

รายงานวิจัย

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการ
ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ดั่งวงแพง

เริ่มบริการ

23 มี.ค. 2552

23 มี.ค. 2552

249105

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อ. เมือง จ. ชลบุรี

งานวิจัยนี้ได้รับเงินอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน ประจำปี 2547

รายงานวิจัย

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการ
ภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ดั่งวงแพง

AQ 00549 bb

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อ. เมือง จ. ชลบุรี
งานวิจัยนี้ได้รับเงินอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน ประจำปี 2547

คำนำ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ซึ่งประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การให้การเสริมแรงตนเอง และการประเมินตนเอง เข้ากับวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง จนได้รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลที่ศึกษา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางส่งเสริมความ สามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และครอบครัว รวมทั้งบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ขอขอบคุณผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ตระหนักในความสำคัญของการวิจัยและให้การสนับสนุนการทำวิจัยมาโดยตลอด รวมทั้งผู้บริหารมหาวิทยาลัยบูรพาที่กรุณาให้ทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน จนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่สนใจสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทั้งกับตนเองและผู้อื่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ดั่งวงแพง

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 25 ราย กระบวนการวิจัยอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้วิจัย ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ตั้งแต่เดือน มกราคม 2547 ถึงเดือนธันวาคม 2549 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการตอบแบบประเมินการรับรู้ ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง และแบบประเมินสภาวะอาการหายใจลำบาก วิเคราะห์ข้อมูลเชิง คุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงบรรยาย และ Wilcoxon Rigned Rank Test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุด กั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างบุคลากร สุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง และครอบครัว 2) การสร้างความตระหนักในความรับผิดชอบต่อตนเอง 3) การปฏิบัติตามแนวคิดการจัดการ การตนเอง 4) การประเมินความต้องการการเรียนรู้และให้ความรู้หรือฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง 5) การเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ เดียวกัน 6) การจัดสิ่งแวดล้อมและระบบบริการที่เอื้อต่อการเรียนรู้เพื่อการจัดการด้วยตนเอง 7) การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ และครอบครัว 8) การดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมองค์รวม 9) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล และ 10) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

ผลการประเมินรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วย ตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($Z = 4.34, p < 0.01$) และมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะหายใจ ลำบากหลังเข้าร่วมการวิจัยต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($Z = 4.48, p < 0.01$)

รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถให้แนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการด้วยตนเอง สำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการวิจัยต่อไป

Abstract

This action research study aimed at developing the model for promoting competency in chronic dyspnea self-management for people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Purposive sampling was used to select 25 adults with COPD. The research process was based on mutual collaborative approach among the researcher, people with COPD, their families and health care providers. The study was conducted from January 2004 to March 2006. Data were collected through in-depth interviews, focus group interview, and using two assessment forms (Perceived competency in chronic dyspnea self-management scale and Dyspnea Visual Analogue Scale (DVAS)). The qualitative data were analyzed using content analysis. The quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Wilcoxon Signed Rank test.

The results of study showed that the model for promoting competency in chronic dyspnea self-management for patients with COPD consisted of building and maintaining relationship, promoting self-responsibility awareness, practicing of self-management, sharing with others, continuing learning need assessment and teaching chronic dyspnea self-management skill, providing environment support, continuing and holistic care, patient and family centered-care, and enhancing confidence in patient's own capacities.

This study revealed that developing the model for promoting competency in chronic dyspnea self-management for patients with COPD effected to patients to perceive the high competency in chronic dyspnea self-management ($Z = 4.34, p < 0.01$) and decreased dyspnea status significantly ($Z = 4.48, p < 0.01$). These findings can be used as a guideline for promoting competency in chronic dyspnea self-management for people with chronic obstructive pulmonary disease as well as conducting further research.

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทคัดย่อ	ข-ค
บทที่ 1	
บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	3
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
ขอบเขตการวิจัย	4
นิยามศัพท์	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
บทที่ 2	
การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	6
ภาวะหายใจลำบากเรื้อรังในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	9
การจัดการด้วยตนเอง	10
การจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	12
การวิจัยเชิงปฏิบัติการ	13
บทที่ 3	
วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	18
สถานที่ศึกษา	18
การดำเนินการวิจัย	18
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	23
การวิเคราะห์ข้อมูล	25
ผลการประเมินรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจ ลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง	38

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 4	ผลการวิจัย	
	สภาพการณ์การให้บริการและส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจ ล้มบากเรื้อรังด้วยตนเอง	26
	การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มบาก เรื้อรังด้วยตนเอง	29
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
	สรุปผลการวิจัย	41
	อภิปรายผล	43
	ข้อเสนอแนะ	44
บรรณานุกรม		46
ภาคผนวก	การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	48
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย	29
2	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวที่ตัวเองก่อนได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวที่ตัวเอง	38
3	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวที่ตัวเองหลังได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวที่ตัวเอง	38
4	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสภาวะอาการหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวที่ตัวเอง	39
5	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวที่ตัวเองและสภาวะอาการหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวที่ตัวเอง	40

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย	5
2	วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	16

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) ซึ่งประกอบด้วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง และ/หรือประกอบด้วยทั้งสองอย่างรวมกัน ปัจจุบันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในและต่างประเทศ อาจเป็นผลมาจากการสูบบุหรี่และมลภาวะทางอากาศเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่า ในปี พ.ศ. 2563 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 และเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยอันดับที่ 5 ของโลก (Calverley & Walker, 2003) สำหรับประเทศไทยพบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุของการตายอันดับที่ 5 ของประชากรไทย มีอัตราการตาย 33.5 รายต่อประชากร 100,000 คน มีอัตราการเกิดโรค 403 รายต่อประชากร 100,000 แสนคน นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังประมาณการว่า อัตราการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเพิ่มเป็น 7035.3 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2553 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543, กองสถิติสาธารณสุข, 2545) /

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการใดๆที่จะรักษาให้หายขาดได้ การรักษาที่มีอยู่เป็นเพียงการบรรเทาอาการเท่านั้น ดังนั้นผู้ที่ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงต้องเผชิญกับอาการต่างๆอย่างเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาพบแพทย์บ่อยที่สุด และถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาโดยตลอด แต่ก็ยังพบว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากภาวะหายใจลำบากเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ภาวะหายใจลำบากเรื้อรังดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ กล่าวคือ เมื่อมีอาการหายใจลำบาก ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะต้องพยายามใช้แรงในการหายใจมากขึ้น ต้องใช้กล้ามเนื้ออื่นเพื่อช่วยในการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อที่คอ ไหล่ หน้าท้อง ทำให้กล้ามเนื้อต่างๆ อ่อนแรง ร่างกายเกิดความอ่อนเพลีย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการและกิจกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ มีผลให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องออกแรง เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น (Coakley & Ruston, 2001) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจเกิดจากการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูญเสียความเป็นอิสระของตนเอง มองตนเองด้วยสมรรถภาพ ไม่มีประโยชน์ เป็นภาระของครอบครัวและสังคม ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองลดลง ขาดการนับถือตนเอง ทำให้เกิดความเครียด และวิตกกังวล (Tregonning & Langley, 1999; ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541) สำหรับผลกระทบด้านสังคม ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวส่วนใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของครอบครัว รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่สำคัญในชีวิตทั้ง บทบาทในครอบครัว บทบาทด้านงานอาชีพ และบทบาทในสังคม ในระยะแรกอาจเป็นเพียงการงดกิจกรรมเพื่อการสังสรรค์ เมื่อภาวะของโรค

ก้าวหน้ามากขึ้น อาจต้องหยุดงานและออกจากงานก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ภาวะหายใจลำบากเรื้อรังยังส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจด้วยจากการที่ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา การสูญเสียหน้าที่การงาน เป็นภาระของครอบครัวและประเทศชาติ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรสุขภาพ จะต้องหาแนวทางในการช่วยเหลือเพื่อลดผลกระทบจากความก้าวหน้าของโรคและภาวะหายใจลำบากเรื้อรังดังกล่าวให้กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจัดการกับภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองได้ เป็นกลวิธีหนึ่งที่สามารถลดผลกระทบดังกล่าวได้

การส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกระบวนการพัฒนาให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อลดผลกระทบของภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง หรือส่งเสริมการใช้ศักยภาพในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองให้ดีขึ้น การจัดการด้วยตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจในการนำมาใช้ในการดูแลผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยการจัดการด้วยตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมกับบุคลากรที่มสุขภาพเพื่อลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นๆ (Tobin et al., 1986) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถเรียนรู้เทคนิคต่างๆ ทำให้มีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง เช่น การศึกษาของซิมเมอร์แมน และคณะ (Zimmerman et al., 1996) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากและระดับความสามารถของตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าโปรแกรมการจัดการด้วยตนเองสามารถเพิ่มระดับของการรับรู้ความสามารถในตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนมอนนิคอฟและคณะ (Monnikhof et. al., 2003) ศึกษาการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองโดยการทำความรู้เกี่ยวกับโรค พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เบอร์บีว และคณะ (Bourbeau et al., 2003) ศึกษาโปรแกรมการจัดการด้วยตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการด้วยตนเองที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจลำบาก มีจำนวนครั้งของอาการหายใจลำบากลดลงถึงร้อยละ 39.8 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า การมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินลดลงถึงร้อยละ 41 และคุณภาพชีวิตดีขึ้นในช่วง 4 เดือน ซึ่งในบางกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต้องใช้เวลารั้ง 12 เดือน นอกจากนี้ ด้วงแพง (Duangpaeng, 2002) ได้ศึกษาการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังของผู้ใหญ่ไทยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการพัฒนาความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง จนทำให้สามารถเป็นผู้เชี่ยวชาญในการจัดการกับภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความสามารถและมีความเชื่อมั่นในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ทำให้มีความสมดุลในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น สามารถมีชีวิตร่วมกับโรคได้อย่างปกติสุข ผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองให้กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสิ่งจำเป็นที่บุคลากรสุขภาพต้องให้ความสำคัญและแสวงหาแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ให้กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของการปฏิบัติในสถานการณ์จริง

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะ
 หายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action
 Research) โดยอาศัยความร่วมมือของผู้วิจัย ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ด้วย
 คุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จะช่วยให้ผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจสถานการณ์หรือปัญหาต่าง ๆ อย่าง
 ถ่องแท้ ทำให้ได้รูปแบบหรือแนวปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วย
 ตนเองที่มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม อันจะนำไปสู่การป้องกันหรือลดผลกระทบ
 ของภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง ทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองในการ
 จัดการหรือควบคุมอาการหายใจลำบาก ส่งผลถึงการลดจำนวนครั้งของการรักษาตัวในโรงพยาบาล การลดค่าใช้จ่าย
 ในการดูแลรักษา รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำถามการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอด
 อุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับ
 ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้น
 เรื้อรัง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยงานและบุคลากรด้านสุขภาพ ได้รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจ
 ลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ซึ่งสามารถใช้เป็น
 แนวทางในการส่งเสริมความสามารถของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้สามารถจัดการกับอาการภาวะหายใจลำบาก
 เรื้อรังด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังได้แนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนอง
 ความต้องการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. สถาบันการศึกษา เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ หรือสังคม
 ศาสตร์การแพทย์ เป็นต้น สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ ไปใช้ในการเรียนการสอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้
 บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม

3. นักวิจัยและนักวิชาการในสาขาที่เกี่ยวข้อง ต้องมีความรู้ใหม่เกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถให้บุคคลจัดการกับอาการด้วยตนเองเพื่อขยายผลต่อไป

ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทำการศึกษาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประสบการณ์อาการหายใจลำบาก และมารับบริการรักษาพยาบาลจากแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยะภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2549

นิยามศัพท์

รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง หมายถึง แนวทางการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง สำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้จากความร่วมมือระหว่างผู้วิจัย ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมอาการหายใจลำบาก รวมทั้งลดผลกระทบจากภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง

ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นกลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร โดยวินิจฉัยจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ภาพถ่ายรังสีทรวงอก และ/หรือการประเมินสมรรถภาพปอด ซึ่งมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 2-4 ตามการแบ่งระดับความรุนแรงของสมาคมโรคปอดสหรัฐอเมริกา (American Lung Association, 1995) ดังนี้

ความรุนแรงระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดใด ๆ สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ วัดค่า FEV₁ ได้ประมาณ 3 ลิตรขึ้นไป

ความรุนแรงระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเล็กน้อยถึงปานกลาง สามารถทำงานได้แต่เป็นงานที่ไม่หนักหรือยุ่งยาก สามารถเดินบนพื้นราบได้เท่ากับคนปกติ สามารถขึ้นตึกสูง 1 ชั้นได้โดยไม่มีอาการหายใจลำบาก วัดค่า FEV₁ ได้ประมาณ 2-3 ลิตร

ความรุนแรงระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่สามารถช่วยตนเองหรือดูแลตนเองได้ ไม่สามารถเดินทางราบได้เร็วเท่ากับคนวัยเดียวกัน มีอาการหายใจลำบากเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น วัดค่า FEV₁ ได้ประมาณ 1.5-2 ลิตร

