



ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและ
อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
Effect of Self-Management Support Program on Ability to Manage
Symptoms and Dyspnea among Patients with
Chronic Obstructive Pulmonary Disease

นุชรัตน์ จันทโร
Nootcharat Chantaro

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและ
อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
Effect of Self-Management Support Program on Ability to Manage
Symptoms and Dyspnea among Patients with
Chronic Obstructive Pulmonary Disease

นุชรัตน์ จันทโร
Nootcharat Chantaro

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการ อาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ผู้เขียน	นางสาวนุชรัตน์ จันทโร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรนภา คู่พันธ์วี)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนิษฐา นาคะ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรนภา คู่พันธ์วี)
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี่ย)
กรรมการ (ดร. รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์อนุมัติให้วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งสว่าง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่าผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเองและได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มี
ส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรนภา คู่พันธ์วิ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....
(นางสาวนุชรัตน์ จันทโร)
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อนและไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวนุชรัตน์ จันทโร)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการ อาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ผู้เขียน	นางสาวนุชรัตน์ จันทโร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2560

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 52 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 ราย โดยจับคู่ตามคุณสมบัติดังนี้ (1) เพศ (2) อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และ (3) ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1 และ 2 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ด้วยเทคนิค 5 เอ ของกลาสโกวและคณะ (2006) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ การประเมิน (assess) การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) การยอมรับ (agree) การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และการติดตามประเมินผล (arrange) ประเมินผลก่อนทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และหลังทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ใช้แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก ซึ่งทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .79 และแบบวัดอาการหายใจลำบาก โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนหายใจลำบาก (Modified Medical Research Council Dyspnea Score: mMRC DS) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติบรรยาย การทดสอบสมมติฐานใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) และสถิติทีอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองหลังทดลองไม่แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่มีอาการหายใจลำบากที่รุนแรงมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและสามารถลดอาการหายใจลำบากได้ ดังนั้น จึงควรมีการเตรียมความพร้อมของหน่วยงาน การเตรียมบุคลากรพยาบาล ควรมีการอบรมหรือพัฒนาทักษะในการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในระยะยาวเพื่อยืนยันถึงความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้โปรแกรมนี้

Thesis Title	Effect of Self-Management Support Program on Ability to Manage Symptoms and Dyspnea among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease
Author	Miss Nootcharat Chantaro
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2017

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effect of a self-management support program on ability to manage symptoms and dyspnea among patients with chronic obstructive pulmonary disease. Fifty two subjects were purposively selected and assigned to either the experimental group ($n=26$) or the control group ($n=26$). The subjects were match on (1) sex, (2) age (± 5 years), and (3) level of disease (grade 1 and 2). The control group received usual nursing care while the experimental group received the self-management support program according to 5 A's techniques by Glasgow et al. (2006). The 5 A's techniques composed 5 steps: 1) assessing 2) advising 3) agreeing 4) assisting and 5) arranging. Data were collected from both groups at the first week and eighth week. The instrument for data collection was a self-management ability to manage dyspnea questionnaire and its reliability was examined using Cronbach's alpha coefficient ($\alpha = .79$), and the instrument for measurement of Dyspnea was the Modified Medical Research Council Dyspnea Score: 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 after using the self-management support program, the experimental group had a significantly higher mean score of self-management ability to manage symptoms than that before ($p<.001$), and the self-management ability to manage symptoms in the experimental group was higher than that of the control group significantly ($p<.001$). The frequency of dyspnea severity after using the self-management support program was not significantly lower than that before ($p>.05$), and the frequency of dyspnea severity in the experimental group was lower than that of the control group significantly ($p<.05$).

This finding indicated that the intervention program could increase ability to manage symptom and decrease dyspnea. Therefore, the Self-Management Support Program should be incorporated into nursing training to develop skills to support self-management in chronic obstructive pulmonary disease. The further study should focus on sustainability of program implementation.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือของอาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่าน คือ ผศ.ดร.เนตรนภา คู่พันธ์วี และ ผศ.ดร.ทิพมาส ชินวงศ์ ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ที่อาจารย์ คอยให้คำแนะนำและติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์เล่มนี้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบคุณ ผศ.ดร. วิภา แซ่เขี้ย คอยให้คำปรึกษาด้านสถิติและข้อมูลในการวิจัย นอกจากนี้ขอขอบคุณ ผศ.ดร.บุศรา หมื่นศรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นายแพทย์เดชา แซ่หลี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพา และพว.หทัยรัตน์ ชัยดวง หัวหน้ากลุ่มงาน พยาบาล โรงพยาบาลเทพา ที่ได้สละเวลาให้ความอนุเคราะห์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาตรวจสอบ ให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามและ ผศ.ดร.ชนิษฐา นาคะ คอยติดตามงาน รวมทั้ง กระตุ้นเตือนอยู่เสมอ จนวิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอบคุณโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บ ข้อมูล หัวหน้างานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและนิติเวช พว.รัตดาวัลย์ อัจหาญ ที่ช่วยจัดสรรเรื่องเวลา รวมทั้ง เพื่อนร่วมงานทุกท่านที่สนับสนุนในการศึกษาต่อและช่วยในการปฏิบัติงานแทนในช่วงกำลังศึกษา พว.พัชรินทร์ คำกำเหนิด ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัย ขอขอบคุณผู้ร่วมงานในคลินิกโรคฮิตและปอดอุดกั้น เรื้อรังอย่างง่ายที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและติดตามกลุ่มตัวอย่าง ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ ร่วมชั้นเรียน สำคัญที่สุดสำหรับคนรักและครอบครัว แม่ถัน จันทโร ที่คอยรัก เอาใจใส่และ ห่วงใยในทุกๆ อย่าง รอคอยจนวันสำเร็จการศึกษาของลูกสาวคนนี้ ขอขอบคุณผู้มีพระคุณทุกท่านค่ะ

นุชรัตน์ จันทโร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(8)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์การวิจัย.....	10
ขอบเขตของการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	13
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	13
ความหมายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	14
อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	14
ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	20
แนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	21
ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	32
โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการ หายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	33
สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	46
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	48
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	54

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	55
ผลการวิจัย.....	55
อภิปรายผลการวิจัย.....	61
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	67
สรุปผลการวิจัย.....	67
ข้อเสนอแนะ.....	69
เอกสารอ้างอิง.....	70
ภาคผนวก.....	76
ก การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง.....	77
ข คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	78
ค เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง.....	109
ง แบบฟอร์มพิกซ์สิทธิ์การเข้าร่วมวิจัย.....	116
จ คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง.....	118
ฉ เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัย.....	122
ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	123
ประวัติผู้เขียน.....	124

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงแผนการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามระดับความรุนแรงของโรค.....	31
2 เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	56
3 เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	57
4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง.....	59
5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการระหว่างกลุ่มกลุ่มทดลองและควบคุมหลังทดลอง.....	59
6 ผลการเปรียบเทียบความถี่อาการหายใจลำบากก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลอง...	60
7 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความถี่ของอาการหายใจลำบากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง.....	60
8 แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก.....	111
9 ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง ของกลุ่มควบคุม.....	118
10 ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง ของกลุ่มทดลอง.....	120

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	9
2	แบบประเมินอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง (DVAS) แบบแนวนอน.....	18
3	แบบประเมินอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง (DVAS) แบบแนวตั้ง.....	18
4	ระดับ Borg dyspnea scale.....	19
5	แผนการดำเนินการวิจัย.....	53

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้และรักษาได้ มีลักษณะเกิดจากการอุดกั้นของอากาศที่เกิดอย่างต่อเนื่อง ค่อยเป็นค่อยไป มีการอักเสบเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจและปอดจากการระคายเคืองของสิ่งกระตุ้นและก๊าซ การกำเริบและโรคแทรกซ้อนเกิดมาน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละคน แต่สามารถป้องกันได้ มักพบได้ในผู้ที่อายุ 40 ปีขึ้นไป (นนทา, อรรถ, สุรีย์, สุนทรและวรรณ, 2553; วัชรา, 2554; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: GOLD, 2015) โดยข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2553 ได้มีการระบุว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยเป็นโรคนี้นี้ไปแล้วกว่า 80 ล้านคน และเสียชีวิตปีละไม่ต่ำกว่า 3 ล้านคน อีกทั้งยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับที่ 4 รองมาจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคเส้นเลือดในสมอง โดยมีการคาดการณ์ว่า พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 30 และ พ.ศ. 2573 โรคนี้อาจกลายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับที่ 3 ของโลก เว้นแต่จะดำเนินการเร่งด่วน คือ การลดปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูบบุหรี่ (World Health Organization: WHO, 2015) ในประเทศไทย พบผู้ป่วยมากกว่า 1.5 ล้านคน มีอัตราการตายติดอยู่ใน 10 อันดับโรค (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) และจากรายงานของกรมควบคุมโรค พบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขจาก 46 จังหวัด ระหว่างปี พ.ศ. 2550-พ.ศ. 2554 จำนวนสะสมถึง 99,433 ราย สาเหตุร้อยละ 90 เกิดจากการสูบบุหรี่ พบผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวนเกือบ 5,000 ราย จึงกล่าวได้ว่าผู้ที่สูบบุหรี่ จะมีโอกาสเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ทุกคน ช้าหรือเร็วขึ้นกับจำนวนและระยะเวลาของการสูบบุหรี่ (ชัชวาล, 2556) สำหรับโรงพยาบาลเทพา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการเก็บข้อมูล 3 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2555-พ.ศ. 2557) มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย (Easy Asthma & COPD Clinic) จำนวน 141, 104 และ 150 ราย ตามลำดับ และมีอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ร้อยละ 14.74, 12.87 และ 17.24 ตามลำดับ มีอัตราการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ร้อยละ 13.12, 8.01 และ 11.06 ตามลำดับ (งานสถิติโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2555-พ.ศ. 2557) จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกปีและระดับความรุนแรงของโรคมียังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

เช่นกัน ซึ่งหากยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือหาทางช่วยเหลือป้องกัน ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบากไปตลอดชีวิต จึงต้องมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม จัดสรรทรัพยากรทางด้านสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อลดผลกระทบต่างๆ ไม่ให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกคน จากการที่มีการจำกัดของทางเดินหายใจอย่างถาวร (airflow limitation) จะตรวจพบเมื่อผู้ป่วยมีอาการมาแล้วและเริ่มส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานกับอาการนี้ไปตลอดชีวิต ซึ่งในระยะท้ายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิตตลอดเวลา (วัชรา, 2555; GOLD, 2015) ในด้านจิตใจนั้น เมื่ออาการหายใจลำบากมีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไปต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจนเกิดความเครียดวิตกกังวล และเมื่อไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (สารนิตติ, 2555) ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคถี่ขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยิ่งลดลง บางรายอาจมีภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) เกิดขึ้น ทำให้ต้องใช้ออกซิเจนตลอดเวลาหรือใช้เครื่องช่วยหายใจ จนเสียชีวิตในที่สุด (วัชรา, 2554) นอกจากพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลโดยตรงต่อระบบทางเดินหายใจแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อระบบอื่นๆ ของร่างกายได้อีก เช่น เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะทุพโภชนาการ จะมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (চারিรัตน์, 2555; ญัฐพล, อภิญญา, และสุรชาติ, 2556)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับเครือข่ายคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย (Easy Asthma and COPD Clinic Network) เข้ามาสนับสนุนการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย ให้กับโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ พ.ศ. 2551 มีการสนับสนุนการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (Easy Asthma Clinic) ขึ้นก่อน พ.ศ. 2555 จึงเริ่มสนับสนุนการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย (Easy COPD Clinic) ตามมา (สปสช., 2558) โรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา ได้เข้าร่วมเครือข่ายคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่ายด้วยเช่นกัน โดยเริ่มต้นจากการพัฒนาคลินิกโรคหืดอย่างง่าย มีการวางรากฐานที่เกิดความชัดเจนขึ้น จึงมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย ขึ้นควบคู่กันไป มีแนวทางในการควบคุมโรค คือ 1) การป้องกันการดำเนินของโรคโดยต้องให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ให้ได้ 2) การลดการอุดกั้นของหลอดลม โดยการให้ยาขยายหลอดลม การลดการอักเสบของหลอดลมและการกำจัดเสมหะ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง 3) การรักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะหัวใจด้านขวาล้มเหลว โดยการให้ผู้ป่วยใช้ออกซิเจนระยะยาว และ 4) เพิ่มสมรรถภาพของร่างกายซึ่งประกอบไปด้วย การให้

ความรู้ ภายภาพบำบัด การออกกำลังกายและการให้การสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ (นันทาและคณะ, 2553; วัชร, 2555)

อารีรัตน์ (2551) ได้ศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบาก โดยการติดตามเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ จนครบ 8 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ สอนการออกกำลังกายและการหายใจแบบเป่าปาก มีเครื่องมือประกอบด้วยคู่มือการจัดการกับภาวะหายใจลำบาก แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก มีค่าเฉลี่ยอาการหายใจลำบากลดลงและค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จะเห็นได้ว่าการให้ผู้ป่วยจัดการตนเองจากคู่มือการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่ให้ผู้ป่วย สามารถจัดการกับอาการของตนเองได้อย่างไรก็ตาม การที่จะบรรลุเป้าหมายของการจัดการตนเองได้ บุคคลและครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มตัวอย่าง มีประวัติสูบบุหรี่และยังสูบบุหรี่จำนวน 5 ราย หลังเข้าโปรแกรมลดปริมาณการสูบลง จำนวน 3 ราย อีก 2 ราย ยังกลับมาสูบบุหรี่ ซึ่งบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อโรคและการควบคุมอาการ จึงต้องมีการทำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่หรือนำเทคนิคที่ใช้ได้ผลดีมาใช้ เช่นเดียวกับการศึกษาของเบญจวรรณ (2554) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมและเครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์คล้ายคลึงกัน ใช้เวลาศึกษา 8 สัปดาห์เช่นกัน ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในการศึกษาโปรแกรมจะมีกิจกรรมต่างๆ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจและจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ถูกต้อง มีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นได้ แต่การศึกษานี้ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงอยู่ในระดับที่ 3 (อายุเฉลี่ย 70 ปี) การจัดการตนเองจะลดลงจากการที่อาการหอบเหนื่อยมากจนรบกวนชีวิตประจำวัน จึงอาจต้องมีการสนับสนุนครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการนำแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมาใช้ การศึกษายังคล้ายคลึงกับของกรวรรณ, จรรยา, ชมนาด, และทวีศักดิ์ (2550) เรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลต่อสมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาล โดยแบ่งออกเป็นการบำบัดหลัก

ประกอบด้วย การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การรักษาและการใช้ยา การรับประทานอาหาร การป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อน การบำบัดเสริม ประกอบด้วย เทคนิคการคลายเครียดจากใจสู่กาย การทำสมาธิ การโทรศัพท์กระตุ้นเตือนและเยี่ยมบ้าน การนัดเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ผลการทดลองพบว่า สมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาล 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ แต่ยังพบความรุนแรงของโรคในระดับ 3 และ 4 ซึ่งในระดับ 4 นี้มีอาการหายใจลำบากตลอดเวลา การที่จะนำโปรแกรมมาใช้ให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่องนั้นค่อนข้างลำบาก

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น โปรแกรมและวิธีการที่ใช้สามารถลดอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยได้ แต่เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ผู้ศึกษามีการสร้างขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามและได้รับกิจกรรมตามที่จัดไว้ อาจไม่ตรงกับจุดประสงค์หรือเป้าหมายที่ตนวางไว้ ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีทักษะ ความรู้ ความชำนาญ รวมทั้งประสบการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล การตอบสนองความต้องการอาจมีทั้งสอดคล้องและไม่สอดคล้องกัน ซึ่งเกิดกับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มใหญ่หรือส่วนใหญ่ในกลุ่ม อาจไม่ทั่วถึงทุกคน การที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนสามารถดึงศักยภาพหรือความสามารถที่มีอยู่ของตนเองออกมาให้ได้นั้น ต้องมีการวางเป้าหมายและทำความเข้าใจในจุดประสงค์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน

แนวคิดสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ (5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support) เป็นแนวคิดที่นำมาใช้ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการจัดการตนเองให้สอดคล้องกับภาวะของโรค ส่งผลให้ในผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองได้นั้น เพื่อใช้จัดการกับปัญหาหรือสิ่งที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ได้ สามารถเรียนรู้ ในสิ่งที่เกิดประโยชน์และโทษกับตนเอง รวมทั้งนำประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงนั้นมาประยุกต์ใช้จัดการตนเองได้อย่างยั่งยืน เทคนิคนี้ใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามและประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงในการจัดการอาการของผู้ป่วย ซึ่งใช้ในการประเมินการจัดการตนเอง ความเชื่อ แรงจูงใจ การให้ความรู้บนพื้นฐานความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ช่วยจัดการกับอุปสรรคและปัญหากระตุ้น ติดตาม ให้กำลังใจ พร้อมสนับสนุนในการจัดการตนเองตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างยั่งยืน (Glasgow, Emont, & Miller, 2006) และได้มีการนำเทคนิคนี้มาใช้จนประสบผลสำเร็จ จากการศึกษาของศิริลักษณ์, ทิพมาสและเพลินพิศ (2557) เรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งมีการเสริมทักษะการจัดการตนเองร่วมกับรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5 เอ (5 A's) พบว่า ในกลุ่มที่ทำการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ (Glasgow et al., 2006) ร่วมกับแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553 (นันทาและคณะ, 2553) มาสร้างโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งโดยทั่วไปการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรค ยา อาหาร การออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ ด้วยข้อจำกัดด้านเวลาและความแออัดของการบริการ ที่ผ่านมายังเป็นการสื่อสารที่เร่งรีบและเน้นการบริการจากทีมสุขภาพ จึงนำกลยุทธ์ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของตนเองได้ โดยทีมสุขภาพจะเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือ กระตุ้น สนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ตามเป้าหมายอย่างยั่งยืน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพคือมีความสามารถในการจัดการอาการได้และมีอาการหายใจลำบากลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
2. เปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
4. เปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ความสามารถในการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองหรือไม่
2. ความสามารถในการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่
3. อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองหรือไม่
4. อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาหารและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มี 2 แนวคิดด้วยกัน คือ (1) การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) โดยเลือกใช้เทคนิค 5 เอ (5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support) ของกลาสโกวและคณะ (Glasgow et al., 2006) และ (2) แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553 (นันทาและคณะ, 2553) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เทคนิค 5 เอ (assess, advise, agree, assist and arrange: 5A's) เป็นรูปแบบเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง ได้แก่ การประเมิน การแนะนำให้คำปรึกษา การยอมรับ การช่วยเหลือ สนับสนุนและการติดตามประเมินผล ซึ่งรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ (5A's) ประกอบด้วยหลักการดูแล 5 ประการ ดังนี้

1) การประเมิน (assess) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเชื่อ แรงจูงใจ รวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อค้นหาปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยที่เป็นปัญหา อุปสรรคที่เป็นข้อจำกัดต่อการเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการตนเอง

2) การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) เป็นการให้ความรู้ การให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสารที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคและความต้องการของผู้ป่วย

3) การยอมรับ (agree) เป็นการวางแผนการดูแลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ ให้มีเป้าหมายที่เป็นไปได้ กำหนดแผนปฏิบัติที่ชัดเจน เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ มีการให้รางวัล คำชมเชย

4) การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) เป็นการเลือกสรรกลวิธีที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย ต้องอาศัยการประเมินจากระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ให้ความรู้ ฝึกทักษะ ค้นหาแหล่งประโยชน์แนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น คนในครอบครัว เพื่อนและชุมชน เสริมทักษะการจัดการกับปัญหา รวมทั้งช่วยปรับเปลี่ยนการจัดการตนเองที่ยังเป็นปัญหาสุขภาพ

5) การติดตามประเมินผล (arrange) เป็นการติดตาม กระตุ้น ชี้แนะ ให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เลือกวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ในการพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การใช้โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต การให้คำปรึกษาเฉพาะกรณี ในกรณีที่ไม่มีบรรลุเป้าหมาย ก็จะร่วมกันพูดคุยถึงอุปสรรคที่ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายและเริ่มต้นกำหนดเป้าหมายใหม่อีก ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนสามารถบรรลุเป้าหมายได้

แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553 กำหนดแผนการรักษา ซึ่งประกอบด้วยหลักการรักษา 4 ประการ คือ 1) การเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง 2) การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในภาวะสงบ (stable COPD) 3) การประเมินและติดตามโรค และ 4) การรักษาอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค (acute exacerbation) ในการศึกษาค้างนี้ เน้นในส่วนของ 3 ประการแรก ดังนี้

1. การเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง มาตรการสำคัญ คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงหรือมลภาวะ
2. การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในภาวะสงบ คือ การให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับโรค เช่น ภาวะโภชนาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การออกกำลังกาย การใช้ยา การบริหารการหายใจ การจัดทำทางที่เหมาะสมเมื่อมีอาการหายใจลำบาก การไอที่มีประสิทธิภาพ
3. การประเมินและติดตามโรค เพื่อดูการเปลี่ยนแปลง ระดับความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน

จาก 2 แนวคิดดังกล่าว โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงมุ่งเน้นที่การคงสภาพร่างกายในปัจจุบันให้ดีที่สุด คือ การลดอาการหายใจลำบาก โดยการเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการ โดยมีผู้วิจัยคอยช่วยเหลือสนับสนุนการจัดการตนเอง ตามรูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ (5A's) ซึ่งสามารถสรุปออกเป็นออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (assess) เป็นการประเมินข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งประวัติการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรค อาการกำเริบเฉียบพลัน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คะแนนอาการหายใจลำบาก ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก พร้อมทั้งความเชื่อและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมของผู้ป่วย พร้อมแจ้งผลการประเมินให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อใช้ในการวางแผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) เป็นการให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินในขั้นตอนที่ 1 เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะโภชนาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การออกกำลังกาย การใช้ยา การบริหารการหายใจ การจัดทำทางที่เหมาะสมเมื่อหายใจลำบาก การไอที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการงดสูบบุหรี่ในรายที่ยังสูบบุหรี่ ฝึกทักษะที่ต้องใช้ในการจัดการตนเอง ให้คู่มือการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 การยอมรับ (agree) เป็นการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง วางแผนการปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมาย เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินอาการของตนเองได้ สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความมั่นใจที่จะจัดการตนเอง พร้อมทั้งให้กำลังใจ คำชมเชย แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้

ขั้นตอนที่ 4 การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) คอยช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเจออุปสรรคและปัญหา หาแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละคน พร้อมทั้งแนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผล (arrange) หลังจากให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยติดตามประเมินผลโดยการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ทางโทรศัพท์ และนัดติดตาม ในกรณีที่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย ก็จะร่วมกันพูดคุยถึงอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายและเริ่มต้นกำหนดเป้าหมายใหม่อีก ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนสามารถบรรลุเป้าหมายได้ จากรายละเอียดข้างต้นสามารถจัดเป็นกรอบแนวคิดของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองได้ดังภาพ 1

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (assess) ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลรวมทั้งประวัติการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรค อาการกำเริบเฉียบพลัน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คะแนนอาการหายใจลำบาก ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ความเชื่อและความรู้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมของผู้ป่วย พร้อมแจ้งผลการประเมินเพื่อใช้ในการวางแผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) ให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินในขั้นตอนที่ 1 เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะโภชนาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ออกกำลังกาย การใช้ยา การบริหารการหายใจ การจัดทำทางที่เหมาะสมเมื่อหายใจลำบาก การไอที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการงดสูบบุหรี่ ฝึกทักษะที่ต้องใช้ในการจัดการตนเอง ให้คู่มือการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 การยอมรับ (agree) ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง วางแผนการปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมาย เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินอาการของตนเองได้ สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความมั่นใจที่จะจัดการตนเอง ให้กำลังใจ คำชมเชย แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้

ขั้นตอนที่ 4 การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) ผู้วิจัยคอยช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเจออุปสรรคและปัญหาหาแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละคน พร้อมทั้งแนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผล (arrange) หลังจากให้ผู้ป่วยการจัดการตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยติดตามประเมินผลโดยการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ทางโทรศัพท์ และนัดติดตามการจัดการตนเอง

ในกรณีที่ไม่บรรลุเป้าหมาย ก็จะร่วมกันพูดคุยถึงอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายและเริ่มต้นกำหนดเป้าหมายใหม่อีก ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนสามารถบรรลุเป้าหมายได้

ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์

- มีความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก
- อาการหายใจลำบากลดลง

ภาพ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการอาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีความสามารถในการจัดการอาการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากตีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
4. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีอาการหายใจลำบากตีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นิยามศัพท์

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้ 2 แนวคิด คือ การสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยเลือกเทคนิค 5 เอ (5 A's) ของกลาสโกวและคณะ (Glasgow et al., 2006) และแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553 (นันทาและคณะ, 2553) เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการและลดอาการหายใจลำบาก โดยมีผู้วิจัยคอยช่วยเหลือสนับสนุนการจัดการตนเอง ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งสามารถสรุปได้ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (assess) ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลรวมทั้งประวัติการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรค อาการกำเริบเฉียบพลัน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คะแนนอาการหายใจลำบาก ความสามารถในการจัดการอาการและประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ความเชื่อและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมของผู้ป่วย พร้อมแจ้งผลการประเมินให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อใช้ในการวางแผนการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) ผู้วิจัยให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินในขั้นตอนที่ 1 เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะโภชนาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การออกกำลังกาย การใช้ยา การบริหารการหายใจ การจัดทำทางที่เหมาะสมเมื่อหายใจลำบาก การไอที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการงดสูบบุหรี่ ฝึกทักษะที่ต้องใช้ในการจัดการตนเอง ให้คู่มือการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 การยอมรับ (agree) ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง วางแผนการปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมาย เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินอาการของตนเองได้ สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความ

มั่นใจที่จะจัดการตนเอง พร้อมทั้งให้กำลังใจ คำชมเชย แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้

ขั้นตอนที่ 4 การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) ผู้วิจัยคอยช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเจออุปสรรคและปัญหา หาแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละคน พร้อมทั้งแนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผล (arrange) หลังจากให้ผู้ป่วยการจัดการตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยติดตามประเมินผลโดยการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ทางโทรศัพท์ และนัดติดตามการจัดการตนเอง ในกรณีที่ไม่มีบรรลุเป้าหมาย ก็จะร่วมกันพูดคุยถึงอุปสรรคที่ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายและเริ่มต้นกำหนดเป้าหมายใหม่อีก ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนสามารถบรรลุเป้าหมายได้

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การดูแลจากพยาบาลประจำคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย โรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา ประกอบด้วย การวัดสัญญาณชีพ ประเมินดัชนีมวลกาย (BMI) วัดสมรรถภาพปอดจากความเร็วของลม (Peak Expiratory Flow Rate: PEFR) โดยใช้เครื่องมือพีคโฟลว์มิเตอร์ (peak flow meter) คัดกรองซีกประวัติเพื่อประเมินอาการกำเริบเฉียบพลัน วัดอาการหายใจลำบาก การสูบบุหรี่และแนะนำงดสูบบุหรี่ วัดคุณภาพชีวิต พร้อมประเมินคะแนนคุณภาพชีวิต ถ้าคะแนนสูงมากกว่า 30 คะแนนขึ้นไปจะทำการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อเยี่ยมบ้านตามแบบฟอร์มของเครือข่ายคลินิกฯ สอนสมาธิบำบัดแบบเอสเคที (SKT) พบแพทย์และให้คำปรึกษาผู้ป่วยหลังพบแพทย์ ได้แก่ นัดหมายวันเวลาพบแพทย์ในครั้งต่อไปหรือนัดหมายเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม นอกจากนี้มีตารางการปฏิบัติงานสหวิชาชีพพร้อม ได้แก่ เกสซ์กรให้คำแนะนำเรื่องการไต่ยา นักกายภาพ วัดความสามารถในการออกกำลังกาย โดยวัดจากการเดินบนพื้นราบภายใน 6 นาที (6-minute walking distance: 6MWD) และสอนการออกกำลังกาย การหายใจที่ถูกต้อง รวมทั้งนักสุขศึกษาและเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยด้วย แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า สหวิชาชีพพร้อมไม่สามารถมาปฏิบัติงานได้ทุกสัปดาห์ เนื่องจากติดภาระกิจ

