนองด้วยพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยการประสานความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้จึงแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตามพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น และอาการหายใจลำบากลดลง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถเพิ่มความรู้และมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ต่อเนื่อง ทำให้อาการหายใจลำบากลดลง และมีสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยใน และพยาบาลประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรมีการนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันอาการหายใจลำบาก รวมทั้งสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง

1.2 ด้านการศึกษา คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง ไปใช้ประกอบการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษาสามารถประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ และยังสามารถพัฒนาต่อเนื่องให้เหมาะสมกับบริบท

1.3 ด้านการบริหาร ควรส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรม และนำกระบวนการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทั้งโรคเรื้อรัง ที่มีปัญหาเกิดอาการหายใจลำบากกำเริบเฉียบพลัน เพื่อป้องกันอาการหอบ และจัดการกับอาการหายใจหอบกำเริบได้ด้วยตนเองสูงขึ้นและต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะยาว เพื่อเป็นการประเมินความคงทนของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่มีผลต่อความก้าวหน้าของโรค และตัวชี้วัดสุขภาพทางคลินิกเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม และสามารถนำผลการวิจัยดังกล่าวพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

2.2 การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ของ Kanfer and Gaelick (1986) โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเอง ในการวิจัยครั้งต่อไป จึงควรนำแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมเข้าไปในโปรแกรม เพื่อกระตุ้นญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมาย และรู้สึกได้รับการใส่ใจดูแลจากญาติ

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.
- กัณฑารัตน์ อ้วนศรีเมือง. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ การจัดการตนเอง และดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3. *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(2), 91-99.
- กาญจนา สุขประเสริฐ. (2551). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการอาการหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. 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, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬารัตน์ คำพานุศย์. (2550). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชติภรณ์ ขอบเสน. (2554). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นพพร เชาวะเจริญ. (2540). *ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นรกมล ใหม่ทอง. (2550). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุษกร บินชานันต์. (2553). *ดนตรีบำบัด (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปณิดา ดวงใจ. (2556). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรณิภา สืบสุข. (2554). *บทบาทพยาบาลกับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2), 18-26.
- ลัดดา จามพัฒน์. (2551). *ผลของโภชนาการต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(2), 38-51.
- วรางคณา เพชรโก. (2552). *ผลการส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัชรรา บุญสวัสดิ์. (2548). *แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วัฒนพล ดิ่งชัชกุล บัวแก้ว. (2555). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมกรการบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วันวิสาข์ โลหะสาร. (2550). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อความรู้เรื่องโรคและทักษะการจัดการตนเอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิศิษฐ์ อุดมพานิชย์. (2550). *โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. ใน *วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 3* (หน้า 341-344). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศันสนีย์ จะสุวรรณ. (2542). *ดนตรีกับการรักษาโรค*. กรุงเทพฯ: สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา.

- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, เฉลิมพล สายประเสริฐ, พอดา บุญศิริธนะ และวรรณภา อารีย์. (2555). *คู่มือการวัดความสุขด้วยตนเอง (HAPPINOMETER: The happiness self assessment)*. นครปฐม:สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภลักษณ์ ปริญาวุฒิชัย. (2541). *ผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมเกียรติ วงษ์ทิม และชัยเวช นุชประยูร. (2542). โรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน สมเกียรติ 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: กราฟฟิคดีไซน์.
- สำนักการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *ดนตรีบำบัด*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทมีเดีย มาเก็ตติ้ง.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐ กระทรวงสาธารณสุข*. เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th/>
- สินีนานู ป้อมเย็น. (2547). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิรินาด มีเจริญ. (2541). *ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความสบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุนทรีย์ โอรัตนสถาพร. (2554). *เทคนิคการสร้างความสุขด้วยวิธีง่าย*. เข้าถึงได้จาก <http://nurse.tu.ac.th>.
- สุภาภรณ์ คิ้วแพง. (2548). ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 13(2), 41-58.
- โสภณัท นุชนาถ. (2546). การสร้างสุขให้ชีวิตด้วยการปรับเปลี่ยนเจตคติ. *วารสารวิชาการสถาบันราชภัฏธนบุรี*, 3(1), 53-63.
- อรุณวรรณ วงษ์เดิม. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2552). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ: 3 Self ด้วยหลัก Promise model*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- อัมพรพรรณ ชีรานุตร. (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., & Haghghi, 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 self-efficacy 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.

