

## บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถ  
ในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย  
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง  
Effect of Self-Management Support Program on Ability  
to Manage Symptom and Dyspnea Among Patients  
with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

นุชรัตน์ จันทโร<sup>1\*</sup> เนตรนภา คู่พันธ์<sup>2</sup> ทิพนาม ชินวงศ์<sup>2</sup>  
Nootcharat Chantaro<sup>1\*</sup> Natenapha Khupantawee<sup>2</sup> Tippamas Chinnawong<sup>2</sup>

<sup>1</sup>นักศึกษาระดับปริญญาโทสาขานิติศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

<sup>1</sup>Master Student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

<sup>2</sup>Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

\*Corresponding author: peangkwan2525@gmail.com

## บทคัดย่อ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบในผู้ป่วยทุกคน เมื่อมีอาการมากแล้วและเริ่มส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานกับอาการนี้ไปตลอดชีวิต การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการ และอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 52 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 ราย โดยจับคู่ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) เพศ 2) อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และ 3) ระดับความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับ 1 และ 2 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยส่งเสริมให้มีความสามารถในการจัดการอาการด้วยเทคนิค 5 เอ ของกลาสโกว และคณะ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ การประเมิน (assess) การแนะนำ (advise) การยอมรับ (agree) การช่วยเหลือ (assist) และการติดตาม (arrange) ประเมินผลก่อนทดลองและหลังทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ใช้แบบสอบถามประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและวัดอาการหายใจลำบาก โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนหายใจลำบาก (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale: mMRC DS) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติบรรยาย การทดสอบสมมติฐานใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) และสถิติทีอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) สำหรับคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองดีขึ้นกว่าเดิม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) จึงควรมีการเตรียม

ความพร้อมของหน่วยงาน การเตรียมบุคลากรพยาบาล ควรมีการอบรมหรือพัฒนาทักษะในการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาในระยะยาวเพื่อยืนยันถึงความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้โปรแกรมนี้

**คำสำคัญ:** การพยาบาลตามปกติ; ความสามารถในการจัดการอาการ; โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง; อาการหายใจลำบาก

## Abstract

*Chronic Obstructive Pulmonary Disease non-chronic disease can not be cured. Dyspnea is a common symptom in all patients. When symptoms are severe and begin to effect the diary routine. Cause suffering with this symptom throughout life. This quasi-experimental study aimed to evaluate the effect of a self-management support program on ability to manage symptom and dyspnea among patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The sample group of 52 subjects was purposively selected and assigned to experimental group (n=26) and control group (n=26) using simple random method and matched pair sample group following properties (1) sex (2) age difference does not exceed 5 year and (3) GOLD stages or grades 1 and 2. The control group received regular nursing care and the intervention group received the self-management support program, support program on ability to manage symptom and dyspnea by self-management concept combined with 5 A's Behavior Change Model adapted for Self-management support of Glasgow, et al. The researcher created 5 steps: 1) assess 2) advise 3) agree 4) assist and 5) arrange. Data were collected from control group and experimental group at the first week and eighth week. The instrument for data collection was a self-management ability to manage symptom and dyspnea questionnaire and instrument for measurement of Dyspnea was Modified Medical Research Council Dyspnea Scale: mMRC DS. The data were analyzed using descriptive statistics and the hypotheses were tested using Paired t-test and Independent t-test.*

*The results revealed that the intervention program was able to increase the self-management ability to manage symptom scores significantly ( $p < .001$ ) and after using intervention program the self-management ability to manage symptom had significantly higher mean score than before ( $p < .001$ ). Within for experimental group was able to decrease dyspnea but did not differ significantly ( $p > .05$ ) and between control group and experimental group dyspnea had significantly higher mean score than before ( $p < .05$ ). Should be prepared in nursing unit, Nurse and training or developing skills to support self-management in chronic disease. The further study should focus on sustainability of program implementation.*