อาการหายใจลำบาก หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึงความยากลำบากในการหายใจ หายใจไม่ปกติ ไม่โล่ง ไม่อึด รู้สึกหิวโหยจนต้องพยายามออกแรงในการหายใจมากขึ้น ประเมินโดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนอาการหายใจลำบาก (mMRC DS) ในแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553 (นันทาและคณะ, 2553) คะแนน mMRC DS น้อยกว่า 2 ถือว่าอาการหายใจลำบากน้อย คะแนน mMRC DS มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ถือว่าอาการหายใจลำบากมาก

ความสามารถในการจัดการอาการ หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการประเมินอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง ด้านการควบคุมและจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง และด้านการขอความช่วยเหลือในการจัดการอาการหายใจลำบาก โดยประเมินจากแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนามาจากเครื่องมือของณัฐธิดา (2551) และธนันชกร (2558) คะแนนมากแสดงถึงระดับความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองที่ดีที่สุด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบาก ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย (Easy COPD Clinic) แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา เก็บข้อมูลในช่วง สิงหาคม 2559 ถึง ธันวาคม 2559

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีทักษะในการจัดการตนเองที่ดีและอาการหายใจลำบากลดลง ซึ่งจะช่วยเพิ่มความทนต่อการออกกำลังกาย ชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัย ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังนี้

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.1 ความหมายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.2 อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.2.1 อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.2.2 กลไกการเกิดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.2.3 การประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.3 ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.4 แนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.4.1 เป้าหมายของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.4.2 แผนการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.5 ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 2.1 แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้เทคนิค 5 เอ (5A's)
 - 3.2 โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก
3. สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความหมายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease เรียกว่า COPD) จากเดิมจะหมายถึงโรค 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (emphysema) ซึ่งทำให้เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ จะมีอาการค่อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่เป็นโรคและจะไม่ตอบสนองต่อการรักษา (irreversible airway obstruction) ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 โดยความร่วมมือกันของสมาคมโรคหัวใจ ปอดและหลอดเลือด (National Heart Lung and Blood Institute) ของอเมริกาและองค์การอนามัยโลก (WHO) มีชื่อเรียกว่า Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease หรือ GOLD Guideline กำหนดคำนิยามมาเป็นโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ ซึ่งการอุดกั้นจะค่อยเป็นค่อยไปและมีการอักเสบของปอดที่เกิดจากสิ่งกระตุ้น เช่น ควันจากบุหรี่ เป็นต้น ที่สามารถรักษาได้แต่ไม่สามารถทำให้ระบบทางเดินหายใจกลับไปเป็นปกติเช่นเดิมได้ (not fully reversible airway obstruction) (นันทาและคณะ, 2553; วิชรา, 2554) และล่าสุดใน GOLD Guideline 2015 ให้คำนิยามไว้ว่าเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้และรักษาได้ มีลักษณะเกิดจากการอุดกั้นของอากาศที่เกิดอย่างต่อเนื่อง ค่อยเป็นค่อยไป มีการอักเสบเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจและปอดจากการระคายเคืองของสิ่งกระตุ้นและก๊าซ การกำเริบเฉียบพลันและโรคแทรกซ้อนเกิดมามากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละคน (GOLD, 2015)

สรุปได้ว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจแบบค่อยเป็นค่อยไปและมีการอักเสบของของทางเดินหายใจและปอดจากการระคายเคืองของสิ่งกระตุ้น และก๊าซ สามารถป้องกันได้และรักษาได้ แต่ไม่สามารถทำให้ทางเดินหายใจกลับมาเป็นปกติได้

อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ลักษณะทางคลินิกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ ไอและมีเสมหะ มีอาการเรื้อรังและอาการหายใจลำบาก มีกลุ่มอาการที่พบบ่อย ได้แก่ 1) อาการไอเรื้อรัง 2) การมีเสมหะ 3) อาการหายใจลำบากและ 4) หายใจมีเสียงวี๊ดและแน่นหน้าอก ดังนี้

1. อาการไอ ลักษณะการไอที่เรื้อรัง เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยและพบเป็นอันดับแรกของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการไอจะเรื้อรังและรุนแรงขึ้นในผู้ที่สูบบุหรี่หรือคนรอบข้าง

สูบบุหรี่และสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดการระคายเคือง ในระยะแรกอาการไอจะเป็นนานๆ ครั้ง หลังจากนั้นจะไอบ่อยขึ้น จนมีอาการทุกวัน (GOLD, 2015)

2. การมีเสมหะ จะพบว่าเสมหะจะมีลักษณะเหนียวค่อยๆ เพิ่มปริมาณขึ้น หลังจากมีอาการไออย่างหนัก เสมหะจะออกเรื้อรังเป็นๆ หายๆ ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน เป็นติดต่อกันตลอดในช่วง 2 ปี (GOLD, 2015)

3. อาการหายใจลำบาก เป็นอาการที่เกิดจากการคั่งค้างของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จากการอุดกั้นของระบบทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยมีลมค้างในปอดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกอยากลำบากในการหายใจออก หากควบคุมอาการให้ลดลงไม่ได้ ก็จะเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันตามมา (ทัศนีย์, จิราภรณ์, และละเอียด, 2557; อุมาภรณ์, 2552)

4. หายใจมีเสียงวี๊ดและแน่นหน้าอก เมื่อมีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมทำให้มีการหดเกร็งและตีบแคบ ทำให้ผู้ป่วยหายใจมีเสียงวี๊ดๆ เกิดอาการหายใจลำบากมากขึ้น ต้องออกแรงมากขึ้น เป็นอาการที่อาจพบได้แตกต่างกันในแต่ละวัน เสียงวี๊ดอาจพบได้ก่อน อาจเกิดได้ที่กล่องเสียง ฟังได้ยินจากหน้าอก แต่ไม่จำเป็นว่าจะพบอาการพร้อมกัน (GOLD, 2015)

อาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะแรกยังไม่ชัดเจน เนื่องจากลักษณะการดำเนินโรคที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ แต่เมื่อมีการจำกัดของทางเดินหายใจอย่างถาวร (airflow limitation) ทำให้มีลมค้างในปอด (air trapping) จึงทำให้รู้สึกว่ามีอาการหายใจลำบากอยู่ตลอดเวลา (วีชรา, 2555; GOLD, 2015)

อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาการหายใจลำบาก คือ ความรู้สึกของบุคคลต่อความยากในการหายใจ หายใจไม่ปกติ ไม่โล่ง ไม่อึด รู้สึกหิวโหยจนต้องพยายามออกแรงในการหายใจมากขึ้นจึงจะรู้สึกว่าเต็มปอด ประสบการณ์นี้สร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยและเป็นอาการหลักของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รบกวนและคุกคามต่อคุณภาพชีวิต เป็นสาเหตุของการไร้ความสามารถและความวิตกกังวล (วิภาวัลย์, 2557; สารนิตี, 2555; อุมาภรณ์, 2552; GOLD, 2015)

ในระยะแรกผู้ป่วยยังไม่ปรากฏอาการของอาการหายใจลำบากต่อเมื่อปอดถูกทำลายมากขึ้น จะมีอาการไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย อาการค่อยเป็นค่อยไปแต่เลวลงเรื่อยๆ ต้องออกแรงมากขึ้นในการหายใจออก ต้องเป่าปากเวลาหายใจออกเพื่อเปิดทางเดินหายใจ เพื่อให้ลมหายใจออกนานขึ้น ต้องใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อคอ ไหล่และหน้าท้อง ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง อาการหายใจลำบากรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีปัจจัยกระตุ้น เช่น การสูบบุหรี่ การติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นต้นและอาจพบโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับอาการ

หายใจลำบาก (อุมาภรณ์, 2552) ซึ่งความรุนแรงของอาการหายใจลำบากแตกต่างกันขึ้นอยู่กับผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย หากส่งผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวันได้ก็จะรู้สึกว่ารุนแรงกว่าปกติ รู้สึกทรมาน เครียดและวิตกกังวล (สารนิตติ, 2555)

กลไกการเกิดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลไกการเกิดอาการหายใจลำบากที่พบได้ในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก พบได้จากกลไก ดังนี้ (สารนิตติ, 2555)

1. เกิดจากมีการกระตุ้นของตัวรับรู้ทางเคมีที่ส่วนปลายหรือตัวรับรู้ทางเคมีที่ส่วนกลาง (stimulation of peripheral or central chemoreceptor) ซึ่งเป็นตัวรับรู้ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีต่างๆ ในเลือด โดยตัวรับรู้เคมีที่ส่วนปลายถูกกระตุ้นเมื่อค่าแรงดันของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO_2) ค่าความเป็นกรดต่าง (pH) ในเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยแคโรติดบอดี้ (carotid body) ได้ทำการส่งสัญญาณประสาทผ่านเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9 (glossopharyngeal nerve) และเอออดิกบอดี้ (aortic body) ทำการส่งสัญญาณประสาทผ่านเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 (vagus nerve) ไปกระตุ้นศูนย์การหายใจในสมองส่วนเมดัลลา ทำให้เกิดความพยายามในการหายใจเข้าออกเร็วและแรงติดต่อกัน (hyperpnea) ส่วนตัวรับรู้ทางเคมีที่ส่วนกลางถูกกระตุ้นเมื่อค่าแรงดันของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงที่สูงขึ้น แพร่เข้าไปในสมองและไซสอันหลัง เกิดการแตกตัวเป็นไฮโดรเจนไอออน (H^+) ไปส่งสัญญาณเข้าสู่ศูนย์ก้านสมองตรงส่วนปลายทำให้เกิดอาการหายใจลำบากในลักษณะการหายใจเร็วมากและลึกมากกว่าปกติ (hyperventilation)

2. เกิดจากการกระตุ้นตัวรับรู้ที่อยู่ภายในปอด (stimulation of intrapulmonary receptor) ตัวรับรู้ที่อยู่ภายในปอด ประกอบด้วย ตัวรับรู้จากการระคายเคือง (irritant receptor) ตัวการรับรู้จากการยืดตัวออกไปของเนื้อปอด (pulmonary stretch receptor) และตัวรับรู้ภายในเนื้อปอด (lung parenchymal receptor) ดังนี้

2.1 ตัวรับรู้จากการระคายเคือง ที่อยู่ระหว่างเซลล์อีพิทิลเลียล (epithelial cell) ของระบบทางเดินหายใจ เกิดการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น เช่น ควัน ควันบุหรี่ ฝุ่น ก๊าซและอากาศเย็น เป็นต้น โดยการทำให้เกิดการยืดหยุ่นของถุงลมปอดลดลงและเพิ่มแรงต้านของระบบทางเดินหายใจมากขึ้น ซึ่งทำให้เกิดภาวะหลอดลมตีบ เมื่อภายในปอดรับรู้ว่ามีพยาธิสภาพเกิดขึ้น จะมีการส่งสัญญาณประสาทไปกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 ทำให้หายใจเร็วลึก ผู้ป่วยจึงรู้สึกมีอาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอกขณะหายใจออก ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด

2.2 ตัวรับรู้จากการยืดตัวของเนื้อปอด ซึ่งอยู่ภายในกล้ามเนื้อเรียบของระบบทางเดินหายใจ ตัวการรับรู้นี้เกิดขึ้นได้เมื่อปอดเกิดการขยายตัว จะมีการส่งสัญญาณ

ประสาทไปกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 ทำให้เกิดการหายใจเข้าและหายใจออก เรียกว่า เฮียร์ริงบรีซึร์เฟล็กซ์ (Hering-Breuer reflex) ถ้าเกิดว่ามี การขัดขวางตัวการรับรู้การยืดของปอด จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจออกลำบาก

2.3 ตัวรับรู้ภายในเนื้อปอด ซึ่งอยู่ในผนังถุงลมปอดใกล้กับหลอดเลือดฝอย มีเส้นประสาทเชื่อมไปถึงซีไฟเบอร์ (C-fibers) ของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 หรือเรียกว่า เจ รีเซ็ปเตอร์ (J receptor) ตัวของซีไฟเบอร์จะตอบสนองต่อตัวกระตุ้นทางเคมี เมื่อมีเลือดมาคั่งในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมปอด ทำให้หายใจเร็ว สั้นตื้น มีเสมหะมากขึ้นและหลอดลมหดตัว เกิดอาการหายใจลำบาก ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

3. เกิดจากการกระตุ้นตัวรับกลไกของผนังทรวงอกหรือกล้ามเนื้อหายใจ (stimulation of chest wall or respiratory mechanoreceptor) กลไกตัวนี้จะมีการตอบสนองต่อการเคลื่อนไหว ความตึงตัวและความยาวของกล้ามเนื้อ เมื่อความตึงตัวและความยาวของกล้ามเนื้อเกิดความไม่สมดุลกัน ส่งผลให้เกิดการรับรู้ว่ามีอาการหายใจลำบาก พบในโรคของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อหายใจทำงานบกพร่อง

4. ความต้องการในการหายใจเพิ่มขึ้น (increased motor command) เกิดจากสมองในส่วนสั่งการ (motor cortex) มีการส่งสัญญาณประสาทไปยัง สมองส่วนการรับรู้ความรู้สึก (sensory cortex) ที่เปลี่ยนแปลงไปมากกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น เกิดอาการหายใจลำบาก พบในผู้ป่วยโรคอ้วน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรงขณะออกกำลังกาย

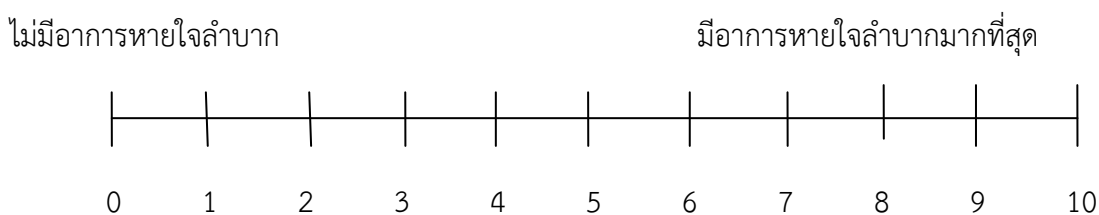
โดยสรุป อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดจากตัวรับรู้การระคายเคืองภายในทางเดินหายใจ จะตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น เช่น ควันบุหรี่ ฝุ่นและก๊าซ โดยทำให้การยืดหยุ่นของถุงลมปอดลดลงและเพิ่มแรงต้านของทางเดินหายใจมากขึ้น เกิดภาวะหลอดลมตีบ ความต้องการหายใจเพิ่มขึ้น จากการสั่งการของสมองที่ส่งสัญญาณมากกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น ทำให้หายใจเร็วลึก แน่นหน้าอกขณะหายใจออก

การประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

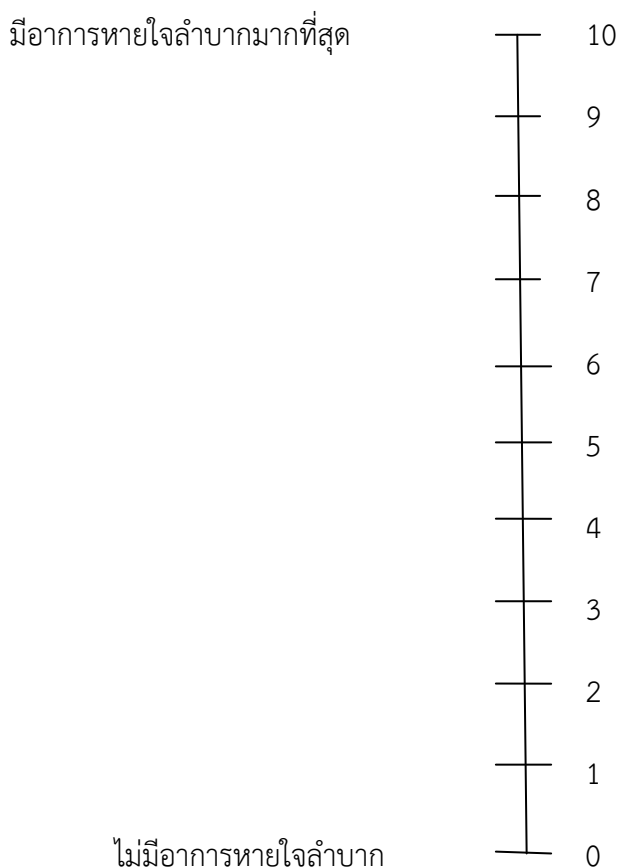
เป้าหมายของการประเมินอาการหายใจลำบาก คือ การจัดระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก มีหลายวิธีดังนี้

1. การประเมินอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง (Dyspnea Visual Analogue Scale: DVAS) เป็นแบบวัดทางจิตวิทยา ใช้วัดความรู้สึกของตัวบุคคล สามารถนำมาใช้วัด

อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ผลดีและมีความไวต่อการประเมิน แบบวัดนี้เป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร (10 เซนติเมตร) มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 ทุกตำแหน่งแสดงถึงความรู้สึกหายใจลำบาก ผู้ป่วยจะเป็นผู้กำหนดตำแหน่งบนเส้นตรง แล้วอ่านค่าตัวเลขแทนอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เริ่มตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย ตำแหน่ง 100 มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ใช้ได้ทั้งแนวตั้งและแนวนอน แต่แบบวัดแนวตั้งมีความสะดวกในการใช้มากกว่าแนวนอนและมีการดัดแปลงตัวเลขเป็น 0-10 เพื่อให้ใช้ง่ายขึ้น (วิภาวัลย์, 2557; สารนิติ, 2555)



ภาพ 2. แบบประเมินอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง DVAS แบบแนวนอน (Gift อ้างตามวิภาวัลย์, 2557)



ภาพ 3. แบบประเมินอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง DVAS แบบแนวตั้ง (Gift อ้างตามวิภาวัลย์, 2557)

2. การประเมินโดยใช้โมดิฟาย บอร์ก สเกล (modified Borg scale) เมื่อนำมาใช้ ประเมินอาการหายใจลำบากจึงนิยมเรียกว่า ระดับ Borg dyspnea scale เริ่มตั้งแต่ 0–10 อันดับ 0 หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย ไล่ระดับไปจนถึง 10 หมายถึง มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด มีประโยชน์ในการใช้ติดตามอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่หลอดลมเกร็งตัวเฉียบพลัน มักนิยมใช้ใน บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมากกว่าแบบอื่น เนื่องจากพึงพอใจในความสะดวกต่อการใช้งานและ คำอธิบายถึงความรู้สึกในลำดับต่างๆ (นันทาและคณะ, 2553; วิกิวิทยาลัย, 2557)

0	ไม่มีอาการเลย
1	น้อยมาก
2	น้อย
3	ปานกลาง
4	ค่อนข้างมาก
5	มาก
6	
7	มาก ๆ
8	
9	
10	มากที่สุด

ภาพ 4. ระดับ Borg dyspnea scale (นันทาและคณะ, 2553)

3. การประเมินระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก โดยใช้เกณฑ์การให้ คะแนนอาการหายใจลำบาก (mMRC DS) โดย คะแนน mMRC DS < 2 ถือว่าอาการหายใจลำบาก รุนแรงน้อย คะแนน mMRC DS ≥ 2 ถือว่าอาการหายใจลำบากรุนแรงมาก (นันทาและคณะ, 2553)

ระดับ 0	รู้สึกเหนื่อยหอบขณะออกกำลังกายหนักเท่านั้น
ระดับ 1	หายใจหอบเมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบหรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน
ระดับ 2	เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกันเพราะหายใจหอบ หรือต้องหยุดเพื่อหายใจ เมื่อเดินปกติบนพื้นราบ
ระดับ 3	ต้องหยุดเพื่อหายใจ หลังจากเดินได้ 100 เมตรหรือหลังจากเดินได้ สักพักบนพื้นราบ
ระดับ 4	หายใจหอบมากเกินกว่าที่จะออกจากบ้านหรือหอบมากขณะแต่งตัว หรือเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว

การศึกษาในครั้งนี้ เลือกใช้การประเมินระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนอาการหายใจลำบาก (mMRC DS) เพราะเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ง่าย และมีการแนะนำให้ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553

ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งใช้ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อเป็นเกณฑ์ในการรักษา ในแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2553 ใช้อาการทางคลินิก ได้แก่ ระดับของอาการเหนื่อย ความถี่และความรุนแรงของอาการกำเริบเฉียบพลัน (exacerbation) และผลการตรวจสไปโรเมตรี (spirometry) โดยการตรวจสไปโรเมตรี ต้องทำการตรวจเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่และไม่มีอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างน้อย 1 เดือน สไปโรเมตรีเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบสมรรถภาพปอดในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะพิจารณาที่ค่าปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วแรงในวินาทีที่ 1 (Force Expiratory Volume in 1 second: FEV₁) ระดับความรุนแรงจึงแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 รุนแรงน้อย (mild)

อาการทางคลินิก

ไม่มีอาการหอบเหนื่อยขณะพัก

ไม่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน

สมรรถภาพปอด

FEV₁ ≥ 80 % ของค่ามาตรฐาน

ระดับที่ 2 รุนแรงปานกลาง (moderate)

อาการทางคลินิก

มีอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อย

มีอาการกำเริบเฉียบพลันไม่รุนแรง

สมรรถภาพปอด

FEV₁ 50-79 % ของค่ามาตรฐาน

ระดับที่ 3 รุนแรงมาก (severe)

อาการทางคลินิก

มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน

มีอาการกำเริบเฉียบพลันรุนแรงมาก

สมรรถภาพปอด

FEV₁ 30-49 % ของค่ามาตรฐาน

ระดับที่ 4 รุนแรงมากที่สุด (very severe)

อาการทางคลินิก

มีอาการหอบเหนื่อยตลอดเวลา

มีอาการกำเริบเฉียบพลันรุนแรงมากและบ่อย

สมรรถภาพปอด

FEV₁ < 30 % ของค่ามาตรฐาน

FEV₁ < 50 % ของค่ามาตรฐาน ร่วมกับ

มีภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรัง

การศึกษาครั้งนี้ใช้เฉพาะอาการทางคลินิกภายใน 4 สัปดาห์ ที่ผ่านมา มาประเมินความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากในหน่วยงานที่ทำการศึกษาไม่มีเครื่องมือตรวจสไปโรเมตรี (spirometry)

แนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เป้าหมายของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้วางเป้าหมายไว้เพื่อลดอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย แนวทางการรักษาจึงมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย คือ ลดอาการกำเริบเฉียบพลัน อาการหายใจลำบากลดลงและเพื่อเพิ่มความทนทานในการออกกำลังกาย เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ส่วนการลดภาวะเสี่ยงในอนาคต จะเป็นการป้องกันผลที่ตามมาจากอาการที่เกิดในปัจจุบัน (GOLD, 2015)

แนวปฏิบัติในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (GOLD Guidelines 2015) ได้วางเป้าหมายของการรักษาโรคไว้ดังนี้

1. บรรเทาอาการ โดยเฉพาะอาการหอบเหนื่อย
2. เพิ่มความทนทานในการออกกำลังกาย
3. ป้องกันและรักษาอาการกำเริบเฉียบพลัน
4. ป้องกันหรือชะลอการดำเนินของโรค
5. เพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น
6. ลดอัตราการตาย

แผนการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แผนการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Guidelines) ได้มีการวางแนวทางการรักษาในหลายๆ ประเทศ เช่น อเมริกา อังกฤษและทวีปยุโรป หลังจาก ค.ศ. 2000 เป็นยุคของหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence base medicine) องค์การอนามัยโลกจึงได้ร่วมมือกับสมาคมโรคหัวใจ ปอดและหลอดเลือด (National Heart Lung and Blood Institute) ของอเมริกาจัดทำแนวทางการรักษาแรกที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และเป็นที่ยอมรับไปทั่วโลก เรียกว่า Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease เรียกย่อๆว่า GOLD Guidelines มีล่าสุดปี 2015 ในประเทศไทยมีแนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังฉบับแรก เมื่อ พ.ศ. 2539 ที่สมาคมออร์เวซซ์ แต่ไม่ได้อ้างอิงแนวปฏิบัติตาม GOLD Guidelines ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2548 และฉบับที่ 3 พ.ศ. 2553 ได้อ้างอิงตาม GOLD Guidelines ในปี 2008 ซึ่งเป็นฉบับล่าสุด คือ แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553 (วัชรา, 2555) ประกอบด้วยหลักการรักษา 4 ประการ คือ 1) การเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง 2) การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในภาวะสงบ 3) การประเมินและติดตามโรค 4) การรักษาอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค ซึ่งต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงของยา ภาระค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมและความคุ้มค่าของการรักษา (นันทาและคณะ, 2553) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

มาตรการที่นำมาใช้ที่มีความสำคัญที่สุด คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้พฤติกรรมบำบัดหรือการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) หรือร่วมกับการใช้ยาเลิกบุหรี่และหลีกเลี่ยงมลภาวะ (นันทาและคณะ, 2553, สุทัศน์และสุรจิต, 2555)

การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเลิกสูบบุหรี่ ในแนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานการบำบัดโรคเสพติดในในประเทศไทย พ.ศ. 2555 สำหรับพยาบาล (สุทัศน์และสุรจิต, 2555) โดยให้ใช้กลยุทธ์ 5 เอ (5A's) ในการค้นหาและการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จด้วยตนเองมีรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนตามแนวทาง 5 เอ (5A's) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การถาม (A1-Ask) เป็นขั้นตอนการสอบถามและบันทึกประวัติการเสพยาสูบทุกชนิด โดยซักประวัติการเสพยาสูบด้วยคำถาม คุณสูบบุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่พร้อมบันทึกผลการซักประวัติการเสพยาสูบ

ขั้นตอนที่ 2 การแนะนำ (A2-Advise) เป็นขั้นตอนการแนะนำให้ผู้เสพยาสูบเลิกเสพยาสูบทุกชนิดโดยเด็ดขาดและชวนผู้ที่ไม่เสพยาสูบ โดยแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกเสพยาสูบโดยเด็ดขาด ด้วยถ้อยคำที่ชัดเจน หนักแน่นและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ตัวอย่างเช่น

ใช้คำพูดที่ใช้เชื่อมโยงกับสุขภาพ เช่น พยาบาลคิดว่าคุณต้องเลิกบุหรี่/ยาสูบนะ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของคุณจะได้ไม่กำเริบเฉียบพลันแบบนี้อีก ใช้คำพูดที่เชื่อมโยงกับคนที่รัก เช่น สาเหตุที่ภรรยาของคุณยังมีอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคอยู่เพราะคุณสูบบุหรี่/ยาสูบ พยาบาลขอให้คุณเลิกบุหรี่/ยาสูบโดยทันทีนะคะ เพื่อสุขภาพของภรรยาคุณเอง หรือเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจ เช่น พยาบาลคิดว่าคุณต้องเลิกบุหรี่/ยาสูบนะคะ นอกจากจะประหยัดเงินได้แล้ว ยังลดค่าใช้จ่ายที่ต้องรักษาอาการหายใจลำบาก/หอบเหนื่อยของคุณด้วย

ขั้นตอนที่ 3 การประเมิน (A3-Assess) เป็นขั้นตอนประเมินความรุนแรงในการเสพติดและความตั้งใจในการเลิกเสพ โดยให้ประเมินความรุนแรงในการเสพติด โดยใช้ดัชนีความหนักเบาของการสูบบุหรี่ (Heaviness of Smoking Index: HSI) 1–2 ประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่และระยะของความพร้อมในการเลิกเสพยาสูบ ประเมินโดยถามว่า คุณตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่หรือยาสูบเพียงใด โดยระบุตัวเลขระหว่าง 0–10 ถ้าตั้งใจน้อยที่สุด มีคะแนนเท่ากับ 0 และตั้งใจมากที่สุด มีคะแนนเท่ากับ 10 พร้อมบันทึกผล