- 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-1 antitrypsin 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. Hodgin., 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). Self-management 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.

- 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., Elaal, 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 Wewnętrznej*, 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. (1988). Self-management method. In F. Kanfer & A. P. Goldstein, (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (3rd ed.). New York: Pergamon.
- 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/17054186>

- 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). Designing 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.
- 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 self-management 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 programmes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory, 22*, 815-820.
- Nici, L., Donner, C., Wouter, E., Zuwallack, R., Bourbeau, J., & Ambrosino, N. (2006). American thoracic society/ European respiratory society statement on pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine, 173*(12), 1390-1413.

- 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 self-blame 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 self-management 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.
- 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. แพทย์หญิงอังคณา กวีวังสานนท์ | แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุรกรรม
โรกระบบทางเดินหายใจ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ คิ้วแพง | อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. อาจารย์เมธินี เกตุวาธิตมาต | อาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี |
| 4. พันตรีหญิงวิภารัตน์ นาวารัตน์ | พยาบาลผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติการขั้นสูง
สาขาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 5. คุณวิสารักร มดทอง | พยาบาลผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลศูนย์บุรีรัมย์ |

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดขึ้นอย่างมีแบบแผน เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปฏิบัติตนเพื่อจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง และเทคนิคการกำกับตนเอง Kanfer and Gaelick (1991) ประกอบด้วยการดำเนินการ 3 ระยะ คือ 1) การประเมินและเตรียมความพร้อมใน 2) การปฏิบัติการจัดการตนเอง 3) การติดตามผล และการประเมินผลการ โดยดำเนินการเป็นรายกลุ่ม ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ แผนการดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ดังตาราง

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหอบ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด

สื่อและอุปกรณ์ประกอบกิจกรรม

1. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. คู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. เครื่องมือประเมินสมรรถภาพปอด ชื่อ Auto spirometer รุ่น Vitalograph COPD-6™

ผู้รับผิดชอบ นางสาวธนัญชกร ช่วยท้าว นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สถานที่ดำเนินการ

1. วันแรกที่แผนกหอผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหอบ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ
2. สัปดาห์ที่ 1 ห้องประชุมชั้น 2 ตึกผู้ป่วยนอก
3. สัปดาห์ที่ 4 ติดตามเยี่ยมที่บ้านหรือสถานที่พัก
4. สัปดาห์ที่ 6, 10 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์
5. สัปดาห์ที่ 8, 12 ห้องประชุมหลวงปู่เครื่องสุภัทโท โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ และยุติความสัมพันธ์

ระยะเวลา ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ รายละเอียดกิจกรรมดังตาราง