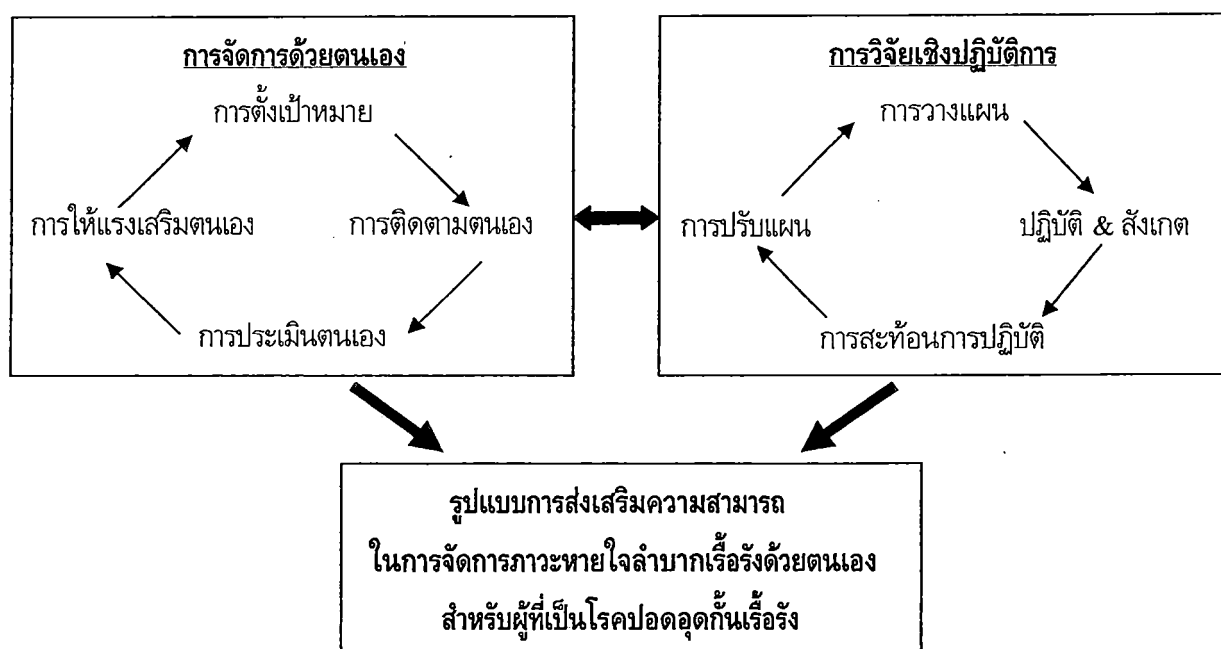
ความรุนแรงระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ ไม่สามารถเดินทางราบ

ได้ไกลกว่า 100 หลา ต้องหยุดพัก แต่ยังสามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ วัดค่า FEV₁ ได้ประมาณ 0.6-1.5 ลิตร

ความรุนแรงระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมากไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ วัดค่า FEV₁ ได้ประมาณ 0.6 ลิตรหรือต่ำกว่า

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self-Management) เป็นกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี (Theoretical Framework) และวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นกรอบแนวคิดวิธีการวิจัย (Methodological Framework) แนวคิดการจัดการด้วยตนเองประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) ในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง การติดตามตนเอง (Self-Monitoring) เป็นสังเกตติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง หลังจากนั้นทำการประเมินตนเอง (Self-Evaluation) เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้และให้แรงเสริมตนเอง (Self-Reinforcement) สำหรับวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นวงจร 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) และการสังเกต (Observe) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) และการปรับปรุงแผน (Re-Planning) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดการจัดการด้วยตนเองเข้ากับวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งได้รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ใช้รูปแบบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง และการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง รวมทั้งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD) หมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมหรือในเนื้อปอด ทำให้หลอดลมตีบแคบลง เกิดการอุดกั้นอย่างเรื้อรัง และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ซึ่งประกอบด้วย โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โดยทั่วไปมักพบโรคทั้งสองชนิดดังกล่าวอยู่ร่วมกัน และแยกออกจากกันได้ยากมาก ดังนั้นจึงมักเรียกโรคชนิดนี้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2539)

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่บ่งชี้ว่าน่าจะเป็นสาเหตุหรือเหตุร่วมในการเกิดโรค ได้แก่ การสูบบุหรี่ มลภาวะทางอากาศหรือฝุ่นละออง สารพิษที่ก่อการระคายเคืองที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อม อายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอด (Elastic Recoil) ลดลง การขาดอัลฟา 1- แอนตีทริปซิน (Alpha1-Antitrypsin) หรืออัลฟา 1-โปรเตเอส อินฮิบิเตอร์ (Alpha 1-Protease Inhibitor) การอักเสบติดเชื้อของทางเดินหายใจอย่างเรื้อรัง ความผิดปกติของหลอดเลือดภายในปอด เนื้อเยื่อปอดจะขาดเลือดและถูกทำลาย และการตอบสนองไวเกินของหลอดลม (Hyperresponsive Airways) ทำให้เกิดความไวต่อการหดตัวของหลอดลม สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง (สมเกียรติ วงษ์ทิม และชัยเวช นุชประยูร, 2542; American Thoracic Society, 1995)

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคหลอดลมอักเสบ และโรคถุงลมโป่งพอง ในผู้ที่มีพยาธิสภาพของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังเด่นชัด ลักษณะสำคัญเมื่อมีการอักเสบของหลอดลม พบว่าต่อมเมือกที่ผนังหลอดลมจะโต และมีจำนวนเพิ่มขึ้น ปริมาณเสมหะในหลอดลมเพิ่มขึ้นทำให้เกิดการอุดกั้น และมีพังผืดเกิดขึ้น กระดูกอ่อนที่ยึดระหว่างหลอดลมแขนงอาจหายไปทำให้หลอดลมตีบแฟบได้ง่ายขณะหายใจออก เมื่อการอุดกั้นในหลอดลมเป็นอย่างเรื้อรังและมากขึ้น ทำให้การระบายอากาศลดลงเป็นผลให้ระดับออกซิเจนในเลือดแดงลดต่ำลงและระดับคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้น หลอดเลือดแดงฝอยในปอดหดตัวแรงต้านในหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้น และทำให้แรงดันในหลอดเลือดแดงปอดสูงขึ้น นอกจากนี้การขาดออกซิเจน

ยังทำให้มีภาวะเป็นกรดจากการหายใจ ระดับคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เกิดการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นทำให้ความหนาแน่นของเม็ดเลือดแดงสูงขึ้น เพิ่มความหนืดในการไหลของเลือดเป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้แรงดันในหลอดเลือดแดงปอดสูงขึ้น หัวใจซีกขวาต้องทำงานหนักเพื่อต้านแรงดันที่สูงขึ้นทำให้เกิดภาวะหัวใจซีกขวาโตและวาย ผู้ป่วยจะมีภาวะบวมจากหัวใจวาย และอาการตัวเขียวจากการขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงจึงเรียกผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรังนี้ว่า “Blue Bloater” สำหรับในผู้ป่วยที่มีลักษณะเด่นของโรคถุงลมโป่งพองที่มีพยาธิสภาพเป็นผลมาจากการที่เนื้อเยื่อปอดถูกทำลายทำให้ปอดสูญเสียความยืดหยุ่น และหลอดเลือดในบริเวณนั้นถูกทำลายไปด้วย ส่งผลให้ปริมาณเลือดมาสู่ปอดส่วนนั้นลดลง พร้อมกับการลดลงของการถ่ายเทอากาศจึงทำให้อัตราส่วนของการระบายอากาศต่อการไหลเวียนเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก การแลกเปลี่ยนก๊าซจึงยังคงสมดุลกันอยู่ ผู้ป่วยจึงไม่มีอาการเขียว เรียกว่า “Pink Puffers” ต่อมาเมื่อเนื้อเยื่อปอด และหลอดเลือดฝอยในปอดถูกทำลายไปมากแรงต้านทานในหลอดเลือดฝอยเพิ่มสูงขึ้น จะเกิดภาวะหัวใจซีกขวายาวในระยะสุดท้ายของโรคในที่สุด (รังสรรค์ บุษปาคม และประพาฬ ยงใจยุทธ, 2532; สมเกียรติ วงษ์ทิม และชัยเวช นุชประยูร, 2542; Reeves et al., 1999)

อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระยะแรกอาจยังไม่ปรากฏ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และเลวลงเรื่อยๆ ต่อมาจะมีอาการไอเรื้อรัง และเสมหะมาก อาการจะค่อยทวีความรุนแรงมากขึ้น จนรู้สึกเหนื่อยง่ายเมื่อออกแรง ขณะหายใจจะมีเสียงวี๊ด (Wheezing) มีอาการหายใจลำบาก อาการเหล่านี้อาจเริ่มเพียงหอบเหนื่อยเล็กน้อย ไอในตอนเช้าแต่ไม่มาก รู้สึกเหนื่อยเมื่อขึ้นบันได และเนื่องจากอาการไม่ปรากฏแน่ชัดผู้ป่วยจึงมักไม่สนใจที่จะรับการรักษา จนกระทั่งอาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะรู้สึกทุข์ทรมานจากอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้น เป็นลักษณะหายใจเกิน (Hyperpnea) โดยเฉพาะเมื่อหายใจออก (Force Exhalation) และต้องใช้กล้ามเนื้ออื่นนอกเหนือจากที่เคยใช้ช่วยในการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อที่คอ ไหล่ และหน้าท้อง ต้องเป่าปากเวลาหายใจออก (Pursed-Lip Breathing) เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้ลมหายใจออกนานขึ้น เมื่อโรคมีความก้าวหน้า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะมีอาการหายใจลำบากมากขึ้นและบ่อยครั้ง ทำให้รู้สึกอ่อนล้าง่าย ระบบการย่อยอาหารลดลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง และมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถวินิจฉัยได้ตามการสังเกตของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งจัดระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้ความสามารถในการทำกิจกรรมเป็นเกณฑ์ และยังพิจารณาโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ การตรวจสมรรถภาพของปอด ซึ่งใช้เครื่องวัดมาตรการหายใจที่เรียกว่าสไปโรมิเตอร์ (Spirometer) เพื่อวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่หลังการหายใจเข้าเต็มที่ (Forced Vital Capacity หรือ FVC) และปริมาตรอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มที่

ภายใน 1 วินาที (Forced Expiratory Volume in 1 Second หรือ FEV₁) ซึ่งในคนปกติจะหายใจออกในช่วงวินาทีแรกได้ร้อยละ 75 ของอากาศหายใจออกทั้งหมด รายงานผลบอกค่าเป็นร้อยละของอัตราเปรียบเทียบ FEV₁/FVC x100 ซึ่งเป็นค่านำมาประเมินความผิดปกติเมื่อมีการอุดกั้นทางเดินหายใจได้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะหายใจออก นานขึ้น ค่า FEV₁ ลดลง และค่า FEV₁/FVC ลดลง และเมื่อการอุดกั้นรุนแรงขึ้นค่า FEV₁ ลดลง และค่า FEV₁/FVC จะลดลงมากขึ้น ในรายที่มีการอุดกั้นรุนแรง และอากาศถูกขังอยู่ในปอดมากกว่า FVC จะลดลงมากขึ้น ค่า FEV₁ ที่เป็นเกณฑ์แบ่งอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (American Thoracic Association, 1995)

1. ความรุนแรงระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดใดๆ สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ วัดค่า FEV₁ ได้ประมาณ 3 ลิตรขึ้นไป
 2. ความรุนแรงระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเล็กน้อยถึงปานกลาง สามารถทำงานได้ แต่เป็นงานที่ไม่หนักหรือยุ่งยาก สามารถเดินบนพื้นราบได้เท่ากับคนปกติ ไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือบันไดได้เท่าคนวัยเดียวกัน แต่สามารถขึ้นตึกสูง 1 ชั้นได้โดยไม่มีอาการหายใจลำบาก วัดค่า FEV₁ ได้ประมาณ 2-3 ลิตร
 3. ความรุนแรงระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่สามารถช่วยตนเองหรือดูแลตนเองได้ ไม่สามารถเดินทางราบได้เร็วเท่ากับคนวัยเดียวกัน มีอาการหายใจลำบากเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น วัดค่า FEV₁ ได้ประมาณ 1.5-2 ลิตร
 4. ความรุนแรงระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ ไม่สามารถเดินทางราบได้ไกลกว่า 100 หลา ต้องหยุดพัก แต่ยังสามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ วัดค่า FEV₁ ได้ประมาณ 0.6-1.5 ลิตร
 5. ความรุนแรงระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมาก เดินเพียง 2-3 ก้าว หรือลुकนั่งก็เหนื่อย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เหนื่อยหอบเมื่อพูดหรือแต่งตัว วัดค่า FEV₁ ได้ประมาณ 0.6 ลิตรหรือต่ำกว่า
- การดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นเพียงการประคับประคองบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง รักษาภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งยับยั้งหรือชะลอพยาธิสภาพไม่ให้ดำเนินต่อไปอย่างรวดเร็ว และเพื่อคงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้หรือให้เสื่อมช้าที่สุด ดังนั้นแนวทางการดูแลรักษาจึงประกอบด้วย การรักษาเพื่อชลอความก้าวหน้าของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การดูแลรักษาในระยะอาการกำเริบในโรงพยาบาล และการส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้มากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง

ภาวะหายใจลำบากเรื้อรังในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาการหายใจลำบาก (Breathlessness, Shortness of Breath or Dyspnea) เป็นการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึงความยากลำบากในการหายใจ ความรู้สึกที่ต้องออกแรงในการหายใจมากกว่าปกติ ซึ่งเป็นอาการที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทรมานจากการหายใจที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (Gift, 1989) อาการหายใจลำบากในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งที่เป็นภาวะเฉียบพลันและภาวะเรื้อรัง โดยภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน เป็นอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นทันทีทันใด อาจเป็นอาการที่คุกคามต่อชีวิต บุคคลจะรู้สึกว่ามีความยากลำบากในการหายใจ ทุกครั้งที่มีอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะรู้สึกตนเองถึงวาระสุดท้ายของชีวิตหรือใกล้ตาย ถ้าไม่ได้รับการรักษาดังกล่าว ภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันนี้ มีสาเหตุสำคัญจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจ หลอดลมหดตัวแคบลงหรือตีบ อันเนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ส่วนภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง เป็นอาการหายใจลำบากที่อาการแสดงมาอย่างน้อย 1 เดือน ความก้าวหน้าของอาการอาจมากขึ้นกว่า 1 เดือนจนถึงหลายปี ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง ถึงร้อยละ 36 ของสาเหตุอื่นๆ ทั้งหมด (Mahler, 1998)