**Keywords:** ability to manage symptom; dyspnea; regular nursing care; self-management support program

## ความเป็นมาของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถป้องกันได้ ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ระบุว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยเป็นโรคนี้กว่า 80 ล้านคน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 คาดการณ์ว่า ใน พ.ศ. 2563 จะเพิ่มอีกร้อยละ 30 และใน พ.ศ. 2573 กลายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับที่ 3 ของโลกต้องดำเนินการเร่งด่วน คือ การลดปัจจัยเสี่ยงโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาสูบ<sup>๑</sup> ในประเทศไทย กรมควบคุมโรค รายงานว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขจาก 46 จังหวัด ระหว่างปี 2550 ถึง 2554 จำนวนสะสม 99,433 คน พบผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวนเกือบ 5,000 คน จึงกล่าวได้ว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ทุกคน ช้าหรือเร็วขึ้นกับจำนวนและระยะเวลาของการสูบบุหรี่<sup>๒</sup>

อาการหายใจลำบาก เป็นอาการที่พบในผู้ป่วยทุกคนจากการที่มีการจำกัดของทางเดินหายใจอย่างถาวร (airflow limitation) ตรวจพบเมื่อมีอาการมากแล้วและเริ่มส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานกับอาการนี้ไปตลอดชีวิต ซึ่งในระยะท้ายของโรคเป็นภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิตตลอดเวลา<sup>๓,๔</sup> เมื่ออาการหายใจลำบากมีความรุนแรงมากขึ้น การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป จนต้องพึ่งพาผู้อื่นทุกข์ทรมานจนเกิดความเครียด วิตกกังวล เมื่อไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา<sup>๕</sup> เมื่อมีอาการกำเริบของโรคถี่ขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน คุณภาพชีวิตยิ่งลดลง<sup>๖</sup> พยาธิสภาพของโรคส่งผลกระทบต่อระบบอื่นๆ อีก เช่น เบื่ออาหาร ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ จะมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง<sup>๗,๘</sup> จึงต้องมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการอาการ เพื่อให้อาการสามารถจัดการตนเองได้ การปฏิบัติตนเพื่อจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ด้านการจัดการและการควบคุมอาการหายใจลำบาก และด้านการขอความช่วยเหลือในการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่รุนแรง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้ามาสนับสนุนการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้กับโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ มีแนวทางในการ

ควบคุมโรค คือ 1) การป้องกันโรคสำคัญที่สุด 2) การลดการอุดกั้นของหลอดลม 3) การรักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อน และ 4) เพิ่มสมรรถภาพของร่างกาย ประกอบไปด้วย 1) ภาวะสุขภาพบำบัด การออกกำลังกายและการให้การสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ<sup>๙-๑๑</sup> ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมโรคและอาการหายใจลำบาก แบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ พยาธิสภาพของโรค ระยะเวลาที่เป็นโรคและระดับความรุนแรงของโรค<sup>๑๒</sup> โรคนี้มีการทำงานของปอดลดลงแบบก้าวหน้า (progressive lung function decline) อายุ เพศ อารมณ์ อาการหายใจลำบากสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า<sup>๑๐</sup> และปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อมสำคัญมากที่สุด ได้แก่ การสูบบุหรี่ พบว่า มากกว่าร้อยละ 75.4 ของผู้ที่เป็นโรคนี้เกิดจากการสูบบุหรี่และมลภาวะในบ้าน ที่ทำงาน เชื้อเพลิงจากการประกอบอาหารและสำหรับขับเคลื่อนเครื่องจักรกลต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Valero, et al<sup>๑๑</sup> พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การสูบบุหรี่ สถานที่ทำงานและสิ่งแวดล้อม

แนวคิดสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 A's (5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ การประเมิน (assess) การแนะนำ (advise) การยอมรับ (agree) การช่วยเหลือ (assist) และการติดตาม (arrange) เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการจัดการตนเองให้สอดคล้องกับภาวะของโรค เป็นเครื่องมือในการติดตามและประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงในการจัดการอาการของผู้ป่วย ซึ่งใช้ในการประเมินการจัดการตนเอง ความเชื่อ แรงจูงใจ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ช่วยจัดการกับอุปสรรคและปัญหา กระตุ้นติดตาม ให้กำลังใจ พร้อมสนับสนุนในการจัดการตนเองตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างยั่งยืน<sup>๑๒,๑๓</sup> ในการทำวิจัยครั้งนี้ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองได้และทีมหรือสหวิชาชีพ มีการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามกลุ่มตัวอย่างอยู่ตลอดทุกสัปดาห์ทั้งจากการลงเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ มีการชื่นชมให้กำลังใจในส่วนที่ทำได้และมีการร่วมกันหาทางจัดการในส่วนที่ยังทำไม่ได้ ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างยั่งยืนและต่อเนื่องมากกว่า ในงานวิจัยที่ผ่านมาผลลัพธ์ที่ศึกษายังมีผลออกมาไม่ชัดเจนแต่ผลลัพธ์ในส่วนของการควบคุมการดูแลนั้นดีขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 A's ร่วมกับใช้แนว

ปฏิบัติการบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553<sup>9</sup> มาสร้างโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง นำกลยุทธ์ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการตนเอง อากาศหายใจลำบาก คอยให้ความช่วยเหลือให้ความรู้และทักษะที่จำเป็น ขจัดปัญหาและอุปสรรคกระตุ้นติดตาม ให้กำลังใจ พร้อมสนับสนุนในการจัดการตนเองตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
2. เปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
4. เปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### คำถามการวิจัย

1. ความสามารถในการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองแตกต่างกันหรือไม่
2. ความสามารถในการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่
3. อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองแตกต่างกันหรือไม่
4. อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่

### สมมติฐาน

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการอาการมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีความสามารถในการจัดการอาการมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
4. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีอาการหายใจลำบากลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ มี 2 กรอบแนวคิด คือ การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ใช้กลยุทธ์หรือเทคนิค 5 เอ ของ Glasgow, et al (5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support)<sup>12,13</sup> และแนวปฏิบัติสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553<sup>9</sup> ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เทคนิค 5 เอ เป็นรูปแบบที่สนับสนุนการจัดการตนเอง ใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามและประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วยหลักการดูแล 5 ประการ ดังนี้ 1) การประเมิน (assess) 2) การแนะนำ (advise) 3) การยอมรับ (agree) 4) การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) 5) การติดตามประเมินผล (arrange)<sup>12,13</sup> และแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553 ได้กำหนดแผนการรักษาไว้ ประกอบด้วยหลัก 4 ประการคือ 1) การเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง 2) การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในภาวะสงบ (stable COPD) 3) การประเมินและติดตามโรค และ 4) การรักษาภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรค (acute exacerbation)<sup>9</sup> ในการศึกษาครั้งนี้เน้นในส่วนของ 3 ประการแรก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองได้

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยผู้วิจัยทำการจับคู่ (matching) กลุ่ม

ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน เพื่อให้สอดคล้องกัน ด้านเพศ อายุ และระดับความรุนแรงของโรค

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Cohen<sup>14</sup> โดยการหาขนาดอิทธิพล (effect size) ของงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก<sup>15</sup> ได้ค่า effect size เท่ากับ 1.20 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่<sup>16</sup> กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจในการทดสอบ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย กลุ่มควบคุม 26 ราย รวมเป็น 52 ราย

### จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ศธ. 0521.1.05/2101 ณ วันที่ 20 ธันวาคม 2558 และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว บอกถึงการทำการวิจัย ชี้แจงรายละเอียด ในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาหรือบริการทางพยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง จะนำเสนอในภาพรวมซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ลงรายมือชื่อ ในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง 5 เอ ซึ่งผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ การประเมิน (assess) การแนะนำ (advise) การยอมรับ (agree) การช่วยเหลือ (assist) และการติดตาม (arrange) โดยนำมาใช้กับผู้ป่วยแต่ละขั้นตอน ในแต่ละสัปดาห์