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สัปดาห์ที่ 1 ระยะประเมินและเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 1 วันที่ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ ระยะเวลา	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง</p>	<p>1. กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>ก่อนที่ผู้วิจัยจะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น อาการไม่สบายต่าง ๆ อาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ความเครียดและความวิตกกังวล หากมีอาการดังกล่าว ควรหลีกเลี่ยงในการพูดคุยในช่วงนั้นและควรช่วยเหลือบรรเทาอาการไม่สบายต่าง ๆ ให้ลดลง พร้อมทั้งให้การดูแลโดยการพักผ่อน มีการผ่อนคลายให้อาการดังกล่าวลดลงก่อน จึงดำเนินการพูดคุยสนทนาอีกครั้ง ซึ่งมีกิจกรรมดังนี้</p> <p>1. ผู้วิจัยแสดงความเคารพโดยการยกมือไหว้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกล่าวทักทาย ด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน สีหน้าแสดงความเป็นมิตร พร้อมทั้งกล่าวแนะนำตนเองโดยแนะนำชื่อผู้วิจัย และขออนุญาตเรียกผู้สูงอายุว่า “คุณลุง..... หรือคุณป้า.....” ตามด้วยชื่อของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง</p> <p>2. ผู้วิจัยจดจำเกี่ยวกับโรค ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูง เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องในการพูดคุยและการแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อทำให้เกิดความไว้วางใจในการให้ข้อมูลและความเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัยที่ให้ความรู้</p>	<p>- การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้วิจัยต้องสร้างความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจซึ่งกันและกันตั้งแต่ครั้งแรก เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเชื่อว่าผู้วิจัยมีการดูแลเอาใจใส่ มีความห่วงใยพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ เข้าใจและเห็นใจในความเจ็บป่วย ที่ได้รับ</p>	

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ ระยะเวลา	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
<p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กำหนดเป้าหมายหลักในการจัดการตนเอง</p>	<p>ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ประเมินอาการหายใจลำบาก ประเมินสมรรถภาพปอด (Pretest) และอธิบายวิธีการตอบแบบประเมิน</p> <p>2. กิจกรรมการตั้งเป้าหมาย (Goal setting)</p> <p>1. กระตุ้นให้ร่วมตั้งเป้าหมายหลัก ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการหายใจลำบาก โดยมีตัวอย่าง และการกำหนดเป้าหมายให้สามารถเลือกได้</p> <p> 1.1 การกำหนดเป้าหมายหลัก เช่น อาการหายใจลำบากลดลง/ ทำกิจวัตรประจำวัน ได้ด้วยตนเอง</p> <p> 1.2 การกำหนดเป้าหมายรอง เช่น ออกกำลังกายทุกวัน/ ออกกำลังกายวันเว้นวัน/ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง</p> <p>2. แนะนำการบันทึกและฝึกการบันทึกในแบบกำกับตนเอง และนำติดตัวมาด้วยทุกครั้ง</p>	<p>- การจัดการดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย ดังนั้นการให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งเป้าหมายเอง จะเป็นการสร้างแรงจูงใจ เพื่อประกอบการตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรม</p>	<p>- คู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง</p> <p>- ปากกา</p>

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สัปดาห์ที่ 12 ระยะการติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ กิจกรรมครั้งที่ 7 วันที่ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/ ระยะเวลา	เหตุผลเชิงทฤษฎี	สื่อและอุปกรณ์
1. เพื่อติดตามการประเมินผลการปฏิบัติ	<p>1. ผู้วิจัยติดตามผลการกำกับติดตามตนเอง จากแบบบันทึกการกำกับตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และบอกความรู้สึกในการเข้าร่วม โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองจนครบ 12 สัปดาห์</p> <p>2. รับฟังข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง แล้วประเมินระดับอาการหายใจลำบาก พฤติกรรมการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอด (Post-test) ก่อนการฝึกทักษะการจัดการตนเอง และให้ความรู้ แล้วแจ้งผลการประเมินให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทราบ</p> <p>3. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือตลอดจนเสร็จสิ้น โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง</p> <p>- ผู้วิจัยมอบของที่ระลึก เพื่อเป็นการแสดงความขอบคุณ ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เมื่ออาการรุนแรงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง</p>	<p>- การแจ้งผลการวิจัย เป็นการพัฒนาการรับรู้การจัดการตนเอง และสามารถนำมาร่วมกันหาแนวทางการจัดการตนเอง ที่เหมาะสมกับบริบทต่อไป ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วม</p>	- ของที่ระลึก