ขั้นตอนที่ 4 การช่วยเหลือ (A4-Assist) เป็นขั้นตอนแนะนำให้เลิกเสพยาสูบโดยเด็ดขาดและชื่นชมผู้ที่ไม่เสพยาสูบ โดยให้นิเทศแบบสังเขป (brief intervention) ด้วยเวลา 1-3 นาที ใช้เทคนิคที่เรียกว่า STAR หรือ 4 ล ดังนี้

1. เลือกวัน (set a target quit date) ให้กำหนดวันเลิกเสพภายในไม่เกิน 2 สัปดาห์ โดยอาจเลิกทันทีหรือค่อยๆ ลดจนเลิก

2. ลั่นวาจา (tell family and others) ให้ผู้ป่วยบอกคนในครอบครัว เพื่อนและผู้ร่วมงานถึงความตั้งใจในการเลิกเสพและขอกำลังใจ

3. พร้อมลงมือ (anticipate challenger) วางแผนในการรับมือถอนนิโคตินร่วมกับผู้ป่วย โดยใช้เทคนิค 5D มาปรับใช้ ดังนี้

3.1 ออย่าสูบบุหรี่ทันที (delay) ให้ทำกิจกรรมอื่นก่อน

3.2 การหายใจเข้าออกลึกๆ (deep breath)

3.3 ดื่มน้ำ (drink water) หรือจิบน้ำสลับกับดื่มน้ำบ่อยๆ

3.4 หาสิ่งทดแทน (do something else) ทำสิ่งอื่นแทนการสูบบุหรี่ เช่น เล่นกีฬา ปลูกต้นไม้

3.5 คิดถึงผลดีของการเลิกบุหรี่ (destination)

4. ละอุปกรณ์ (remove all tobacco-related products) ให้ผู้ป่วยกำจัดบุหรี่ ยาสูบทุกชนิด รวมทั้งหมากพลูและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทุกชนิด พร้อมหลีกเลี่ยงสถานที่ที่เคยเสพประจำ

การช่วยเหลือโดยการนิเทศผู้ป่วย กระทำได้ดังตัวอย่างนี้ “เรามา กำหนดวันเลิกยาสูบกันวันนี้เลยนะคะ” “คุณขอเวลาเตรียมตัวเตรียมใจขอให้กำหนดวันเลิกยาสูบต้อง อยู่ภายใน 2 สัปดาห์นี้นะคะ คือวันที่ (กำหนดวันที่แน่นอน)” “วันนี้คุณตกลงใจจะเลิกบุหรี่/ยาสูบ พยาบาลพร้อมจะช่วยเหลือที่ นับจากวันนี้ให้หยุดสูบบุหรี่ทันที (set target date)” “ขอให้คุณบอกคน ในครอบครัวว่าคุณตัดสินใจจะเลิกบุหรี่/ยาสูบแล้ว (tell family)” “ขอให้คุณตั้งใจและไม่ให้ไปเข้าวง เหล้าภายใน 2-3 สัปดาห์” “ต่อจากนี้หลีกเลี่ยงให้ไกลจากคนที่สูบบุหรี่/ยาสูบ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่าอยู่ว่าง (anticipate challenge) และทิ้งอุปกรณ์ที่ใช้สูบบุหรี่ให้หมด (removal)”

ขั้นตอนที่ 5 การติดตาม (A5-Arrange) เป็นขั้นตอนติดตามผลการบำบัด ของผู้เสพยาสูบ โดยติดตามผู้บำบัดทุกราย ครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์ สำหรับผู้ที่เลิกเสพยาสูบได้ควรใช้ แนวทาง 3 ย ดังนี้

1. ยกย่อง ให้กำลังใจ ชมเชย
2. ย้อนรอย ถามถึงความรู้สึกต่อสภาพร่างกายและจิตใจ เทียบกับ

ในอดีตขณะยังเสพยาสูบอยู่

3. ย้ำ ๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกวิธีป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่

ในรายที่ยังเลิกไม่ได้หรือกลับมาเสพยาสูบ ควรใช้มาตรการสร้างแรงจูงใจ

หรือ 5 อ (5R) ดังนี้

1. ความเกี่ยวข้อง (relevance) ชี้ให้เห็นว่าการเสพยาสูบมีความ เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพของตนเองอย่างไร
2. ความเสี่ยง (risk) เน้นย้ำถึงผลเสียของการเสพยาสูบทั้งต่อ ตนเองและคนรอบข้างด้วย
3. ผลที่ได้รับ (reward) เน้นย้ำถึงผลดีที่ได้จากการเลิกเสพยา โดย เฉพาะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย
4. สิ่งขัดขวาง (roadblock) วิเคราะห์อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ระหว่างเลิกเสพยา พร้อมแนวทางแก้ไข
5. การทำซ้ำ (repetition) ให้คำแนะนำซ้ำๆ ทุกครั้งที่พบผู้ป่วย และยังเสพยาสูบอยู่

ตัวอย่างคำพูดที่ใช้ในขั้นตอนนี้ เช่น “พยาบาลขอติดตามดูอาการของ คุณหลังเลิกยาสูบนะคะ นัดครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์ นะคะ หลังจากนั้นทุก 2-4 สัปดาห์ จนครบ 3 เดือน หลังจากนั้นทุก 1-2 เดือน จนครบ 6 เดือน นัดห่างๆ จนครบ 1 ปีเต็ม” ชื่นชมและแนะนำ ไม่ให้ลองสูบบุหรี่แม้แต่คนเดียวในผู้ที่เลิกเสพยาสำเร็จ ปรับความคิดว่าการเลิกไม่ได้ ไม่สำเร็จ เป็นโอกาส เรียนรู้ในผู้ที่กลับมาเสพยาอีกและคิดหาวิธีเลิกใหม่

2. การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะสงบ

การรักษาผู้ป่วยอาศัยการประเมินความรุนแรงของโรคตามอาการและผลสมรรถภาพปอด (FEV₁) เป็นพื้นฐาน แต่ใช้ FEV₁ เพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้การรักษาได้ผลดี เพราะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความแตกต่างกันในแต่ละคน ต้องมีการผสมผสานทั้งอาการในปัจจุบันและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตด้วยถึงจะควบคุมโรคได้ (GOLD, 2015) ปัจจัยที่นำมาใช้ในการประกอบการรักษาในระยะสงบ ได้แก่ ประวัติการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค ภาวะแทรกซ้อน ภาวะหายใจล้มเหลว โรคร่วมและสถานะสุขภาพ (health status) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องใช้อย่างระมัดระวังในการรักษาตลอดชีวิต เพื่อควบคุมอาการของโรค หากผู้ป่วยหยุดยา อาจทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต

2.1 การรักษาด้วยยา ยาที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่

2.1.1 ยาขยายหลอดลม (bronchodilators) เป็นยาหลักจำเป็นพื้นฐานในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีประโยชน์มากตอนที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน แต่ไม่ได้ช่วยตอนอาการคงที่ จะใช้เฉพาะเวลาที่มีอาการหรือใช้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อบรรเทาหรือป้องกันอาการ ยาจะออกฤทธิ์แตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่ม เมื่อใช้ร่วมกันจะเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ผลข้างเคียงก็ลดลงดีกว่าใช้ยาแค่กลุ่มเดียว ยาชนิดสูดพ่นประสิทธิภาพดีกว่ายากิน (GOLD, 2015) มีอยู่ 3 กลุ่ม ได้แก่

2.1.1.1 เบต้าทูอะโกนิส (beta₂-agonist) ช่วยให้ทางเดินหายใจอ่อนคลาย ออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อเรียบ มี 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดออกฤทธิ์สั้น (short acting beta₂-agonist: SABA) 4-6 ชั่วโมง ได้แก่ ซัลบูตามอล (salbutamol), เทอบูทาลีน (terbutaline), โพรคาเทอรอล (procaterol) และชนิดออกฤทธิ์ยาว (long acting beta₂-agonist: LABA) 12-24 ชั่วโมง ได้แก่ ฟอโมเทอรอล (formoterol), ซัลมีเทอรอล (salmeterol) สามารถบรรเทาอาการผู้ป่วยรู้สึกสบายมากกว่ายาชนิดที่ออกฤทธิ์สั้นทั้งหมด เพิ่ม FEV₁ ปริมาตรความจุปอด (lung volumes) คุณภาพชีวิต ลดอาการหายใจลำบากและอาการกำเริบเฉียบพลัน (GOLD, 2015)

2.1.1.2 แอนตี้โคลิเนอร์จิก (anticholinergics) ช่วยลดอาการกำเริบเฉียบพลัน คุณภาพชีวิต อาการหายใจลำบากและภาวะสุขภาพดีขึ้น ได้แก่ ชนิดออกฤทธิ์สั้น (short acting antimuscarinic agent: SAMA) 8-24 ชั่วโมง ได้แก่ ไอปรอโทรเปียม โบรไมด์ (Ipratropium bromide: Beradual)

2.1.1.3 แซนทีนเดรีเวทีฟ (xanthenes derivative) ได้แก่ ยาทีโอฟีลลีน (theophylline) ส่งผลต่อหลอดลม ช่วยลดอาการกำเริบเฉียบพลันได้ (GOLD, 2015)

2.1.2 ยาสเตียรอยด์ (corticosteroids) สามารถลดระยะเวลาของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน เพิ่ม FEV₁ และลดการพ่นออกซิเจนในเลือด การรักษาในระยะยาว

กับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากและรุนแรงมากที่สุด เมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อย แนะนำให้ใช้ชนิดพ่นสูดเพื่อคุมอาการกับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว ไม่แนะนำให้ใช้ชนิดเดี่ยว เพราะเพิ่มความเสี่ยงในการทำให้เกิดปอดบวมได้ (นันทาและคณะ, 2553; GOLD, 2015) ได้แก่

2.1.2.1 ยาสเตียรอยด์ชนิดกิน (oral corticosteroids) ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวในขั้นรุนแรงสุดและในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันรุนแรง ใช้ปริมาณ 40 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 5 วัน ไม่ใช่ในระยะยาว เพราะมีผลข้างเคียงมาก คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรงจากผลของสเตียรอยด์ (steroid myopathy) กล้ามเนื้ออ่อนแรงและลดการทำหน้าที่ (Leuppi et al as cited in GOLD, 2015)

2.1.2.2 ยาชนิดพ่น (inhaled corticosteroids) ชนิดเดี่ยว ได้แก่ บูดีโซนิด์ (budesonide)

2.1.2.3 ยาพ่นผสมระหว่างยาพ่นสูดสเตียรอยด์ (inhaled corticosteroid: ICS) และชนิดออกฤทธิ์ระยะยาว (long acting beta₂-agonist: LABA) ได้แก่ ซีรีไทด์ (fluticasone+salmeterol: seretide)

2.1.3 ฟอสโฟไดเอสเทอร์เอส (phosphodiesterase-4 inhibitors) ได้แก่ โรฟลูมิลาส (roflumilast) ซึ่งช่วยลดอาการกำเริบเฉียบพลันปานกลางและรุนแรงได้ร้อยละ 15-20 หากใช้ร่วมกับยาพ่นสเตียรอยด์ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา

2.1.4 ยาละลายเสมหะ (mucolytic) ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีเสมหะเหนียวข้น ได้แก่ เอ็นอะซีติลซิสเตอีน N-acetylcysteine ซึ่งมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) พบว่า สามารถลดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคได้

2.1.5 นาโคติก (narcotic drugs) เป็นกลุ่มยาใช้บรรเทาความปวด ได้แก่ มอร์ฟิน (morphine) มีทั้งชนิดกิน ชนิดฉีด การรักษาจะค่อนข้างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากมากและภาวะของโรคอยู่ในระดับรุนแรง

2.2 การรักษาอื่นๆ

2.2.1 วัคซีน (vaccines) วัคซีนจะช่วยลดการเจ็บป่วยที่รุนแรงและการตาย ได้แก่ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ (Influenza vaccination) วัคซีนโรคปอดอักเสบ (Pneumococcal polysaccharide vaccine) วัคซีนไข้หวัดใหญ่ แนะนำให้ฉีดในผู้ป่วยสูงอายุ โดยฉีดปีละ 1 ครั้ง ส่วนวัคซีนโรคปอดอักเสบ แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไปและในผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ (cardiac disease)

2.2.2 อัลฟาทริบซิน (Alpha-1 Antitrypsin Augmentation Therapy) ใช้ในผู้ป่วยที่ขาดอัลฟาทริบซินอย่างรุนแรง (GOLD, 2015)

2.2.3 ยาปฏิชีวนะ (antibiotics) ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันจากการติดเชื้อแบคทีเรีย (GOLD, 2015)

2.2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilitation)

ต้องใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจึงจะเกิดประสิทธิภาพ ซึ่งครอบคลุมการออกกำลังกาย การเลิกบุหรี่/ยาสูบ การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ โดยลดอาหารพวกคาร์โบไฮเดรต เพิ่มอาหารจำพวกโปรตีนและไขมันและการให้ความรู้ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดช่วยลดอาการเหนื่อย การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันลดลง ความสามารถในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิตและเพิ่มการมีส่วนร่วมทางร่างกายและอารมณ์ในการทำกิจกรรมประจำวัน ลดการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ประสิทธิภาพในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยลดลง (นันทาและคณะ, 2553; GOLD, 2015) โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีแนวทางดังนี้

1. ประเมินความรุนแรงของโรคและคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าโปรแกรม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยเรื้อรัง จนคุกคามการดำเนินชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดข้อจำกัดต่างๆ ทั้งด้านการออกกำลังกาย การประกอบกิจกรรมนอกบ้านหรือกิจกรรมพื้นฐานในสังคม เกิดความกังวลและความกลัวที่จะอยู่คนเดียว จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น

2. รูปแบบของโปรแกรมสามารถใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาล (hospital-base) ในชุมชน (community-base) หรือที่บ้าน (home-base) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม

3. องค์ประกอบในโปรแกรม ควรประกอบด้วย

3.1 การให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้เรื่องยาและวิธีการใช้ยา ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การหยุดสูบบุหรี่ การปฏิบัติตัวเมื่อหอบเหนื่อยหรือเมื่อโรคมีอาการกำเริบเฉียบพลัน การบำบัดด้วยออกซิเจน การดูแลรักษาภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ตลอดจนการควบคุมภาวะอารมณ์และจิตใจเป็นต้น นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงการวางแผนชีวิตตนเองเมื่อโรคเข้าสู่ภาวะสุดท้าย

3.2 การใช้ยา ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดด้วยกัน ได้แก่ ยาขยายหลอดลม ยาลดการอักเสบ ยาสเตียรอยด์ ยาปฏิชีวนะ ยาขับเสมหะ ยาละลายเสมหะ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับประทานและยาชนิดพ่นสูด ดังนั้นเพื่อให้การใช้ยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้อง รวมถึงชื่อยา การออกฤทธิ์ ปริมาณการใช้ อาการข้างเคียง วิธีการใช้ยา โดยมีวิธีการพ่นยาที่ถูกต้อง ดังนี้

3.2.1 เขย่าหลอดยาพ่น (metered dose inhaler)

4-5 ครั้ง ก่อนสูดลม

3.2.2 วางหลอดพ่นยาไว้ในช่องปากและหุบปากสนิทหรือวางไว้ห่างริมฝีปากและอ้าปากเล็กน้อย

3.2.3 ในขณะที่ผู้ป่วยหายใจออกปกติจนสุด และเริ่มหายใจเข้าทางปาก ให้กดหลอดยาทันที สูดหายใจต่อไปจนสุดลมหายใจ

3.2.4 เมื่อหายใจเข้าเต็มที่แล้วให้อาหลอดพ่นยาออก หุบปากและกลืนหายใจ ให้นานเท่าที่ทำได้หรือประมาณ 10 วินาที

3.2.5 เมื่อครบเวลาให้ผู้ป่วยหายใจออกซ้ำๆ

การพ่นยาครั้งต่อไป ห่างจากครั้งแรกประมาณ 30-60 วินาที แต่ไม่ควรพ่นเกิน 3 ครั้ง เมื่อพ่นยาครบไม่ดีขึ้นให้รีบมาโรงพยาบาล

3.3 ฝึกการหายใจ สอนผู้ป่วยให้รู้จักเทคนิคการหายใจและการฝึกบริหารการหายใจ นอกจากช่วยแก้ไขและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้กล้ามเนื้อกระบังลมในการหายใจแล้ว การบริหารการหายใจอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ยังช่วยให้ปอดแข็งแรง มีการระบายอากาศของปอดและการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดได้ดียิ่งขึ้น รูปแบบการหายใจมี 2 วิธี คือ

3.3.1 การหายใจโดยวิธีห่อปาก (pursed lip breathing)

เป็นการฝึกหายใจ โดยผู้ป่วยหายใจเข้าจุมุกซ้ำๆ จากนั้นหายใจออกทางปากซ้ำๆ โดยห่อปากขณะหายใจออกคล้ายผิวปาก พบว่า การหายใจโดยวิธีนี้ ช่วยลดอัตราการหายใจเพราะผู้ป่วยจะปรับการหายใจให้ช้าลงและหายใจลึกขึ้น จากการที่หายใจเข้าลึกมากกว่าปกติ เพื่อรักษาไว้ซึ่งปริมาตรของลมหายใจออกใน 1 นาที (minute ventilation) การหายใจแบบเป่าปาก จะช่วยระบายอากาศที่คั่งค้างอยู่ในถุงลม ทำให้มีอากาศใหม่เข้าไปในปอด สามารถปฏิบัติได้ดังนี้ หายใจเข้าทางจุมุกนับหนึ่ง สอง ไม่ควรสูดลมเข้าแรงๆ ห่อริมฝีปากคล้ายจะผิวปาก ระบายลมหายใจออกซ้ำๆ อย่าพ่นแรง นับหนึ่ง สอง สาม สี่ ฝึกอย่างน้อยวันละ 3 ครั้งๆ ละ 5 นาที ในท่านั่ง นอนหรือยืนก็ได้

3.3.2 การหายใจโดยใช้กระบังลม (diaphragmatic breathing)

กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลมเป็นกล้ามเนื้อที่สำคัญมากเกี่ยวกับการหายใจ โดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยมักมีอากาศเหลือค้างอยู่ในปอด ทำให้ดันกระบังลมลง การหายใจวิธีนี้ อาศัยการหดตัวของกล้ามเนื้อกระบังลมหน้าท้อง การหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง จะทำให้มีการกดของอวัยวะในช่องท้อง ทำให้ท้องโป่งออก เมื่อกล้ามเนื้อคลายตัวกลับช่องท้องก็จะยุบลง ซึ่งปฏิบัติดังนี้ 1) ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย ในระยะแรกของการฝึก ควรนอนราบและหนุนหมอน 2) มือข้างหนึ่งของผู้ป่วยวางบนหน้าท้อง มืออีกข้างหนึ่งวางทาบบนหน้าอก 3) หายใจเข้าทางจุมุกซ้ำๆ ลึกๆ นับในใจ หนึ่ง สอง จนกระทั่งหน้าท้องโป่งออก จะสังเกตเห็นว่ามือที่วางบนหน้าท้องมีการเคลื่อนไหวยกขึ้น แต่มือข้างที่วางบนหน้าอก ไม่เคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวน้อยมาก 4) เมื่อหายใจออกให้หายใจออกซ้ำๆ ทางปาก โดยการห่อปาก นับในใจ หนึ่ง สอง สาม และสี่ หน้าท้องแฟบลง

สังเกตมือที่วางบนหน้าท้องเคลื่อนลง แต่มือข้างที่วางบนหน้าอกแทบไม่เคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหว น้อยมาก

3.4 การออกกำลังกาย เป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด จำเป็นต้องมีการฝึกความแข็งแรง (strength training) ควบคู่ไปกับการฝึกความอดทน (endurance training) และทำการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานพอ ผลลัพธ์จากการฝึกฝนการออกกำลังกายนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการออกกำลังกายได้หนักขึ้นและทนทานขึ้น ความสามารถในการหายใจเข้าเพิ่มขึ้น (inspiratory capacity) อัตราการหายใจและระดับความเหนื่อย (dyspnea scale) ขณะออกกำลังกายลดลง ส่งผลให้อัตราการหายใจและคุณภาพชีวิตโดยรวม (health-related quality of life) ดีขึ้น มีวิธีการดังนี้

3.4.1 การฝึกออกกำลังกาย แบบการฝึกความอดทน (endurance exercise training) โดยวิธีขี่จักรยานอยู่กับที่ (stationary cycling) หรือการเดิน-วิ่ง (treadmill or shuttle walking)

3.4.2 การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 4-12 สัปดาห์ขึ้นไป โดยออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาทีและกำหนดความหนักของการออกกำลังกาย (intensity) แต่แต่ละครั้งจะต้องได้ร้อยละ 60-75 ของการเต้นสูงสุดของหัวใจ

3.5 การจัดทำที่เหมาะสม ท่าที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเพื่อลดอาการเหนื่อยหอบ เป็นท่าที่ช่วยผ่อนคลาย ได้แก่ นั่งที่ริมเตียงและพบบนโต๊ะ โดยใช้หมอน 2-3 ใบ ใช้รองรับศีรษะ ส่วนเท้าวางราบกับพื้น อยู่ในท่านั่งจนกระทั่งไม่มีอาการ ส่วนท่าเอนไปข้างหน้า (lean-forward position) จะทำให้กระบังลมเคลื่อนขึ้นข้างบน ลดความตึงของกล้ามเนื้อหายใจทั้งหมด ส่วนท่ายืน ทำได้โดยการยืน ให้หลังและสะโพกพิงฝาผนัง โดยเท้าห่างจากฝาผนังประมาณ 1 ฟุต หัวไหล่ผ่อนคลายและก้มศีรษะมาข้างหน้าเล็กน้อย แขนทั้งสองข้างวางแนบลำตัว ซึ่งท่าต่างๆ เหล่านี้ สามารถลดอาการหายใจลำบาก ขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

3.6 การผ่อนคลาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีผลกระทบต่อจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวลและกลัวเสียชีวิตจากอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น ดังนั้นการฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีผ่อนคลาย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณควบคุมการหายใจได้ เช่น การฝึกบริหารแบบซิงเกิลโยคะ

3.7 การสนับสนุนทางสังคมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการสนับสนุนการจัดการตนเอง ความช่วยเหลือที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่เหมาะสม เช่น การแนะนำอาชีพ การแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงความเหนื่อย การสร้างเครือข่ายหรือรวมกลุ่มผู้ป่วยให้มีกิจกรรมร่วมกันหรือ

แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์กัน ตลอดจนการมีที่ปรึกษายามมีปัญหา ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยต่อสู้กับโรคและมีชีวิตในสังคมได้ดีขึ้น

3.8 การประเมินผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ต้องทำเปรียบเทียบก่อนเข้าโปรแกรมและ 6-12 สัปดาห์หลังเข้าโปรแกรม โดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสม

3.9 การประเมินด้านโภชนาการ ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อย มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้น การประเมิน เช่น ชั่งน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ปริมาณไขมัน มวลกล้ามเนื้อ ก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ควรปรับสมดุลของน้ำหนักและการออกกำลังกายให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

3. การประเมินและติดตามโรค

การประเมินผลการรักษาต้องมีการประเมินทั้งอาการผู้ป่วย (subjective) และผลการตรวจ (objective) พิจารณาตามความเหมาะสม ดังนี้

3.1 นัดติดตามอาการหายใจลำบาก ประเมินอาการหายใจลำบากทุกครั้ง ความถี่ในการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและประเมินวิธีการใช้ยาสูดพ่น (น้ำหนักและคณะ, 2553)

3.2 ควรทำสไปโรเมตรี (spirometry) ทุกปี ในผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อยจนคุกคามชีวิตประจำวัน ประเมินความรุนแรงและการดำเนินโรคจากค่าความผิดปกติของตัวแปรต่างๆ ได้แก่ FEV₁ การเดินบนพื้นราบภายใน 6 นาที (6MWD) การประเมินระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก (mMRC DS) และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) (น้ำหนักและคณะ, 2553)

4. การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะอาการกำเริบเฉียบพลัน

เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยในระยะนี้ เพื่อลดผลกระทบในปัจจุบันและป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดตามมาในอนาคตจากการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ระยะที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันมีลักษณะอาการสำคัญ คือ ไอมากขึ้น เหนื่อยมากขึ้น เสมหะมากขึ้นและเปลี่ยนสี เป็นการเปลี่ยนแปลงไปอย่างเฉียบพลันจากเดิมที่เคยเกิดอยู่เป็นปกติในแต่ละวัน การรักษาจึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงตาม (น้ำหนักและคณะ, 2553; Trappenburg et al., 2010) มีปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันหลายอย่าง ปัจจัยที่พบบ่อยที่สุดคือการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (GOLD, 2015) การรักษาจะพิจารณาจากความรุนแรงของอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค ดังนี้

4.1 กลุ่มที่มีความรุนแรงน้อย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการหอบไม่มาก สามารถรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกได้ โดยเพิ่มขนาดและความถี่ของยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่นสำหรับคอร์ติโคสเตียรอยด์ ให้ได้เป็นรายๆ ขนาด 20-30 มก./วัน ยาปฏิชีวนะให้เมื่อมีการติดเชื้อแบคทีเรีย (น้ำหนักและคณะ, 2553; GOLD, 2015)

4.2 กลุ่มที่มีความรุนแรงมาก หมายถึง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ (accessory muscle) มากขึ้น, ซีฟจรมากกว่า 120 ครั้ง/นาที,

ค่าสมรรถภาพปอดจากการเป่าความเร็วลมผ่านเครื่องพีคโพรมิเตอร์ (Peak Expiratory Flow Rate: PEFR) น้อยกว่า 100 ลิตร/นาที, ค่าออกซิเจนที่วัดจากปลายนิ้ว (oxygen saturation) น้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ หรือค่าออกซิเจนในเลือด (PaO₂) น้อยกว่า 60 มม.ปรอท, ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดมากกว่า 45 มม.ปรอท และค่าความเป็นกรดต่าง น้อยกว่า 7.35 ซีม สับสน กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวขึ้น หดสติ มีอาการแสดงของหัวใจด้านขวาล้มเหลวที่เพิ่งพบใหม่ เช่น ขาบวม (นันทาและคณะ, 2553; GOLD, 2015)

สามารถสรุปแผนการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามระดับความรุนแรงของโรค ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1

แสดงแผนการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามระดับความรุนแรงของโรค (นันทาและคณะ, 2553)

ระดับความรุนแรง	อาการทางคลินิก	การรักษา
ระดับที่ 1 รุนแรงน้อย (mild)	1. ไม่มีอาการหอบเหนื่อยขณะพัก 2. ไม่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน สมรรถภาพปอด FEV ₁ ≥ 80 % ของค่ามาตรฐาน	1. แนะนำและช่วยให้ผู้ป่วย เลิกบุหรี่/ยาสูบ 2. ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ สั้น 1-2 ชนิด ตามอาการ 3. ให้ออกซิเจนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ปีละ 1 ครั้ง
ระดับที่ 2 รุนแรงปานกลาง (moderate)	1. มีอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อย 2. มีอาการกำเริบเฉียบพลันไม่รุนแรง สมรรถภาพปอด FEV ₁ 50-79 % ของค่ามาตรฐาน	การรักษา เหมือนระดับ 1 1. เพิ่ม ± theophylline 2. เริ่มทำกายภาพบำบัดเมื่อมีข้อจำกัด ของกิจวัตรประจำวันหลังการให้ยาถ้า ยังควบคุมอาการไม่ได้หรือมีอาการ กำเริบเฉียบพลันหลังรักษา 2-3 เดือน ให้ทำแบบระดับที่ 3

หมายเหตุ. จาก แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553 (หน้า 14) โดย นันทาและคณะ, 2553. กรุงเทพมหานคร: ยูเนียนอุลตราไวโอเล็ต จำกัด.

ตาราง 1 (ต่อ)

ระดับความรุนแรง	อาการทางคลินิก	การรักษา
ระดับที่ 3 รุนแรงมาก (severe)	1. มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นจน รบกวนกิจวัตรประจำวัน 2. มีอาการกำเริบเฉียบพลันรุนแรง มาก สมรรถภาพปอด FEV ₁ 30-49 % ของค่ามาตรฐาน	การรักษาเหมือนระดับ 2 และ 1. เปลี่ยนเป็นยาสูดขยายหลอดลมชนิด ออกฤทธิ์ยาวตามเวลา และ/หรือ 2. ในกรณีที่มีอาการกำเริบรุนแรง > 1 ครั้ง ใน 1 ปี เพิ่มยาสูดพ่นผสม สเตียรอยด์ (ICS) หรือเปลี่ยนเป็นยา ชนิดรวม (LABA/ICS) 3. ถ้ายังคงควบคุมอาการไม่ดีใช้หลาย กลุ่มรวมกัน 4. พิจารณาให้การบำบัดด้วยออกซิเจน ระยะยาว
ระดับที่ 4 รุนแรงมากที่สุด (very severe)	1. มีอาการหอบเหนื่อยตลอดเวลา 2. มีอาการกำเริบเฉียบพลันรุนแรง มากและบ่อย สมรรถภาพปอด FEV ₁ < 30 % ของค่ามาตรฐาน FEV ₁ < 50 % ของค่ามาตรฐานรวม กับมีภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรัง	1. เหมือนระดับ 3 และ 2. พิจารณาให้การวางแผนชีวิตระยะ สุดท้าย

หมายเหตุ. จาก แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553 (หน้า 14) โดย นันทา และคณะ, 2553. กรุงเทพมหานคร: ยูเนียนอุลตราไวโอเล็ต จำกัด.

ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาการหายใจลำบากเมื่อรุนแรงมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วย ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นจนถึงระยะท้ายของโรค กิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไป สมรรถภาพปอดลดลงมากๆ ทำให้ออกซิเจนในเลือดต่ำอยู่เป็นเวลานานเกิดภาวะหัวใจด้านขวาล้มเหลวได้ (นันทาและคณะ, 2553) ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะทุพโภชนาการ จะมีความสามารถในการทำหน้าที่ของ

ร่างกายลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (চারিรัตน์, 2555; ณ์ฐพล, อภิญา, และสุรชาติ, 2556)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ เมื่ออาการหายใจลำบากมีความรุนแรงมากขึ้น จนมีผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป จนต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจนเกิดความเครียดวิตกกังวล เมื่อไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (สารนิตติ, 2555) อาการหายใจลำบาก รุนแรง สมรรถนะการทำงานของปอดลดลงและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลง เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า (จอม, จุก, และลัดดา, 2552)

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเกิดค่าใช้จ่ายกับตัวผู้ป่วยเองและของหน่วยงานรัฐที่ต้องสูญเสียรายได้ การร่วมกิจกรรมสังคมเปลี่ยนแปลงไป ทำกิจกรรมทางสังคมลดลง จากอาการหายใจลำบากที่รบกวน (GOLD, 2015)

สรุปได้ว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องมีความสามารถในการจัดการอาการและจัดการตนเองได้ รวมถึงขอความช่วยเหลือจากสิ่งสนับสนุนรอบตัวได้เมื่อมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมโรคได้

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการจัดการด้านสุขภาพของผู้ป่วยตามความสามารถและศักยภาพที่มี ทีมสหวิชาชีพเป็นเพียงผู้สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดูแลเท่านั้น ซึ่งมีเทคนิคที่นำมาใช้ คือ เทคนิค 5 เอ (5A's) มีรายละเอียด ดังนี้

แนวความคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้เทคนิค 5 เอ (5A's)

การสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ (5A's) ของกลาสโกว (Glasgow et al., 2006) ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยการสนับสนุนการจัดการตนเอง 5 เอ (Assess, Advise, Agree, Assist and Arrange: 5A's) เป็นรูปแบบของการจัดการตนเอง นำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขความหลากหลายของการจัดการตนเอง ประกอบด้วยหลักการดูแล 5 ประการ ดังนี้

1. การประเมิน (assess) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเชื่อ แรงจูงใจ รวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อค้นหาปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยที่เป็นปัญหา อุปสรรคที่เป็นข้อจำกัดต่อการเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการตนเอง

2. การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) เป็นการให้ความรู้ การให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสารที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคและความต้องการของผู้ป่วย

3. การยอมรับ (agree) เป็นการวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง เป็นการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ ให้มีเป้าหมายที่เป็นไปได้ กำหนดแผนปฏิบัติที่ชัดเจน เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ มีการให้รางวัล คำชมเชยเมื่อบรรลุเป้าหมาย

4. การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) เป็นการเลือกสรรกลวิธีที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยการประเมินจากระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (stage of change) ให้ความรู้ ฝึกทักษะ ค้นหาแหล่งประโยชน์แนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น คนในครอบครัว เพื่อนและชุมชน เสริมทักษะการจัดการกับปัญหา รวมทั้งช่วยจัดการปรับเปลี่ยนในส่วนที่เป็นปัญหาสุขภาพ

5. การติดตามประเมินผล (arrange) เป็นการติดตาม กระตุ้น ชี้แนะ ให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เลือกวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ในการพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การใช้โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต การให้คำปรึกษาเฉพาะราย ในกรณีที่ไมบรรลุเป้าหมาย ก็จะร่วมกันพูดคุยถึงอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายและเริ่มต้นกำหนดเป้าหมายใหม่อีก ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนสามารถบรรลุเป้าหมายได้

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ (5A's) เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก

การที่ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังนั้น ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยสร้างความตระหนักและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ครอบครัวมีส่วนในการช่วยเหลือและคอยกระตุ้นเตือน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ตามมาทั้งในระยะสั้นและนำไปสู่ระยะยาวต่อไป จนกลายเป็นวัฒนธรรมการดูแล เน้นการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก ทั้ง 3 ด้าน คือ การประเมินความรุนแรง การจัดการและควบคุมอาการ รวมทั้งการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการหายใจลำบากรุนแรง เพื่อการคงสภาพร่างกายในปัจจุบันให้ดีที่สุด คือ การลดอาการหายใจลำบาก โดยมีผู้วิจัยคอยช่วยเหลือสนับสนุนการจัดการตนเอง พร้อมทั้งดึงศักยภาพที่มีอยู่เฉพาะตัวของบุคคลออกมา ครอบคลุมตามรูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ (5A's) ซึ่งสามารถสรุปออกเป็นออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (Assess) เป็นการประเมินข้อมูลส่วนบุคคลรวมทั้งประวัติการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรค อาการกำเริบเฉียบพลัน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คะแนนอาการหายใจลำบาก ความสามารถในการจัดการอาการและประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก รวมทั้งการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง ในด้านการประเมินอาการหายใจ

ลำบากด้วยตนเอง ด้านการควบคุมอาการและจัดการอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นด้วยตนเองและด้านการขอความช่วยเหลือในการจัดการอาการหายใจลำบาก ซักถามปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง พร้อมทั้งความเชื่อและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมของผู้ป่วย พร้อมแจ้งผลการประเมินให้ผู้ป่วยทราบเพื่อใช้ในการวางแผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง (เบญจวรรณ, 2554; พรรณีภา, 2554)

ขั้นตอนที่ 2 การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) เป็นการให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินในขั้นตอนที่ 1 เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะโภชนาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การออกกำลังกาย การใช้ยา การบริหารการหายใจ การจัดทำทางที่เหมาะสมเมื่อหายใจลำบาก การไอที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการงดสูบบุหรี่ ฝึกทักษะที่ต้องใช้ในการจัดการตนเอง ติดตามการใช้คู่มือการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้าน เน้นครอบครัวและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยผู้ป่วยที่สูงอายุ (เบญจวรรณ, 2554; อารีรัตน์, 2551; อุมารณ, 2552; อัศวาร์, 2554)

ขั้นตอนที่ 3 การยอมรับ (Agree) ร่วมกับผู้ป่วยเพื่อกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง วางแผนการปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมาย เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินอาการของตนเองได้ สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง พร้อมทั้งให้กำลังใจ คำชมเชย แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ (พรรณีภา, 2554)

ขั้นตอนที่ 4 การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) คอยช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเจออุปสรรคและปัญหา หาแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละคน พร้อมทั้งแนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ (พรรณีภา, 2554; อมรรัตน์, ดวงรัตน์, คะนิงนิจ, และเจริญ, 2554)

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผล (Arrange) มีการสื่อสารกับผู้ป่วย และมีการติดตามประเมินผลโดยการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ทางโทรศัพท์ และนัดติดตามการจัดการตนเอง (เบญจวรรณ, 2554; อารีรัตน์, 2551)

ในกรณีที่ไม่บรรลุเป้าหมาย ก็จะร่วมกันพูดคุยถึงอุปสรรคที่ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมาย และเริ่มต้นกำหนดเป้าหมายใหม่อีก ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนสามารถบรรลุเป้าหมายได้

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผลลัพธ์ของโปรแกรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้โปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถสรุปได้ ดังนี้

กรวรรณและคณะ (2550) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลต่อสมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่ศูนย์

สุขภาพชุมชน จำนวน 30 คน ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 และ 4 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็น การบำบัดหลัก ประกอบด้วย การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การรักษาและการใช้ยา การรับประทานอาหาร การป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อน การบำบัดเสริม ประกอบด้วย เทคนิคการคลายเครียดจากใจสู่กาย เทคนิคการคลายเครียดด้วยการทำสมาธิ การโทรศัพท์กระตุ้นเตือนและการเยี่ยมบ้าน การนัดเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ใช้แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตและวัดระยะทางที่ผู้ป่วยเดินได้ในเวลา 6 นาที กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยสูบบุหรี่และเลิกหมดแล้ว ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาล 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อารีรัตน์ (2551) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 25 ราย อายุอยู่ในช่วง 61-75 ปี ระยะเวลาที่เป็นโรคอยู่ระหว่าง 1-10 ปี มีประวัติสูบบุหรี่ ยังสูบบุหรี่อยู่จำนวน 5 ราย หลังเข้าโปรแกรมลดปริมาณการสูบลงจำนวน 3 ราย อีก 2 ราย ยังกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 และเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ การออกกำลังกาย การหายใจแบบเป่าปาก เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย คู่มือการจัดการกับภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการหายใจลำบาก มีการดูแลด้านจิตสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในหน้าที่และบทบาทการดูแลสุขภาพตนเองและสนใจการเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการอาการหายใจลำบากอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ บางรายใช้ชีวิตติดตามทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ จนครบ 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยอาการหายใจลำบากลดลงและค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เบญจวรรณ (2554) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการผู้ป่วยนอก จำนวน 30 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย มีความคล้ายคลึงกันในด้านเพศซึ่งเป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 70 ปี และระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 2 และ 3 กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการหายใจลำบาก ส่วนกลุ่ม

ควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากสำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คู่มือจัดการอาการหายใจลำบากสำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบบันทึกวิธีการจัดการและผลของวิธีการจัดการอาการหายใจลำบาก โปรแกรมจะมีกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เรื่องโรค การจัดการอาการ การรับประทานอาหารและน้ำ การป้องกันอันตรายและหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนของโรค การใช้ยาและการสังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา สอนและฝึกทักษะการปฏิบัติที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก การบริหารการหายใจ การไอที่มีประสิทธิภาพ การใช้ยาพ่นสูดชนิดต่างๆ และการออกกำลังกาย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดอาการหายใจลำบากและแบบบันทึกระยะเวลาที่สามารถเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที รวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแล้วนัดหมายการทำกิจกรรมเป็นรายบุคคลพร้อมผู้ดูแลที่บ้าน จำนวน 5 ครั้ง ใช้เวลาศึกษา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 (ห่างจากการพบกันวันแรก 1 วัน ใช้เวลาประมาณ 50-60 นาที) เดินทางพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การหายใจลำบากและประเมินอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง โดยใช้แบบวัดอาการหายใจลำบาก ให้ความรู้และแนวทางในการปฏิบัติในการจัดการหายใจลำบากพร้อมคู่มือ เปิดโอกาสให้ซักถามและนัดพบครั้งต่อไปสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 (ห่างจากการพบกันวันแรก 2 วัน ใช้เวลาประมาณ 60-70 นาที) ทบทวนความรู้และทักษะเทคนิคการสงวนพลังงาน การฝึกการผ่อนคลาย การปฏิบัติที่เหมาะสมเมื่อมีอาการหายใจลำบาก การไอที่มีประสิทธิภาพ การใช้ยาพ่นสูดต่างๆ และการออกกำลังกาย มีการสาธิตย้อนกลับ ให้แบบบันทึกการจัดการอาการหายใจลำบากและผลของการจัดการ สัปดาห์ที่ 3 และ สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ติดตามวิธีการจัดการและกระตุ้นการจัดการอย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 8 ประเมินผล สอบถามปัญหาอุปสรรค ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจและจัดการกับอาการลำบากได้ถูกต้อง มีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นได้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการหายใจลำบากนี้เป็นการแลกเปลี่ยนกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งไม่มีประสบการณ์ในการหายใจลำบาก ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถเข้าถึงความรู้สึกแท้จริงของผู้ป่วย

สุกัลยา, อัมพรพรรณ, และวีชรา (2554) การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการแผนก

ผู้ป่วยนอก จำนวน 30 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อจัดการเหนื่อยล้า ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการทดสอบค่าที ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากการทบทวนพบว่าเป็นการศึกษาที่มีการปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยจากรายกลุ่มเป็นรายบุคคลทำให้สามารถเข้าถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ซึ่งโปรแกรมนี้นี้เป็นโปรแกรมหนึ่งที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการตนเองโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับอาการหายใจลำบากอยู่ หากมีการสนับสนุนให้มีการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยก็สามารถจัดการตนเองได้อย่างยั่งยืน

ธันนกร (2558) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอด เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการผู้ป่วยนอก จำนวน 52 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบวัดอาการหายใจลำบากและวัดสมรรถภาพปอดด้วยเครื่องออกซิไดซ์ไปโรมิเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการทดสอบค่าที ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

โดยสรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พบส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมการดูแลและมีการนำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลจัดการอาการของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่วัดได้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว เช่น โปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็น การบำบัดหลักประกอบด้วย การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การรักษาและการใช้ยา การรับประทานอาหาร การป้องกัน

อันตรายและภาวะแทรกซ้อน การบำบัดเสริม ประกอบด้วย เทคนิคการคลายเครียด การโทรศัพท์ กระตุ้นเตือนและการเยี่ยมบ้าน การนัดเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม วัตถุประสงค์ทางกายและคุณภาพชีวิตและโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบาก ภายในโปรแกรมมีการให้ความรู้ การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการติดตามเยี่ยมบ้าน วัตถุประสงค์ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองวัดความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอด

การศึกษาที่ผ่านมามีการดูแลให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการของตนเองได้ ซึ่งนำหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ ที่ได้ทบทวนมาเพิ่มเติมในโปรแกรมการดูแล แต่ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การควบคุมโรคไม่ประสบผลสำเร็จคือบุหรี่ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเลิกได้ทั้งหมด โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองหรือโปรแกรมการดูแลต่างๆ จึงต้องมีการเพิ่มหรือเลือกเทคนิคหรือกลยุทธ์ที่เหมาะสมมาใช้เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาที่แท้จริงได้

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจแบบค่อยเป็นค่อยไปและมีการอักเสบของเยื่อหุ้มปอดที่เกิดจากสิ่งกระตุ้น เช่น ควันบุหรี่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้และรักษาได้ แต่ไม่สามารถทำให้ทางเดินหายใจกลับมาเป็นปกติได้ ลักษณะทางคลินิกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ มีอาการเรื้อรังและอาการหายใจลำบาก ไอและมีเสมหะ มีกลุ่มอาการที่พบบ่อย คือ 1) อาการไอเรื้อรัง 2) การมีเสมหะ 3) อาการหายใจลำบากและ 4) หายใจมีเสียงวี๊ดและแน่นหน้าอก การประเมินระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ใช้เกณฑ์การให้คะแนนอาการหายใจลำบาก (mMRC DS)

ในการศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะเน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเรื่องโรค การจัดการอาการ การรับประทานอาหารและน้ำ การป้องกันอันตรายและหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนของโรค การใช้ยาและการสังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา สอนและฝึกทักษะการจัดทำที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก การบริหารการหายใจ การไอที่มีประสิทธิภาพ การใช้ยาพ่นสูดต่างๆ และการออกกำลังกาย กิจกรรมเหล่านี้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ถูกต้อง มีความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นได้ ในส่วนของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการหายใจลำบากกับผู้ป่วยนั้น เป็นการแลกเปลี่ยนกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งไม่มีประสบการณ์ในการหายใจลำบาก ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถเข้าถึงความรู้สึกแท้จริงของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยเป็นผู้ที่เผชิญกับโรคและอาการ จะสามารถเข้าใจในสิ่งที่ตนเองประสบอยู่มากที่สุด จึงต้องเข้าไปสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถที่จะจัดการตนเองได้ โดยการนำกลยุทธ์ 5 เอ (5A's) ซึ่งเป็นรูปแบบของการจัดการตนเอง นำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขความ

หลากหลายของการจัดการตนเองซึ่งใช้ในการประเมินระดับการจัดการตนเอง ความเชื่อ แรงจูงใจ การให้ความรู้บนพื้นฐานความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพส่วนบุคคล มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ช่วยจัดการกับอุปสรรคและปัญหา กระตุ้นติดตาม ให้กำลังใจ พร้อมสนับสนุนในการจัดการตนเองตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างยั่งยืน ซึ่งรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ (5A's) ประกอบด้วยหลักการดูแล 5 ประการ คือ การประเมิน (assess) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเชื่อ แรงจูงใจ การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) การให้ความรู้ การให้คำแนะนำ การยอมรับ (agree) เป็นการวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง เป็นการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) เป็นการเลือกสรรกลวิธีที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย การติดตามประเมินผล (arrange) เป็นการติดตาม กระตุ้น ชี้แนะ ให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจ ในการพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

O ₁	X	O ₂

O ₃	-	O ₄

X หมายถึง การใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

O₁ หมายถึง การประเมินความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนเข้าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

O₂ หมายถึง การประเมินความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

O₃ หมายถึง การประเมินความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₄ หมายถึง การประเมินความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการดูแลตามปกติ

สถานที่ในการศึกษา

คลินิกโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา ณ คลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ขนาด 30 เตียง ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เปิดให้บริการทุกวันอังคาร เวลา 08.00–12.00 น. เป็นการให้บริการแบบกำหนดวันนัดล่วงหน้า การบริการในแต่ละวัน ประกอบด้วย แพทย์ทั่วไปประจำคลินิกฯ 1 คน ผู้ช่วยเหลือพยาบาล 1 คน ทำหน้าที่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดสัญญาณชีพ วัดสมรรถภาพปอดโดยใช้พีคโฟลมิเตอร์ (Peak Flow Meter) พยาบาลวิชาชีพ 2 คน พยาบาลคนแรกทำหน้าที่ คัดกรองซักประวัติการสูบบุหรี่ ประเมินอาการกำเริบเฉียบพลัน อาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิต ตามแบบฟอร์มของเครือข่ายคลินิกฯ พร้อมลงข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ พยาบาลวิชาชีพคนที่ 2 ส่งผู้ป่วยพบแพทย์และให้คำปรึกษาผู้ป่วยหลังพบแพทย์ ได้แก่ นัดหมายวันเวลาพบแพทย์ในครั้งต่อไป

หรือนัดหมายเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม ให้คำแนะนำเรื่องการใช้จ่ายและการออกกำลังกาย
 สอนการหายใจ พร้อมประเมินคะแนนคุณภาพชีวิต ถ้าคะแนนสูงมากกว่า 30 คะแนนขึ้นไปจะทำการ
 นัดหมายผู้ป่วยเพื่อเยี่ยมบ้านและสอนสมาธิบำบัดแบบเอสเคที (SKT) นอกจากนี้มีตารางการ
 ปฏิบัติงานสหวิชาชีพพร้อม ได้แก่ เภสัชกร นักกายภาพ นักสุขศึกษาและเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยด้วย
 แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า สหวิชาชีพพร้อม ไม่สามารถมาปฏิบัติงานได้ทุกสัปดาห์ เนื่องจากติดภาระกิจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย
 ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษา
 ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย ของโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
 แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จับคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้มีความ
 คล้ายคลึงกัน ด้านเพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปีและระดับความรุนแรงของโรค โดยกำหนดคุณสมบัติ
 ตามเกณฑ์ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ขึ้นทะเบียนที่คลินิกฯ
2. เป็นผู้ที่สติสัมปชัญญะปกติ สามารถรับรู้และจัดการตนเองได้
3. มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1 (มีอาการรุนแรงน้อย ไม่มีอาการหอบ
 เหนื่อยขณะพัก ไม่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน) หรือความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 2 (มีอาการ
 รุนแรงปานกลาง มีอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อย มีอาการกำเริบเฉียบพลันไม่รุนแรง) (นันทาและคณะ,
 2553)
4. ไม่มีโรคร่วมอื่นที่มีผลต่อระบบหายใจ เช่น โรคหัวใจ วัณโรคปอด ปอดอักเสบ
 และหลอดลมอักเสบ เป็นต้น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ
 (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยการหาขนาดอิทธิพล (effect size) ของงานวิจัย
 ที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากต่อความสามารถ
 ในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัด
 พิษณุโลก (เบญจวรรณ, 2554) ได้ค่า effect size เท่ากับ 1.20 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดสูง กำหนด
 นัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจในการทดสอบ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย โดยแบ่งเป็น
 กลุ่มทดลอง 26 ราย กลุ่มควบคุม 26 ราย รวมเป็น 52 ราย (ภาคผนวก ก)

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารักษาในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย ของโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา โดยผู้วิจัยทำการจับคู่ (matching) กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันเพื่อให้สอดคล้องกันเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ อายุ เพศ ระดับความรุนแรง โดยกำหนดอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ความรุนแรงของโรคอยู่ที่ระดับ 1, 2 เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันน้อยที่สุด ควบคุมการเกิดตัวแปรแทรกซ้อนโดยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมก่อนจนเสร็จและหลังจากนั้นดำเนินการกับกลุ่มทดลองจนได้กลุ่มตัวอย่างครบทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยนำรูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ (5A's) (Glasgow et al., 2006) มาประยุกต์ใช้มีขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 พบผู้ป่วยที่คลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (assess) ผู้วิจัยประเมินข้อมูลส่วนบุคคลรวมทั้งประวัติการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรค อาการกำเริบเฉียบพลัน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินคะแนนอาการหายใจลำบากและให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามวัดความสามารถในการจัดการอาการและประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก พร้อมทั้งความเชื่อและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมของผู้ป่วย พร้อมแจ้งผลการประเมินให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อใช้ในการวางแผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง ขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) ผู้วิจัยให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินในขั้นตอนที่ 1 เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะโภชนาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การออกกำลังกาย การใช้ยา การบริหารการหายใจ การจัดทำทางที่เหมาะสมเมื่อหายใจลำบาก การไอที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการงดสูบบุหรี่ ฝึกทักษะที่ต้องใช้ในการจัดการตนเอง ให้คู่มือการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ภาคผนวก ข) เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้าน ขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การยอมรับ (agree) ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง วางแผนการปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมาย เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินอาการของตนเองได้ สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง พร้อมทั้งให้กำลังใจ คำชมเชย แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ พร้อมทั้งนัดพบครั้งต่อไป ให้เบอร์โทรศัพท์และทำข้อตกลงร่วมกันหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการกำเริบเฉียบพลันจนต้องรักษาในโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยแจ้งทันที ขั้นตอนนี้ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

สัปดาห์ที่ 2-8 แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 4 การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผล (arrange) ในแต่ละสัปดาห์มีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ใช้เวลาประมาณ 45 นาทีเพื่อติดตามผู้ป่วย (arrange) สอบถาม (assess) ถึงการจัดการอาการและอาการหายใจลำบาก ทบทวนความรู้ที่ได้จากสัปดาห์ที่ 1 เพิ่มเติมในส่วนที่ยังขาดและไม่ถูกต้อง สอบถามการใช้คู่มือและทบทวนการใช้ (advise) ให้การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) ผู้ป่วยเมื่อเจออุปสรรคและปัญหาในเรื่องอุปกรณ์เสริมในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การออกกำลังกาย การพ่นยา การแนะนำหรือจัดหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนให้กับผู้ป่วย ทบทวนความรู้และข้อตกลงร่วมกันในสัปดาห์ที่ 1 หาแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละคน เปิดโอกาสให้ซักถามและนัดติดตาม (arrange) กระตุ้นให้ปฏิบัติตามแผนที่ตกลงกันไว้ นัดพูดคุยครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยพูดคุยทางโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที เพื่อสอบถาม (assess) ถึงการจัดการอาการและอาการหายใจลำบาก กระตุ้นในสิ่งที่ผู้ป่วยยังทำไม่ได้ (arrange) ทบทวนข้อตกลงที่วางแผนกันไว้และการปฏิบัติตามแผน (advise) นัดพูดคุยครั้งต่อไป (arrange)

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยพูดคุยทางโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที เพื่อสอบถาม (assess) ถึงการจัดการอาการและอาการหายใจลำบาก กระตุ้นในสิ่งที่ผู้ป่วยยังทำไม่ได้ (arrange) ทบทวนข้อตกลงที่วางแผนกันไว้และการปฏิบัติตามแผน (advise) นัดติดตามเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป (arrange)

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ใช้เวลาประมาณ 45 นาที เพื่อติดตามผู้ป่วย (arrange) สอบถาม (assess) ถึงการจัดการอาการและอาการหายใจลำบาก ติดตามการปฏิบัติตนในการจัดการอาการและทบทวนการใช้คู่มือพร้อมอธิบายเพิ่มเติม (advise) ให้การช่วยเหลือ (assist) สอบถามปัญหากับผู้ป่วย วัดความสามารถในการจัดการอาการเพื่อวางแผนเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ประสบความสำเร็จ เปิดโอกาสให้ซักถามและนัดติดตาม (arrange) กระตุ้นให้ปฏิบัติตามแผนที่ตกลงกันไว้

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยพูดคุยทางโทรศัพท์ ใช้เวลา 10 นาที เพื่อสอบถาม (assess) ถึงการจัดการอาการและอาการหายใจลำบาก กระตุ้นในสิ่งที่ผู้ป่วยยังทำไม่ได้ (arrange) ทบทวนข้อตกลงที่วางแผนกันไว้และการปฏิบัติตามแผน (advise) นัดพูดคุยครั้งต่อไป (arrange)

สัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยพูดคุยทางโทรศัพท์ ใช้เวลา 10 นาที เพื่อสอบถาม (assess) ถึงการจัดการอาการและอาการหายใจลำบาก กระตุ้นในสิ่งที่ผู้ป่วยยังทำไม่ได้ (arrange) ทบทวน ข้อตกลงที่วางแผนกันไว้และการปฏิบัติตามแผน (advise) เน้นย้ำการนัดครั้งต่อไปที่คลินิกฯ (arrange)

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่คลินิกฯ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้ช่วยผู้วิจัย ประเมินอาการหายใจลำบากและวัดความสามารถในการจัดการอาการ ผู้วิจัยสรุปผลลัพธ์ของ โปรแกรมให้ผู้ป่วยทราบ ให้กำลังใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก ค) ประกอบด้วย

(1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่เป็นโรค การสูบบุหรี่และยาที่ใช้

(2) แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก เป็นแบบสอบถามที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาจากฉันทานุกรม (2551) และฉันทนุกรม (2558) ลักษณะข้อคำถามมี 3 ด้าน คือ ด้านการประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง ด้านการจัดการอาการและการควบคุมอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นด้วยตนเองและด้านขอความช่วยเหลือในการจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ โดยแบ่งระดับคะแนน ออกเป็น 6 ระดับ มีความหมาย ดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง	5	คะแนน
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	4	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยปานกลาง	3	คะแนน
ปฏิบัติน้อย	2	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	1	คะแนน
ไม่มีเหตุการณ์ดังกล่าว	0	คะแนน

ซึ่งคะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 0-85 คะแนน โดยคะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึง การมีความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากในระดับดีกว่าผู้ที่มีคะแนนน้อย ซึ่งสามารถแปลผลได้ ดังนี้

คะแนน 0-28 หมายถึง มีความสามารถในการจัดการอาการต่ำ

คะแนน 29-56 หมายถึง มีความสามารถในการจัดการอาการปานกลาง

คะแนน 57-85 หมายถึง มีความสามารถในการจัดการอาการสูง

สำหรับการพิจารณาแปลผลคะแนนเฉลี่ย (Mean) รายชื่อของความสามารถในการจัดการอาการ หายใจลำบาก สามารถแปลผลได้ดังนี้

- คะแนน 0-1.7 หมายถึง มีความสามารถในการจัดการอาการต่ำ
- คะแนน 1.8-3.2 หมายถึง มีความสามารถในการจัดการอาการปานกลาง
- คะแนน 3.3-5.0 หมายถึง มีความสามารถในการจัดการอาการสูง

(3) แบบวัดอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย เป็นเครื่องมือมาตรฐานเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ใช้เกณฑ์การให้คะแนนอาการหายใจลำบาก (mMRC DS) ของแนวปฏิบัติสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (นันทาและคณะ, 2553) เป็นแบบสอบถามอาการหายใจลำบาก ให้ผู้ป่วยเลือกข้อที่ตรงกับตนเองมากที่สุดเพียง 1 ข้อ การแปลผลคะแนนโดย คะแนน mMRC DS < 2 ถือว่าอาการหายใจลำบากรุนแรงน้อย คะแนน mMRC DS ≥ 2 ถือว่าอาการหายใจลำบากรุนแรงมาก

โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนอาการหายใจลำบาก

- | | |
|---------|---|
| ระดับ 0 | รู้สึกเหนื่อยหอบขณะออกกำลังกายหนักเท่านั้น |
| ระดับ 1 | หายใจหอบเมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบหรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน |
| ระดับ 2 | เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกันเพราะหายใจหอบหรือต้องหยุดเพื่อหายใจ เมื่อเดินปกติบนพื้นราบ |
| ระดับ 3 | ต้องหยุดเพื่อหายใจ หลังจากเดินได้ 100 เมตรหรือหลังจากเดินได้ สักพักบนพื้นราบ |
| ระดับ 4 | หายใจหอบมากเกินไปกว่าที่จะออกจากบ้านหรือหอบมากขณะแต่งตัวหรือเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว |

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน เพื่อ

ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ แต่ละท่านแสดงความคิดเห็นใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ (1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (2) ไม่เห็นด้วย (3) เห็นด้วย และ (4) เห็นด้วยอย่างยิ่ง จากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงความถูกต้อง ครบถ้วนในด้านเนื้อหา ภาษา ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยนำค่าที่ได้คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) มีค่าเท่ากับ .83 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด (scale level content validity index: S-CVI) เท่ากับ .89 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .90 (สุจิตรา, 2550)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการอาการหายใจลำบากที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการในคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยนำค่าที่ได้แต่ละข้อมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's coefficient) ซึ่งหลังการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ของเครื่องมือใหม่คือ $> .70$ (บุญใจ, 2553)

การศึกษานำร่อง (pilot study)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ที่สร้างขึ้นซึ่งได้ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาและผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว มาทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อดูความเหมาะสมของโปรแกรมและเปรียบเทียบเวลาที่ใช้แต่ละรายและนำมาปรับปรุงใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับคู่มือการจัดการตนเองและสามารถนำไปใช้จัดการตนเองได้ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ของการเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยทบทวนความรู้ที่ได้รับไปและสอบถามปัญหา พร้อมทั้งค้นหาสาเหตุเพิ่มเติมจากการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยกระตือรือร้นในการบันทึกและการอ่านแต่ยังทำตามได้ไม่ทั้งหมด สัปดาห์ต่อมาซึ่งเป็นสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยโทรศัพท์ไปสอบถามอาการหายใจลำบากและการจัดการอาการหายใจลำบาก กระตุ้นให้มีการจัดการตนเองในส่วนที่ยังบกพร่อง สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยโทรศัพท์ไปสอบถามการจัดการตนเองและให้กำลังใจ ชมเชยในสิ่งที่สามารถจัดการได้ พร้อมแนะนำพบแพทย์ตามนัดปกติ ซึ่งพบว่าในสัปดาห์นี้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นยังไม่ชัดเจน การพูดคุยติดตามจึงคล้ายคลึงกับสัปดาห์ก่อน การศึกษานี้ได้นำมาปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาและเป็นแนวทางในการเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการสอบถาม การทบทวนความรู้และการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ง) โดยเริ่มจากการแนะนำตัวผู้วิจัยกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้คัดเลือกเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง บอกถึงการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย ความปลอดภัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาหรือบริการทางพยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ทันที โดยไม่มีผลต่อการบำบัดรักษา การพยาบาลหรือบริการที่ได้รับข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริงจะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและให้กลุ่มตัวอย่างลงรายมือชื่อและหรือตอบรับโดยวาจา ในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ถ้าในกรณีขณะทำการวิจัยผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันหรือมีอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยหยุดการสัมภาษณ์ ให้ความช่วยเหลือและให้การพยาบาลผู้ป่วยตามความรุนแรง และผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการยุติหรือดำเนินการวิจัยต่อไป

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มี 3 ขั้นตอน คือ การเตรียมความพร้อมในการทดลอง ขั้นตอนการดำเนินการทดลองและขั้นตอนประเมินการทดลอง ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมในการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หัวหน้าผู้ป่วยนอกและพร้อมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายในพื้นที่อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัย สํารวจทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อค้นหารายชื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและย้อนดูข้อมูลผู้ป่วยเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและพิจารณาคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนทั้งสิ้น 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มๆ ละ 26 ราย

1.4 ผู้วิจัยทำการศึกษานำร่องเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรม และการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการทดลองเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกันกับ กลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 2 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในเวลา 4 สัปดาห์ แล้วประเมินผล ของโปรแกรม ผู้วิจัยมีการบันทึกปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม และแบบสอบถามให้เหมาะสมก่อนทำการศึกษาจริง

1.5 เตรียมผู้ช่วยวิจัย การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ดำเนินการเก็บ ข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้จัดหาผู้ช่วยวิจัย เพื่อลดความลำเอียงในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วย วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่ายของโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา จำนวน 1 ราย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตการวิจัย ขั้นตอนการ วิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยรวมทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองเก็บข้อมูลจริงพร้อมกับ ผู้วิจัย ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่รับผิดชอบเก็บข้อมูลความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและ ประเมินอาการหายใจลำบากและทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยผู้ช่วยวิจัยไม่มีส่วนร่วมในการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย ขั้นตอนการ ดำเนินงานวิจัย การรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มควบคุม โดยมีขั้นตอน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30 นาที

(1) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่คลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย

(2) ผู้ช่วยวิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ประเมินความสามารถ

ในการจัดการอาการ โดยใช้แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและ ประเมินอาการหายใจลำบาก โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนอาการหายใจลำบาก (mMRC DS)

สัปดาห์ที่ 2 ถึง สัปดาห์ที่ 7 ผู้ป่วยดูแลควบคุมอาการตามปกติ

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมกันที่คลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างง่าย ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30 นาที

- (1) ผู้วิจัยพูดคุยกับกลุ่มควบคุม
- (2) ผู้ช่วยวิจัยประเมินความสามารถในการจัดการอาการ โดยใช้แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและประเมินอาการหายใจลำบาก โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนอาการหายใจลำบาก (mMRC DS)
- (3) ผู้วิจัยให้ความรู้ในสิ่งที่ผู้ป่วยยังขาดเกี่ยวกับโรคและกระตุ้นการเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแล สอนเทคนิคการจัดการตนเองในการพ่นยา การรับประทานยา การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด แนะนำการเลิกสูบบุหรี่ในรายที่ยังสูบ การดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม การดูแลตนเอง การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำโรคเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง เทคนิคการหายใจ การสงวนพลังงาน การผ่อนคลาย ให้มีการสาธิตและบอกข้อมูลย้อนกลับ มอบคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำไปทบทวนความรู้ด้วยตนเอง
- (4) เปิดโอกาสให้กลุ่มควบคุมและผู้ดูแลซักถามปัญหา ข้อเสนอแนะ พร้อมทั้งตอบข้อซักถาม ปรับเปลี่ยนการดูแลตามแต่ละบุคคล
- (5) สรุปการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกล่าวขอบคุณ

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย การรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลที่คลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินผู้ป่วย (assess) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมผู้ดูแลเพื่อสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมทำการวิจัย ให้ลงรายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มทดลองและชี้แจงถึงขั้นตอนในการทำวิจัยที่ต้องปฏิบัติเป็นเวลา 8 สัปดาห์ นัดวันเวลา ในการเริ่มและสิ้นสุดโปรแกรม ผู้ช่วยวิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย สอบถามความสามารถในการจัดการ โดยใช้แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและประเมินอาการหายใจลำบาก โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนอาการหายใจลำบาก (mMRC DS) ผู้วิจัยพูดคุยเพื่อซักถามประเมินสาเหตุของปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง การซักประวัติเพื่อค้นหาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งความเชื่อ ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประวัติการเจ็บป่วยเพิ่มเติมจากญาติและผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป ขั้นตอนนี้ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) ผู้วิจัยได้ทำการสะท้อนข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 1 เพื่อนำมาวางแผนในการให้คำแนะนำเพิ่มเติม โดยเฉพาะในรายที่มีคะแนนแบบสอบถามในการจัดการอาการหายใจลำบากต่ำ กระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยบอกปัญหาที่แท้จริง เจาะลึกลงไปในแต่ละปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละราย เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะโภชนาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การออกกำลังกาย การใส่ยา การบริหารการหายใจ การจัดทำทางที่เหมาะสมเมื่อมีอาการหายใจลำบาก การไอที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการงดสูบบุหรี่ ผู้วิจัยฝึกทักษะที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการจัดการตนเองในส่วนที่ผู้ป่วยยังมีไม่เพียงพอเกี่ยวกับการจัดการอาการหายใจลำบาก โดยเน้นประเด็นที่ผู้ป่วยแต่ละรายยังจัดการไม่เหมาะสมทั้ง 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการประเมินอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง 2) ด้านการควบคุมอาการและการจัดการอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ซึ่งเมื่อมีอาการหายใจลำบากให้นั่งพัก โดยการโน้มตัวไปข้างหน้าและลดการออกแรง การใช้ผ้าปิดปากและจมูกเพื่อป้องกันฝุ่นเข้าทางเดินหายใจ และ 3) ด้านการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก ซึ่งต้องมีการขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน บุคลากรทางสุขภาพ หน่วยนเรนทร หรือ 1669 โดยให้คู่มือการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งให้เห็นถึงเนื้อหาที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย การปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่าง การเน้นย้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติ พร้อมทั้งจัดบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองที่ปฏิบัติตามความเป็นจริง หากไม่สามารถบันทึกได้เองให้ผู้ดูแลหรือญาติช่วยบันทึกได้ ขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การยอมรับ (agree) ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง วางแผนการปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมาย เข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินอาการของตนเองได้ สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความมั่นใจที่จะจัดการตนเอง พร้อมทั้งให้กำลังใจ คำชมเชย แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ พร้อมทั้งนัดพบครั้งต่อไป ให้เบอร์โทรศัพท์และทำข้อตกลงร่วมกันหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการกำเริบเฉียบพลันจนต้องรักษาในโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยแจ้งทันที ขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

สัปดาห์ที่ 2-8 แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 4 การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผล (arrange) ในแต่ละสัปดาห์มีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อติดตามผู้ป่วย (arrange) สอบถามถึงอาการและการจัดการอาการหายใจลำบาก (assess) ทบทวนความรู้ที่ได้จากสัปดาห์ที่ 1 เพิ่มเติมในส่วนที่ยังขาดและไม่ถูกต้อง พูดคุยกับผู้ดูแลและญาติให้ร่วมรับรู้ในเป้าหมายและการวางแผนเพื่อบรรลุเป้าหมาย ตลอดจนถึงอุปสรรคและข้อจำกัดที่มีในผู้ป่วย ผู้วิจัยติดตามการใช้คู่มือฯ และทบทวนการใช้ ให้ผู้ดูแลและญาติเข้ามามีส่วนร่วมและช่วยจัดบันทึกหากบันทึกเองไม่ได้ (advise) ให้การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) ผู้ป่วยเมื่อเจออุปสรรคและปัญหาในเรื่องอุปกรณ์เสริมในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การออกกำลังกาย การพ่นยา ผู้วิจัยแนะนำหรือจัดหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนให้กับผู้ป่วย ผู้วิจัยทบทวนความรู้และข้อตกลงร่วมกันในสัปดาห์ถัดไป หาแนวทางในการจัดการปัญหาที่

เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละคน เปิดโอกาสให้ซักถามและนัดติดตามประเมินผล (arrange) กระตุ้นให้ปฏิบัติตามแผนที่ตกลงกันไว้ นัดพูดคุยครั้งต่อไป ใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง 45 นาที

สัปดาห์ที่ 3, 4, 6 และ 7 ผู้วิจัยพูดคุยทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยและหรือผู้ดูแล สอบถาม (assess) ถึงอาการและการจัดการอาการหายใจลำบาก เพื่อประเมินผลสำเร็จตามเป้าหมาย หากสำเร็จตามที่วางไว้ ผู้วิจัยกล่าวยกย่องชมเชย ชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ดีและขอให้ปฏิบัติต่อไป ให้กำลังใจในการจัดการตนเองในสัปดาห์ต่อไป หากไม่สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ กระตุ้นด้วยคำถาม ให้ผู้ป่วยสำรวจตนเองถึงข้อจำกัดและอุปสรรคที่มีอยู่ ร่วมหาทางแก้ไขกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ให้ความรู้เพิ่มเติมเพื่อแก้ไข หากไม่สามารถปฏิบัติได้อาจปรับเปลี่ยนเป้าหมายและร่วมกันวางแผนหาแนวทางใหม่ ร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาในสิ่งที่ผู้ป่วยยังทำไม่ได้เพื่อให้จัดการปัญหานั้นได้ดีขึ้น (arrange) เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ทบทวนข้อตกลงที่วางแผนกันไว้และการปฏิบัติตามแผน (advise) เน้นย้ำให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (advise) นัดพูดคุยครั้งต่อไป (arrange) ในสัปดาห์ที่ 7 ย้ำการมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย (arrange) ใช้เวลาในการพูดคุยทางโทรศัพท์แต่ละครั้ง 10 นาที

สัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30 นาที เพื่อติดตาม ประเมินผล วัตถุประสงค์ของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยผู้ช่วยนักวิจัย สอบถามความสามารถในการจัดการอาการโดยใช้แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและประเมินอาการหายใจลำบาก โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนอาการหายใจลำบาก (mMRC DS) ผู้วิจัยแจ้งผลลัพธ์ที่ได้ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมรับทราบ สรุปการเข้าร่วมโปรแกรม ชื่นชม เสริมแรงและกระตุ้นให้ปฏิบัติต่อเนื่อง กล่าวขอบคุณ

สรุปขั้นตอนการทำวิจัย ดังภาพ 5



ภาพ 5. แผนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 รายมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาและข้อมูลการเจ็บป่วย นำมาวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแคว (Chi square test), Likelihood ratio และสถิติทีอิสระ (Independent t-test)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการหายใจลำบากและความสามารถในการจัดการอาการ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) ทั้งนี้ ก่อนใช้สถิติ t-test ต้องผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อน (Polit & Beck, 2012) ดังนี้

2.1. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยหาค่าความเบ้ (skewness value) และความโค้ง (kurtosis value) เพื่อตรวจสอบการกระจายของข้อมูล และทดสอบความแปรปรวนของข้อมูล (Homogeneity of variance) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วย Levene test พบว่าความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบาก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ในเรื่องการแจกแจงแบบโค้งปกติและไม่มี ความแตกต่างของความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม

2.2. นำผลต่างของความถี่คะแนนความสามารถในการจัดการอาการที่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น มาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระจากกัน (Independent t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของความถี่คะแนนอาการหายใจลำบาก (Chi-square test, Fisher's exact test for two independent samples)

3. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของความถี่คะแนนอาการหายใจลำบากและความสามารถในการจัดการอาการ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยหาค่าความเบ้ (skewness value) และความโค้ง (kurtosis value) เพื่อตรวจสอบการกระจายของข้อมูลและทดสอบความเท่ากันของค่าความแปรปรวนระหว่างข้อมูล (Homogeneity of variance) ด้วย Levene test พบว่า ข้อมูลเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ นำผลต่างของความถี่คะแนนความสามารถในการจัดการอาการที่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น มาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติทีไม่อิสระ (Dependent t-test) ส่วนข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของความถี่คะแนนอาการหายใจลำบาก ใช้สถิติ McNemar test

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) เรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย (Easy COPD Clinic) ของโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา ตั้งแต่ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนธันวาคม 2559 จำนวน 52 ราย นำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลการเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการภายในกลุ่มทดลองและผลการเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลการเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากภายในกลุ่มทดลองและผลการเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด จำนวน 52 ราย พบว่า เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80.8) มีอายุมากที่สุด 84 ปี อายุน้อยที่สุด 44 ปี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท (ร้อยละ 57.7) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในพื้นที่เมือง (ร้อยละ 73.1) สถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกัน (กลุ่มทดลองร้อยละ 80.8 กลุ่มควบคุมร้อยละ 76.9) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (กลุ่มทดลองร้อยละ 84.6 กลุ่มควบคุมร้อยละ 76.9) ประกอบอาชีพเกษตรกร (กลุ่มทดลองร้อยละ 61.5 กลุ่มควบคุมร้อยละ 57.7) ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ (กลุ่มทดลองร้อยละ 69.2 กลุ่มควบคุมร้อยละ 80.8) เมื่อนำเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนาและอาชีพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มาทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ส่วนศาสนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 52)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 26)	กลุ่มควบคุม (n = 26)	statistics	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			.00 ^a	1.0
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 ^b	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 ^a	0.02*
พุทธ	15 (57.7)	7 (26.9)		
อิสลาม	11 (42.3)	19 (73.1)		
สถานภาพสมรส			4.68 ^c	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)		
การศึกษา			3.4 ^c	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 ^c	0.93
ค้าขาย/รับจ้าง	3 (11.5)	3 (11.5)		
เกษตรกร/ประมง	18 (69.2)	19 (73.1)		
ไม่ได้ทำงาน	5 (19.2)	4 (15.4)		

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

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 26)	กลุ่มควบคุม (n = 26)	statistics	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
สิทธิการรักษา			.92 ^a	0.34
ข้าราชการ	8 (30.8)	5 (19.2)		
บัตรทอง	18 (69.2)	21 (80.8)		

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

ในส่วนของข้อมูลภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จำนวน 52 ราย ทั้ง 2 กลุ่ม มีระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในช่วง 1-10 ปี (ร้อยละ 65.4) ส่วนใหญ่มีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่หยุดสูบบุหรี่แล้ว (กลุ่มทดลองร้อยละ 73.1 กลุ่มควบคุมร้อยละ 84.6) โดยพบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ยังสูบบุหรี่อยู่ (ร้อยละ 15.4) และยังมีกลุ่มทดลองส่วนหนึ่งไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 11.5) ส่วนระยะเวลาที่สูบบุหรี่ว่านานมากกว่า 30 ปี (กลุ่มทดลองร้อยละ 45.4 กลุ่มควบคุมร้อยละ 46.3) กลุ่มทดลองสูบบุหรี่ จำนวน 11-20 มวน (ร้อยละ 41.4) ส่วนกลุ่มควบคุมพบมีการสูบบุหรี่ จำนวน 1-10 มวน (ร้อยละ 38.5) ในส่วนของยาที่ใช้ในการรักษาโรค พบว่า ยาชนิดเม็ดที่ใช้คือ ทีโอฟีลลีน (theophylline) (กลุ่มทดลองร้อยละ 76.9 กลุ่มควบคุมร้อยละ 73.1) ส่วนยาพ่นขยายหลอดลมที่ใช้คือ ซัลบูตามอล (salbutamol) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีใช้ทั้งหมด (ร้อยละ 100) ทั้ง 2 กลุ่มและยาพ่นสูดสเตียรอยด์ ส่วนใหญ่ใช้ยา 2 กลุ่ม คือ 1) budesonide และ 2) seretide (กลุ่มทดลองร้อยละ 50 กลุ่มควบคุมร้อยละ 61.5) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 3

ตาราง 3

เปรียบเทียบข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (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 ^b	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)		

หมายเหตุ: * $p < .05$, a: Chisquare, b: Independent test, c: Likelihood ratio

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 26)	กลุ่มควบคุม (n = 26)	statistics	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ประวัติการสูบบุหรี่	(\bar{X} = 1, SD = .30)	(\bar{X} = 1, SD = .00)	1.8 ^b	0.08
เคย แต่หยุดสูบบุหรี่แล้ว	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 ^b	0.55
1 – 10	4 (18.2)	5 (19.2)		
11 – 20	4 (18.2)	2 (7.7)		
21 – 30	4 (18.2)	7 (26.8)		
> 30	11 (45.4)	12 (46.3)		
จำนวนที่สูบบุหรี่ (มวน)/วัน	(\bar{X} = 15, SD = 11)	(\bar{X} = 19, SD = 14)	1.2 ^b	0.23
1 – 10	9 (37.6)	10 (38.5)		
ยาที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
ยารับประทาน (theophylline)			.10 ^a	0.75
มี	20 (76.9)	19 (73.1)		
ไม่มี	6 (23.1)	7 (26.9)		
ยาที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
ยาพ่นสูดขยายหลอดลม (salbutamol MDI)			.00 ^a	1.00
มี	26 (100)	26 (100)		
ยาพ่นสูดสเตียรอยด์			2.8 ^c	.43
มี budesonide MDI	3 (11.5)	5 (19.2)		
มี seretide	9 (34.6)	4 (15.4)		
accuhaler				
มีทั้ง 2 อย่าง	13 (50.0)	16 (61.5)		
ไม่มี	1 (3.8)	1 (3.8)		
ระดับความรุนแรง			.00 ^a	1.00
รุนแรงน้อย	22 (84.6)	22 (84.6)		
รุนแรงปานกลาง	4 (30.4)	4 (30.4)		

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

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลการเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการภายในกลุ่มทดลองและผลการเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความสามารถในการจัดการอาการภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตาราง 4

ตาราง 4

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ($N = 26$)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Paired t-test	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความสามารถในการจัดการอาการ	54.00	9.00	76.62	3.10	-13.45	.00

หมายเหตุ: df = 25.00

ความสามารถในการจัดการอาการระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตาราง 5

ตาราง 5

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง ($N = 52$)

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD	Independent t-test	p-value
กลุ่มทดลอง (n=26)	76.62	12.15	- 10.04	.00
กลุ่มควบคุม (n=26)	51.92	3.10		

หมายเหตุ: df = 5

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลการเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากภายในกลุ่มทดลองและผลการเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จำนวนกลุ่มตัวอย่างภายในกลุ่มทดลองที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรงหลังการทดลองมีแนวโน้มลดลงกว่าก่อนทดลอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังตาราง 6

ตาราง 6

ผลการเปรียบเทียบความถี่อาการหายใจลำบากก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลอง (N=26)

กลุ่มทดลอง	ระดับการหายใจลำบาก		McNemar test	p-value
	0 จำนวน (ร้อยละ)	1 จำนวน (ร้อยละ)		
ก่อนทดลอง (n=26)	20 (76.9)	6 (23.1)	.36	.21
หลังทดลอง (n=26)	22 (84.6)	4 (15.4)		

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรงมีจำนวนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังตาราง 7

ตาราง 7

ผลการเปรียบเทียบความถี่อาการหายใจลำบากระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง (N=52)

กลุ่มตัวอย่าง	ระดับการหายใจลำบาก				χ^2	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	0 จำนวน (ร้อยละ)	1 จำนวน (ร้อยละ)	0 จำนวน (ร้อยละ)	1 จำนวน (ร้อยละ)		
กลุ่มทดลอง (n=26)	20 (76.9)	6 (23.1)	22 (84.6)	4 (15.4)	10.63	.002
กลุ่มควบคุม (n=26)	15 (57.7)	11 (42.3)	14 (53.8)	12 (46.2)	5.51	.033

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากผลการศึกษา ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามหัวข้อสำคัญ คือ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและผลการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80.8) และมีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่หยุดสูบแล้ว (กลุ่มทดลองร้อยละ 73.1 กลุ่มควบคุมร้อยละ 84.6) ยังสูบบุหรี่อยู่ (ร้อยละ 15.4) สอดคล้องกับมณฑกานต์ (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนและอารีรัตน์ (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เนื่องจากผู้ชายส่วนใหญ่มีการสูบบุหรี่ ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยอายุมากที่สุด 84 ปี อายุน้อยที่สุด 44 ปี เฉลี่ย 66.86 ปี (SD = 9.9) ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะแรกของโรคจะไม่ค่อยมีอาการผิดปกติ อาการจะค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งผู้ป่วยจะรู้ตัวว่าเป็นโรคนี้ก็ต่อเมื่ออาการเป็นมากแล้ว (วัชรา, 2554)

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการอาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองและสมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีความสามารถในการจัดการอาการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตาราง 4) และจากสมมติฐานที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตาราง 5) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีการติดตามการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากทุกราย โดยผู้วิจัยอธิบาย สอน สาธิตและแนะนำเนื้อหาในคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่กระตุ้นในการเลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยที่มีความเครียดแนะนำให้

ระบายความเครียด หรือพูดคุยกับคู่ชีวิตและคนในครอบครัว หรือการสวดมนต์ ทำสมาธิหรือขอความช่วยเหลือจากพระผู้เป็นเจ้า เป็นต้น มีการติดตามการประเมินผลสำเร็จตามเป้าหมาย หากสำเร็จตามที่วางไว้ ผู้วิจัยกล่าวยกย่องชมเชย ชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ดีและขอให้ปฏิบัติต่อไป ให้กำลังใจในการจัดการตนเอง หากไม่สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ กระตุ้นด้วยคำถามให้ผู้ป่วยสำรวจตนเองถึงข้อจำกัดและอุปสรรคที่มีอยู่ ดังจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการตนเองรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลองทั้ง 3 ด้าน (ตาราง 11 ภาคผนวก จ) 1) ด้านการประเมินอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง ผู้ป่วยในการศึกษาทั้ง 26 ราย เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นระยะเวลานานเฉลี่ย 11 ปี ประสบการณ์การเกิดอาการหายใจลำบาก เช่น การหายใจสั้นๆ ตื้นๆ ที่เกิดขึ้นติดๆ กัน เสียงวี๊ดที่ออกมาจากการหายใจ อาการแน่นหน้าอก ลักษณะการยกของไหลขณะหายใจเข้า-ออกและความถี่ของการพ่นยา รวมทั้งอาการเหนื่อยหลังพ่นยาที่สามารถบอกถึงความรุนแรงของอาการหายใจลำบากได้ในแต่ละครั้ง เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะประเมินอาการนั้นๆ ได้ ผู้ป่วยบางรายสามารถประเมินตนเองได้ว่าอาการที่เป็นอยู่จะสามารถกลับไปดูแลตัวเองที่บ้านได้หรือต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังคำพูดที่ว่า “ถ้าเป็นแบบนี้แล้วหมอให้กลับบ้านผมก็ต้องกลับมาอีก ต้องนอนโรงพยาบาล 2-3 วัน ฉีดยาแล้วหาย ผมรู้ตัวเองดี เป็นหลายครั้งแล้ว รู้ชะแล้ว” ผู้วิจัยยังได้ชี้แนะเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงลักษณะอาการและลักษณะของร่างกายเมื่อเกิดอาการหายใจลำบากที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการหายใจลำบากได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วขึ้น 2) ด้านการควบคุมอาการและการจัดการอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง จากการประเมิน (assess) ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีอาการหายใจลำบากไม่รุนแรง พบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการนั่งพักโดยการโน้มตัวไปข้างหน้าและลดการออกแรงในขณะที่มีอาการหายใจลำบาก แต่เมื่อผู้วิจัยให้ความรู้ ให้ดูรูปภาพ พร้อมสาธิตให้ผู้ป่วยดูหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยข้อนี้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง (ก่อนการทดลอง 1.23, หลังการทดลอง 4.65) นอกจากนี้ในการจัดการตนเองเรื่องการใช้ผ้าปิดปากและจมูก เพื่อป้องกันฝุ่นเข้าทางเดินหายใจ ผู้ป่วยยังเข้าใจผิดว่าจะทำให้หายใจไม่ออกจึงไม่ได้ใช้และไม่ได้ปิดป้องกันเมื่อใช้สารเคมีในการปลูกผัก การเลี้ยงสัตว์ และการให้อาหารสัตว์ เมื่อได้แนะนำและอธิบายผู้ป่วยหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยข้อนี้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงเช่นกัน (ก่อนการทดลอง 1.50, หลังการทดลอง 4.65) ในผู้ป่วยบางรายยังพบว่า มีการใช้ยาสมุนไพรร่วมด้วย เช่น มีความเชื่อว่าการต้มน้ำต้มกับหญ้าใต้ใบทุกวัน การรับประทานใบสดของฟ้าทะลายโจร ช่วยเรื่องหอบเหนื่อย จึงต้องเน้นให้ผู้ป่วยใช้ยาพ่นควบคู่ไปด้วย เพื่อควบคุมอาการหายใจลำบากไม่ให้อาการกำเริบเฉียบพลัน และ 3) ด้านการขอความช่วยเหลือในการจัดการอาการหายใจลำบาก คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการตนเองด้านนี้สูงกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากผู้ป่วยในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 67 ปี) ซึ่งมีข้อจำกัดในการจัดการตนเอง ได้แก่ 1) การหลงลืมทั้งในการรับประทานยาและการพ่นยา จึงต้องมีญาติหรือผู้ดูแลคอยเตือน

เรื่องการใช้ยา และ 2) เรื่องการเดินทางผู้สูงอายุก็ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่จะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก ผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวไม่ทราบมาก่อนว่าสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ คือ หน่วยนเรนทรหรือ 1669 ได้ จึงไม่ได้ขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้ชี้แจงวิธีการขอความช่วยเหลือจากหน่วยนเรนทรหรือ 1669 ซึ่งเป็นเบอร์โทรศัพท์ที่ใช้เพื่อโทรไปขอความช่วยเหลือเมื่อต้องเดินทางมาโรงพยาบาลจากอาการหายใจลำบากที่รุนแรงขึ้นหรือเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน จึงเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมกับอาการและระดับความรุนแรงของโรค เป็นไปตามแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้เทคนิค 5 เอ (5A's) ของกลาสโกวและคณะ (Glasgow et al., 2006) ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน (assess) การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) การยอมรับ (agree) การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และการติดตามประเมินผล (arrange) ร่วมกับแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553 ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ (5A's) เป็นแนวคิดที่นำมาใช้ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการจัดการตนเองให้สอดคล้องกับภาวะของโรค การนำเทคนิคนี้มาใช้ในการติดตามและประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงในการจัดการอาการของผู้ป่วย ซึ่งมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีการช่วยกันจัดการกับปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดการจัดการกับตนเองตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างยั่งยืน ผลการศึกษาครั้งนั้นนอกจากจะทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นในการจัดการตนเองของผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยส่งเสริมบทบาทของพยาบาลและสาขาวิชาชีพที่ดูแลอยู่ ให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยและจัดการกับปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง การเข้าใจเข้าถึงในสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ทำให้จัดการกับปัญหาของแต่ละบุคคลได้ตรงจุด เนื่องจากปัญหาของแต่ละคนแตกต่างกัน ศักยภาพในการแก้ไขประสบการณ์ที่มีและนำออกมาใช้ย่อมแตกต่างกัน (ศิริลักษณ์, ทิพมาสและเพลินพิศ, 2557) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนจัดการตนเองของชดช้อย (2559) ที่พบว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองได้ถูกจัดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ซึ่งต้องให้บุคคลที่เป็นโรคเรื้อรังนั้นมีแรงจูงใจในการจัดการตนเอง มีทักษะในการแก้ปัญหา กล่าวขอความช่วยเหลือ สามารถขอการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยรูปแบบของกิจกรรมที่เลือกนำมาใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสมตามลักษณะการเจ็บป่วยและข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละคน ได้แก่ รายบุคคล รายกลุ่ม อีกทั้งระยะเวลาที่เหมาะสมในแต่ละกิจกรรมหรือเฉพาะบุคคล นอกจากนี้การสนับสนุนการจัดการตนเองต้องมีความเฉพาะในแต่ละโรค มีการฝึกทักษะ การใช้คู่มือ การเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งพบว่าผลลัพธ์จากการสนับสนุนจัดการตนเองใช้ได้ผลดีในกลุ่มโรคเรื้อรังอย่างหลากหลาย เช่น สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้นอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ภาวะสุขภาพดีขึ้น อาการหายใจลำบากลดลง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและกิจวัตรประจำวันดีขึ้น อาการกำเริบเฉียบพลันลดลง ความเหนื่อยล้าลดลง

มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ภาวะอ้วนลดลง หายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจลดลง

สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิก การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นที่การลดอาการหายใจลำบาก โดยการจัดการตนเองและการเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการ โดยมีผู้วิจัยคอยช่วยเหลือ สนับสนุนการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการอาการได้ดีขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกฯ นั้น จะได้รับการบริการตามอาการ โดยทั่วไปตามมาตรฐานการรักษามีการให้ความรู้เรื่องโรค ยา ภาวะสุขภาพบำบัด แต่ไม่ได้เน้นสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีการนำเทคนิค 5 เอ (5A's) มาใช้ร่วมกับผู้ป่วยซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันเฉพาะคน สิ่งแวดล้อมที่อยู่ก็แตกต่างกัน แม้สิ่งแวดล้อมเหมือนกันยังพบความแตกต่างด้านการจัดการตนเองในการควบคุมและจัดการอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น เช่น มีผู้ป่วย 2 ราย อยู่ในชุมชนเดียวกัน บ้านอยู่ใกล้กัน รู้จักกันดี รายแรกจัดการตนเองได้ดีทุกข้อ แต่อีกคนต้องคอยกระตุ้น คอยให้กำลังใจ ติดตามสม่ำเสมอจึงทำให้สามารถจัดการตนเองได้ ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “ถ้ากับหมอกับพยาบาลเวลาบอกไหน (อะไร) ทำตามหมดนี่พอบอกให้หยุดสูบบุหรี่เลย เราแหลง (พูด) แล้วหลายรอบไม่ใช่เชื่อ ช่วงนี้ตัดยางรอดแล้ว” หรือ “หมอแหลง (พูด) หลายรอบแล้วสาวอายุ (อายุ) เลยหยุด” บางคนอยู่ในที่ชุมชน ใกล้ตลาดนัด เผาขยะทุกวัน มีสิ่งกระตุ้นทุกวัน โดยที่ไม่รู้ตัว ต้องแนะนำให้มีการกำจัดขยะไกลบ้านหรือฝัง ให้ผู้ดูแลเข้ามาช่วยในการจัดการกับขยะแทน มีการนำศักยภาพและข้อจำกัดที่ผู้ป่วยมีออกมาใช้และชี้ให้เห็นถึงจุดเด่นจุดด้อยของแต่ละคน สะท้อนกลับปัญหาที่เจอ หากผู้ป่วยมีข้อสงสัยหรือต้องการคำแนะนำ สามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยมีการติดตามต่อเนื่องและแก้ไขปัญหในส่วนที่ยังบกพร่อง ให้การช่วยเหลือสนับสนุนและติดตามประเมินผลในแต่ละบุคคล ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ตรงตามลักษณะปัญหาเฉพาะของตนเองได้อย่างแท้จริง และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์, ทิพมาสและเพลินพิศ (2557) เรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งมีการเสริมทักษะการจัดการตนเองร่วมกับรูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5 เอ (5A's) พบว่า ในกลุ่มที่ทำการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สมมติฐานที่ 3 อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตาราง 6) จะเห็นได้จากข้อมูลว่าก่อนทดลองผู้ป่วยที่มีระดับการหายใจลำบากที่ 0 คะแนนมีจำนวน 20 ราย หลังทดลองมีจำนวน 22 ราย และก่อนทดลองผู้ป่วยที่มีระดับการหายใจลำบากที่ 1 คะแนนมีจำนวน 6 ราย หลังทดลองจำนวน 4 ราย จึงอาจเป็นไปได้ว่าการที่จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรงลดลงแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้น เกิดจากการที่จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้น คือ จากระดับการหายใจลำบากที่ 1 มาเป็นระดับการหายใจลำบากที่ 0 มีจำนวนน้อยเพียงจำนวน 2 ราย ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีคะแนนอาการหายใจลำบากเดิมอยู่ที่ 0 คะแนนซึ่งหมายถึงรุนแรงน้อย มีจำนวนเท่าเดิม (แสดงว่าอาการไม่ได้แย่ลง) และอาจเป็นเพราะผู้ป่วยจำนวน 4 ราย ยังคงได้รับสิ่งกระตุ้น (ควีนบุหรี) กล่าวคือผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และอีก 2 ราย ยังคงนั่งดื่มสุรากับเพื่อนที่สูบบุหรี่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อการอักเสบเรื้อรัง ของระบบทางเดินหายใจ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอาการหายใจลำบากเมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบหรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน เมื่อวัดคะแนนหายใจลำบากจึงคะแนนเท่ากับ 1 คะแนนเท่าเดิม

สมมติฐานที่ 4 อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตาราง 7) สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้วิจัยมีการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามกลุ่มทดลองอยู่ตลอดทุกสัปดาห์ทั้งจากการลงเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ มีการ ชื่นชมให้กำลังใจในส่วนที่ทำได้ดีและมีการร่วมกันหาทางจัดการในส่วนที่ยังทำไม่ได้ เช่น การเลิกบุหรี การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการใส่หน้ากากป้องกันฝุ่น ทำให้กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองได้ดีขึ้น มีผลให้อาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยจำนวน 4 ราย ที่สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้จำนวน 1 ราย และกลุ่มที่เลี้ยงสัตว์ มีการใส่หน้ากากป้องกันตนเอง เมื่อเผาขยะ มีจัดการฝุ่นในบ้านที่เหมาะสม เป็นต้น สอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (วิมลรัตน์และคณะ, 2559) ที่สรุปว่า การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและมั่นใจในความสามารถในการจัดการตนเองจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นนั้น ต้องมีการบูรณาการโปรแกรมอย่างน้อย 1 เรื่อง ได้แก่ (1) การดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ (2) แผนการจัดการดูแล (clinical pathway) (3) การติดตามอาการ (clinical follow-up) (4) การจัดการรายกรณี และ (5) การให้ความรู้หรือการสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งในที่นี่จะเห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่พัฒนาเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีการบูรณาการ การให้ความรู้หรือการสนับสนุนการจัดการตนเอง การติดตามอาการ และการดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ จึงทำ

ให้ผลลัพธ์ทางคลินิก คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่มีอาการหายใจลำบากที่รุนแรงมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากตารางที่ 7 พบว่า ทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอาการหายใจลำบากรุนแรง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จึงไม่สามารถยืนยันได้ชัดเจนว่าโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองนี้ส่งผลต่อระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากแต่เห็นถึงแนวโน้มที่ดีขึ้น เนื่องจากยังพบว่ามีปัจจัยกวนและข้อจำกัดของโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่สามารถจะประเมินค่า FEV_1 ของกลุ่มตัวอย่าง จึงอาจส่งผลต่อกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย ของโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จับคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความคล้ายคลึงกันจนได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มละ 26 ราย ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2559 ถึงเดือนธันวาคม 2559

การศึกษาในครั้งนี้ มีเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยนำรูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ (5A's) (Glasgow et al., 2006) มาประยุกต์ใช้ จากการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง มีการติดตามไปเยี่ยมบ้านทุกราย เพื่อศึกษาข้อมูลติดตามการจัดการตนเองและการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ร่วมกันหาทางจัดการในส่วนที่ยังทำไม่ได้ นอกจากนี้มีการติดตามทางโทรศัพท์สอบถามการจัดการตนเอง การจัดการอาการ การชื่นชม การให้กำลังใจในส่วนที่ทำได้ดีและในส่วนของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งประกอบด้วย บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ประเมินความสามารถในการจัดการอาการ โดยใช้แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและแบบวัดอาการหายใจลำบาก โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนอาการหายใจลำบาก (mMRC DS) ซึ่งใช้ประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในสัปดาห์ที่ 8 แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแบบวัดที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาจากณัฐฐิกา (2551) และธนันชกร (2558) ลักษณะข้อคำถามมี 3 ด้าน คือ ด้านการประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง ด้านการจัดการอาการและการควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยตนเองและด้านขอความช่วยเหลือในการจัดการอาการหายใจลำบากและผ่านการตรวจคุณภาพของเครื่องมือ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .83 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .79

การเก็บข้อมูลในครั้งนี้ใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย เพื่อประเมินอาการหายใจลำบากและความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ในสัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน สัปดาห์ที่ 3, 4, 6, และ 7 ผู้วิจัยพูดคุยทางโทรศัพท์กับกลุ่มตัวอย่างและสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกฯ เพื่อประเมินอาการหายใจลำบากและความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยาย ในการบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ ใช้สถิติไคสแควและสถิติทีอิสระ เพื่อศึกษาคุณสมบัติความคล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานการวิจัย เลือกใช้สถิติอ้างอิงแบบพารามेटริก เมื่อชุดข้อมูลผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ Dependent t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 พบว่า ความสามารถในการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
2. ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า ความสามารถในการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
3. ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 พบว่า อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)
4. ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 พบว่า อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้

1. การศึกษานี้ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงน้อยและรุนแรงปานกลาง จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดได้ ซึ่งทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงมากและรุนแรงมากที่สุด
2. ความไวของเครื่องมือวัดอาการหายใจลำบากอาจไม่ไวพอที่จะวัดการเปลี่ยนแปลงของอาการหายใจลำบากได้ เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความรู้สึกเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากของตนเอง ซึ่งอาจไม่สะท้อนถึงพยาธิสภาพของปอดตามความเป็นจริง
3. ควรเลือกใช้เครื่องมือวัดอาการหายใจลำบากที่มีความแม่นยำมากกว่าแบบสอบถาม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล
ควรมีการเตรียมพร้อมบุคลากรพยาบาล มีการอบรมหรือพัฒนาทักษะในการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. ด้านบริหารการพยาบาล
ควรมีการเตรียมความพร้อมของหน่วยงาน เพื่อให้มีการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยให้มีความสามารถในการจัดการตนเองที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในระยะยาวเพื่อยืนยันถึงความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้โปรแกรมนี้
2. ควรทำการศึกษาการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยรายใหม่หรือผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงมากและรุนแรงมากที่สุด เพื่อยืนยันประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรวรรณ จันทพิมพะ, จรรยา สันตยากร, ชมนาด วรรณพรศิริ, และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2550). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลต่อสมรรถทางกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(1), 56-71.
- งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา. (2555-2557). ค้นคว้าจากรายงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา.
- จิราพร รักษายศ, และศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ. (2556). ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกคนรักขปอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 22(6), 973-978.
- จุฬารัตน์ สุริยาทัย, สารภี วงศ์สิทธิ์, ศรีมาย พันธุ์แก้ว, และมณีวรรณ วงศ์สุขพิศาล. (2554). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 20(2), 313-322.
- จุก สุวรรณโณ. (2549). *ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการและผลลัพธ์ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์). ค้นจาก http://library.psu.ac.th/digital_collection/etheses
- จอม สุวรรณโณ, จุก สุวรรณโณ, และลัดดา จามพัฒน์. (2552). ปัจจัยด้านอาการหายใจเหนื่อยหอบ สมรรถนะการทำงานของปอดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [อิเล็กทรอนิกส์]. *Rama nurse journal*, 15(1), 127-140.
- ชุมพร ฉ่ำแสง, อุมพร เคนศิลา, นัยนา ตั้งใจดี, และกิตติพงศ์ คงสมบูรณ์. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก. [อิเล็กทรอนิกส์]. ค้นจาก http://ir.swu.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/2497/Chumporn_C_R440190.pdf?sequence=1
- ชัชวาล ปัญญาพยจติ. (2556). คนไทยกว่า 90 %ป่วยถูกลมโป่งพองจากบุหรี่. ค้นจาก <http://www.Thaihealth.or.th>

- ชดช้อย วัฒนชะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(1), 117-127.
- นันทา มาระเนตร์, อรรถ นานา, สุรีย์ สมประดีกุล, สุนทรี ฉัตรศิริมงคล, และวรรณมา เอียดประพาล. (2553). *แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์บริษัทยูเนี่ยนอุลตราไวโอเล็ต จำกัด.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- เบญจวรรณ ถิ่นเครื่องจีน. (2554). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLis -Thai Library Integrated System).
- ณัฐิกา แซ่แต้. (2551). *ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการจัดการอาการหอบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบของพื้นที่ชายแดนใต้* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์). ค้นจาก http://library.psu.ac.th/digital_collection/theses
- ณัฐพล พลเทพ, อภิญญา วงศ์พิริโยธา, และสุรชาติ สิทธิปกรณ์. (2556). *ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง* [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(2), 44-53.
- ทัศนีย์ ภูวิกรมย์, จิราภรณ์ ฉลานวัฒน์, และละเอียด จารุสมบัติ. (2557). *ผลของการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณต่อความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบากและการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 149-161.
- ชนันชกร ช่วยทำว. (2558). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLis -Thai Library Integrated System).
- ธารีรัตน์ อนันต์ชัยทรัพย์. (2555). *แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง* ในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ค้นจาก <http://medinfo2.psu.ac.th/web/pdf/copd>

- พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์, สุภาภรณ์ ต้วงแพง, และเขมมาตรี มาสิงบุญ. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(4), 96-108.
- พรรณนิภา สืบสุข. (2554). บทบาทพยาบาลกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [อิเล็กทรอนิกส์]. *Journal of Nursing Science*, 29(2), 18-26.
- ภัคพร กอบพิงตัน, ชนกพร อุตะมะ, นาฎยา เอื้องโพโรจน์, และปรีชาติ ชันทรักษ์. (2554). การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลนครพิงค์ [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(2), 22-31.
- มณฑกานต์ เวชชาภินันท์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์). ค้นจาก <http://www.foxitsoftware.com> For evaluation only.
- เมธิณี จันตียะ, พนิดนาฏ ชำนาญเสื่อ, และมุสตี คุณาพันธ์. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการ โรงพยาบาลสระบุรี [อิเล็กทรอนิกส์]. *Rama Nurse Journal*, 29(2), 46-55.
- รังสฤษฎ์ รังสรรค์. (15 พฤษภาคม 2556). ER goldbook Exacerbation of COPD. ค้นจาก <http://www.ergoldbook.blogspot.com/2012/07/copd.html>.
- รัตนา จำภา. (2554). การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในโรงพยาบาลพศกภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น) ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLis-Thai Library Integrated System).
- ลาวัลย์ ตุ่นทอง, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกลเลิศ, คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมร, และเจริญ ชูโชติถาวร. (2550). ปัจจัยทำนายความกดดันทางจิตใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *Journal Nursing Science*, 30(1), 40-48.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, จงกลวรรณ มุกสิกทอง, ศรีรัตน์ ศรีประสงค์, วารุณี พลิกบัว, ปิโยรส เกษตรกาลาม์, สิริกาญจน์ หาญรบ, วิภารัตน์ ศรีสุวรรณ, ลินจง โปธิบาล, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, สุนิภา ชินวุฒิ, ธวัชชัย สัตยสมบุรณ์, ปทุมทิพย์ อดุลวัฒน์ศิริและศรีสุดา เอกลักษณ์. (2559). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ค้นจาก <http://www.kb.hsri.or.th>

- วิภาวัลย์ จันทน์แปลง. (2557). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการให้ความรู้เพื่อป้องกันและจัดการอาการหายใจลำบากสำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหล่มสักดี จังหวัดเพชรบูรณ์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น). ค้นจาก *โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLis-Thai Library Integrated System)*.
- วัชราน บัญสวัสดิ์. (2554). Breaking New Ground In COPD Management [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน, 10 (3), 39-47.*
- วัชราน บัญสวัสดิ์. (2555). Trends in new guideline for COPD. ค้นจาก <http://www.eac2.dbregistry.com/mbdfemplate/mytemplte/itemplat.php?...view...>
- สารนิตี บุญประสพ. (2555). อาการหายใจลำบาก: บทบาทของพยาบาล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 17 (3), 328-342.*
- สุกัลยา นาดิ, อัมพรพรรณ ธีรานูตร, และวัชราน บัญสวัสดิ์. (2554). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 29(4), 69-78.*
- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2550). ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา: ข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะวิธีการคำนวณ. *วารสารพยาบาล, 34(4), 1-5.*
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, และสุรจิต สุนทรธรรม. (บรรณาธิการ). (2555). *แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานการบำบัดโรคเสพยาสูบในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง 2555)*. ค้นจาก <http://www.pckpbac.th>>ULIB6>dublin
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). ข่าวประชาสัมพันธ์. ค้นจาก <http://www.nhso.go.th>
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.). (2547). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เจ. เอส. การพิมพ์. ค้นจาก <http://www.wopsmoph.go.th>>ops>oic>data
- ศิริลักษณ์ ฤงทอง, ทิพมาส ชินวงศ์, และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2557). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. [อิเล็กทรอนิกส์]. *Songklanagarind Journal of Nursing, 35(1), 76-84.*
- อมรรัตน์ นาคละมัย, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คะนิงนิจ พงศ์ถาวรภมร, และเจริญ ชูโชติถาวร. (2554). อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [อิเล็กทรอนิกส์]. *Journal of Nursing Science, 29(2), 46-55.*

- อรรรรณ น้อยวัฒน์. (2555). สุขภาพกับคุณภาพชีวิต. *จุลสารวิชาสุขภาพออนไลน์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*. ค้นจาก http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book55_3/pbhealth.html
- อรุณ จีรวัดน์กุล. (2553). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์บริษัทออฟเซ็ท ครีเอชัน จำกัด.
- อารีรัตน์ ม่วงไหมทอง. (2551). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยคริสเตียน). ค้นจากโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLis-Thai Library Integrated System).
- อุมาภรณ์ สอนปัญญา. (2552). *การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น). ค้นจากโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLis-Thai Library Integrated System).
- อัครา เบ็ญอิสมาแอล. (2554). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : กรณีศึกษาโรงพยาบาลทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา). ค้นจากโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLis-Thai Library Integrated System).
- Akinci, A. C., Olgun, N. (2011). The effectiveness of nurse-led, home based pulmonary rehabilitation in patients with COPD in Turkey [Electronic version]. *Rehabilitation Nursing*, 36(4), 159-165. Available from ProQuest Nursing and Allied Health Source.
- Bailey, H.B., Boyles, C.M., Cloutier, J.D., Bartlett, A., Goodridge, D., Manji, M., and Dusek, D. (2013). Best Practice in Nursing Care of Dyspnea: The 6th vital sign in Individuals with COPD [Electronic version]. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(1), 108-122.
- Burtin, C., Decramer, M., Gosseling, R., Janssens, W., & Troosters, T. (2011). Rehabilitation and Acute Exacerbations [Electronic version]. *European Respiratory Journal*, 38(3), 702-712.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

- Glasgow, R. E., Emont, S., & Miller, D. C. (2006). Assessing Delivery of Five 'As' for Patient-Centered Counseling. *Health Promotion International*, 21(3), 245-255.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2014). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Retrieved from [http://www. goldcopd. org](http://www.goldcopd.org)
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2015). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Retrieved from <http://www. goldcopd. Org>
- Grant, S., Aitchison, T., Henderson, E., Christie, J., Zare, S., MCMurray, J., and Dargie, H. (1999). A Comparison of the Reproducibility and the Sensitivity to Change of Visual Analogue Scales, Borg Scales, and Likert Scales in Normal Subjects During Submaximal Exercise. Retrieved from: [http://publications. chestnet.org](http://publications.chestnet.org)
- Jantarakupt, P. & Porock, D. (2005). Dyspnea Management in lung Cancer: Applying the Evidence from Chronic Obstructive Pulmonary Disease [Electronic version]. *Nursing Forum*, 32(4), 785-797.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assign Evidence for Nursing Practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Treadwell, J., Perez, R., Stubbs, D., McAllister, J.W., Stern, S., & Buzi, R. (2015). Case Management and Care Coordination Supporting children and families to Optimal Outcomes. *Essential Skills for Case Managers* (Chap. 2). Retrieved from [http://www. springer. com/978-3-319-07223-4](http://www.springer.com/978-3-319-07223-4)
- Valero, C., Monteagudo, M., Llagostera, M., Bayonona, X., Granollers, S., Acedo, & M., Munoz, L. (2009). 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 Retrieved from [http://www. biomedcentral. com/1471-2458/9/442](http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/442)
- World Health Organization. (2015). *Chronic Respiratory Diseases, Burden of COPD*. Retrieved from [http://www. whoint/respiratory/copd/burden/en/index. html](http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/index.html)

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างของโคเฮน (Cohen, 1988)

$$ES = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\text{Pooled SD}}$$

$$\text{เมื่อ Pooled SD} = \sqrt{(SD_1^2 + SD_2^2)/2}$$

ES คือ ขนาดอิทธิพล

\bar{X}_1 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

\bar{X}_2 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_1 คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

SD_2 คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก (เบญจวรรณ, 2554)

$$\bar{X}_1 = 306.67 \quad \bar{X}_2 = 260.47 \quad SD_1 = 50.31 \quad SD_2 = 20.68$$

$$\text{แทนค่าในสูตร} = \frac{306.67 - 260.47}{\sqrt{(50.31^2 + 20.68^2)/2}}$$

$$= 1.20$$

เปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 ราย

ภาคผนวก ข

คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุการเกิดโรค อาการ ผลกระทบและการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประกอบด้วย การหายใจ การไอที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร แนวทางการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังติดยาสูบและการผ่อนคลาย



ที่มา : home.kku.ac.th

คำนำ

คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นคู่มือที่ช่วยในการสนับสนุนการจัดการตนเอง เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุการเกิดโรค อาการ ผลกระทบและการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประกอบด้วย การหายใจ การไอที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร แนวทางการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังติดยาสูบและการผ่อนคลาย เพื่อให้สามารถจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองได้อย่างมั่นใจและมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและอาการหายใจลำบากลดลง

คู่มือนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลักสูตรการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยมี ผศ.ดร.เนตรนภา คู่พันธ์วี และ ผศ.ดร.ทิพมาศ ชินวงศ์ เป็นที่ปรึกษา

ด้วยความหวังใย
นุชรัตน์ จันทโร
10 กุมภาพันธ์ 2559



ที่มา : store.line.me

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	4
อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค.....	5
อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	6
ผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อเป็นโรคนี้.....	7
การจัดการกับโรคนี้ทำอย่างไร.....	8
การใช้ยา.....	10
การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด.....	18
การหายใจ.....	19
การไอขับเสมหะอย่างถูกวิธี.....	20
การออกกำลังกาย.....	21
การรับประทานอาหาร.....	23
การเลิกยาสูบ.....	24
การจัดการความเครียด.....	25
การทำสมาธิ.....	25
การนวดคลายเครียด.....	27
แบบบันทึกการจัดการตนเอง.....	32



โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

*โรคนี้เป็นยังไงกันนะ!
เรามาทำความรู้จักกันเถอะ*

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ โรคซีไอพีดี คือ โรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจและมีการอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจและปอด จากการระคายเคืองของสิ่งกระตุ้น เช่น ฝุ่น คิวายาสูบและควันต่างๆทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก อาการจะเกิดอย่างช้าๆ เป็นแล้วสามารถรักษาได้ แต่หลอดลมและถุงลมไม่สามารถทำให้กลับมาเป็นเหมือนเดิมได้



ที่มา : www.oknation

อะไรเป็นสาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- ยาสูบเป็นสาเหตุสำคัญและพบบ่อยที่สุด ยิ่งสูบบุหรี่มากและระยะเวลาสูบบุหรี่นาน ยิ่งมีโอกาสเป็นมาก คนที่ไม่ได้สูบบุหรี่เองแต่ได้รับควันมีโอกาสเกิดโรคเช่นกัน
- การทำงานที่มีการสูดสารเคมีเข้าไปปริมาณมากและระยะเวลายาวนาน เช่น งานเชื่อมโลหะ เหมืองถ่านหิน โรงงานผ้า เป็นต้น
- สิ่งแวดล้อมทั้งในบ้าน ที่ทำงานและสถานที่สาธารณะ เช่น ไม้ ขนสัตว์ น้ำหอม สารเคมี การเผาไหม้เชื้อเพลิงและเครื่องจักรต่างๆ
- โรคทางพันธุกรรม เช่น โรคขาดเอนไซม์ ที่ชื่อแอลฟาวัน แอนตีทริปซิน ส่งผลให้บางคนเป็นโรคนี้ได้และถ่ายทอดไปสู่ลูกหลาน



ที่มา: www.myfirstbrain.com

อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างไร

1. อาการหายใจลำบาก เป็นอาการที่เกิดจากการคั่งค้างของอากาศ จากการอุดกั้นของหลอดลมและถุงลม ทำให้มีลมค้างในปอดเพิ่มขึ้น จนทำให้เกิดความรู้สึกยากลำบากในการหายใจ หายใจไม่อิ่ม
2. อาการไอเรื้อรัง เป็นอาการที่พบบ่อยและพบเป็นอันดับแรกของผู้ที่เป็นโรคนี้หรือของคนที่ยาสูบ ในระยะแรกอาการไอจะเป็นนานๆครั้ง หลังจากนั้นจะไอบ่อยขึ้น จนมีอาการทุกวัน เรียกว่าไอเรื้อรังและจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ
3. เสมหะเหนียวและเรื้อรัง จะพบว่า เสมหะจะมีลักษณะเหนียวและค่อยๆเพิ่มปริมาณขึ้น
4. หายใจมีเสียงหวีดหรือวี๊ดและแน่นหน้าอก เกิดจากการที่ลมเดินทางผ่านหลอดลมและถุงลมที่มีการบวมจนตีบแคบจากการอักเสบ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อเป็นโรคนี

อาการหายใจลำบากเมื่อรุนแรงมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วย ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นจนถึงระยะท้ายของโรค กิจกรรมประจำวันเปลี่ยนแปลงไป สมรรถภาพปอดลดลงมาก ๆ ทำให้ออกซิเจนในเลือดต่ำอยู่เป็นเวลานานเกิดภาวะหัวใจข้างขวาล้มเหลวได้ ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหารรับประทานได้น้อยลง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง

2. ผลกระทบด้านจิตใจ เมื่ออาการหายใจลำบากมีความรุนแรงมากขึ้น จนมีผลให้การดำเนินชีวิต ในประจำวันเปลี่ยนแปลงไป จนต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจนเกิดความเครียด วิตกกังวล เมื่อไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเกิดค่าใช้จ่ายกับตัวของผู้ป่วยเองและครอบครัว การร่วมกิจกรรมสังคมเปลี่ยนแปลงไป ทำกิจกรรมทางสังคมลดลงจากอาการลำบากที่รบกวน



ที่มา : mbtsbroking.com

**การจัดการตนเองด้านการ
จัดการอาการทำอย่างไรบ้าง**



**สิ่งที่สำคัญที่สุด
คือการจัดการ
ตนเองก่อน**

ที่มา : oknation.net

เรามาเรียนรู้การจัดการตนเองกันดีกว่า

การจัดการตนเอง เป็นการควบคุมตนเองอย่างมีเป้าหมาย มีการปรับเปลี่ยนการรับรู้ด้วยความเข้าใจของตนเอง ซึ่งมีดังนี้

1. การจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย การใช้ยา การบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ

1.1 การใช้ยา เมื่อรู้สึกเหนื่อย หายใจขัด หายใจไม่อิ่ม สามารถใช้ยาพ่นขยายหลอดลม ห่างกัน 15–20 นาที ไม่เกิน 3 ครั้ง หากอาการไม่ทุเลาลงจึงไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

1.2 การบริหารการหายใจ เป็นกระบวนการควบคุมการหายใจหรือการใช้กล้ามเนื้อต่างๆ ที่จะช่วยในการหายใจได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เพราะจะช่วยลดอาการหอบลงได้และการนั่งพักโดยการโน้มตัวไปข้างหน้า ช่วยในการสแกนพลังงานได้

1.3 การไออย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการช่วยกลไกในการกำจัดสิ่งแปลกปลอมของร่างกาย ช่วยให้หายใจโล่ง กำจัดเสมหะได้

2. การจัดการตนเองเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต ประกอบด้วย การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การเลิกยาสูบ

2.1 การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น การไม่อยู่ในที่แออัด การใช้ หน้ากากปิดจมูกและปาก หลีกเลี่ยงการเข้าไปใกล้ผู้ที่ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น หวัด วัณโรค เพราะจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดหลอดลมอักเสบเฉียบพลันได้

2.2 การรับประทานอาหารและโภชนาการ ควรรับประทานอาหาร อ่อนย่อยง่าย แบ่งมื้ออาหาร ทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง 4-6 ครั้งต่อวัน หลีกเลี่ยงอาหาร ที่ทำให้เกิดก๊าซ เช่น ถั่ว กะหล่ำปลี เพราะจะทำให้กระเพาะอาหารขยาย ดันกระบังลมให้ เลื่อนสูงขึ้น ปอดขยายตัวได้น้อย

2.3 การออกกำลังกาย จะช่วยให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น ควรทำ อย่างต่อเนื่อง อาทิตย์ละ 3 - 5 ครั้ง

2.4 การนอนหลับพักผ่อน ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น ควรพักผ่อน วันละ 6 - 8 ชั่วโมง

2.5 การเลิกยาสูบ จะช่วยชะลอการทำลายเนื้อเยื่อของปอด ปอด เสื่อมช้าลงเท่ากับคนที่ไม่สูบบุหรี่ได้

3. การจัดการด้านอารมณ์ ความเครียด เป็นสิ่งกระตุ้นทำให้มีอาการ เหนื่อยหอบมากขึ้นได้ การผ่อนคลายและการจัดการด้านความเครียดจึงจำเป็นอย่างยิ่ง



ที่มา : aprilworld.exteem.com

ซึ่งการฝึกทักษะในการจัดการความเครียดที่ถูกต้องมีหลายวิธี แต่ในนี้จะ เลือกมาเฉพาะวิธีที่ปฏิบัติได้ง่ายด้วยตนเอง

**ยาที่ใช้บ่อยๆ ในการรักษามี
ลักษณะอย่างไรบ้าง
เรามาทำความรู้จักกันเถอะ**

การใช้ยา

ยาที่ใช้บ่อยในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่

1. ยาขยายหลอดลม เป็นยาหลักจำเป็นพื้นฐาน มีประโยชน์มาก
ตอนที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรง จะใช้เฉพาะเวลามีอาการ เพื่อให้อาการหายใจลำบาก
ลดลง มีทั้งยากิน ยาพ่นสูดและยาฉีด
2. ยาสเตียรอยด์ ช่วยรักษาอาการอักเสบของหลอดลม ถุงลมและ
ภายในปอด ลดการบวมและการอุดกั้นได้ มีทั้งยากิน ยาพ่นสูดและยาฉีดเช่นกัน
3. ยาละลายเสมหะ ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีเสมหะเหนียวข้น
4. ยาแก้ไอ ช่วยบรรเทาอาการไอได้ ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการไอและไอ

เรื้อรัง

ยารับประทาน

1. ก่อนรับประทานยา ตรวจสอบชื่อยา ขนาด จำนวน วิธีการใช้ยา ให้ถูกต้อง
2. รับประทานยาให้ตรงตามเวลาทุกวัน
3. ถ้าจำเป็นต้องเดินทางควรนำยาติดตัวไปด้วย
4. สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทุกครั้ง



ยาพ่นชนิดสูด

มี 2 ชนิด ได้แก่
1. ยาพ่นขยายหลอดลมเพื่อบรรเทาอาการ
2. ยาพ่นสเตียรอยด์เพื่อป้องกันอาการ

แบบกระบอกมือถือพ่นบรรเทาอาการ



แบบกระบอกมือถือพ่นป้องกันอาการ



แบบหน้ากากครอบพ่นละอองฝอย
ขยายหลอดลมช่วยบรรเทาอาการ



แบบตั้บกลมผสมทั้งขยายหลอดลม
เพื่อบรรเทาและป้องกันอาการ



วิธีการใช้ยาพ่นชนิดมือถือชนิดสูด



ยาพ่นสูดชนิดออกฤทธิ์ขยายหลอดลมใช้พ่นเมื่อมีอาการหายใจลำบากหรือหอบเหนื่อยเท่านั้น พ่นยาก่อนทำกิจกรรม 15–30 นาที จะทำให้ทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น

1. เปิดฝาครอบกระบอกยาพ่นสูดออก
2. ถือขวดยาตั้งตรง เขย่ากระบอกยาก่อนใช้ ประมาณ 5 ครั้ง
3. หายใจออกให้เต็มที่และใช้ริมฝีปากอมปากพ่นยาให้สนิท เริ่มหายใจเข้าลึกๆ ช้าๆ ผ่านทางปาก พร้อมทั้งกดยาพ่นเข้าไปให้พร้อมๆ กับขณะเริ่มหายใจเข้าจนสุด
4. กลั้นหายใจค้างไว้ไม่น้อยกว่า 10 วินาที เพื่อให้ยาสามารถเข้าไปสู่หลอดลมได้เต็มที่ จากนั้นหายใจออกตามปกติ เช็ดปากกระบอกยาโดยใช้น้ำเปล่าให้สะอาด ปิดฝาครอบกลับตามเดิม (หากแพทย์ให้ท่านใช้ยามากกว่า 1 ครั้ง ให้รอ 30–60 วินาที ก่อนพ่นยาครั้งต่อไป)

วิธีการใช้อุปกรณ์ช่วยการสูดยาร่วมกับยาพ่นมือถือนชนิดสูด



1. ประกอบกระบอกยาพ่นเข้ากับอุปกรณ์ช่วยการสูดยา



2. เขย่ากระบอกยาพ่นขึ้นลง ประมาณ 5 ครั้ง แล้ววางอุปกรณ์ช่วยการสูดยาออกให้สุด

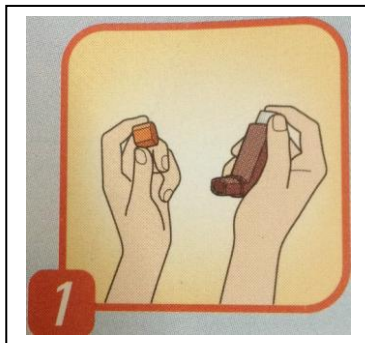


3. หายใจออกให้เต็มที่ เปิดฝาออกใช้ริมฝีปากอมปาก อุปกรณ์ช่วยการสูดยาให้สนิท ค่อยๆ กดพ่นยาผ่าน อุปกรณ์ช่วยการสูดยา 1 ครั้ง หายใจเข้าช้าๆ และ ลึกๆ ทางปากจนสุดและกลืนหายใจค้างไว้ ไม่น้อยกว่า 10 วินาที จากนั้นค่อยๆ หายใจออกตามปกติ (หากแพทย์ให้ท่านใช้ยามากกว่า 1 ครั้ง ให้รอ 30-60 วินาที ก่อนพ่นยาครั้งต่อไป)



4. ให้เก็บพับอุปกรณ์ช่วยสูดยาขึ้นเหมือนเดิม จนได้ยินเสียงคลิก เช็ดทำความสะอาดปากกระบอกยาให้สะอาด จากนั้นจึงปิดฝากระบอกยาก่อนเก็บ

วิธีการใช้อุปกรณ์ช่วยการสูดยาร่วมกับยาพ่นมือถือสตีรอยด์ชนิดสูด



1. เปิดฝาครอบกระบอกพ่นยาสูดออก




2. ประกอบกระบอกยาพ่นสูดเข้ากับอุปกรณ์ช่วยการสูดยา



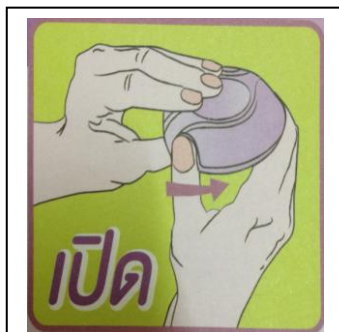
3. เขย่ากระบอกยาสูดขึ้นลง ประมาณ 5 ครั้ง จึงค่อยกดพ่นยา ใส่ในอุปกรณ์ช่วยสูดยา 1 ครั้ง โดยที่ฝายังปิดอยู่ ดังรูป



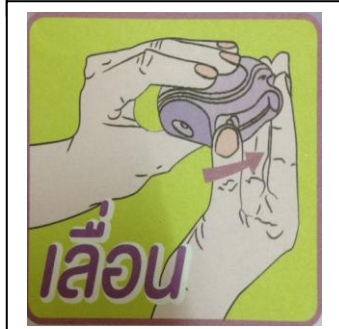
4. หายใจออกให้เต็มที่ เปิดฝาดอกใช้ริมฝีปากอมปากอุปกรณ์ช่วยการสูดยาให้สนิท หายใจเข้าทางปากจนสุดและกลืนหายใจค้างไว้ ไม่น้อยกว่า 10 วินาที ค่อยๆ หายใจออกตามปกติ เช็ดทำความสะอาดก่อนเก็บ (หากแพทย์ให้ท่านใช้ยามากกว่า 1 ครั้ง ให้รอ 30-60 วินาที ก่อนพ่นยาครั้งต่อไป)

 หลังจากใช้ยาพ่นสูดสเตียรอยด์ทุกครั้ง จะต้องกลั้วคอ บ้วนปาก ด้วยน้ำสะอาดและทำความสะอาดภายในช่องปากทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดแผล การเกิดเชื้อรา เสียงแหบและการติดเชื้อภายในช่องปาก

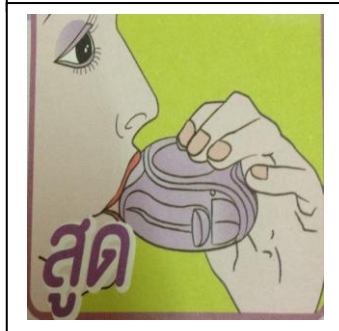
วิธีการใช้ยาพ่นสูดชนิดตั๊กลม



1. ใช้มือข้างหนึ่งจับที่ตัวตั๊กลมด้านนอก แล้วใช้นิ้วหัวแม่มือของอีกข้างหนึ่งวางที่ร่อง ดันหัวแม่มือในทิศทางออกจากตัวไปจนสุด



2. ถี้อตั๊กลม โดยให้ด้านปากกระบอกหันเข้าหาตัวเอง ใช้นิ้วมือดันตามลูกศรเพื่อเปิดตั๊กลม ดันแกนเลื่อนออกไปจนสุดจนได้ยินเสียงคลิก จะทำให้รูเล็กๆ ที่ปากกระบอกของตั๊กลมเปิดออกและผงยาจะถูกปล่อยออกมา พร้อมทั้งจะสูดยาได้ทันที



3. หายใจออกให้หมด อมปากกระบอกบริเวณรูเล็กๆ ที่ปากกระบอก แล้วสูดหายใจเข้าทางปึกให้ลึกและเต็มที่ กลั้นหายใจไว้ประมาณ 10 วินาที แล้วค่อยหายใจออกทางจมูกช้าๆ เช็ดปากกระบอกเครื่องให้สะอาด



4. วางหัวแม่มือลงบนร่อง แล้วเลื่อนกลับเข้าหาตัวจนสุด เมื่อตั๊กลมถูกปิดจะมีเสียงดังคลิก ตัวแกนจะเลื่อนกลับที่ตำแหน่งเดิมและจะถูกตั้งใหม่โดยอัตโนมัติ เพื่อพร้อมใช้งานในครั้งต่อไป (หากแพทย์ต้องการให้ใช้ยามากกว่า 1 ครั้ง ให้เริ่มทำใหม่)

**บ้วนปากทุกครั้งหลังจากสูดยาเสร็จ

รู้ได้อย่างไรว่ายາหมด

การทดสอบยาหมด

หากยาชนิดเป็นกระบอกหมด กดยาแล้วจะไม่มีผงยาสีขาวออกมา
สำหรับยาเป็นตั้บกลม ตัวเลขแสดงปริมาณของยาจะลดลงทีละ 1 เมื่อเปิดยาสุด
หากตัวเลขเป็น 0 แสดงว่ายาหมด

การทำความสะอาดต้องทำอย่างไร

การทำความสะอาดกระบอกยาพ่น

ดึงหลอดยาออกจากกระบอกยาพ่นสุด นำกระบอกยาไปล้างผ่านน้ำที่เปิด
ไหลประมาณ 1-2 นาที แล้วจึงนำไปผึ่งให้แห้งบริเวณอากาศถ่ายเทสะดวกและปราศจาก
ฝุ่น ควรล้างอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

การล้างทำความสะอาดอุปกรณ์ช่วยการสูดยา ควรทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ถ้าหากล้างด้วยน้ำสะอาด นำไปผึ่งให้แห้ง ก่อนการใช้ครั้งต่อไป ต้องพ่นยา
ทิ้ง 1 ครั้ง เพื่อให้ตัวยาเคลือบผนังด้านในของอุปกรณ์ช่วยการสูดยาก่อน

ถ้าเป็นน้ำยาล้างจานเจือจาง (น้ำยาล้างจาน 1 หยดต่อน้ำ 1 ลิตร) นำไปผึ่ง
ให้แห้งโดยไม่ต้องล้างด้วยน้ำสะอาด ก่อนการใช้ไม่ต้องพ่นยาทิ้ง



หมายเหตุ หากไม่สามารถพ่นยาได้ให้นำยาไปโรงพยาบาลเพื่อให้พยาบาลหรือ
เภสัชกรตรวจสอบ รวมทั้งวันหมดอายุของยาด้วย

ทำอย่างไรให้ปอดแข็งแรง



การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีดังนี้

1. อาการหายใจลำบากลดน้อยลง เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง
2. เพิ่มประสิทธิภาพของการไอ การหายใจ
3. ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ลดการพึ่งพาผู้อื่น
4. ทำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยลงหรือเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลน้อยลง ซึ่งจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา

วิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพการ

ทำงานของปอด

ประกอบด้วย

การฝึกหายใจ การไอขับเสมหะอย่าง
ถูกวิธีและการออกกำลังกาย

การฝึกการหายใจ

1. การฝึกหายใจ โดยการใช้กล้ามเนื้อกระบังลม ช่วยในการหายใจ ทำให้ปอดรับอากาศได้มากขึ้น การแลกเปลี่ยนอากาศในถุงลมดีขึ้นสามารถลดอาการหายใจลำบากได้

ฝึกหายใจเป็นพลัง ปอด



ที่มา : thearokaya.co.th

วิธีการหายใจปฏิบัติ ดังนี้

- 1.1 นั่งพิงพนักเก้าอี้ ปล่อยตัวตามสบาย
- 1.2 วางมือทั้งสองข้างไว้ที่หน้าท้อง
- 1.3 หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ช้าๆ ให้น้ำท้องป่องออกมา
- 1.4 ปล่อยลมหายใจออกมาทางปากพร้อมทอริมฝีปาก คล้ายผิวปาก

อย่างช้าๆ ให้รู้สึกเหมือนมีลมในกระพุ้งแก้มและลำคอ

พักสักครู่เมื่อเริ่มหายใจเหนื่อย แล้วเริ่มทำใหม่ตั้งแต่ต้นอีกครั้ง ทำทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น ครั้งละประมาณ 10 นาที

การไอขับเสมหะ

2. การไอขับเสมหะอย่างถูกวิธี การไออย่างถูกวิธี จะช่วยให้ขับเสมหะได้ดี ทางเดินหายใจโล่งขึ้น เหนื่อยลดลง ควรทำตอนเช้า ก่อนรับประทานอาหารเช้าและก่อนนอน ดื่มน้ำอุ่นก่อนไอจะทำให้เสมหะออกง่ายขึ้น



ที่มา : www.foodfrie.blogspot.com

ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 นั่งบนเก้าอี้หรือเตียงนอน วางเท้าทั้ง 2 ข้างลงบนพื้น งุ่มไหล่
เข้าเล็กน้อย

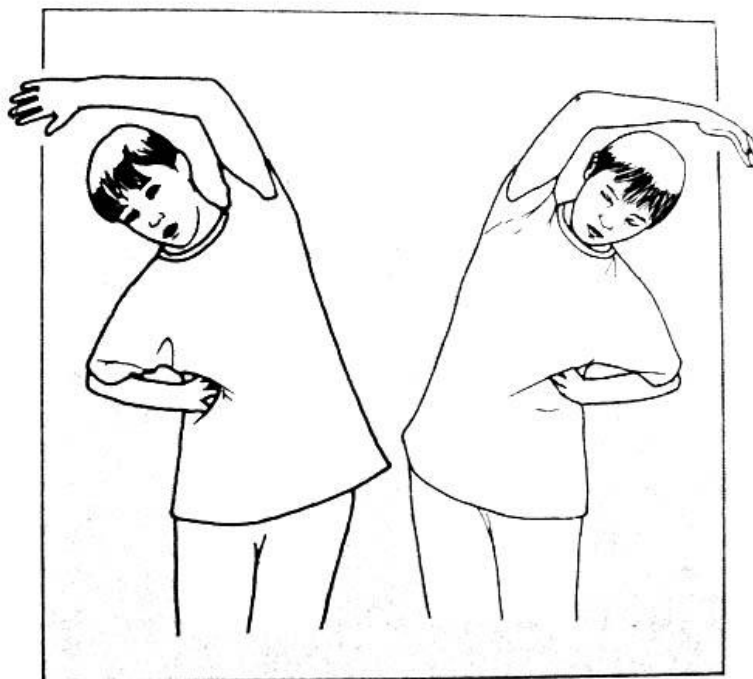
3.2 หายใจเข้าออกปกติ 2 - 3 ครั้ง มือทั้งสองข้างกดท้องและ
ซี่โครงส่วนล่าง หายใจเข้าทางจมูก ท้องป่อง ซี่โครงส่วนล่างจะบานออกหายใจออกทาง
จมูก จากนั้นสูดหายใจเข้าลึกแอมลำตัว คอ ศีรษะไปด้านหลังเล็กน้อย พร้อมกลั้นหายใจ
สักครู่ จากนั้นหายใจหรือออกแรงๆ ติดต่อกัน 2 ครั้งโดยมือทั้ง 2 ข้างกดต้นท้องและ
ซี่โครงพร้อมก้มศีรษะ คอและลำตัวมาด้านหน้าเล็กน้อย

การออกกำลังกาย

3. การออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวทรงอกและลำตัว เพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อทรงอก ลำตัว หัวไหล่ มีความทนทานต่อความอ่อนล้า อาการหายใจลำบากลดลง อยากรับประทานอาหารมากขึ้นและช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น สามารถทำร่วมกับการฝึกหายใจได้

การออกกำลังกายและท่าในการออกกำลังกายที่ทำได้ง่ายมีดังนี้

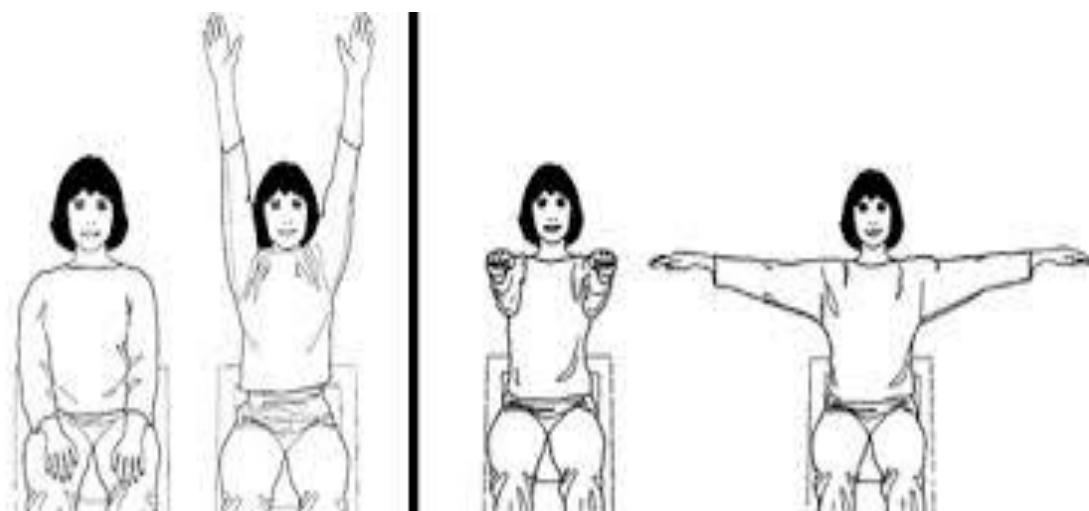
ท่าที่ 1 ทำยืดทรงอกด้านข้าง นั่งหรือยืนตัวตรงแล้วยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ พร้อมกับเอียงตัวมาด้านข้างให้มากที่สุด พร้อมกับหายใจเข้า จากนั้นกลับมาอยู่ในท่านั่งตัวตรงเหมือนเดิมพร้อมกับหายใจออก ทำสลับกันทั้ง 2 ข้าง



ที่มา: foodfrie.blogspot.com

ออกกำลังกายกันเถอะ

ท่าที่ 2 ท่ากางแขน มือแตะพื้นขณะหายใจออก จากนั้นยืดตัวขึ้น ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ พร้อมหายใจเข้าลึก ๆ อาจมีการบิดลำตัวซ้ายขวาพร้อมด้วยปรับเปลี่ยนท่าได้ตามความเหมาะสม



ที่มา : callingchits.com

ทำง่าย ๆ แต่ปอดแข็งแรงนะจ๊ะ



gg63326620 www.gograph.com

อาหารมีผลต่อโรคอย่างไรบ้าง

การรับประทานอาหาร

1. ควรรับประทาน เนื้อปลา ไข่ เพราะย่อยง่าย เคี้ยวง่าย ท้องไม่อืด
2. แต่ละมื้อควรรับประทานอาหารน้อย ๆ แต่เพิ่มจำนวนมื้อในช่วงระหว่างมื้อ เป็น 5-6 มื้อ
3. ควรรับประทานอาหารเช้า ๆ เคี้ยวให้ละเอียด ไม่ควรนอนพักหลังรับประทานอาหาร ให้นั่งหรือเดินให้ผ่อนคลาย ประมาณครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงก่อนจะนอน เพื่อป้องกันการสำลักลงปอด
4. อาหารที่มีเส้นใยอาหารสูง จำพวกผัก ผลไม้ ใยอาหารจะช่วยกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ ทำให้การขับถ่ายสะดวกขึ้น ไม่มีลมที่ทำให้แน่นอึดอัดท้อง
5. **หลีกเลี่ยงอาหารที่เพิ่มลมในกระเพาะอาหาร** เช่น ข้าวโพด แดงโม แอปเปิ้ล ถั่วหรืออาหารที่มีส่วนประกอบของถั่ว กะหล่ำดอก กะหล่ำปลี คენัว ผักกาดขาว ผักกาดหอม บล็อกโคลี่ พริกไทย หน่อไม้ฝรั่ง เป็นต้น เนื่องจากเมื่อกระเพาะอาหารขยายตัวมากขึ้น ปอดจะขยายตัวได้ไม่ดี
6. **หลีกเลี่ยงหรือลดปริมาณ ข้าว แป้ง อาหารทอด** เนื่องจากเมื่ออาหารประเภทนี้ย่อยหรือเกิดการเผาผลาญจะทำให้ผลิตลมออกมามาก ซึ่งต้องทำให้ปอดต้องทำงานมากขึ้นในการขับออกจากร่างกาย เกิดอาการหายใจลำบากตามมา
7. **หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือลดปริมาณลง** เช่น ชา กาแฟ เนื่องจากคาเฟอีน มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงขึ้นและกระเพาะหลังกรดมากขึ้น เกิดอาการท้องอืด แน่นท้องได้