โดยสัปดาห์ที่ 1 พบผู้ป่วยที่คลินิก ประเมินข้อมูลส่วนบุคคล อาการหายใจลำบาก ความสามารถในการจัดการอาการ การให้ความรู้ ให้คู่มือ สัปดาห์ที่ 2, 5 เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อติดตาม สอบถามการใช้คู่มือและทบทวนการใช้ ให้การช่วยเหลือ เมื่อเจออุปสรรคและปัญหา นัดติดตาม สัปดาห์ที่ 3, 4, 6, 7 พุดคุยทางโทรศัพท์ สอบถาม กระตุ้นในสิ่งที่ผู้ป่วยยังทำไม่ได้ สัปดาห์ที่ 8 พบผู้ป่วยที่คลินิก ประเมินอาการหายใจลำบาก วัดความสามารถในการจัดการอาการ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง เพื่อลดความลำเอียงในการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยรวมทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลอง เก็บข้อมูลจริงพร้อมกับผู้วิจัย ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่รับผิดชอบเก็บข้อมูล ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และประเมินอาการหายใจลำบากทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยผู้ช่วยวิจัยไม่มีส่วนร่วมในการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก เป็นแบบวัดที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาจาก Sae-Tae<sup>17</sup> และ Chouytha<sup>18</sup> ลักษณะข้อคำถามมี 3 ด้าน คือ ด้านการประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ด้านการจัดการอาการและการควบคุมอาการหายใจลำบาก และด้านขอความช่วยเหลือ ในการจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 6 ระดับ มีความหมาย ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง 5 คะแนน ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยปานกลาง 3 คะแนน ปฏิบัติน้อย 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลย 1 คะแนน ไม่มีเหตุการณ์ดังกล่าว 0 คะแนน 3) แบบวัดอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่แนะนำให้ใช้ในแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553 เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ใช้เกณฑ์การให้คะแนนอาการหายใจลำบาก (mMRC DS)<sup>9</sup> คือ ระดับ 0 รู้สึกเหนื่อยหอบขณะออกกำลังกายหนักเท่านั้น ระดับ 1 หายใจหอบเมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบหรือเมื่อเดินขึ้น



ที่สูงขึ้น ระดับ 2 เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกันเพราะหายใจหอบหรือต้องหยุดเพื่อหายใจ เมื่อเดินปกติบนพื้นราบ ระดับ 3 ต้องหยุดเพื่อหายใจ หลังจากเดินได้ 100 เมตร หรือหลังจากเดินได้สักพักบนพื้นราบ และระดับ 4 หายใจหอบมากเกินไปกว่าที่จะออกจากบ้านหรือหอบมาก ขณะแต่งตัวหรือเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว โดยการให้ผู้ป่วยเลือกข้อที่ตรงกับตนเองมากที่สุดเพียง 1 ข้อ แปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนน mMRC DS < 2 ถือว่าอาการหายใจลำบากรุนแรงน้อยและคะแนน mMRC DS ≥ 2 ถือว่าอาการหายใจลำบากรุนแรงมาก

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยาย ในการบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานการวิจัย เลือกใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ Dependent t-test และ

Independent t-test

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด จำนวน 52 ราย พบว่า เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80.8) กลุ่มทดลองนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 57.7 กลุ่มควบคุมนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 73.1 สถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกัน (กลุ่มทดลองร้อยละ 80.8 กลุ่มควบคุมร้อยละ 76.9) มีอาชีพเกษตรกร (กลุ่มทดลองร้อยละ 61.5 กลุ่มควบคุมร้อยละ 57.7) ดังนั้น เมื่อมีการนำเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนาและอาชีพของทั้ง 2 กลุ่ม มาทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า ไม่มี ความแตกต่างกันในเรื่องเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และอาชีพ ส่วนศาสนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=52)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=26)	กลุ่มควบคุม (n=26)	statistics	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			.00 <sup>a</sup>	1
ชาย	21 (80.8)	21 (80.8)		
หญิง	5 (19.2)	5 (19.2)		
อายุ (ปี)	( $\bar{X}$ = 67, SD = 8.6)	( $\bar{X}$ = 66, SD = 11.3)	.29 <sup>b</sup>	0.77
44 – 50	4 (15.6)	1 (3.8)		
51 – 60	3 (11.5)	7 (26.9)		
61 – 70	6 (22.9)	9 (34.6)		
> 70	13 (49.9)	9 (34.6)		
ศาสนา			5.04 <sup>a</sup>	0.02*
พุทธ	15 (57.7)	7 (26.9)		
อิสลาม	11 (42.3)	19 (73.1)		
สถานภาพสมรส			4.68 <sup>c</sup>	0.20
สมรส/อยู่ด้วยกัน	21 (80.8)	20 (76.9)		
หม้าย	5 (19.2)	3 (11.5)		
หย่า	0	2 (7.7)		
แยกกันอยู่	0	1 (3.8)		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม (n=26)		statistics	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)			
การศึกษา					3.4 <sup>c</sup>	0.49
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2 (7.7)		3 (11.5)			
ประถมศึกษา	22 (84.6)		20 (76.9)			
มัธยมตอนต้น	2 (7.7)		1 (3.8)			
มัธยมตอนปลาย	0		1 (3.8)			
ปวส.	0		1 (3.8)			
อาชีพ					.83 <sup>c</sup>	0.93
ค้าขาย/รับจ้าง	3 (11.5)		3 (11.5)			
เกษตรกรรม	18 (69.2)		19 (73.1)			
ไม่ได้ทำงาน	5 (19.2)		4 (15.4)			
สิทธิการรักษา						
ข้าราชการ	8 (30.8)		5 (19.2)		.92 <sup>a</sup>	0.34
บัตรทอง	18 (69.2)		21 (80.8)			