สื่อวีดิทัศน์ชุดที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ลำดับภาพ	กล้อง/ ภาพ	คำบรรยาย	เสียง
1	CU: Logo คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา		ดนตรี intro 3 นาที
2	Caption ตัวหนังสือ (ข้อความ) การสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อลดอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
3	MCU: ภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใส่ออกซิเจน	ผู้บรรยาย การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	
4	Caption ตัวหนังสือ: จัดทำโดย นางสาวธนัญชกร ช่วยท้าว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วริยา วชิราวัฒน์		ดนตรี
5	ภาพ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ข้อความ: บริการดี มีมาตรฐาน วิชาการพร้อม สิ่งแวดล้อมสวยงาม สานความสัมพันธ์ ทุกชีวิปลอดภัย		ดนตรี
6	รูปภาพ: ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก นอนบนเตียงใส่ออกซิเจน	ผู้บรรยาย การจัดการตนเอง เพื่อลดอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	
7	Caption: ข้อความ ลักษณะความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รูปภาพ: ลักษณะของหลอดลมที่ปกติและหลอดลมที่เกิดการอักเสบ	บรรยาย : ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมผนังของหลอดลมบวมและหนาตัวขึ้น ทำให้มีเสมหะปริมาณมากและเหนียว เกิดอาการไอ และทำให้หลอดลมตีบแคบลง เกิดอาการหายใจลำบากตามมา	

สื่อวีดิทัศน์ชุดที่ 1 สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ต่อ)

ลำดับภาพ	กล้อง/ภาพ	คำบรรยาย	เสียง
8	รูปภาพ: ถุงลมปอดปกติ Caption: ข้อความ ลักษณะของถุงลมที่ปกติ	บรรยาย: และถุงลมปอดจะถูกทำลาย ที่ท่านได้เห็นนี้เป็นถุงลมปอดที่ปกติ จะมีการการแลกเปลี่ยนอากาศที่ถุงลมปอด และถุงลมปอดยังทำหน้าที่ในการระบายอากาศออกจากถุงลม ขณะที่ท่านหายใจออกด้วย	
9	รูปภาพ: ถุงลมปอดที่มีการตีบแข็ง Caption: ข้อความ ถุงลมปอดที่มีการตีบแข็งเกิดการโป่งพอง	บรรยาย: ส่วนถุงลมปอดที่ถูกทำลายนั้น จะเกิดการฉีกขาด และเยื่อถุงลมมีการถ่างขยาย ทำให้การแลกเปลี่ยนอากาศ และระบายอากาศขณะที่ท่านหายใจออกเป็นไปไม่ได้ไม่คืนัก มีการคั่งค้างของอากาศในถุงลมปอด ถุงลมปอดเกิดการโป่งพอง และจะทำให้เหนื่อยง่ายเมื่อท่านออกกำลังกาย	
10	Caption: ข้อความ สาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	บรรยาย: สาเหตุของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นยังไม่ทราบชัดเจนนัก แต่เชื่อว่ามียปัจจัยเสี่ยงหลายประการด้วยกัน	

คู่มือสนับสนุนการจัดการตนเอง ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



คำนำ

คู่มือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสนับสนุนการจัดการภาวะหายใจลำบากด้วยตนเอง จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วย และญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งแนวทางการรักษา และการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกาย เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสามารถจัดการภาวะหายใจลำบากด้วยตนเองได้อย่างมีความมั่นใจ อีกทั้งมีความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ และเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกท่าน ในการปฏิบัติเพื่อให้ปอดมีสมรรถภาพในการทำหน้าที่ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้

ด้วยความห่วงใยในสุขภาพปอด

นางสาวธัญชกร ช่วยทำว

นิติตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินครั้งที่.....

เลขที่ผู้ประเมิน.....