ปัญหาอาการหายใจลำบากก่อให้เกิดความรู้สึกถูกคุกคาม เป็นอันตรายต่อชีวิต ทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดความกลัวต่อการเสียชีวิตและวิตกกังวล นอกจากนี้อาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง ทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประสบกับปัญหาในการดำเนินชีวิต เนื่องจากการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้ตามปกติ (Lareau, Kolmann, Janson-Bjerklie, & Roor, 1994) ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวนมากไม่สามารถประกอบอาชีพได้เช่นเคย ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ สัมพันธภาพในครอบครัว และการพึ่งพาผู้อื่น จากการศึกษาของเกรย์ดอน และคณะ (Graydon et al., 1995) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่พยากรณ์ความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 71 ราย พบว่า อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความ สามารถในการทำหน้าที่และ กิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงเป็นอันดับหนึ่ง และเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายระดับความสามารถในการทำหน้าที่และกิจกรรมได้ดีที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพาดิสลา และคณะ (Padilla et al., 1990) กล่าวว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกิดความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ รู้สึกว่ามีอาการป่วยและอ่อนแออยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถที่จะทำหน้าที่หรือกิจกรรมใดๆ ตามความต้องการของตนเองได้ ล้วนมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นแนวทางการช่วยเหลือให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้สามารถปฏิบัติหน้าที่หรือกิจกรรมได้ โดยการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง

การจัดการด้วยตนเอง (Self-Management)

การจัดการด้วยตนเองเป็นแนวคิดหนึ่ง ที่ได้รับความสนใจในการนำมาใช้ในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self - Management) เป็นแนวคิดที่มุ่งให้เกิดการปฏิบัติและการควบคุมสถานการณ์ด้วยตนเอง การจัดการด้วยตนเองเป็นพฤติกรรมที่บุคคลจัดการต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากสถานการณ์นั้น ในทางทฤษฎีการจัดการด้วยตนเอง ถือว่ามีความสำคัญต่อการเริ่มต้นพัฒนาสถานะสุขภาพของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Lorig, 1999) เนื่องจากการจัดการด้วยตนเอง เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้มีความรู้และความสามารถที่จะดูแลตนเองที่จะทำให้เกิดภาวะสุขภาพดีและมีความสุขในการดำรงชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ขณะนั้น การจัดการด้วยตนเองสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่บุคคลพิจารณาที่จะจัดการกับสุขภาพที่ตนเองประสบอยู่ขณะนั้น หากแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นอยู่ ประเมินและพยายามหาทางต่อสู้กับอาการต่างๆ ด้วยตนเอง (Lorig & Holman, 1989)

โทบิน และคณะ (Tobin et al., 1986) ให้ความหมายการจัดการด้วยตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพด้วย โคแกนและเบทรัส (Kogan & Betrus, 1984) กล่าวว่า การจัดการด้วยตนเองเป็นการให้ทางเลือกในกระบวนการทางด้านร่างกาย ความรู้และพฤติกรรมที่ทำเป็นประจำ และด้านอารมณ์ โดยการใช้การควบคุมตนเอง เพื่อลดความถี่และความก้าวหน้าอาการของโรค การทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายและเป็นการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันให้ได้ตามปกติตามความสามารถ นอกจากนี้ บราโทโลมิว และคณะ (Bartholomew et al., 1993) อธิบายว่า การจัดการด้วยตนเอง หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติในการป้องกันปัญหาสุขภาพหรือการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง และเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยสามารถระทำการดูแลตนเองได้ตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถใช้กลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping Strategies) หลากวิธีเพื่อเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วยได้ ตลอดจนการมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพของบุคคล และเป็นภาระทำอย่างมีเหตุผล บุคคลนั้นยอมรับว่าวัตถุประสงค์ของการจัดการคือ การลดความถี่และความรุนแรงของอาการ ความก้าวหน้าของโรค ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของร่างกาย และเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมปกติ

จากความหมายการจัดการด้วยตนเองดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า การจัดการตนเองเป็นพฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่มีเหตุผลและเป้าหมายที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันปัญหาสุขภาพหรือการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง และการลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึงการเผชิญปัญหา (Coping) จากการเจ็บป่วยและการมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพของบุคคล ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ให้ความหมายของรูปแบบการส่งเสริมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่า เป็นแนวทางการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจ

ลำบากเรื่องจริงด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งจะทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมอาการหายใจลำบาก รวมทั้งลดผลกระทบจากภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง โดยร่วมมือกับครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ

กลวิธีการจัดการตนเอง

กลวิธีการจัดการตนเอง จากแนวคิดพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) นักวิชาการได้นำเสนอกลวิธีที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการตนเองต่อปัญหาสุขภาพของตนเองได้ กลวิธีเหล่านี้เป็น Self-Management Behavior Approach ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) การติดตามตนเอง (Self-Monitoring) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-Reinforcement) ดังรายละเอียด (Kanfer, 1988)

1. การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) คือ การระบุสิ่งที่บุคคลต้องการจะทำให้สำเร็จ ให้ความสนใจให้คุณค่า และคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต การตั้งเป้าหมายจะแตกต่างกันไปตามระดับความยากง่ายของเป้าหมาย ระดับความยากง่ายรวมถึงระดับความยากง่ายในด้านการรับรู้ของบุคคล ระดับความยากง่ายในมาตรฐานความเป็นจริงหรือระดับความถูกต้องที่ต้องการจากเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายต้องอาศัยแรงจูงใจ จึงจะนำไปสู่ความสำเร็จ การตั้งเป้าหมายอาจจะไม่นำไปสู่ความสำเร็จ ถ้าเป้าหมายนั้นขัดแย้งกับเป้าหมายอื่นของบุคคล การตั้งเป้าหมายในกิจกรรมต่างๆ ที่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจน จะทำให้งานนั้นประสบความสำเร็จได้ และมีการประเมินผลในกิจกรรมของงานนั้นๆ ร่วมไปด้วยจะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายมากกว่าการไม่มีการตั้งเป้าหมายหรือมีกิจกรรมเป้าหมายแต่ไม่ชัดเจน เป้าหมายสามารถตั้งโดยผู้ที่เจ็บป่วย เจ้าหน้าที่ หรือร่วมกันตั้งเป้าหมายก็ได้ แต่อย่างไรก็ตามถ้าเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบ การประสบความสำเร็จในพฤติกรรมเหล่านี้ต้องการความพยายาม (Effort) ความสม่ำเสมอของพฤติกรรม (Persistence) และความเข้มข้นของพฤติกรรม (Concentration) เป็นอย่างมาก (Locke & Latham, 1990).

2. การติดตามตนเอง (Self-Monitoring) เป็นขั้นตอนของการสังเกต ติดตาม และบันทึกพฤติกรรมของตนเอง พฤติกรรมที่สังเกตและติดตามอาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นเหตุหรือผล ทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงการสังเกตติดตามและบันทึกปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพที่บุคคลกำลังพยายามจัดการด้วย ประโยชน์ของการติดตามตนเอง คือ เป็นการให้ข้อมูลแก่ตนเองและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการติดตามตนเองประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่

- 2.1 เลือก และกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจน
- 2.2 จำแนกพฤติกรรมเป้าหมายออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกตได้ชัดเจน
- 2.3 กำหนดวิธีการบันทึก และเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก
- 2.4 ทำการสังเกต และบันทึกพฤติกรรม
- 2.5 แสดงผลการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน

2.6 วิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึก

3. การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองนั้น ๆ กับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนหรือคงพฤติกรรมนั้นไว้ การประเมินตนเองนี้ใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและติดตามตนเอง

4. การให้แรงเสริมตนเอง (Self-Reinforcement) เป็นขั้นตอนของการให้แรงเสริมแก่ตนเอง เมื่อตนเองประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งสำเร็จ การเสริมแรงประกอบด้วย การเสริมแรงทางบวก ซึ่งเป็นการเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากการให้สิ่งใดสิ่งหนึ่งภายหลังพฤติกรรมนั้น สิ่งที่ทำให้ภายหลังพฤติกรรมนั้นเรียกว่าตัวเสริมแรง และการเสริมแรงทางลบ คือการเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากการแสดงพฤติกรรมนั้นแล้วสามารถถอดถอนหรือหลีกเลี่ยงพ้นจากสิ่งเร้าที่ไม่พึงปรารถนาได้ ส่วนประเภทของตัวเสริมแรงครอบคลุม ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ (Material Reinforcers) ตัวเสริมแรงทางสังคม (Social Reinforcers) ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม (Activity Reinforcers) ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร (Token Reinforcers) และตัวเสริมแรงภายใน (Covert Reinforcers) เป็นความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความพึงพอใจ ความสุข หรือ ความภาคภูมิใจ เป็นต้น

การจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากอาการหายใจลำบากในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบากอย่างเรื้อรัง ดังนั้นจึงมีผู้สนใจนำแนวคิดการจัดการด้วยตนเองมาใช้ในการพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวนมาก โดยคาดหวังว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ของการจัดการด้วยตนเองทำให้ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากอาการหายใจลำบากกำเริบรวมทั้งจากสาเหตุอื่น ๆ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bourbeau, 2003) สามารถลดค่าใช้จ่ายและมีความรู้มากขึ้น (Gallefoss, 2002) มีความพึงพอใจ การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การหยุดงาน อัตราการใช้ยาในการรักษา และการเดินทางมารักษามีจำนวนลดลง (Gallefoss & Bakke, 2002) อย่างไรก็ตาม การที่จะประสบผลสำเร็จในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองและเกิดผลลัพธ์ดังกล่าว ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ทั้งด้านความรู้และการฝึกทักษะเพื่อการจัดการอาการหายใจลำบาก การส่งเสริมสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตลอดจนการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งต้องการความร่วมมือระหว่างผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายของการจัดการภาวะหทัยใจลำบากเรื่องด้วยตนเอง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหทัยใจลำบากเรื่องด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยบูรณาการแนวคิดของการจัดการตนเองเข้ากับวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ได้รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหทัยใจลำบากเรื่องด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นวิธีการวิจัยที่มีความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับคุณค่าของประชาธิปไตย (Value of Democracy) และคุณค่าของความเป็นจริง ไม่มีการควบคุมและเน้นการให้อำนาจ (Empowerment) แก่ผู้ร่วมกระบวนการวิจัยทุกคน วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาขึ้นมาด้วยเป้าหมายเพื่อพัฒนาสังคม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน จุดเน้นของการวิจัยคือการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) และเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในขณะนั้น (Lauri, 1982) การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นรูปแบบของการรวบรวมปัญหา หรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงาน (Collective Self - Reflective Inquiry) ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคมได้สังคมหนึ่ง เพื่อต้องการที่จะพัฒนาหลักการ เหตุผล และวิธีการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น และในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของสังคม และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการอาจเป็นการวิจัยของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือการวิจัยของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง (Kemmis & McTaggart, 1988) นอกจากนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ยังเป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นการนำความรู้เชิงทฤษฎีมาผสมผสานหรือบูรณาการเข้ากับความรู้จากการปฏิบัติเพื่อแก้ไขหรือแสดงคำตอบอย่างแจ่มชัด อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างทันที่ (สุณี เหมาะประสิทธิ์, 2539) รวมทั้งเป็นการใช้ทฤษฎีและการปฏิบัติควบคู่กันไปอย่างอาศัยประโยชน์ซึ่งกันและกัน ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการทัศน์ใหม่ของการวิจัย (พันธ์ทิพย์ รามสูต, 2540) ประกอบด้วยหลักการสำคัญ ดังนี้

1. เป็นการพัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (Improving by Changing)
2. เป็นการวิจัยที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานหรือกลุ่มผู้ปฏิบัติงานและผู้วิจัยหรือกลุ่มผู้วิจัย (Collaborative/ Participatory Action Research) ระดับความร่วมมือจะแตกต่างกันไปตามเป้าหมายของการวิจัย ซึ่งอาจเป็นเพียงการร่วมมือเป็นระยะ ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการประยุกต์วิธีการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น หรือเป็นการร่วมมืออย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์ คือ

- 2.1 มีการแลกเปลี่ยนและเปิดเผยค่านิยมของการปฏิบัติงานซึ่งกันและกัน
- 2.2 ให้ตระหนักรู้ว่าปัญหามีอยู่จริง
- 2.3 ให้มีความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน

- 2.4 มีการรับรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องการเปลี่ยนแปลง
- 2.5 มองเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงมีทางที่จะเกิดขึ้นได้
- 2.6 เน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน
3. เป็นการทดลองปฏิบัติ โดยอาศัยเทคนิคการสะท้อนของบุคคลหรือกลุ่ม การมีส่วนร่วมในการหยิบยกประเด็นปัญหา และนำไปสู่การวางแผนแก้ปัญหา ลงมือปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) และการปรับปรุงแผน กระบวนการดำเนินเป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่พึงพอใจ เป็นการทดลองปฏิบัติในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ
4. เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง (Critical Analysis) เพื่อความเข้าใจสถานการณ์อย่างแท้จริง ตามธรรมชาติของสถานการณ์นั้น ๆ ไม่ใช่แก้ปัญหาอย่างผิวเผิน
5. เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับกิจกรรมที่ศึกษา และวิธีที่จะพัฒนา กิจกรรมนั้น ๆ
6. เป็นกระบวนการทางการเมือง (Political Process) เพราะการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมักจะมี การต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเสมอ การต่อต้านนี้เกิดขึ้นทั้งผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติงาน
7. เป็นการบันทึกความก้าวหน้า และบันทึกการสะท้อนการปฏิบัติของกลุ่มอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ กิจกรรมที่ศึกษาและวิธีการศึกษา
8. เป็นการศึกษาที่เริ่มจากวงจรถูก (กลุ่มเล็กหรือแม้แต่ผู้วิจัยเพียงคนเดียว) แล้วจึงขยายเป็น วงจรใหญ่
9. เป้าหมายสุดท้ายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือการพัฒนาทฤษฎีด้วยกระบวนการวิจัย อาจช่วยให้ได้ทฤษฎีใหม่ หรือดัดแปลงขยายทฤษฎีที่มีอยู่แล้วให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ระดับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Holter & Schwartz – Barcott, 1993)