หมายเหตุ \*p< .05, a: chi-square, b: Independent t-test, c: Likelihood ratio

ในส่วนของคุณข้อมูลภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม จำนวน 52 ราย มีระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในช่วง 1-10 ปี (ร้อยละ 65.4) ส่วนใหญ่มีประวัติ เคยสูบบุหรี่แต่หยุดสูบแล้ว (กลุ่มทดลองร้อยละ 73.1 กลุ่ม

ควบคุมร้อยละ 84.6) โดยพบว่ายังสูบบุหรี่อยู่ (ร้อยละ 15.4) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างทางสถิติ ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=52)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม (n=26)		statistics	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)			
ระยะเวลาที่เป็นโรค	( $\bar{X}$ =11, SD=11)		( $\bar{X}$ = 14, SD=16)		.61 <sup>b</sup>	0.54
1 - 10	17 (65.4)		17 (65.4)			
11 - 20	3 (11.4)		4 (15.3)			
21 - 30	5 (19.2)		3 (11.5)			
> 30	1 (3.8)		2 (7.6)			
ประวัติการสูบบุหรี่	( $\bar{X}$ =1, SD= .3)		( $\bar{X}$ =1, SD= .0)		1.8 <sup>b</sup>	0.08
เคย แต่หยุดสูบแล้ว	19 (73.1)		22 (84.6)			
เคย ยังสูบบุหรี่อยู่	4 (15.4)		4 (15.4)			
ไม่เคยสูบบุหรี่	3 (11.5)		0			
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (ปี)	( $\bar{X}$ =29, SD=20)		( $\bar{X}$ =32, SD=18)		.60 <sup>b</sup>	0.55
1 - 10	4 (18.2)		5 (19.2)			
11 - 20	4 (18.2)		2 (7.7)			

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม (n=26)		statistics	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
21 – 30	4 (18.2)	7 (26.8)				
> 30	11 (45.4)	12 (46.3)				
จำนวนที่สูบ (มาน)	( $\bar{X}$ =15, SD=11)	( $\bar{X}$ =19, SD=14)			1.2 <sup>b</sup>	0.23
1 – 10	9 (37.6)	10 (38.5)				
11 – 20	10 (41.4)	8 (30.7)				
21 – 30	2 (10.5)	4 (15.4)				
> 30	2 (10.5)	4 (15.4)				
ยาที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง						
ยารับประทาน (Theophylline)						
มี	20 (76.9)	19 (73.1)			.10 <sup>a</sup>	0.75
ไม่มี	6 (23.1)	7 (26.9)				
ยาพ่นสูดขยายหลอดลม (Salbutamol MDI)						
มี	26 (100)	26 (100)			.00 <sup>a</sup>	1.00
ยาพ่นสูดสเตียรอยด์						
มี Budesonide MDI	3 (11.5)	5 (19.2)				
มี Seretide accuhaler	9 (34.6)	4 (15.4)				
มีทั้ง 2 อย่าง	13 (50.0)	16 (61.5)				
ไม่มี	1 (3.8)	1 (3.8)			2.8 <sup>c</sup>	.43

หมายเหตุ \*p< .05, a: chi-square, b: Independent t-test, c: Likelihood ratio

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง  
ความสามารถในการจัดการอาการ ระหว่างกลุ่ม

ควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังทดลอง (N=52)

กลุ่มตัวอย่าง	ความสามารถในการจัดการอาการ			
	$\bar{X}$	SD	Independent t-test	p-value
กลุ่มควบคุม	51.92	12.15		
กลุ่มทดลอง	76.62	3.10	- 10.04	< .001

หมายเหตุ: df = 50

ความสามารถในการจัดการอาการ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถใน

การจัดการอาการ หลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตาราง 4



ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง (N=26)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Pair t-test	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความสามารถในการจัดการอาการ	54.00	9.00	76.62	3.10	-13.45	< .001

หมายเหตุ: df = 25.00

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบอาการหายใจลำบาก ทดลองร้อยละ 76 กลุ่มควบคุมร้อยละ 57.7) และหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 84.6 กลุ่มควบคุมร้อยละ 53.8) คะแนนอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองและ ดังตาราง 5 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 0 ทั้งก่อนทดลอง (กลุ่ม

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(N=52)

คะแนนอาการหายใจ ลำบาก (mMRC)	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
0	20 (76.9)	22 (84.6)	15 (57.7)	14 (53.8)
1	6 (23.1)	4 (15.4)	11 (42.3)	12 (46.2)

คะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองหลังทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 6

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง (N=26)

กลุ่มทดลอง	ระดับการหายใจลำบาก		McNemar test	p-value
	0	1		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ก่อนทดลอง	20 (76.9)	6 (23.1)	.21	.36*
หลังทดลอง	22 (84.6)	4 (15.4)		

\*p< .05

คะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 7

ตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังทดลอง (N=52)

กลุ่มทดลอง	ระดับการหายใจลำบาก		$\chi^2$	p-value
	0	1		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
กลุ่มควบคุม	14 (53.8)	12 (46.2)	5.51	.03*
กลุ่มทดลอง	22 (84.6)	4 (15.4)		

\*p< .05

## การอภิปรายผลการวิจัย

### ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80.8) มีอายุมากที่สุด 84 ปี อายุน้อยที่สุด 44 ปี เฉลี่ย 66.86 ปี (SD=9.9) ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะแรกของโรคจะไม่ค่อยมีอาการผิดปกติ อาการจะค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งผู้ป่วยจะรู้ตัวว่าเป็นโรคนี้ก็ต่อเมื่ออาการเป็นมากแล้ว<sup>1</sup> ในการศึกษาของ Muangmaitong<sup>19</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ก็เป็นเพศชาย เนื่องจากผู้ชายส่วนใหญ่มีการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับผลการศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่หยุดสูบแล้ว (กลุ่มทดลองร้อยละ 73.1 กลุ่มควบคุมร้อยละ 84.6)

ในความเป็นไปได้ของการปฏิบัติและความยากง่ายในการออกเยี่ยมบ้านนั้น ควรออกเยี่ยมทุกรายแต่บางรายไม่จำเป็นต้องไปต่อ ซึ่งสามารถประเมินผลลัพธ์ของความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการตนเองตามหลัก 5 เอ จนครบตั้งแต่ประเมินจนสิ้นสุดคือการติดตาม แต่บางรายต้องไปต่อเนื่องจากสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถที่จะจัดการตนเองได้อย่างแท้จริง จึงจะเกิดความต่อเนื่องในการจัดการตนเองของผู้ป่วย บุคลากรด้านพยาบาลต้องมีความเข้าใจกระบวนการและสามารถประเมินผู้ป่วยได้ และสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยมีหรือเพิ่มเติมให้ในส่วนที่ขาด พร้อมติดตาม แก้ไข ประเมินผลลัพธ์

## ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการอาการ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง และสมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีความสามารถในการจัดการอาการ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$  (ตาราง 4) และจากสมมติฐานที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก สูงกว่ากลุ่ม

ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$  (ตาราง 3) สามารถอธิบายได้ว่า เทคนิค 5 เอ เป็นแนวคิดที่นำมาใช้ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการจัดการตนเองให้สอดคล้องกับภาวะของโรค ใช้ในการติดตามและประเมินการจัดการอาการของผู้ป่วย ซึ่งมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีการช่วยกันจัดการกับปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดการจัดการกับตนเองตามเป้าหมายที่วางไว้ นอกจากทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ช่วยส่งเสริมบทบาทของพยาบาลและสหวิชาชีพที่ดูแลอยู่ ให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยและจัดการกับปัญหา ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง การเข้าใจเข้าถึงในสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ทำให้จัดการกับปัญหาของแต่ละบุคคลได้ตรงจุด<sup>19</sup> ในการศึกษาของ Wattana<sup>20</sup> เรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค กล่าวว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) โดยให้แรงจูงใจผู้ป่วยในการจัดการตนเอง มีทักษะในการแก้ปัญหา กล้าขอความช่วยเหลือ และให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ Wattana<sup>20</sup> ยังกล่าวถึงรูปแบบของกิจกรรมอีกว่า นำมาใช้เหมาะสมตามลักษณะการเจ็บป่วยและข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละคน ในประเทศไทยการสนับสนุนการจัดการตนเองมีความเฉพาะในแต่ละโรค มีการฝึกทักษะการใช้คู่มือ การเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ พบว่าได้ผลดีในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ภาวะสุขภาพดีขึ้น อาการหายใจลำบากลดลง มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและกิจวัตรประจำวันดีขึ้น อาการกำเริบเฉียบพลันลดลง ความเหนื่อยล้าลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ภาวะอ้วนลดลง หายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจลดลง<sup>20</sup> ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวินิจฉัย และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้<sup>1</sup> ซึ่งมีการเสริมทักษะการจัดการตนเองร่วมกับรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5 เอ พบว่า ในกลุ่มที่ทำการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มารับบริการ จะได้รับ

การบริการตามอาการโดยทั่วไปตามมาตรฐานการรักษา มีการให้ความรู้เรื่องโรค ยา ภาวะสุขภาพบำบัด แต่ไม่ได้เน้นสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีการนำเทคนิค 5 เอ มาใช้กับผู้ป่วยซึ่งมีลักษณะแตกต่างเฉพาะคน มีการติดตามต่อเนื่อง และแก้ไขปัญหาในส่วนที่ยังบกพร่อง ช่วยเหลือสนับสนุนและติดตามประเมินผลในแต่ละบุคคล ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ตรงตามลักษณะปัญหาเฉพาะของตนเอง

สมมติฐานที่ 3 หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง จากผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง อย่างไม่มีนัยสำคัญ ( $p > .05$ ) (ตาราง 6) และสมมติฐานที่ 4 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีอาการหายใจลำบากลดลง กว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีอาการหายใจลำบากลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  (ตาราง 7) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อาจเนื่องจากผู้วิจัยมีการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามกลุ่มตัวอย่างอยู่ตลอดทุกสัปดาห์ ทั้งจากการลงเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ มีการชื่นชมให้กำลังใจในส่วนที่ทำได้ดีและมีการร่วมกันหาทางจัดการในส่วนที่ยังทำไม่ได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองได้ดีขึ้น มีผลต่ออาการหายใจลำบากของกลุ่มตัวอย่างลดลงกว่าเดิม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ยังสูบบุหรี่สามารถเลิกยาสูบได้ และกลุ่มที่เลี้ยงสัตว์ มีการใส่หน้ากากป้องกันตนเอง การเผาขยะ การจัดการฝุ่นในบ้านที่เหมาะสม อาการหายใจลำบากจึงลดลงกว่าเดิม จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการค้นคว้ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Puwarawuttipanit, et al<sup>22</sup> พบว่า ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีนั้น จะต้องใช้องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลมากกว่าหนึ่งอย่าง ผลลัพธ์ในส่วนของการประเมินการดูแลจึงดีขึ้น

## สรุป

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

2. ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

3. ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีอาการหายใจลำบากลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .36 ( $p > .05$ )

4. ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < .05$ )

## ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

การเตรียมความพร้อมของหน่วยงาน การเตรียมบุคลากรพยาบาล ควรมีการอบรมหรือพัฒนาทักษะในการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

## ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาในระยะยาวเพื่อยืนยันถึงความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้โปรแกรมนี้

## เอกสารอ้างอิง

- Boonsawat W. [homepage on the Internet]. Khonkan: Trends in new guideline for COPD update 2011. [update 10 jan 2011; cite 2015 jan 10]. Available from: <http://www.eac2.dbregistry.com/ mdbfemplate/ mytemplt/ itemplat. php. Thai>.