() กลุ่มควบคุม () กลุ่มทดลอง

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ประกอบด้วย 4 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ (ประวัติการสูบบุหรี่ และการรักษา)
2. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. แบบประเมินอาการหายใจลำบาก (Dyspnea visual analogue scale)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำชี้แจง

แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โปรดทำเครื่องหมาย \surd ลงใน () ที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
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 ()ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

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 () มีปัญหาหนัก

2. ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่

1. ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่

- () เคย () ไม่เคย

2. ท่านสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ.....ปี

3. จำนวนบุหรี่ที่ท่านสูบต่อวัน

- () น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 มวน () 6-10 มวน

- () 11-15 มวน () 16-20 มวน
 () 21 มวนขึ้นไป
 4. ปัจจุบันท่านยังสูบบุหรี่หรือไม่
 () เลิกสูบบุหรี่แล้ว
 () ยังคงสูบบุหรี่อยู่ โปรดระบุจำนวนที่สูบ.....มวน/ วัน
 5. ระยะเวลาในการเลิกสูบบุหรี่ (สำหรับท่านที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว)
 () ต่ำกว่า 1 ปี () 1-3 ปี
 () 4-6 ปี () มากกว่า 6 ปี ขึ้นไป

3. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

1. ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมานาน.....ปี
2. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่
 () ไม่เคย
 () เคย โปรดระบุจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษา.....ครั้ง
3. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน
 () ยาพ่นขยายหลอดลม
 () ยารับประทาน
 () ยาพ่นขยายหลอดลมและยารับประทาน
 () ยาพ่นขยายหลอดลม ยารับประทาน และออกซิเจนที่บ้าน
4. อาการที่พบมากในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 () ไอเรื้อรัง () มีเสมหะมาก
 () หอบเหนื่อย () หายใจลำบาก
 () บวมทั้งตัว () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. วิธีที่เลือกใช้บ่อยที่สุดเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก
 () รับประทานยาขยายหลอดลม () พ่นยาขยายหลอดลม
 () รับประทานยาและพ่นยาขยายหลอดลม () ใช้การหายใจแบบเป่าปาก
 () รีบไปโรงพยาบาลเพื่อพ่นยาขยายหลอดลม () อื่น ๆ โปรดระบุ
6. สมรรถภาพปอด (ตรวจวัดสมรรถภาพปอดด้วย Spirometer)
 $FEV_1 = \dots\dots\dots$ มิลลิลิตร
 $FEV_1 = \dots\dots\dots$ มิลลิลิตร (สัปดาห์ที่ 12)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำชี้แจง

แบบวัดความรู้ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความจำ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบตามความเป็นจริง ถ้าข้อใดเห็นว่าถูกต้องให้ตอบว่า “ใช่” ถ้าข้อใด เห็นว่าไม่ถูกต้องให้ตอบว่า “ไม่ใช่”

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้		
2.	.....	
3.	.....	
4.	.....	
5.	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง		
6.	.....	
7.	การดื่มน้ำอุ่นจะช่วยทำให้เสมหะอ่อนตัว และขับออกง่ายขึ้น		
8.	.....	
9.	.....	
10.	.....	
11.	.....	
12.	.....	
13.	เครื่องนอน เช่นหมอน ผ้าห่ม ควรทำจากนุ่น ไหมพรม ขนสัตว์ และวัสดุที่กระตุ้นให้หลอดลมระคายเคือง		
14.	.....	
15.	สามารถทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน ได้โดยไม่ต้องหยุดพัก		
16.	.....	
17.	.....	
18.	.....	
19.	ความเครียด เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบากที่รุนแรง		
20.	.....	

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของท่านในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิตสุขภาพ การจัดการอาการหายใจลำบาก และการจัดการด้านอารมณ์ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อว่าท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องดังกล่าวนี้มากน้อยเพียงใด โดยการทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมของท่านมากที่สุด ดังนี้