สำหรับคนที่ยังเลิกยาสูบไม่ได้ มีวิธีการจัดการอย่างไร

การเลิกยาสูบ

การหยุดยาสูบ เป็นวิธีเดียวที่จะรักษาสมรรถภาพการทำงานของปอดและมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของโรคในระยะยาว

การต่อสู้กับการติดยาสูบบมีหลายวิธี เช่น

1. หลีกเลี่ยงสิ่งยั่วยุหรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความอยากยาสูบ เช่น

- 1.1 ไม่พกยาสูบติดตัว ทิ้งอุปกรณ์สูบบุหรี่ทั้งหมด
- 1.2 ไม่เข้าไปใกล้คนที่กำลังสูบบุหรี่
- 1.3 ถ้าติดนิสียาสูบหลังทานอาหาร ให้หาอะไรทำหลังทานเสร็จ

2. เบี่ยงเบนความสนใจไปทำอย่างอื่นเมื่ออยากสูบบุหรี่ เช่น อาบน้ำ เล่นกีฬา อ่านหนังสือ

3. เสริมสร้างกำลังใจในการเลิกยาสูบ เช่น

- 3.1 คิดทบทวนผลดีผลเสียของยาสูบ
- 3.2 บอกคนรอบข้างว่าท่านกำลังเลิกพยายามเลิกยาสูบ เพื่อให้เขาช่วยและเข้าใจ พยายามจริงจังในการเลิกมากขึ้น

3.3 เก็บเงินค่ายาสูบใส่กระปุกออมสินไว้ ให้รางวัลตัวเองถ้าเลิกได้

4. หาวิธีอื่นๆ ในการจัดการความเครียด เช่น ดูหนัง ฟังเพลง เล่นกีฬา ถ้ามเพื่อนที่ไม่สูบบุหรี่จัดการความเครียดอย่างไร ถึงผ่านมาได้โดยไม่พึ่งยาสูบ

5. กำหนดวันที่จะหยุดสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด เพื่อให้มีเวลาเตรียมตัวและ ทำใจ หรือใช้วันหยุดพิเศษ เช่น วันเกิด วันแต่งงาน วันเกิดลูกหรือกำหนดวันที่แน่นอนไปเลย เช่น อีก 3 วัน อีก 7 วัน หลังจากนั้นค่อยๆ ลดยาสูบลงเรื่อยๆ ทีละมวนหรือครึ่งมวน หรือค่อยๆ เพิ่มจำนวนวันจาก 1 อาทิตย์ หยุดสูบบุหรี่ได้ 1 วัน เป็น 2 วัน ไปเรื่อยๆ จนเลิกได้เด็ดขาดเป็นนิสียและอยู่ได้โดยไม่พึ่งยาสูบ

มาจัดการความเครียดกัน

ดีกว่า

การจัดการความเครียด

การผ่อนคลายความเครียด ช่วยลดอาการหงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า การหมกมุ่นกับปัญหาจะทำให้ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการพักผ่อน การผ่อนคลายความเครียดที่ทำได้ง่าย ๆ มีดังนี้

1. การทำสมาธิ

หลักการ การทำสมาธิ คือ การเอาใจไปจดจ่อกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพียงอย่างเดียว ในที่นี้ใช้การกำหนดนับลมหายใจเป็นหลัก หยุดการคิดถึงสิ่งอื่นทั้งหมด หากทำเป็นประจำ ทำให้อารมณ์เย็น สงบแจ่มใส



วิธีการฝึก

ขั้นที่ 1 นั่งในท่าที่สบาย จะเป็นการนั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบหรือนอนก็ได้ เริ่มนับลมหายใจเข้า หายใจออก ดังนี้

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1

หายใจเข้านับ 2 หายใจออกนับ 2

นับไปเรื่อยๆ จนถึง 5

แล้วเริ่มนับ 1 ใหม่ จนถึง 6

เริ่มนับ 1 ใหม่ จนถึง 7

เริ่มนับ 1 ใหม่ จนถึง 8

เริ่มนับ 1 ใหม่ จนถึง 9

เริ่มนับ 1 ใหม่ จนถึง 10

ครบ 10 ถีอ เป็น 1 รอบ

ขั้นที่ 2 เมื่อจิตใจสงบมากขึ้น ให้เริ่มนับเลขแบบเร็วขึ้นไปอีก คือ

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 2

หายใจเข้านับ 3 หายใจออกนับ 4

หายใจเข้านับ 5

หายใจออกนับ 1 ใหม่ จนถึง 6, 7, 8, 9, 10 ตามลำดับ

ขั้นที่ 3 เมื่อนับลมหายใจได้เร็วและไม่ผิดพลาด แสดงว่าจิตใจสงบมากขึ้น คราวนี้ให้ใช้สติรับรู้ลมหายใจเข้าออกเพียงอย่างเดียว ไม่ต้องนับเลขอีกและไม่คิดเรื่องใดๆ ทั้งสิ้น มีแต่ความสงบเท่านั้น



2. การนวดคลายเครียด

หลักการ ความเครียดเป็นสาเหตุที่ทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง เลือดไหลเวียนไม่สะดวก มีอาการปวดต้นคอ ไหล่ หลัง เป็นต้น การนวดจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ทำให้รู้สึกปลอดโปร่ง สบายตัว หายเครียด

วิธีการ

การกดให้ใช้ปลายนิ้วที่ถนัด ได้แก่ นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้หรือนิ้วกลาง

การนวดจะใช้การกดและปล่อยเป็นส่วนใหญ่ โดยใช้เวลากดแต่ละครั้งประมาณ 10 วินาที และใช้เวลาปล่อยนานกว่าเวลากด

การกดให้ค่อยๆ เพิ่มแรงทีละน้อยและเวลาปล่อยให้ค่อยๆ ปล่อยแต่ละจุดควรนวดซ้ำประมาณ 3 ถึง 5 ครั้ง จุดที่นวดมีดังนี้

จุดใต้หัวคิ้ว



จุดกลางระหว่างคิ้ว



จุดของกระดูกท้ายทอย จุดกลางใช้นิ้วหัวแม่มือกด ทำ 3 ถึง 5 ครั้ง



ที่มา : fanghospital.go.th

จุดสองจุดด้านข้างหรือบริเวณต้นคอ ใช้วิธีประสานมือบริเวณท้ายทอย แล้วใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดจุดสองจุด พร้อมๆ กัน โดยกดไล่จากตีนผม ลงมาถึง บริเวณบ่า ทำ 3 ถึง 5 ครั้ง



ที่มา: [www. Xn-12ca2a3bwa3do9a0ae8e6a8ipc7cua3bd.com](http://www.Xn-12ca2a3bwa3do9a0ae8e6a8ipc7cua3bd.com)

บริเวณบ่า ใช้ปลายนิ้วมือขวา บีบไหล่ซ้ายไล่จากบ่าเข้าหาต้นคอ ใช้ปลายนิ้วมือซ้าย บีบไหล่ขวาไล่จากบ่าเข้าหาต้นคอ ทำซ้ำ 3 ถึง 5 ครั้ง

บริเวณบ่าด้านหน้า ใช้นิ้วหัวแม่มือขวากดจุดใต้กระดูกไหปลาร้า จุดบนแขนและจุดเหนือรักแร้ของบ่าซ้าย ใช้นิ้วหัวแม่มือซ้ายกดจุดเดียวกันที่บ่าขวา ทำซ้ำ 3 ถึง 5 ครั้ง

บริเวณบ่าด้านหลัง ใช้นิ้วที่ถนัดของมือขวาอ้อมไปกดจุดบนและจุดกลางของกระดูกสะบัก แล้วจุดรักแร้ด้านหลังของบ่าซ้าย ใช้นิ้วที่ถนัดของมือซ้าย กดจุดเดียวกันที่บ่าขวา ทำซ้ำ 3 ถึง 5 ครั้ง



แบบบันทึกการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่	วัน เดือน ปี ที่บันทึก	ผลความสำเร็จ [] สำเร็จ [] สำเร็จบางส่วน [] ไม่สำเร็จ
เป้าหมาย.....		
แผนการปฏิบัติตัวของฉัน		
การใช้ยา		ปัญหาและอุปสรรค การแก้ไข.....
การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด		ปัญหาและอุปสรรค การแก้ไข.....
การรับประทานอาหาร		ปัญหาและอุปสรรค การแก้ไข.....
การเลิกยาสูบ		ปัญหาและอุปสรรค การแก้ไข.....
การจัดการความเครียด		ปัญหาและอุปสรรค การแก้ไข.....

เอกสารอ้างอิง

- ธนันชกร ช่วยท้าว. (2558). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLis -Thai Library Integrated System).
- รพีพร โรจน์แสงเรือง. (2558). อาหารสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Nutritional Management in COPD). ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. ค้นจาก <http://www.wongkarnpat.com>
- นันทา มาระเนตร์, อรรถ นานา, สุรีย์ สมประดีกุล, สุนทรี ฉัตรศิริมงคล, และวรรณ เอียดประพาล. (2553). แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์บริษัทยูเนียนอุลตราไวโอเล็ต จำกัด.
- สารนิตติ บุญประสพ. (2555). อาการหายใจลำบาก: บทบาทของพยาบาล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 17 (3), 328-342.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, และสุรจิต สุนทรธรรม. (บรรณาธิการ). (2555). แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานการบำบัดโรคเสพยาสูบในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง 2555). ค้นจาก <http://www.pckpbac.th>>ULIB6>dublin
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2015). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Retrieved from [http://www. goldcopd. Org](http://www.goldcopd.org)
- เอกสารความรู้เกี่ยวกับการสูดยาพ่น โดยบริษัท แอโรแคร์ จำกัด
- เอกสารวิธีการใช้ยาสูดแอคควิเฮเลอร์ โดยบริษัทแก๊สโซสมิทไคลล์ (ประเทศไทย) จำกัด

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก
3. แบบวัดอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์ ตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี HN.....
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. เขตที่อยู่อาศัย () เขตเทศบาล () นอกเขตเทศบาล
4. สถานภาพสมรส () โสด () สมรสและอยู่ด้วยกัน
 () หม้าย () หย่า () แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย
 () ปวช. () ปวส.
 () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ () พนักงาน () ข้าราชการ () รัฐวิสาหกิจ
 () ค้าขาย () รับจ้าง () เกษตรกรรม
 () ไม่ได้ทำงาน () อื่นๆ ระบุ.....
7. สิทธิการรักษา () ประกันสังคม () ข้าราชการ () รัฐวิสาหกิจ
 () บัตรทอง () ชำระเงินเอง
8. ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....ปี/เดือน
9. ประวัติการสูบบุหรี่/ใบจาก
 () สูบยาสูบ () ไม่สูบยาสูบ (ข้ามไปตอบข้อ 12)
 () เลิกสูบ () ยังไม่เลิกสูบ
10. ปัจจุบัน () เลิกสูบ () ยังไม่เลิกสูบ
11. สูบยาสูบ มานาน.....ปี จำนวนที่สูบ.....มวน/วัน
12. ยาที่ท่านใช้รักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นประจำ คือ
ยารับประทาน ระบุ.....
ยาพ่นสูดขยายหลอดลม ระบุ.....
ยาพ่นสูดสเตียรอยด์ ระบุ

แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบว่าท่านจัดการอาการหายใจลำบากอย่างไร ในการตอบคำถามแต่ละข้อ ให้ท่านนึกย้อนถึงครั้งที่เกิดอาการหายใจลำบากในช่วงที่ผ่านมา แล้วตอบคำถามว่าในเหตุการณ์นั้น ท่านมีวิธีการจัดการเพื่อบรรเทาอาการอย่างไรบ้าง ท่านปฏิบัติในแต่ละข้อตามความบ่อยมากน้อยเพียงใด โดยให้ท่านใส่เครื่องหมาย / ในช่องด้านขวามือ ตามความบ่อยในการจัดการกับอาการหายใจลำบากเหล่านั้น ดังนี้

การจัดการกับอาการหายใจลำบาก	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยปานกลาง	ปฏิบัติน้อย	ไม่ปฏิบัติเลย	ไม่มีเหตุการณ์ดังกล่าว
ด้านการประเมินอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง						
1. ฉันประเมินอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นจากการหายใจสั้นๆ ตื้นๆ ที่เกิดขึ้นติดๆ กัน						
2. ฉันใช้เสียงวี๊ดที่ดังออกมาจากการหายใจมาประเมินอาการหายใจลำบากรุนแรงแต่ละครั้ง						
3. ฉันนำความรู้สึกแน่นหน้าอกหายใจไม่สุดหรืออึดอัดในอกมาประเมินอาการหายใจลำบากในแต่ละครั้ง						
4. ฉันใช้ลักษณะการยกของไหล่ในขณะที่หายใจเข้า - ออก มาเป็นเกณฑ์การประเมินอาการหายใจลำบากในแต่ละครั้ง						

การจัดการกับอาการหายใจลำบาก	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อย ปาน กลาง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่ ปฏิบัติ เลย	ไม่มี เหตุการณ์ ดังกล่าว
5. ฉันใช้ความถี่ของการพ่นยาและอาการเหนื่อยหลังพ่นยาในแต่ละวันมาเป็นเกณฑ์ในการประเมินอาการหายใจลำบากในแต่ละครั้ง						
ด้านการควบคุมอาการและการจัดการอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง 6. ขณะมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้น ฉันนั่งพักโดยการโน้มตัวไปข้างหน้าและลดการออกแรง 7. เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากขึ้น ฉันใช้วิธีการหายใจเข้าทางจมูกลึกและหายใจออกทางปากอย่างช้าๆ						
8. เมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก ฉันพ่นยาขยายหลอดลม						
9. ฉันใช้ผ้าปิดปากและจมูกเพื่อป้องกันฝุ่นเข้าทางเดินหายใจ						
10. ฉันไม่คลุกคลีใกล้สัตว์เลี้ยงประเภทมีขน เช่น แมว สุนัข						
11. ฉันหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก เช่น ฝุ่นละออง คิวีนไฟ คิวีนบูหรี เกสรดอกไม้						

การจัดการกับอาการหายใจลำบาก	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อย ปาน กลาง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่ ปฏิบัติ เลย	ไม่มี เหตุการณ์ ดังกล่าว
12. ฉันหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด เช่น ตลาด โรงพยาบาล ห้างสรรพสินค้า						
13. ฉันหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้คนที่ เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น เป็นหวัด วัณโรค						
14. ฉันใช้วิธีผ่อนคลายเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก เช่น การทำสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ ละครหมาด ขอพรพระเจ้าและการนวดคลายเครียด						
ด้านการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการหายใจลำบาก						
15. ฉัน ไป พ บ แพทย์ ที่โรงพยาบาล เมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหายใจลำบากให้ทุเลาลงได้ หลังจากพ่นยาขยายหลอดลม ห่างกันอย่างน้อย 15-20 นาที และไม่ควรงเกิน 3 ครั้ง						
16. เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากฉันจะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว (ขอให้ท่านชี้แจงรายละเอียดด้านล่างว่าช่วยเหลืออย่างไรบ้าง)						

การจัดการกับอาการหายใจลำบาก	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อย ปาน กลาง	ปฏิบัติ น้อย	ไม่ ปฏิบัติ เลย	ไม่มี เหตุการณ์ ดังกล่าว
17. เมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก ฉันจะขอความช่วยเหลือจาก เพื่อนบ้าน บุคลากรทางสุขภาพ หน่วยนเรนทรหรือ 1669 (ขอให้ท่านชี้แจงรายละเอียด ด้านล่างว่าให้ช่วยเหลืออะไรบ้าง)						

แบบวัดอาการหายใจลำบาก

คำชี้แจง

การประเมินอาการหายใจลำบาก เป็นการวัดที่แสดงถึงการรับรู้อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนอาการหายใจลำบาก (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale: mMRC DS)

ขอให้ท่านถามผู้ป่วยว่าในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา มีอาการหายใจลำบากอย่างไรโดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบจากตัวเลือกข้างล่างนี้

- | | |
|---------|---|
| ระดับ 0 | รู้สึกเหนื่อยหอบขณะออกกำลังกายหนักเท่านั้น (0 คะแนน) |
| ระดับ 1 | หายใจหอบเมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบหรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน (1 คะแนน) |
| ระดับ 2 | เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกันเพราะหายใจหอบหรือต้องหยุดเพื่อหายใจ เมื่อเดินปกติบนพื้นราบ (2 คะแนน) |
| ระดับ 3 | ต้องหยุดเพื่อหายใจ หลังจากเดินได้ 100 เมตรหรือหลังจากเดินได้สักพักบนพื้นราบ (3 คะแนน) |
| ระดับ 4 | หายใจหอบมากเกินไปจนกว่าที่จะออกจากบ้านหรือหอบมากขณะแต่งตัวหรือเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว (4 คะแนน) |

สรุป ระดับ คะแนนอาการหายใจลำบาก คือ.....คะแนน

วันที่ประเมิน...../...../.....

ผู้ประเมิน.....

ภาคผนวก ง
แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัย

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มควบคุม)

ด้วยดิฉัน นางสาวนุชรัตน์ จันทโร นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ท่านเป็นบุคคลที่ได้รับเลือกในการเข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่าน โดยครั้งแรกท่านจะได้รับการสัมภาษณ์และลงบันทึกไว้เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วยและประเมินความสามารถในการจัดการอาการและประเมินอาการหายใจลำบาก หลังจากนั้นท่านใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 8 ท่านจะได้รับการประเมินความสามารถในการจัดการอาการและประเมินอาการหายใจลำบาก หลังจากนั้นท่านจะได้รับคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพร้อมคำแนะนำ

ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัย ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ในทุกขั้นตอนของการวิจัย คำตอบทุกคำตอบของท่าน จะไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาหรือบริการทางพยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด หรือไม่เกิดความเสียหายต่อท่าน โดยข้อมูลส่วนตัวของท่านจะมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเท่านั้นที่ทราบข้อมูล และผู้วิจัยจะนำคำตอบที่ได้ไปอภิปรายและสรุปออกมาเป็นภาพรวมและใช้ในวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

หากท่านมีความสงสัยประการใด สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์ หมายเลข 081-7389099

ขอขอบคุณที่ท่านเสียสละเวลาตอบแบบสอบถามและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

.....
(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....
(นางสาวนุชรัตน์ จันทโร)

ผู้วิจัย

.....
(.....)

พยาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบฟอร์มพหุทัศนะการเข้าร่วมวิจัย
แบบฟอร์มพหุทัศนะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ด้วยดิฉัน นางสาวนุชรัตน์ จันทโร นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ท่านเป็นบุคคลที่ได้รับเลือกในการเข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่าน โดยครั้งแรกที่ท่านพบกับผู้วิจัยท่านจะได้รับการสัมภาษณ์และลงบันทึกไว้เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วยและสอบถามความสามารถในการจัดการอาการและวัดอาการหายใจลำบาก ให้คำแนะนำพร้อมทั้งมอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อนำไปปฏิบัติ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนัดหมายวันเวลาในการทำกิจกรรมที่บ้านของท่าน ในสัปดาห์ที่ 2 และ 5 เพื่อติดตามสอบถาม ทบทวนความรู้และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ในสัปดาห์ที่ 3, 4, 6 และ 7 ผู้วิจัยจะติดต่อด้วยการพูดคุยทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามอาการและทบทวนวิธีการปฏิบัติตัวตามที่ได้วางแผนไว้และครั้งสุดท้าย สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยจะพบท่าน เพื่อติดตาม ประเมินผล วัดผลลัพธ์ โดยการประเมินความสามารถในการจัดการอาการและประเมินอาการหายใจลำบาก

ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากงานวิจัย ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ในทุกขั้นตอนของการวิจัย คำตอบทุกคำตอบของท่าน จะไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาหรือบริการทางพยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด หรือไม่เกิดความเสียหายต่อท่าน โดยข้อมูลส่วนตัวของท่านจะมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเท่านั้นที่ทราบ ข้อมูลและผู้วิจัยจะนำคำตอบที่ได้ไปอภิปรายและสรุปออกมาเป็นภาพรวมและใช้ในวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

หากท่านมีความสงสัยประการใด สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
 ขอขอบคุณที่ท่านเสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

.....
 (.....)
 ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....
 (นางสาวนุชรัตน์ จันทโร)
 ผู้วิจัย

.....
 (.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

พยาน

ภาคผนวก จ

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย (Mean) ของความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง ของกลุ่มควบคุม (N = 26)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	Mean	Mean
ด้านการประเมินอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง		
1. ฉันประเมินอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นจากการหายใจสั้นๆ ตื้นๆ ที่เกิดขึ้นติดๆ กัน	3.65	3.65
2. ฉันใช้เสียงวี๊ดที่ตั้งออกมาจากการหายใจมาประเมินอาการหายใจลำบากรุนแรงแต่ละครั้ง	2.88	2.92
3. ฉันนำความรู้สึกแน่นหน้าอก หายใจไม่สุด หรืออึดอัดในอกมาประเมินอาการหายใจลำบากในแต่ละครั้ง	3.54	3.54
4. ฉันใช้ลักษณะการยกของไหล่ ในขณะที่หายใจเข้า-ออก มาเป็นเกณฑ์การประเมินอาการหายใจลำบากในแต่ละครั้ง	2.73	2.73
5. ฉันใช้ความถี่ของการพ่นยาและอาการเหนื่อยหลังพ่นยาในแต่ละวันมาเป็นเกณฑ์ในการประเมินอาการหายใจลำบากในแต่ละครั้ง	4.12	4.04
ด้านการควบคุมอาการและการจัดการอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง		
6. ขณะมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้น ฉันนั่งพักโดยการโน้มตัวไปข้างหน้าและลดการออกแรง	2.38	2.35
7. เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากขึ้น ฉันใช้วิธีการหายใจเข้าทางจมูกลึกและหายใจออกทางปากอย่างช้าๆ	3.73	3.73

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	Mean	Mean
8. เมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก ฉันพ่นยาขยายหลอดลม	4.38	4.38
9. ฉันใช้ผ้าปิดปากและจมูกเพื่อป้องกันฝุ่นเข้าทางเดินหายใจ	1.62	1.62
10. ฉันไม่คลุกคลีใกล้ชิดสัตว์เลี้ยงประเภทมีขน เช่น แมว สุนัข	2.85	3.23
11. ฉันหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก เช่น ฝุ่นละออง คิวไฟ คิววัน บุหรี่ เกสรดอกไม้	2.88	2.88
12. ฉันหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด เช่น ตลาด โรงพยาบาล ห้างสรรพสินค้า	2.30	2.30
13. ฉันหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้คนที่ เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น เป็นหวัด วัณโรค	2.31	2.35
14. ฉันใช้วิธีผ่อนคลายเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก เช่น การทำสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ ละครหมาด ขอพรพระเจ้าและการนวดคลายเครียด	3.08	3.12
ด้านการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการหายใจลำบาก		
15. ฉันไปพบแพทย์ ที่โรงพยาบาล เมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหายใจลำบากให้ทุเลาลงได้ หลังจากพ่นยาขยายหลอดลม ห่างกันอย่างน้อย 15-20 นาที และไม่ควรงเกิน 3 ครั้ง	3.81	3.88
16. เมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก ฉันจะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว	4.04	3.92
17. เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากฉันจะขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน บุคลากรทางสุขภาพ หน่วยบรรเทาทุกข์ หรือ 1669	1.23	1.26

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย (Mean) ของความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (N = 26)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	Mean	Mean
ด้านการประเมินอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง		
1. ฉันประเมินอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นจากการหายใจสั้นๆ ตื่นๆ ที่เกิดขึ้นติดๆ กัน	3.65	4.81
2. ฉันใช้เสียงวี๊ดที่ตั้งออกมาจากการหายใจมาประเมินอาการหายใจลำบากรุนแรงแต่ละครั้ง	3.85	4.88
3. ฉันนำความรู้สึกแน่นหน้าอก หายใจไม่สุดหรืออึดอัดในอกมาประเมินอาการหายใจลำบากในแต่ละครั้ง	3.38	4.85
4. ฉันใช้ลักษณะการยกของไหล่ ในขณะที่หายใจเข้า – ออก มาเป็นเกณฑ์การประเมินอาการหายใจลำบากในแต่ละครั้ง	3.15	4.77
5. ฉันใช้ความถี่ของการพ่นยาและอาการเหนื่อยหลังพ่นยาในแต่ละวันมาเป็นเกณฑ์ในการประเมินอาการหายใจลำบากในแต่ละครั้ง	4.08	4.96
ด้านการควบคุมอาการและการจัดการอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง		
6. ขณะมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้น ฉันนั่งพักโดยการโน้มตัวไปข้างหน้าและลดการออกกำลังกาย	1.23	4.65
7. เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากขึ้น ฉันใช้วิธีการหายใจเข้าทางจมูกลึกและหายใจออกทางปากอย่างช้าๆ	2.92	4.88
8. เมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก ฉันพ่นยาขยายหลอดลม	4.69	5.00

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	Mean	Mean
9. ฉันใช้ผ้าปิดปากและจุ่มกเพื่อป้องกันฝุ่นเข้าทางเดินหายใจ	1.50	3.62
10. ฉันไม่คลุกคลีใกล้ชิดสัตว์เลี้ยงประเภทมีขน เช่น แมว สุนัข	2.65	4.58
11. ฉันหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก เช่น ฝุ่นละออง ควันไฟ ควันบูหรี เกสรดอกไม้	2.31	4.42
12. ฉันหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด เช่น ตลาด โรงพยาบาล ห้างสรรพสินค้า	2.73	4.35
13. ฉันหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้คนที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น เป็นหวัด วัณโรค	3.35	4.88
14. ฉันใช้วิธีผ่อนคลายเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก เช่น การทำสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ ละครีียด ขอพรพระเจ้าและการนวดคลายเครียด	3.65	4.35
ด้านการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการหายใจลำบาก		
15. ฉันไปพบแพทย์ ที่โรงพยาบาล เมื่อไม่สามารถควบคุมอาการหายใจลำบากให้ทุเลาลงได้ หลังจากพ่นยาขยายหลอดลม ห่างกันอย่างน้อย 15 - 20 นาที และไม่ครบเกิน 3 ครั้ง	4.69	5.00
16. เมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก ฉันจะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว	4.85	4.96
17. เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากฉันจะขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน บุคลากรทางสุขภาพ หน่วยนเรนทร หรือ 1669	1.31	1.58

ภาคผนวก ฉ
เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัย



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕ / ๒๖๐๑

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ถ.กาญจนวิถี ต.คอหงส์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๑๒

หนังสือฉบับนี้ ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นางสาวนุชรัตน์ จันทโร รหัสนักศึกษา ๕๖๑๐๕๒๑๐๒๗ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรนภา คู่พันธ์วี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย และสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่าน เมื่อวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๘ แล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการ
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์เดชา แซ่หลี่
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา
2. พว.หทัยรัตน์ ชัยดวง
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.บุศรา หมั่นศรี
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวนุชรัตน์ จันทโร	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5610421027	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา	2548

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

นุชรัตน์ จันทโร เนตรนภา คู่พันธ์วีและทิพมาส ชินวงศ์. (2561). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการจัดการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 38(4) เดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2561.