2. WHO. Chronic Respiratory Diseases, Burden of COPD. 2015. Retrieved from <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/index>.
3. Panyapayatjati C. More than 90% of thai people suffer from emphysema. [Internet]. [cite 2014 Nov 26]. Available from: <http://www.Thaihealth.or.th.Thai>.
4. Boonsawat W. Breaking New Ground In COPD Management update 2012.TU Journal, 10 (3), 39-47. [Internet]. [cite 2017 Nov 18]. Available from:<http://index.library.tu.ac.th >opac-search>. Thai.
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD update 2015. [Internet]. [cite 2014 Apr 30]. Available from <http://www.goldcopd.Org>
6. Boonprasop S. Dyspnea: the Role of a Nurse. J health sci. 2012; 17 (3), 328-42. Thai.
7. Ananchaisarp T. Guidelines of the diagnosis and care of patients with COPD. In primary care units of Prince of Songkla Hospital update 2012. [cite 2014 Apr 30]. Available from <http://medinfo2.psu.ac.th > web> pdf> copd>. Thai.
8. Pontep N, Wongpiriyayota A, and Sitthipakorn S. Effects of a rehabilitation program on functional capacity among COPD patients with malnourished. Tci-thaijo. 2013; 31(2). 44-53. Thai.
9. Maranate N, Nana A, Sompradeekul S, et al. Editor. Guilines for Public Health Services for COPD update 2010. Bangkok: Union4print; 2010. Thai.
10. Suwanno J, Suwanno J, and Jampad L. Factors of dyspnea and lung function and depression in elderly COPD. 2012. Rama nurs J, 15(1), 127-140. Thai.
11. Valero C, Monteagudo M, Llagostera M., et al. Evaluation of a Combined Strategy Directed towards Health-Care Professionals and Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Information and Health Education Feedback for Improving Clinical Monitoring and Quality-of-life . 2009. [Internet]. [cite 2014 Apr 30]. Available from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9>.
12. Glasgow, R. E., Davis, C. L., Funnell, M. M. & Beck, A. (2003). Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. The joint commission journal on quality and safety, 29(11), 563-74.
13. Glasgow R. E, Emont S, & Miller D. C. Assessing Delivery of Five 'As' for Patient-Centered Counseling. 2006. Pubmed J, 21(3), 245-55.
14. Polit D.F. & Beck C.T. Nursing Research: Generating and Assign Evidence for Nursing Practice. 2008. 8th ed. Philadelphia: Lippincott.
15. Muangmaitong A. The effect of dyspnea self management program on quality of life in patients with COPD [master's minor thesis]. [Nakhonpathom]: Christian University; 2008. 133 p. Thai.
16. Thungtong S, Chinnawong T, & Thaniwattananon P. Effects of self-management support program for delayed progression of diabetic nephropathy on self-management behaviors and clinical outcomes in patient with uncontrolled type 2 Diabetes Mellitus. [Internet]. Songklanagarind Journal of Nursing, 35(1), 76-84. Thai.
17. Wattana C. Self-management support: strategy to promote control disease. 2015. PNC J, 26(1), 117-27. Thai.
18. Puwarawuttipanit W, et al. A systematic Review of Chronic care model and self-management support in Chronic illness. KB. 2016. Available from <http://www.kb.hsri.or.th>. Thai.
19. Sae-Tae N. Effect of discharge planning program on the self-management ability of asthmatic patients attending an emergency room in the unrest area of southern Thailand. [master's minor thesis]. [Songkhla]: Prince of songkla University;

2009. 86 p. Thai.
20. Chouythoa T. Effect of a self-management support program in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease on knowledge, self-management behaviors, dyspnea, and lung function [master's minor thesis]. [Chanthaburi]: Burapha University; 2015. 120 p. Thai.
  21. Tinkruajeen B. Effect of a dyspnea management promotion program on Functional Capacity Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok Province. [master's minor thesis]. [Chiang mai]: Chiang Mai University; 2011. 71 p. Thai.
  22. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). 1988. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.