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

ข้อ ที่	รายการประเมิน	การปฏิบัติกิจกรรม				
		1	2	3	4	5
1	ด้านพฤติกรรมกรรมการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิตสุขภาพ ท่านควบคุมตนเองให้ลดปริมาณการสูบบุหรี่ และวางแผนเลิกสูบบุหรี่					
2	ท่านทำให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลายเมื่อมีความเครียด					
3	.....				
4	.....				
5	ท่านนอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง					
6	.....				
7	.....				
8	.....				
9	ท่านเลือกปฏิบัติกิจกรรม หรือวางแผนการปฏิบัติที่เหมาะสมตามสภาพร่างกาย ไม่หักโหมเกินไป					
10	.....				
11	ท่านหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก เช่น อากาศร้อนจัดหรือเย็นจัด ฝุ่นควัน ควันบุหรี่ เกสรดอกไม้					

ข้อ ที่	รายการประเมิน	การปฏิบัติกิจกรรม				
		1	2	3	4	5
12	ท่านนำความรู้หรือข้อมูลที่ได้รับมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง					
13	.....				
	ด้านพฤติกรรมจัดการอาการหายใจลำบาก					
14	ท่านวางแผนป้องกันไม่ให้เกิดอาการหายใจลำบาก					
15	.....				
16	.....				
17	.....				
18	ท่านประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น และควบคุมไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้นด้วยตนเองทันที					
19	.....				
20	เมื่อมีอาการหายใจลำบากกำเริบท่านตัดสินใจไปรับการช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพเพื่อควบคุมอาการหายใจลำบาก					
21	.....				
22	.....				
23	.....				
24	ท่านใช้ยาพ่นขยายหลอดลม เพื่อป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบาก ได้ถูกต้องตามคำแนะนำ และตามแผนการรักษาของแพทย์					
25	.....				
26	.....				
27	.....				
	พฤติกรรมจัดการด้านอารมณ์					
28	ท่านทำใจให้ยอมรับหรือปรับตัวอยู่กับภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง					
29	ท่านสร้างความหวังและพลังใจให้ตนเอง					
30	.....				

ส่วนที่ 4 แบบวัดอาการหายใจลำบาก (Dyspnea visual analogue scale)

คำชี้แจง

แบบมาตรวัดอาการหายใจลำบาก เป็นมาตรแสดงการรับรู้อาการหายใจลำบากของท่าน มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร ให้ท่านทำเครื่องหมาย X 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

ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 09-11-2556

ชื่อผู้วิจัย นางสาวธัญชกร ช่วยท้าว

เรียน ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ในคลินิกโรคหอบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติเบื้องต้นตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 35-60 ปี ซึ่งโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การสนับสนุนให้ความรู้ และฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมจัดการตนเอง จะใช้ระยะเวลาในการวิจัยทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ หากท่านมีอาการหายใจหอบเหนื่อย เครียด ไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถามและการฝึกทักษะ ผู้วิจัยจะยุติการตอบแบบสอบถามหรือการฝึกทักษะนั้นทันที ให้หยุดพักในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ และดูแลให้การรักษาพยาบาลจนกระทั่งท่านมีอาการทุเลาลง และผู้วิจัยจะถามความเห็นของท่านในการยุติการสนทนา และนัดหมาย วัน เวลา ที่ท่านพร้อมในภายหลังอีกครั้ง หากอาการไม่ทุเลาผู้วิจัยจะรายงานพยาบาลประจำคลินิก เพื่อให้ท่านได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ก่อน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ท่านจะได้รับการสนับสนุนในการให้ความรู้ และฝึกทักษะการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันและควบคุมอาการหายใจลำบาก และสามารถนำผลวิจัยที่ได้ไปวางแผนและพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ เป็นผู้ให้ข้อมูลและฝึกทักษะในการจัดการตนเองตามโปรแกรม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 3 ชุด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ส่วนการให้ความรู้ และฝึกทักษะการจัดการตนเองใช้ระยะเวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง และท่าน