1. ระดับปฏิบัติการ (Technical Collaborative Approach) การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะทดสอบนั้นแบบแผนการแก้ปัญหา (Intervention) ที่สร้างตามกรอบทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้ทราบว่ากิจกรรมที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้ปฏิบัติได้จริงหรือไม่ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และกำหนดปัญหา รวมทั้งระบุการเปลี่ยนแปลงหรือแผนปฏิบัติที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง และกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสนใจ และตกลงเข้ามาช่วยในการพัฒนากิจกรรมนั้น โดยทั่วไปการวิจัยแบบนี้ทำให้การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว แต่ความกระตือรือร้นของผู้ปฏิบัติมักจะลดลงได้เมื่อการปฏิบัติแบบเดิมค่อย ๆ เกิดขึ้นอีก จึงมีข้อจำกัดในการหวังผลระยะยาว ความรู้ที่ได้จากการวิจัยวิธีนี้เป็นความรู้เชิงทำนาย (Predictive Knowledge) ซึ่งช่วยตรวจสอบและปรับแต่งทฤษฎีที่ใช้ให้ชัดเจนขึ้น

2. ระดับความร่วมมือ (Mutual Collaborative Approach) ที่มีเป้าหมายร่วมกัน โดยนักวิจัย และ ผู้ปฏิบัติร่วมกันค้นหาปัญหา สาเหตุและวิธีการแก้ไขที่เป็นไปได้ภายในสถานการณ์ที่ศึกษา จนเกิดความเข้าใจใหม่ร่วมกันเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ และแผนเพื่อแก้ปัญหาหรือปรับปรุงงาน ซึ่งมักใช้วิธีการเชิงอุปมาน (Inductive Approach) ผู้ปฏิบัติเกิดความเข้าใจใหม่ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติของตนเองมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงจึงมีความคงทน แต่จะเกิดเฉพาะในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น แบบแผนการแก้ปัญหา (Intervention) ที่ใช้จึงไม่สามารถดำรงอยู่ได้ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบุคคลที่เกี่ยวข้องในระบบ ความรู้ที่ได้จากการวิจัยวิธีนี้เป็นความรู้เชิงบรรยาย (Descriptive Knowledge) ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาทฤษฎีใหม่

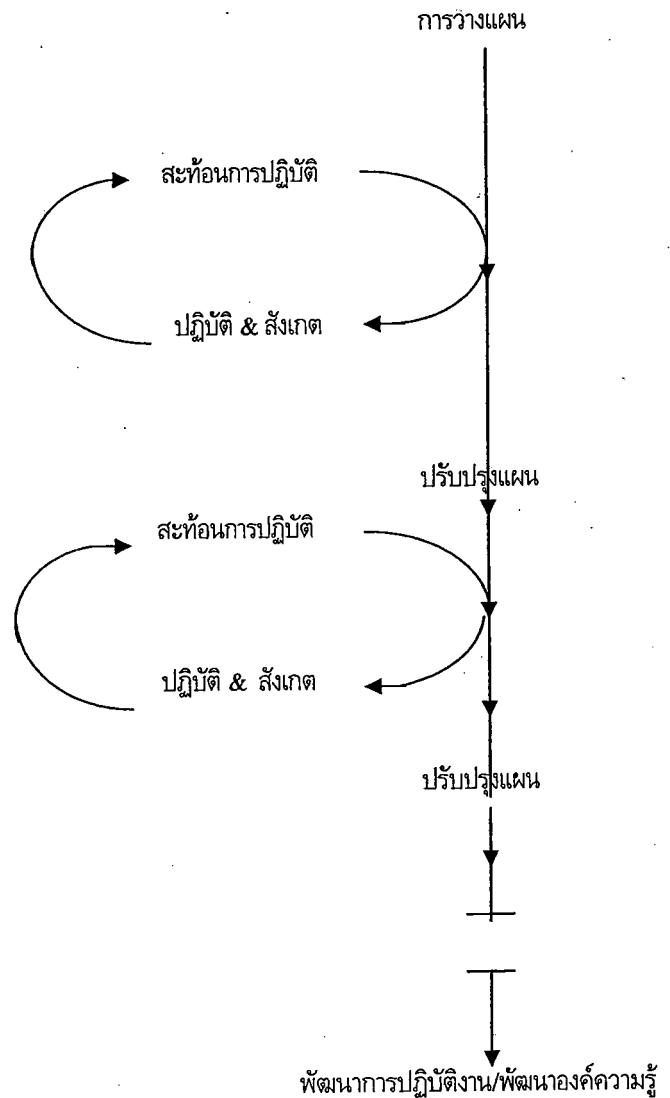
3. ระดับความก้าวหน้า (Enhancement Collaborative Approach) หรือการสร้างเสริมให้บุคคลสะท้อนคิดปัญหาและการปฏิบัติด้วยตนเอง ในระดับนี้ผู้วิจัยจะมีเป้าหมายหลัก 2 ประการคือ 1) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเผชิญกับปัญหา ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ และอาศัยแนวคิดต่าง ๆ มาอธิบายหรือหาแนวทางในการแก้ปัญหา และ 2) เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตัวของเขาเอง โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ตั้งคำถามเพื่อสะท้อนการปฏิบัติและกระตุ้นให้เกิดความคิดริเริ่มที่จะทำให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานเพื่อแก้ปัญหาในการทำงาน การเปลี่ยนแปลงจะมีความถาวร ความรู้ที่ได้จากการวิจัยวิธีนี้มีทั้งความรู้เชิงบรรยายและความรู้เชิงทำนาย (Descriptive and Prescriptive Knowledge)

ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ อาศัยกระบวนการวิจัยในรูปวงจรกิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Spirals) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวางแผน (Planning) เป็นการสำรวจปัญหาและแนวคิดเบื้องต้น
2. การปฏิบัติ (Action) เป็นการนำแผนไปปฏิบัติโดยปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ และการสังเกต (Observing) โดยผู้วิจัยกำหนดจุดมุ่งหมายของการสังเกตและบันทึกประจำวันเกี่ยวกับกระบวนการปฏิบัติหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในส่วนที่ตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ ปัญหาอุปสรรคหรือข้อจำกัดของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติ
3. การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) เป็นการร่วมอภิปรายระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น สิ่งจูงใจหรือปัจจัยส่งเสริมให้มีการปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแผน รวมทั้งสภาพแวดล้อม และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่กำหนด

4. การปรับปรุงแผน (Re-Planning) เป็นการนำปัญหาจากการปฏิบัติมาปรับปรุงเพื่อหาวิธีในการแก้ไขแผนที่วางไว้ให้สามารถปฏิบัติได้อย่างมีคุณภาพ โดยทดลองซ้ำจนได้รูปแบบของการปฏิบัติที่ต้องการ และนำมาประมวลผลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) และสรุปเป็นหลักการในที่สุด ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Spirals) (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2534)

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นวิธีการวิจัยรูปแบบหนึ่งที่ช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ และนำไปสู่การหาแบบหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติให้ได้ผลตามที่ต้องการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมและมีการร่วมมือ (Collaboration/Participation)

การปฏิบัติ (Action) การวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Analysis) และการปฏิบัติตามวงจรการปฏิบัติการ (Action Research Spiral) นอกจากนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ยังเป็นการวิจัยที่ช่วยยืนยันความรู้ทางทฤษฎีว่าสามารถใช้ได้ในการปฏิบัติมากน้อยเพียงใด จึงเป็นวิธีการที่สามารถนำไปใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยความร่วมมือกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว รวมทั้งบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ หรือพยาบาล เป็นต้น ผู้วิจัยเชื่อว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะสามารถพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามสถานการณ์จริงได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว รวมทั้งบุคลากรสุขภาพ ในการหาแนวทางเพื่อการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองร่วมกัน จนกระทั่งได้รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นรูปธรรมและเหมาะสมมากที่สุด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Action Research: Mutual Collaborative Approach) ระหว่างผู้วิจัย ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบากเรื้อรังและครอบครัว รวมทั้งบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ตามขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการและแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self-management) ดังรายละเอียด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นนี้ คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีประสบการณ์อาการหายใจลำบากมากกว่า 1 เดือน ที่รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2549

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีประสบการณ์อาการหายใจลำบากมากกว่า 1 เดือน มีความรุนแรงของโรคในระดับ 2- 4 จากการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาการได้ยินและสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจได้ดี ไม่เป็นโรคที่มีผลต่อภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ วัณโรค หรือมะเร็งปอด เป็นต้น และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 25 คน

สถานที่ศึกษา

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองครั้งนี้ ทำการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก (Out Patient Department: OPD) อายุรกรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 750 เตียงแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โรงพยาบาลที่ศึกษาให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและเฉพาะทางทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรม สำหรับประชาชนในเขตอำเภอและจังหวัดใกล้เคียง งานบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลแห่งนี้ ครอบคลุมการบริการสุขภาพ ทั้งการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ การบริการผู้ป่วยใน การบริการนอก และการบริการอุบัติเหตุ -ฉุกเฉิน ดังนี้

1. การบริการผู้ป่วยใน เป็นการให้บริการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบากกำเริบ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความรุนแรงของอาการหายใจลำบากกำเริบระดับกลางขึ้นไป ซึ่งจำเป็นต้องพัก

รักษาในโรงพยาบาล โดยแพทย์จะพิจารณารับไว้รักษาที่แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม หรือหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมขึ้นอยู่กับสภาวะอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการดูแลรักษาจะเน้นความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เมื่อผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการดีขึ้น แพทย์จะจำหน่ายกลับบ้านและนัดมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกต่อไปและ/หรือส่งกลับไปยังโรงพยาบาลเดิมเพื่อกลับไปรับการรักษาต่อเนื่อง

2. การบริการผู้ป่วยนอก ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก มีทั้งผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่และรายเก่า ซึ่งจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมระบบทางเดินหายใจหรือแพทย์อายุรกรรมทั่วไป โดยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมระบบทางเดินหายใจจะให้บริการตรวจรักษาในคลินิกเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ สำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสัปดาห์ละ 2 วัน หากผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาใช้บริการนอกเหนือจากวันดังกล่าว จะได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์อายุรกรรมทั่วไป

สำหรับคลินิกเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ ผู้ให้บริการในแต่ละวัน ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทาง 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1-2 คน โดยแพทย์เป็นผู้ให้บริการตรวจและรักษา รวมทั้งให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษากับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาในการควบคุมโรค ส่วนพยาบาลวิชาชีพจะให้บริการเกี่ยวกับการซักประวัติและตรวจร่างกายเบื้องต้น การช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจพิเศษ รวมถึงการตรวจสมรรถภาพปอดตามแผนการตรวจรักษาของแพทย์ ส่วนการให้ความรู้ความเข้าใจ คำแนะนำ หรือการพัฒนาทักษะในการจัดการภาวะหายใจลำบากให้กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังเป็นไปอย่างจำกัด เนื่องจากมีผู้มาใช้บริการจำนวนมาก อาจกล่าวได้ว่าการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองให้กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น ยังไม่มีระบบที่ชัดเจน สิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เป็นเพียงการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าให้กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเท่านั้นเอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสัดส่วนของแพทย์และพยาบาลต่อผู้มาใช้บริการไม่เหมาะสม ทำให้เกิดข้อจำกัดเรื่องเวลาในการให้บริการ จึงไม่สามารถจัดระบบการดูแลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับภาวะหายใจลำบากเรื้อรังให้กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม

3. การบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ -ฉุกเฉิน เป็นบริการหากผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากหรืออาการหายใจลำบากกำเริบ สามารถมาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุ -ฉุกเฉิน เพื่อบรรเทาปัญหาหรืออาการหายใจลำบากกำเริบที่เกิดขึ้นตลอด 24 ชั่วโมง หากปัญหาหรือสภาวะอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะได้รับการส่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในต่อไป

การดำเนินการวิจัย

ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ทำการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประสานงานกับฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก แพทย์และพยาบาลประจำห้องตรวจระบบทางเดินหายใจ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และวางแผนในการดำเนินการพัฒนาแบบการส่งเสริมความสามารถใน

การจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกัน หลังจากนั้นได้ดำเนินการวิจัยตามแผน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ในการให้บริการผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของแผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจระบบทางเดินหายใจ และการมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและห้องตรวจระบบทางเดินหายใจของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการสังเกตการให้บริการและสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสังเกตและสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview) กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว ซึ่งมาใช้บริการที่ห้องตรวจระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เข้าใจสถานการณ์การจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังที่บ้าน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

ภายหลังจากการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสรุปผลการวิเคราะห์สภาพการณ์ที่เป็นอยู่นำเสนอให้บุคลากรผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการที่ห้องตรวจระบบทางเดินหายใจรับทราบ และแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการและแนวทางการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจดังกล่าว ให้สามารถพัฒนาความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองได้ หลังจากนั้นได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการตนเองกับพยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจและพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้สามารถบูรณาแนวคิดดังกล่าวเข้ากับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองต่อไป โดยดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ภายหลังจากผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวยินดีและเห็นด้วยยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวเป็นรายบุคคล ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ ขอความร่วมมือ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างละเอียดอีกครั้ง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวเข้าใจในกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง หลังจากนั้นได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและการรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง รวมทั้งสภาวะหายใจลำบากของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

2. นัดกลุ่มตัวอย่างมาสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมทั้งอภิปรายร่วมกันถึงแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง หลังจากการสนทนา

กลุ่มให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมอาการหายใจลำบาก โดยการดูวิดีโอที่ประกอบกับคู่มือที่ผู้วิจัยจัดเตรียมให้กลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปสำรวจตนเองเกี่ยวกับการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังที่บ้าน และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้สอดคล้องกับความรู้ที่ได้รับ รวมทั้งบันทึกพฤติกรรมและปัญหาอุปสรรคลงในแบบบันทึกที่ผู้วิจัยมอบให้ ก่อนเดินทางกลับบ้าน

3. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ภายในสัปดาห์แรก เพื่อสัมภาษณ์เจาะลึก แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง เพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองร่วมกัน ระหว่างผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างและครอบครัว

4. เมื่อผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาพบแพทย์ตามนัดครั้งต่อไป ผู้วิจัย ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และแผนการปรับปรุงแก้ไขปัญหา เพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวทางการแก้ปัญหา หรือส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ(Action) และเฝ้าสังเกต (Observing) กลุ่มตัวอย่างพัฒนาความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ตามแนวทางที่ได้วางแผนร่วมกันไว้ในขั้นตอนที่ 1 รวมทั้งสังเกตและการบันทึกพฤติกรรมของตนเองทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมต่อการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง การสังเกต ติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเองต่อการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังจะใช้เป็นข้อมูลเพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพ หรือแพทย์ประจำห้องตรวจระบบทางเดินหายใจ จะติดตามเฝ้าสังเกตกลุ่มตัวอย่างเมื่อมาพบแพทย์ตามนัดหรือมาตรวจนอกเหนือจากแพทย์นัด ซึ่งหากพบว่าผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติตามกิจกรรมที่ตั้งไม่ได้ ผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพ หรือแพทย์จะพูดคุยถึงปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ดี เก็บเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์และหาวิธีการแก้ไขร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว รวมทั้งบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องอื่นต่อไป หากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ ผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพ หรือแพทย์ จะสอบถามถึงสิ่งที่ทำให้ปฏิบัติได้ดี เพื่อให้ได้มาซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยขัดขวางต่อการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากขั้นตอนการปฏิบัติมาวิเคราะห์ร่วมกัน พิจารณาถึงผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น ทบทวนถึงสิ่งที่ทำได้สำเร็จและสิ่งที่ต้องทำต่อไป รวมทั้งวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ขัดขวางและแนวทางการส่งเสริมที่เหมาะสมที่สามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ดีขึ้น ขั้นตอนนี้กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ทำการประเมินตนเอง (Self-Evaluation) เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองนั้น ๆ กับเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อนำไปสู่การ

ตัดสินใจปรับเปลี่ยนหรือคงพฤติกรรมนั้นไว้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เกณฑ์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้และส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองได้ในระดับขั้นพัฒนาตนเองเข้าสู่การเป็นผู้เชี่ยวชาญคือ มีการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองได้สำเร็จ (Duangpaeng, 2002) หรือจำนวนของอุบัติการณ์การเกิดอาการหายใจลำบากลดลงเหลือเพียงร้อยละ 50 ของอุบัติการณ์การเกิดอาการหายใจลำบากก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 เป็นขั้นตอนการปรับปรุงแผน (Re-Planning) ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแผนโดยอภิปรายร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างถึงวิธีการแก้ไขปัญหาการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ขั้นตอนนี้หากกลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติไม่สำเร็จ ผู้วิจัยขอพบเป็นรายบุคคลเพื่อพิจารณาถึงการไม่บรรลุเป้าหมาย และหาแนวทางแก้ไขปัญหาและนำไปสู่การตั้งเป้าหมายใหม่ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ และหากประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความภูมิใจ มีความเชื่อมั่นที่ปฏิบัติในกิจกรรมที่ยากขึ้นต่อไป

การดำเนินการวิจัยยังคงปฏิบัติตามวงจรเดิม จนกว่าจะได้รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ที่เหมาะสมกับการนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการประเมินหลังจากรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือต้อง การการปรับเปลี่ยน ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และดำเนินการประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากด้วยตนเอง โดยการประเมินความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง และสภาวะอาการหายใจลำบาก หลังจากนั้นกล่าวคำขอบคุณ ถือเป็น การสิ้นสุดขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วย

1.2 แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

1.3 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง

(Competency in Chronic Dyspnea Self-Management Questionnaire) เพื่อประเมินความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมอาการหายใจลำบาก รวมทั้งการลดผลกระทบที่เกิดจากภาวะหายใจลำบากเรื้อรังของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ครอบคลุมความสามารถด้านสติปัญญา (Cognitive Domain) อารมณ์ความรู้สึก (Affective Domain) และการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) ในการจัดการอาการหายใจลำบาก การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพ และการยอมรับการเจ็บป่วย ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 40 ข้อ ค่าคะแนนของแบบวัดอยู่ระหว่าง 40-200 คะแนน คะแนนน้อย หมายถึงการรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองน้อย คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองมาก (สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2546) (ภาคผนวก ข)

1.4 แบบประเมินสภาวะอาการหายใจลำบาก (Dyspnea Visual Analogue Scales: DVAS)

โดยใช้เส้นตรงที่ยาว 100 มิลลิเมตร เป็นมาตรแสดงอาการหายใจลำบากขณะนั้น ทางด้านบนสุดตำแหน่ง 100 หมายถึง มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ทางด้านล่างสุดตำแหน่ง 0 หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย และกึ่งกลาง 50 หมายถึง มีอาการหายใจลำบากปานกลาง ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นผู้กำหนดตำแหน่งบนเส้นตรง โดยใช้ปากกาทำเครื่องหมายไว้บนจุด แล้วอ่านค่าตัวเลขตรงจุดนั้นแทนค่าอาการหายใจลำบากของตนเองที่ประสบอยู่ขณะนั้น ซึ่งปัจจุบันแบบวัดประเมินนี้มีความสะดวกและง่ายต่อการใช้มากกว่าแบบอื่นและมีการยอมรับว่าเป็นวิธีที่เข้าใจง่าย มีประสิทธิภาพในการวัดอาการหายใจลำบากมาก (Gift, 1989) (ภาคผนวก ข)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง

2.1 คู่มือการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง เป็นคู่มือที่มีเนื้อหาและรูปภาพอธิบายให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากคู่มือการดำเนินชีวิตที่ดีไปกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง “Living Well with COPD” ของ Boehring Ingelheim (Canada) ประกอบด้วยกายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบทางเดินหายใจ อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรู้เกี่ยวกับการหายใจและการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การออกกำลังกาย การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การรับประทานอาหาร การใช้ยาตามแผนการรักษา การป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อน เพื่อใช้ประกอบการให้ความรู้และสาธิตในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

2.2 วิดีทัศน์เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นวิดิทัศน์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย สาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พยาธิสภาพ การรักษา รวมถึงอาการหายใจลำบากของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การฝึกบริหารการหายใจเพื่อลดอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วยการหายใจโดย

ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม การหายใจออกโดยการห่อปาก การประหยัดพลังงาน การผ่อนคลาย และการปรับวิถีชีวิต เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง และลดอาการหายใจลำบาก มีความยาวประมาณ 30 นาที ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากมวิตีทัศน์ “Living Well with COPD” ของ Boehringer Ingelheim (Canada) มาแปลเป็นภาษาไทยเพื่อใช้ประกอบ การบรรยาย การให้ความรู้ และการสาธิต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษาพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93

2. แบบประเมินอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีวัดซ้ำ (Test-retest) โดยนำแบบประเมินอาการหายใจลำบากไปทดลองกับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบากที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

3. คู่มือการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองและวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยนำคู่มือการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองและวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา การจัดลำดับเนื้อหา เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมมากขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์ของกรวิจัย การดำเนินการวิจัย การปกปิดความลับ รวมถึงการตระหนักถึงความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง และหากกลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือจนปลอดภัย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการเข้าร่วมงานวิจัยก่อนครบกำหนดได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดีให้ความร่วมมือการเข้าร่วมกรวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมกรวิจัย (ภาคผนวก ก)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Window ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงบรรยาย
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยตนเอง และสภาวะอาการหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยตนเองโดยใช้สถิติ Wincoxon Signed Rank Test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอาศัยความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Action Research: Mutual Collaborative Approach) ระหว่างผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว ผู้วิจัย และบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยนำเสนอกรอบกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองทั้ง 3 ระยะ แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ สภาพการณ์การให้บริการและการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง และการทดสอบผลของรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 สภาพการณ์การให้บริการและการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง สำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสภาพการณ์การให้บริการและการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการสนทนากลุ่มผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว 3 ครั้ง นอกจากนี้ยังได้ทำการศึกษาสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพ ได้แก่พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และแพทย์ผู้ให้การตรวจรักษาประจำห้องตรวจระบบทางเดินหายใจ 1 คน การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์การให้บริการผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทศนคติต่อการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง และแนวทางการส่งเสริมความสามารถให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ผลการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ สามารถสรุปประเด็นสาระที่สำคัญได้ดังนี้

1. ความคิดเห็นต่อการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง พบว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ซึ่งได้แก่ แพทย์และพยาบาล มีความคิดเห็นตรงกันว่า “**เป็นความรับผิดชอบของตนเอง**” โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความต้องการที่จะกระทำด้วยตนเอง เนื่องจากหากทำได้ด้วยตนเองจะไม่ต้องทุกข์ทรมานกับอาการที่เกิดขึ้น และลดจำนวนครั้งของการมาพบแพทย์ ส่วนครอบครัวผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเห็นว่า ควรเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลกับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือครอบครัว ไม่มีความรู้เพียงพอสำหรับการจัดการกับภาวะหายใจ

ลำบากที่เกิดขึ้นอย่างเร็วจึงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อโรคมีความก้าวหน้ามากขึ้น อาการอาจมีความรุนแรงมากขึ้น หากได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์หรือพยาบาลในการสอนหรือฝึกทักษะให้อย่างต่อเนื่อง คงเหมาะสมมากกว่าการจัดการด้วยตนเองโดยลำพัง ซึ่งความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลมีความสอดคล้องกับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว

2. การส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง แพทย์และพยาบาลประจำห้องตรวจยอมรับว่าไม่สามารถทำได้เต็มที่หรืออย่างเป็นระบบ เนื่องจากปริมาณผู้ใช้บริการจำนวนมาก ในขณะที่ผู้ให้บริการมีอยู่อย่างจำกัด ถึงแม้ว่าจะตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการกับภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองได้ก็ตาม หากสามารถทำได้ ก็เท่ากับการช่วยให้ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสามารถลดผลกระทบอื่นๆ ได้อีกมากมาย สำหรับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความต้องการพัฒนาความสามารถของตนเองเช่นกัน แต่ขาดความรู้ความเข้าใจ บางครั้งมีปัญหาและต้องการปรึกษาหรือสอบถามจากแพทย์ผู้ให้การรักษาเมื่อมาตรวจตามนัด หากเจอสถานการณ์ที่มีผู้ใช้บริการจำนวนมาก เกิดความรู้สึกเกรงใจ และไม่กล้าถาม **“คนไข้มาก เกรงใจ ไม่กล้าถาม”** จึงเป็นสภาพการณ์ซึ่งผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคในการพัฒนาความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ดังนั้นการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองให้กับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็น้อย จึงเป็นไปด้วยความยากลำบาก สิ่งทีบุคคลากรสุขภาพสามารถทำได้ส่วนใหญ่เป็นเพียงการให้ความรู้และ/หรือการฝึกทักษะที่จำเป็นเท่านั้น เช่น การพ่นยา หรือให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปัญหาลเฉพาะหน้า เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีความเห็นเพิ่มเติมว่า การจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ แต่ต้องใช้เวลาาน **“เรียนรู้ด้วยตนเองได้ แต่ใช้เวลานาน”** จึงเป็นการสะท้อนของผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึงการพัฒนาความสามารถในการจัดการด้วยตนเองว่า สามารถที่จะเรียนรู้ด้วยตนเองได้ แต่ต้องใช้เวลาานเนื่องจากในระยะแรกที่มีอาการหายใจลำบาก ยังไม่มีประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนจะใช้การลองผิดลองถูกไปก่อน เมื่อต้องเผชิญปัญหาอย่างต่อเนื่อง ก็จะมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาได้ อย่างไรก็ตามผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กล่าวว่า ผลของการลองผิดลองถูก ทำให้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบาก หากได้รับการช่วยเหลือจากแพทย์หรือบุคคลากรสุขภาพ จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการจัดการกับภาวะหายใจลำบากได้เร็วขึ้น

3. กลวิธีในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง สำหรับแนวทางหรือกลวิธีที่แพทย์และพยาบาลมีความเห็นว่า สามารถส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักในการจัดการด้วยตนเอง 2) การยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง 3) สนับสนุนจากบุคคลากรสุขภาพและครอบครัว 4) การพัฒนาระบบบริการที่เอื้อต่อการส่งเสริมความสามารถในการจัดการด้วยตนเอง เช่นเดียวกับผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีผู้รับผิดชอบโดยตรง

ส่วนผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวมีความเห็นว่า แนวทางหรือกลวิธีในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง ควรประกอบด้วย 1) การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและบุคลากรสุขภาพ 2) การให้ความสำคัญและเข้าใจผู้ป่วย 3) การให้ความรู้และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง 4) การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล 5) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ที่มีประสบการณ์เดียวกัน 6) การสะท้อนการปฏิบัติของตนเอง 7) การยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง และ 8) การดูแลด้านจิตใจ

ผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำไปบูรณาการเข้ากับแนวคิดการจัดการด้วยตนเองและวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากด้วยตนเองชั่วคราวต่อไป

ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. ลักษณะของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ครอบครัว ผู้วิจัยและบุคลากรสุขภาพ ได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองร่วมกับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว จนมีความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล รวมทั้งสิ้นจำนวน 25 ราย ซึ่งลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยดังเสนอไว้ในตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 96 อายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 มีสถานะภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 52 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 60 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,000-9,999 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 52 ค่าใช้จ่ายในการรักษาใช้สิทธิบัตรต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 100 มีประวัติสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 96 และปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่ มานานมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 100 ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 48 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 56 มีประสบการณ์การหายใจลำบากเรื้อรังมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 52 และเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอาการหายใจลำบากกำเริบ คิดเป็นร้อยละ 84 รวมทั้งเคยได้รับความรู้และ/หรือฝึกทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมอาการหายใจลำบาก คิดเป็นร้อยละ 80

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	24	96.0
หญิง	1	1.0
อายุ		
50-59 ปี	5	20.0
60-69 ปี	11	44.0
70-79 ปี	9	36.0
สถานภาพสมรส		
โสด	2	8.0
คู่	13	52.0
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	10	40.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	6	24.0
ประถมศึกษา	10	40.0
มัธยมศึกษา	5	20.0
ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา	2	8.0
ปริญญาตรี	2	8.0
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	60.0
เกษตรกร	2	8.0
รับจ้าง/ค้าขาย	5	20.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	12.0
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 4,999 บาท	2	8.00
5,000-9,999 บาท	13	52.0
ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป	10	40.0
สิทธิในการรักษา		
เบิกต้นสังกัด/ใช้สิทธิบัตรต่างๆ	25	100.0
จ่ายเอง	0	0.00

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	1	4.0
เคยสูบ	24	96.0
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน		
ไม่สูบบุหรี่	25	100.0
สูบบุหรี่	0	0.0
ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่		
1-5 ปี	2	8.3
6-10 ปี	8	33.3
> 10 ปี	14	58.4
ระดับความรุนแรงของโรค		
ความรุนแรงของโรคระดับ 2	8	32.0
ความรุนแรงของโรคระดับ 3	12	48.0
ความรุนแรงของโรคระดับ 4	5	20.0
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
≤ 1 ปี	1	4.0
1-5 ปี	4	16.0
6-10 ปี	6	24.0
> 10 ปี	14	56.0
ระยะเวลาที่มีภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง		
≤ 1 ปี	1	4.0
1-5 ปี	4	16.0
6-10 ปี	7	28.0
> 10 ปี	13	52.0
ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอาการหายใจลำบากกำเริบ		
ไม่เคย	4	16.0
เคย	21	84.0
การได้รับความรู้และ/หรือฝึกทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุม อาการหายใจลำบาก		
ไม่เคย	5	20.00
เคย	20	80.00

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วยตนเอง ตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วยตนเอง สำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

2.1 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วยตนเองชั่วคราว (Tentative Model)

ภายหลังจากที่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

1) ชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายแนวทางในการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วยตนเองให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวฟังและเปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ หลังจากนั้นขอความร่วมมือให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตอบแบบประเมินความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วยตนเอง รวมทั้งประเมินสภาวะอาการหัวใจล้มเหลว

2) นัดผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างมาสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview) เพื่อทำความเข้าใจกับสภาพการณ์การให้บริการและการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เป็นอยู่ รวมทั้งแนวทางหรือกลวิธีในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วยตนเองตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการสนทนากลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง มีผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวเข้าร่วมสนทนากลุ่มครั้งละ 6-8 คน

3) ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวที่บ้าน จำนวน 10 คน เพื่อประเมินสภาพการณ์การจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วยตนเองที่บ้าน การสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน รวมทั้งความต้องการความช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วยตนเอง

4) นำข้อมูลการศึกษาสภาพการณ์การให้บริการและการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วยตนเองดังกล่าวข้างต้น มาทำการวิเคราะห์เพื่อให้เข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งเข้าใจประเด็นปัญหาหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มาอภิปรายร่วมกันกับพยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจระบบทางเดินหายใจ และหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ทั้งบุคลากรสุขภาพและผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยตนเอง กล่าวคือ การเห็นความสำคัญกับการที่บุคคล

ต้องรับผิดชอบต่อตนเอง นอกจากนี้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยังได้เสนอกลวิธีที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองได้ ดังสรุปไว้ในการนำเสนอส่วนที่ 1

5) การนำกลวิธีจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบชั่วคราว ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญคือ การวางกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (Goal Setting) กาดิตตามตนเอง (Self-Monitoring) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (Self-Reinforcement) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) และ การสังเกต (Observing)

1) ให้ความรู้กับพยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจระบบทางเดินหายใจเพื่อให้เข้าใจถึงการนำกลวิธีจัดการด้วยตนเองมาใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2) กลุ่มตัวอย่างดำเนินการจัดการภาวะหายใจลำบากด้วยตนเองและ/หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางการจัดการภาวะหายใจลำบากที่ได้เรียนรู้เพิ่มเติมจากการสนทนากับผู้วิจัย การดูวิดีโอ และคู่มือที่ผู้วิจัยมอบให้ รวมทั้งการบันทึกพฤติกรรมและ/หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting)

1) เมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับมาตรวจตามนัดครั้งที่ 1 ภายหลังก้าวร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินตนเองและสะท้อนการปฏิบัติจากการที่ได้รับความรู้เพิ่มเติมจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้วิจัยและการเรียนรู้จากวิดีโอทัศน์และคู่มือฯ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวสะท้อนถึงการสนับสนุนของครอบครัวในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2) ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การแผน (Re-Planning)

ภายหลังจากการสะท้อนการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจระบบทางเดินหายใจ พบกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว เพื่อปรับแผนในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง สำหรับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ตามแนวทางที่กำหนดในรูปแบบชั่วคราว ดังนี้

1) สร้างความเข้าใจให้กับกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวถึงกลวิธีจัดการด้วยตนเอง รวมทั้งบทบาทของครอบครัวและบุคลากรสุขภาพในการสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง

2) กำหนดเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนาความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง

พื้นฐานที่กลุ่มตัวอย่างมีอยู่ในขณะนั้น เมื่อเป้าหมายเดิมสามารถบรรลุได้ตามที่กำหนด จะมีการกำหนดหรือปรับเปลี่ยนเป้าหมายใหม่อย่างไรก็ตามเป้าหมายสุดท้ายของทุกคน คือ การมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพและการจัดการสภาวะอาการหายใจลำบาก รวมทั้งการยอมรับการเจ็บป่วย

3) ประเมินความต้องการการเรียนรู้และให้ความรู้ คำแนะนำและ/หรือฝึกทักษะที่จำเป็นเพิ่มเติมตามความต้องการการเรียนรู้ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาหรือสภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

4) จัดระบบสนับสนุนในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการคำปรึกษาหรือความช่วยเหลือ เช่น กรณีฉุกเฉินสามารถขอคำปรึกษาได้โดยตรงจากพยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจระบบทางเดินหายใจ แพทย์เจ้าของไข้ หรือผู้วิจัย หรือหากต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไป เจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจ สามารถประสานงานกับฝ่ายสุขศึกษาของโรงพยาบาล เพื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการได้ เป็นต้น

5) จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง เช่น การจัดให้มีเอกสารหรือวิดีโอทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในบริเวณที่นั่งรอตรวจ เป็นต้น โดยประสานงานกับฝ่ายสุขศึกษาของโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการดังกล่าว

6) จัดให้มีการพบปะเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอื่นและครอบครัว อย่างน้อย 2 เดือนต่อครั้ง

7) ให้ความสำคัญกับการให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล มากกว่าการให้บริการเป็นศูนย์กลางการดูแล โดยคำนึงถึงการดูแลแบบองค์รวม

8) การดูแลด้านจิตใจ เนื่องจากผลกระทบของภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง ทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับปัญหาด้านจิตใจมากมาย เช่น ความวิตกกังวลเมื่อเกิดอาการหายใจลำบากกำเริบ หรือรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้กับการมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง เป็นต้น ดังนั้นจึงต้องการได้รับการดูแลด้านจิตใจจากบุคลากรสุขภาพ

2. 2 การนำรูปแบบชั่วคราวไปใช้เพื่อปรับปรุงให้เกิดความสมบูรณ์

รูปแบบชั่วคราวในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ที่พัฒนามาจากขั้นตอนที่ผ่านมา ได้นำไปใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 25 รายอย่างต่อเนื่อง ตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการจนได้รูปแบบที่สมบูรณ์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้วิจัย บุคลากรสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างและครอบครัว

2) พบพบหรือกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ระหว่าง ระหว่างผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างและครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจระบบทางเดินหายใจ

3) ประเมินปัญหาและความต้องการการเรียนรู้ เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อการจัดการภาวะ หายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองทุกครั้งในกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด หรือมาใช้บริการของโรงพยาบาลนอกเหนือ จากวันนัด เช่น ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา เทคนิคการบริหารการหายใจ หรือการออกกำลังกาย เป็นต้น

4) วางแผนให้การส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง ที่สอดคล้องกับ ปัญหาและความต้องการที่ได้จากการประเมินฯ

5) จัดให้มีการพบปะเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอื่นและครอบครัว อย่างน้อย 2 เดือนต่อครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) และเฝ้าสังเกต (Observing)

1) กลุ่มตัวอย่างทดลองปฏิบัติตามรูปแบบชั่วคราว และสังเกตติดตามตนเองร่วมกับการจด บันทึกพฤติกรรมจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ทั้งในส่วนที่ประสบผลสำเร็จและไม่ประสบ ผลสำเร็จ รวมทั้งปัญหาหรืออุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง ด้วยตนเอง

2) ครอบครัวกระตุ้นและให้การสนับสนุนเพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการภาวะหายใจ ลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัย ทีมสุขภาพและครอบครัวให้แรงสนับสนุนทางด้านจิตใจและ อารมณ์แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดกำลังใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting)

1) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับ รวมได้จากขั้นการปฏิบัติตามกลวิธีการจัดการด้วยตนเองและสังเกตติดตามตนเอง มาวิเคราะห์ร่วมกับผู้กลุ่ม ตัวอย่างและครอบครัว รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจระบบทางเดินหายใจ เพื่อสะท้อนการปฏิบัติ รวมทั้ง ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง (Self-Evaluation) ถึงการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด ตลอดจนการพิจารณาตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนหรือคง พฤติกรรมไว้

2) กลุ่มตัวอย่างให้การเสริมแรงตนเอง ผู้วิจัยและบุคลากรสุขภาพประจำห้องตรวจระบบทางเดิน หายใจให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงแผน (Re-Planning)

1) การติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Visiting) ในการดำเนินการส่งเสริมความสามารถในการ จัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการรอบที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความ รุนแรงของภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง ต้องการให้มีการติดตามเยี่ยมที่บ้าน เพื่อให้การช่วยเหลือและแนะนำเกี่ยวกับ การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงได้เพิ่มเติมการเยี่ยมบ้านในรูปแบบชั่วคราวในการส่งเสริมความสามารถใน การจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ในกรณีที่จำเป็น โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการไม่คงที่ โดยการ ประสานงานกับหน่วยพยาบาลเยี่ยมบ้าน ซึ่งรับผิดชอบในเขตที่กลุ่มตัวอย่างอยู่อาศัย

2) ผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่าง ครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพห้องตรวจระบบทางเดินหายใจ พิจารณาร่วมกันว่าจำเป็นต้องปรับปรุงแผนและเป้าหมายหรือไม่ ขึ้นอยู่กับผลการประเมินในขั้นตอนที่ผ่านมา

3) ประเมินการรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง และสภาวะอาการหายใจลำบากของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง

การดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็โรคนออดุดกัันเรื้อรัง ให้ได้รูปแบบดังกล่าวที่สมบูรณ์ ต้องการจำนวนรอบของการดำเนินการตามวงจรของวิจัยเชิงปฏิบัติการแตกต่างกัน ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ พบว่า หากสามารถดำเนินการตามรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองนี้ ซึ่งผู้ที่เป็นโรคนออดุดกัันเรื้อรังมาตรวจตามนัดทุกเดือน ใช้ระยะเวลาอย่างน้อยประมาณ 4 เดือนหรือ 4 รอบของวงจการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.3 รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง

รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคนออดุดกัันเรื้อรังที่ได้จากการดำเนินการตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเองและวงจการวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถสรุปองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1) สัมพันธภาพที่ดีและการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างและครอบครัว เป็นองค์ประกอบแรกที่มีความสำคัญยิ่งต่อการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง เพราะการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการยอมรับและเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคล ความมีศักยภาพและมีคุณค่า ทำให้มีความไว้วางใจในผู้วิจัยและบุคลากรสุขภาพ จึงกล้าตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย แลกเปลี่ยนข้อมูลหรือขอความช่วยเหลือ

2) การความตระหนักในความรับผิดชอบต่อตนเอง เป็นคุณสมบัติพื้นฐานของบุคคลในการดูแลหรือจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเอง ทั้งในการแสวงหาความรู้และการกระทำเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดผลกระทบจากการเจ็บป่วย การสร้างความตระหนักให้บุคคลรับผิดชอบต่อตนเอง เป็นสิ่งจำเป็นต้องทำให้เกิดขึ้น อาจโดยการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่ให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการจัดการด้วยตนเอง การสร้างแรงจูง และสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง สามารถทำให้บุคคลพัฒนาความรับผิดชอบต่อตนเองได้

3) การปฏิบัติตามแนวคิดการจัดการตนเอง ที่เน้นความร่วมมือและการเป็นหุ้นส่วนร่วมกันระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ รวมทั้งการมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยมีการกำหนดหรือปรับเปลี่ยนเป้าหมายร่วมกัน มีการติดตามการกระทำของตนเอง รวมถึงการประเมินตนเอง และให้การเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ด้วยขั้นตอนดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้และมีการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

4) การประเมินความต้องการการเรียนรู้และให้ความรู้หรือฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา รวมทั้งแนวทางการดูแลตนเองให้กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่กลับมีความก้าวหน้ามากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องอาจต้องเผชิญกับปัญหาใหม่ที่เกิดจากความก้าวหน้าของโรคอยู่ตลอดเวลา บุคลากรสุขภาพควรได้มีการประเมินความต้องการการเรียนรู้และให้ความรู้หรือฝึกทักษะเพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่ออาการหายใจลำบากมีความรุนแรงมากขึ้น จึงจะสามารถจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองได้

5) การเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์เดียวกัน ผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลและกลวิธีต่างๆเกี่ยวกับการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง ตลอดจนการมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยดังกล่าว ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีประสบการณ์เดียวกันได้แลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันในรูปแบบต่างๆ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการพัฒนาความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองได้มากขึ้น ส่งผลต่อความมั่นใจในความสามารถของตนเอง

6) การจัดสิ่งแวดล้อมและระบบบริการที่เอื้อต่อการพัฒนาความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง สิ่งแวดล้อมดังกล่าวครอบคลุมทั้งด้านกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น ครอบครัวหรือแหล่งประโยชน์อื่น เป็นต้น

7) การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนด้านอารมณ์ นอกจากจะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความมั่นคงด้านจิตใจ ยังทำให้เกิดแรงจูงใจและมุ่งมั่นในการพัฒนาความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการที่ครอบครัวจะสามารถให้การสนับสนุนได้อย่างเหมาะสม จำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถให้กับครอบครัวเช่นเดียวกัน

8) การดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมองค์รวม เป็นคุณลักษณะสำคัญในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาด และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้านร่างกาย ส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณด้วย ดังนั้นในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองจึงต้องตระหนักถึงการดูแลต่อเนื่องทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านและครอบคลุมองค์รวม เช่น การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

9) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล ด้วยความจำกัดด้านบุคลากรสุขภาพ ทำให้การบริการในปัจจุบัน เน้นการให้บริการมากกว่าการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งลักษณะของการบริการที่เน้นงานบริการจะไม่สามารถส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองได้ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแล โดยการให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล จึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง

10) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความสามารถของตนเองในการที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้สำเร็จ ซึ่งกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวลำบากเรื้อรังด้วยตนเองครั้งนี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น ถือว่าเป็นการสร้างประสบการณ์ให้ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง รวมทั้งการเรียนรู้จากผู้อื่น

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการด้วยตนเอง สำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถสรุปได้ ดังนี้

ปัจจัยส่งเสริม (Enabling Factors)

- 1) ความตระหนักในความรับผิดชอบต่อตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 2) ความร่วมมือและพันธะสัญญาระหว่างผู้วิจัย ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว และบุคลากรอื่น
- 3) ความต้องการพัฒนาคุณภาพการดูแลของผู้บริหาร
- 4) การประเมินรับรองสถาบัน (Hospital Accreditation)

ปัจจัยขัดขวาง (Inhibiting Factors)

- 1) จำนวนบุคลากรสุขภาพ
- 2) เวลา

ส่วนที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวลำบากเรื้อรังด้วยตนเองและสภาวะอาการหัวใจล้มเหลว ดังตารางที่ 2, 3, 4
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง และสภาวะอาการหัวใจล้มเหลว ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยตนเองก่อนได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยตนเอง (N = 25)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน แบบวัด	ช่วงคะแนน กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD
ความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยตนเองโดยรวม	40-200	63-184	105.84	24.47
การจัดการอาการหัวใจล้มเหลว	19-95	29-90	47.44	13.56
การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพ	15-75	16-70	39.04	10.87
การยอมรับการเจ็บป่วย	6-30	15-24	19.36	2.52

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยตนเองก่อนได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยตนเองโดยรวม 105.84 (SD = 24.47) คะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการอาการหัวใจล้มเหลว 47.44 (SD = 13.56) ด้านการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต 39.04 (SD = 10.87) และด้านการยอมรับการเจ็บป่วย 19.36 (SD = 2.52) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยตนเอง จำแนกรายด้านของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยตนเอง (N = 25)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน แบบวัด	ช่วงคะแนน กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD
ความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยตนเองโดยรวม	40-200	98-180	143.28	23.43
การจัดการอาการหัวใจล้มเหลว	19-95	34-92	65.08	14.14
การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพ	15-75	30-70	54.72	12.22
การยอมรับการเจ็บป่วย	6-30	18-29	23.48	3.08

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองก่อนได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองโดยรวม 143.28 (SD = 23.43) คะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการอาการหายใจลำบาก 65.08 (SD = 14.14) ด้านการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต 54.72 (SD = 12.22) และด้านการยอมรับการเจ็บป่วย 23.48 (SD = 3.08) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาวะอาการหายใจลำบากของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง (N = 25)

สภาวะอาการหายใจลำบาก	ช่วงคะแนน แบบวัด	ช่วงคะแนน กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD
ก่อนเข้าร่วมการส่งเสริมความสามารถ	0-100	40-80	63	12.08
หลังเข้าร่วมการส่งเสริมความสามารถ	0-100	40-70	50	11.15

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสภาวะอาการหายใจลำบากก่อนได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง 63 (SD = 12.08) และหลังได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง 50 (SD = 11.15)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองและสภาวะอาการหายใจลำบากของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองโดยการทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test นำเสนอไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวร้ายแรงด้วยตนเองและสภาวะอาการหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวร้ายแรงด้วยตนเอง (N=25)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		Z	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวร้ายแรงด้วยตนเอง	105.84	24.47	143.28	23.43	4.34	.000
อาการหัวใจล้มเหลว	63	12.08	50	11.15	4.48	.000

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวร้ายแรงด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวร้ายแรงด้วยตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวร้ายแรงด้วยตนเองมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคะแนนเฉลี่ยของสภาวะอาการหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวร้ายแรงด้วยตนเองลดลงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวร้ายแรงด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบระดับความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Mutual Collaborative Approach) ระหว่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว ผู้วิจัย และบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2548 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวนทั้งหมด 25 ราย

สรุปผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 96 อายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 มีสถานะภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 52 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 60 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,000-9,999 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 52 ค่าใช้จ่ายในการรักษาใช้สิทธิบัตรต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 100 มีประวัติสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 96 และปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่ มานานมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 100 ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 48 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 56 มีประสบการณ์การหายใจลำบากเรื้อรังมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 52 และเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอาการหายใจลำบากกำเริบ คิดเป็นร้อยละ 84 รวมทั้งเคยได้รับความรู้และ/หรือฝึกทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมอาการหายใจลำบาก คิดเป็นร้อยละ 80

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการส่งเสริม ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ได้แก่ คู่มือการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง และวิดีโอทัศน์เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง และแบบประเมินสภาวะอาการหายใจลำบาก ซึ่งได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 20 ราย วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 และ 0.83 ตามลำดับ

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงบรรยาย และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วยตนเอง และสภาวะอาการหายใจลำบากก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย ด้วยสถิติ Wincoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วยตนเอง สำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างบุคลากรสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างและครอบครัว 2) การสร้างความตระหนักในความรับผิดชอบต่อตนเอง 3) การปฏิบัติตามแนวคิดการจัดการตนเอง 4) การประเมินความต้องการการเรียนรู้และให้ความรู้หรือฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง 5) การเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์เดียวกัน 6) การจัดสิ่งแวดล้อมและระบบบริการที่เอื้อต่อการเรียนรู้เพื่อการจัดการด้วยตนเอง 7) การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพและครอบครัว 8) การดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมองค์รวม 9) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล และ 10) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการด้วยตนเอง สำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย ปัจจัยส่งเสริม (Enabling Factors) ได้แก่ 1) ความตระหนักในความรับผิดชอบต่อตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) ความร่วมมือและพันธะสัญญาระหว่างผู้วิจัย ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ 3) ความต้องการพัฒนาคุณภาพการดูแลของผู้บริหาร 4) การประเมินรับรองสถาบัน (Hospital Accreditation) และปัจจัยขัดขวาง (Inhibiting Factors) ได้แก่ 1) จำนวนบุคลากรสุขภาพ และ 2) เวลา

ผลการประเมินรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วยตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($Z = 4.34, p < 0.01$) และมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะหัวใจล้มเหลวหลังเข้าร่วมการวิจัยต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($Z = 4.48, p < 0.01$)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของการให้บริการของโรงพยาบาลที่ศึกษา ถือเป็นรูปแบบการให้บริการพยาบาลแบบใหม่ ที่เน้นความร่วมมือระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ โดยตระหนักถึงการให้อำนาจกับผู้ใช้บริการ รวมถึงความเท่าเทียมกันในความร่วมมือ นอกจากนี้ด้วยลักษณะของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่ให้ความสำคัญในการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflective Practice) ซึ่งเอื้อ

ประโยชน์ให้ทั้งผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ครอบครัวย และบุคลากรสุขภาพ ในการได้พบทวนสิ่งที่ตนเองปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการกระทำที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้บุคคลได้พัฒนาความรับผิดชอบของตนเอง ถือว่าเป็นจุดเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis & McTaggart, 1988)

นอกจากนี้ การที่ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการตนเองมาบูรณาการเข้ากับวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ส่งผลให้กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองมีความชัดเจน ตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การเฝ้าติดตามตนเอง การประเมินผลตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจด้วยตนเองครั้งนี้ กระบวนการพัฒนาและกิจกรรมที่ให้กับกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะเป็นรายบุคคล (Case Management) วิธีการที่ใช้จึงมีความแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแต่ละบุคคล ซึ่งถือว่าการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในระดับบุคคลหรือครอบครัวเท่านั้น อย่างไรก็ตามรูปแบบที่ได้มีความแตกต่างจากรูปแบบอื่นที่พัฒนาขึ้นจากมุมมองของนักวิจัยเพียงอย่างเดียว เน้นเนื้อหาที่แน่นอนและค่อนข้างตายตัว อาจไม่ครอบคลุมประเด็นอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือจากกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยกำหนด รูปแบบดังกล่าวอาจไม่เหมาะสมและไม่สอดคล้องกับบริบทที่เป็นจริง เมื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติอาจพบปัญหาและอุปสรรค และไม่สามารถประสบผลสำเร็จตามที่คาดหวัง

สำหรับองค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพและการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างบุคลากรสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง และครอบครัว 2) การสร้างความตระหนักในความรับผิดชอบต่อตนเอง 3) การปฏิบัติตามแนวคิดการจัดการตนเอง 4) การประเมินและให้ความรู้หรือฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง 5) การเรียนรู้จากผู้ที่ประสบการณเดียวกัน 6) การจัดสิ่งแวดล้อมและระบบบริการที่เอื้อต่อการเรียนรู้เพื่อการจัดการตนเอง 7) การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพและครอบครัว 8) การดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมองค์รวม 9) การให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแล และ 10) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญและสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง ที่ให้ความสำคัญกับการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ อันจะนำไปสู่การรับรู้ถึงอำนาจและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Buchman, 1997) รวมทั้งการที่ผู้ป่วยจะจัดการตนเองได้ ต้องการความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ การได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะการควบคุมตนเอง การเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการจัดสิ่งแวดล้อมที่ครอบคลุมครอบครัวและเครือข่ายสังคมอื่น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539; Lorig, 1993; Bandura, 1997) นอกจากนี้การที่จะพัฒนาให้ผู้ป่วยจัดการการเจ็บป่วยด้วยตนเองได้ และนำไปสู่การรับรู้พลังอำนาจ จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแลมากกว่าการบริการ (Hughes, 2004) องค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง สำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดังกล่าว สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา เช่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดี

ทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผ่อนคลายความเครียดและลดความวิตกกังวล รู้สึกว่าได้รับการเอาใจใส่และการยอมรับ รับรู้ถึงความปลอดภัยและมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในการดูแลสุขภาพได้ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (นัยนา อินทร์ประสิทธิ์, 2544) นอกจากนี้ การให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมกับบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมความสามารถการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง พบว่า ความเข้าใจและพร้อมที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และการเอาใจใส่ดูแลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีกำลังใจที่จะจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง รวมทั้งเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมในการคิด การตัดสินใจ วางแผนและดำเนินการดูแลสุขภาพ (พรทิพย์ อุ่ฉัตร, 2548) ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการพัฒนาความสามารถในการพึ่งพาตนเอง (WHO, 1989) เป็นต้น

ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่พบว่า ความตระหนักในความรับผิดชอบต่อตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความร่วมมือและพันธะสัญญาระหว่างผู้วิจัย ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ความต้องการพัฒนาคุณภาพการดูแลของผู้บริหาร และการประเมินรับรองสถาบัน (Hospital Accreditation) เป็นปัจจัยส่งเสริม (Enabling Factors) และ จำนวนบุคลากรสุขภาพ และ 2) เวลา เป็นปัจจัยขัดขวาง (Inhibiting Factors) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่บุคคลตระหนักในความรับผิดชอบของตนเอง รวมทั้งการมีพันธะสัญญากับผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับบุคลากรสุขภาพ ที่มีความปรารถนาดีในการช่วยเหลือตนเอง จึงทำให้บุคคลเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามเป้าหมายที่ได้ร่วมกันกำหนด นอกจากนี้การระบบการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล จะเป็นตัวกระตุ้นให้ทุกหน่วยงานต้องการพัฒนาคุณภาพการดูแลในหน่วยงานที่ตนเองรับผิดชอบ เช่นเดียวกับแผนกบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่ศึกษาครั้งนี้ มีความต้องการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบให้ดีขึ้น จึงเปิดโอกาสและให้ความร่วมมือสนับสนุนในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จนประสบผลสำเร็จ สำหรับปัจจัยขัดขวาง กล่าวคือทำให้กระบวนการพัฒนาและผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบดังกล่าว ไม่สมบูรณ์เท่าที่ควรหรือต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น ในขณะที่ตลอดกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง บุคลากรสุขภาพจะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมหลัก หากบุคลากรสุขภาพมีอยู่อย่างจำกัด และเวลาส่วนใหญ่ให้กับงานบริการทั่วไป จะทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

จากผลการประเมินรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ มีความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองและสภาวะอาการหายใจลำบากแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่า การที่กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการ

ตนเองและกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาความสามารถในการจัดการ ภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองตลอดกระบวนการวิจัย ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการ ภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ต้องการการ วิจัยเพื่อยืนยันประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะด้านการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารการ พยาบาล และการวิจัย ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมความสามารถ ในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการส่งเสริมความสามารถใน การจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง โดยจัดให้มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญรับผิดชอบผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำ หน้าที่ในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองร่วมกับผู้ที่เป็นโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้อง

ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนา คุณภาพการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคปอดอุด กั้นเรื้อรัง โดย

1. พิจารณาจัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสม
2. จัดให้มีพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถรับผิดชอบโดยตรง
3. พัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการส่งเสริมความสามารถในการ จัดการตนเอง รวมทั้งการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

ด้านการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นกระบวนการพัฒนารูปแบบในระดับบุคคล ดังนั้นควรมีการดำเนินพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากในระดับชุมชน ซึ่งจะทำได้รูปแบบการ ส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังที่สามารถให้ประโยชน์ครอบคลุมกลุ่มผู้ที่เป็นโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังในภาพกว้างมากขึ้น

2. ทำการวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะ หายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. ทำการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะ หายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2545). สถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: องค์การ
ทหารผ่านศึก.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ. (2539). ภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป. ใน
รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย (หน้า 114-121). กรุงเทพฯ:
ดีไซต์.
- _____. (2543). โรคระบบทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย. ใน สุขภาพคนไทยปี
พ.ศ. 2542: สถานะสุขภาพคนไทย (หน้า 252-333). กรุงเทพฯ: ดีไซต์.
- ชัยเวช นุชประยูร. (2539). โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง. ใน วิทยา ศรีตมา (บรรณาธิการ), ตำรา
อายุรศาสตร์ 3 (หน้า 33-52). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2541). ผลการใช้ อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบคร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
แบบโปรแกรมสลิฟต่อความวิตกกังวล การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการ
หายใจลำบาก ความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพ
ปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต,
สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นัยนา อินทร์ประเสริฐ. (2544). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรทิพย์ อุ่นจิตร. (2548). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะ
หายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองต่อผลลัพธ์การจัดการด้วยตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้น
เรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. (2539). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ม.ป.ท.
- สมเกียรติ วงษ์ทิม และชัยเวช นุชประยูร. (2542). โรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน สมเกียรติ
วงษ์ทิมและวิทยา ศรีตมา (บรรณาธิการ), ตำราโรคปอด 1 โรคปอดจากสิ่งแวดล้อม.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2539). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2542). สถิติสาธารณสุข 2542.

กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

สุภาภรณ์ ดั่งแพง. (2548). ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของผู้ที่

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 13(2), 41-57.

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2534). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. จดหมายข่าวสมาคมวิจัย

เชิงคุณภาพแห่งประเทศไทย, 5(1), 3-10.

American Thoracic Society. (1995). Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 152; 77-120.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.

Baker, C. F., & Scholz, J. A. (2002). Coping with symptoms of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease. *Rehabilitation Nursing*, 27(2), 67-73.

Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Swank, P. R., & Czyzewski, D. I. (1993). Measuring self-efficacy expectation for the self-management of cystic fibrosis. *Chest*, 103, 1534-1530.

Bourbeau, J. et al. (2003). Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Me*, 163(5), 585-591.

British Thoracic Society. (1997). BTS guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax: The Journal of the British Thoracic Society*, 52, 1-3.

Calverley, P. M. A., & Paul, W. (2003). Chronic obstructive pulmonary disease. *The lancet*, 27(362), 1053-1055.

Carrieri, V. K., & Janson-Bjerkler, S. (1984). The sensation of dyspnea: A review. *Heart & lung*, 13(4), 436-446.

_____. (1986). Strategies patients use of manage the sensation of dyspnea. *Western Journal of Nursing Research*, 8(3), 284-305.

Coakley, A. L., & Ruston, A. (2001). Pulmonary disease and smoking: a case for health promotion. *British Journal of Nursing*, 10(1), 20-24.

- Duangpaeng, S.(2002). Chronic dyspnea self-management of Thai adults with COPD. *Thai Journal of Nursing Research*, 6(4), 200-215.
- Gallefoss, F., & Bakke, P. S. (2000). Impact of patient education and self-management on morbidity in asthmatics and patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med*, 94(3), 279-287.
- Gallefoss, F., & Bakke, P. S. (2002). Cost-benefit and Cost-effectiveness analysis of self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease-a 1-year follow-up randomized, controlled trial. *Respir Med*, 96(6), 424-431.
- Gift, A. G. (1989). Validation of a vertical visual analogue scale as measure of clinical dyspnea. *Rehabilitation Nursing*, 14(6), 323-325.
- Gift, A. G., & Cahill, C. A. (1999). Psychophysiologic aspects of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study. *Heart & Lung*, 19(3), 252-257.
- Gift, A. G., & Plaut, M. M., & Jacox, A. (1986). Psychologic and physiologic factors related to dyspnea in subjects with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & lung*, 15(6), 595-601.
- Groessl, E. J., & Cronan, T. A. (2000). A cost analysis of self-management programs for people with chronic illness. *American of Community Psychology*, 28(4), 455-480.
- Graydon, E. G., Ross, E., Ewebster, M. P., Goldstein, S. R., & Avendano, M. (1995). Predictor of functioning of patient with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung*, 24(5), 369-75.
- Holter, I. M., & Schwartz-Barcott, D. (1993). "Action Reseach: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing ?". *Journal of Advanced Nursing*, 18, 298-304.
- Hughes, S, et al. (2004). Promote-self-management and patient independence. *Nursing Standard*, 19, 47-52.
- Jiang, X. L. (1999). *Family social support and self-care behaviors among chronic obstructive pulmonary disease*. Thesis for Master of Nursing Sciene in Medical and Surgical Nursing, Graduate School, Chiang Mai University.
- Kanfer, F. (1988). Self-management methods. In. F. Kanfer & A. P. Goldstein. (Eds.). *Helping People Change: A Textbook of Methods* (3rd ed.) (pp. 283-338). New York: Pergamon.
- Kanfer, F., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In. F. Kanfer & A. P.

- Goldstein, (Eds.). *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed.) (pp. 305-360). New York: Pergamon Press.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Victoria: Deakin University.
- Kohlman, V., & Janson-Bjerklie, S. (1993). Dyspnea. In V.C. Kohlman & A. M. Lindsey, (Eds.), *Pathophysiological phenomenon in nursing* (pp. 247-78). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Lareau, S.C. et al. (1999). Pulmonary rehabilitation-1999. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 159, 1666-1678.
- Lorig, K., & Holman, H. R. (1993). Evidence suggesting that health education for self-management in patient with chronic arthritis has sustained health benefit while reducing health care cost. *Arthritis and Rheumatism*, 36(4), 439-446.
- Lorig, K. R. et al. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and Health care utilization outcome. *Med Care*, 39(11), 1217-1223.
- Mahler, D. A. (1987). Dyspnea: diagnosis and management. *Clinical Chest Medicine*, 8, 215-230.
- Monninkhof, E. et al. (2003). Effects of a comprehensive self-management programme in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir Journ*, 22(5), 815-820.
- Monninkhof, E. et al. (2003). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease: A system review. *Thorax*, 58(5), 394-398.
- Tobin, D. L., Reynolds, R. V. C., Holroyd, K. A., & Creer, T. L. (1986). Self-management and social learning theory. In K. A. Holroyd & T. L. Creer (Eds.), *Self-management of chronic disease: Handbook of clinical intervention and research* (p. 555). New York: Academic.
- Tregonning, M., & Langley. C. (1999). Chronic obstructive pulmonary disease. *Elderly Care*, 11(7), 21-25.
- Wigal, J. K. Creer., & Kotrs, H. (1991). The COPD self-efficacy scales. *Chest*, 99(5), 1193-1196.
- Zimmerman, B. W. et al. (1996). A self-management program for chronic obstructive pulmonary disease: Relationship to dyspnea and self-efficacy. *Rehabilitation Nursing*, 21(5), 253-257

ภาคผนวก ก
แบบพิธีกรรมสิทธิ์และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

แบบพิทักษ์สิทธิและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ดิฉัน นางสาวสุภาภรณ์ ดั่งวงแพง อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำการศึกษาวิจัย เรื่อง “ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ” ดิฉันขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยการตอบแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง และแบบประเมินสภาวะอาการหายใจลำบาก รวมทั้งขอความร่วมมือให้ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนและปฏิบัติเพื่อหาวิธีการส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง สำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ ขั้นตอนการเข้าร่วมการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติและเฝ้าสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผน ซึ่งจะมีการปฏิบัติขั้นตอนดังกล่าวอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะได้รูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง ที่เหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้น หากมีความเสี่ยงเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือจนปลอดภัย ส่วนข้อมูลได้จากท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและจะไม่มีผลกระทบต่อท่าน นอกจากนี้ท่านมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ทุกเวลา โดยที่ไม่กระทบกับสิทธิต่างๆ รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการนำมาปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย โปรดเซ็นชื่อลงในแบบฟอร์มข้างล่างด้วย และหากมีข้อสงสัย ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยตลอดเวลา ผู้วิจัยหวังว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดีและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

นางสาวสุภาภรณ์ ดั่งวงแพง
ผู้วิจัย

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านหรือได้รับคำอธิบายตามรายละเอียดข้างบนครบถ้วน และมีความเข้าใจเป็นอย่างดี

ยินดีเข้าร่วมวิจัย

ไม่ยินดีเข้าร่วมวิจัย

(ลายเซ็น).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2547

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป
สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยผู้สัมภาษณ์จะบันทึกข้อมูลที่ได้รับลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () หน้าข้อความ แต่ละข้อความตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่
() หม้าย () หย่าหรือแยกกันอยู่
10. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมานาน.....ปี.....เดือน
11. มีอาการหายใจลำบากมานาน.....ปี.....เดือน
12. ในรอบ 1 เดือน ท่านมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้นความถี่บ่อยมากน้อยเพียงใด.....ครั้งต่อเดือน
13. ในรอบ 1 เดือน ท่านมีการใช้บริการสุขภาพทั้งที่โรงพยาบาลหรือคลินิกเพื่อจัดการกับอาการหายใจลำบาก นอกเหนือจากการมาตรวจตามแพทย์นัดหรือไม่ มากน้อยเพียงใด
() ไม่มี
() มี เฉลี่ย.....ครั้งต่อเดือน
14. ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากอาการหายใจลำบากหรือไม่
() ไม่เคย
() เคย จำนวน.....ครั้ง
15. สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากจนต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลคือ.....
16. เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังหรือไม่
() ไม่เคย
() เคย

**แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเอง
ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

คำชี้แจง:

แบบประเมินชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองของท่านในเกี่ยวกับการจัดการกับอาการหายใจลำบาก การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และการยอมรับการเจ็บป่วย ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อว่าท่านรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องนั้นๆ มากน้อยเพียงใดโดยการทำเครื่องหมายวงกลม / ลงในช่องที่ตรงกับระดับความสามารถของท่านที่ตรงตามการรับรู้ของตนเองมากที่สุด ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่มีความรู้ ความสามารถหรือทักษะในเรื่องนั้น
- 2 หมายถึง มีความรู้ ความสามารถหรือทักษะในเรื่องนั้นบ้างเล็กน้อย
- 3 หมายถึง มีความรู้ ความสามารถหรือทักษะในเรื่องนั้นปานกลาง
- 4 หมายถึง มีความรู้ ความสามารถหรือทักษะในเรื่องนั้นมาก
- 5 หมายถึง มีความรู้ ความสามารถหรือทักษะในเรื่องนั้นมากที่สุด

ลำดับ	รายการประเมิน	ระดับความสามารถ				
		1	2	3	4	5
1.	ฉันเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการอาการหายใจลำบาก					
2.	ฉันเข้าใจถึงสาเหตุ อาการ และการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง					
38.	ฉันสามารถควบคุมตนเองให้เลิกบุหรี่					
39.	ฉันสามารถสร้างความหวังและพลังใจให้ตนเอง					
40.	ฉันสามารถปรับตัวอยู่กับภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง					

แบบวัดสภาวะอาการหายใจลำบาก

คำชี้แจง

แบบวัดสภาวะอาการหายใจลำบากนี้ เป็นมาตรแสดงการรับรู้สภาวะอาการหายใจลำบากของท่าน ในขณะนี้ มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร ทางด้านบนสุดที่ตำแหน่ง 100 มิลลิเมตร หมายถึง ท่านมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ส่วนทางด้านล่างสุดที่ตำแหน่ง 0 มิลลิเมตร หมายถึง ท่านไม่มีอาการหายใจลำบากเลย และตรงกึ่งกลางที่ตำแหน่ง 50 มิลลิเมตร หมายถึง ท่านมีอาการหายใจลำบากปานกลาง ขอให้ท่านขีดเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนเส้นตรง ณ จุดที่บ่งบอกถึงอาการหายใจลำบากของท่านในขณะนี้

หายใจลำบากมากที่สุด

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0



หายใจลำบากปานกลาง

ไม่มีอาการหายใจลำบาก