จะเข้าพบกลุ่ม ในสัปดาห์ที่ 1 2 8 และสัปดาห์ที่ 12 ที่ห้องประชุมหลวงปู่เครื่อง โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ซึ่งในสัปดาห์ที่ 12 ท่านจะได้ตอบแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านในครั้งนี้ เป็นไปตามความสมัครใจ ไม่ว่าท่านจะตอบรับหรือปฏิเสธ การตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาที่ท่านจะได้รับขณะเข้ารับการรักษาหรือเข้ารับบริการ และในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธ หรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องบอกหรือชี้แจงแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และดำเนินการอย่างรัดกุมปลอดภัย จะไม่มีการอ้างถึงกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ชื่อในรายงานใด ๆ ที่เกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ และจะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ข้าพเจ้านางสาวธนัญชกร ช่วยท้าว หมายเลขโทรศัพท์ 089-4008013 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วริยา วชิราวัจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 087-5957632

.....
(นางสาวธนัญชกร ช่วยท้าว)

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

(สำหรับกลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อ
ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 09-11-2556

ชื่อผู้วิจัย นางสาวชนัญชกร ช่วยท้าว

เรียน ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด
กำหนดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละจำนวน 20 คน ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่าน
ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหอบ แผนกผู้ป่วย
นอก โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้วสิ่งที่ท่านจะได้รับขณะเข้าร่วมการวิจัย
คือได้รับความรู้ และแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบรายบุคคล การ
ส่งพบเภสัชกรเรื่องการใช้ยา และการมาตรวจตามนัด ซึ่งเป็นการปฏิบัติกรพยาบาลตามปกติ เป็น
ระยะเวลา 12 สัปดาห์

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้วสิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม
ได้แก่ 3 ชุด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที และสถานที่จัดใกล้กับคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยจะ
ทำการเก็บข้อมูลหลังจากที่ท่านเข้าตรวจกับแพทย์เรียบร้อยแล้ว และผู้วิจัยจะดำเนินการรับยาให้โดย
ที่ท่านไม่ต้องดำเนินการเอง ขณะที่ท่านตอบแบบสอบถามหากท่านมีอาการหายใจหอบเหนื่อย
เครียด ไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะยุติการตอบแบบสอบถามทันที ให้หยุดพักใน
สถานที่ที่จัดเตรียมไว้ และดูแลให้การรักษาพยาบาลจนกระทั่งท่านมีอาการทุเลาลง และผู้วิจัยจะถาม
ความเห็นของท่านในการยุติการสนทนา และนัดหมาย วัน เวลา ที่ท่านพร้อมในภายหลังอีกครั้ง หาก
อาการไม่ทุเลาผู้วิจัยจะรายงานพยาบาลประจำคลินิก เพื่อให้ท่านได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์อีก
ครั้ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการสนับสนุนในการจัดการ
ตนเอง เพื่อป้องกันและควบคุมอาการหายใจลำบาก และสามารถนำผลวิจัยที่ได้ไปใช้วางแผนการ

พยาบาล และพัฒนาการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านในครั้งนี้ เป็นไปตามความสมัครใจ ไม่ว่าท่านจะตอบรับหรือปฏิเสธ การตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาที่ท่านจะได้รับขณะเข้ารับการรักษาหรือเข้ารับบริการ และในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธ หรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องบอกหรือชี้แจงแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับและดำเนินการอย่างรัดกุมปลอดภัย จะไม่มีการอ้างถึงกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ชื่อในรายงานใด ๆ ที่เกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้และจะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ข้าพเจ้านางสาวธัญชกร ช่วยท้าว หมายเลขโทรศัพท์ 089-4008013 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วริยา วชิราวัจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 087-5957632

.....
(นางสาวธัญชกร ช่วยท้าว)

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด”

ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวธัญชกร ช่วยทำว)

ภาคผนวก จ

เอกสารแสดงผลการพิจารณาจริยธรรม



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด

Effects of Self-management Support Program in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Persons on Knowledge, Self-management Behavior, Dyspnea, and Lung Function

ชื่อนิติกร นางสาวธนัญชกร ช่วยท้าว

รหัสประจำตัวนิติกร 52910013 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 09 - 11 - 2556

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 40 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ

แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหอบ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ.2557

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 19 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2556

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา