

ผลของการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการจัดการ อาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย

พัฒนา วงศ์ขารี¹, อนง สอนยามน¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง มกราคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของผู้ป่วยดอดด์และคณะ ผ่านกระบวนการการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบร่วมกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D-METHOD เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน และความเชื่อมั่นโดยหาความสอดคล้องภายใน ซึ่งเครื่องมือที่ใช้มีความตรงและความเชื่อมั่นในระดับสูง

ผลการศึกษาพบว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่ 39.33 คะแนน SD 4.90 คะแนน และคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ที่ 30.87 SD 6.23 คะแนน ส่วนหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่ 59.10 คะแนน SD 2.51 คะแนน และคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ที่ 21.08 คะแนน SD 3.49 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการ และนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ผ่านกระบวนการตั้งแต่แรกรับจนไปถึงการติดตามหลังการจำหน่ายเพื่อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง

คำสำคัญ: โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, อาการหายใจลำบาก, คุณภาพชีวิต

¹ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลป่าแดด

Effect of using the patient discharge planning program on dyspnea management ability and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Pa Dad Hospital Chiang Rai Province

Pattana Wongcharee¹, Anong Sonyamon²

ABSTRACT

This study is quasi-experimental research, measuring outcomes before and after the experiment to study the effect of using the patient discharge planning program on dyspnea management ability and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. (COPD) at Padad Hospital, Chiang Rai Province, from November 2023 to January 2024. The sample group consisted of 30 COPD patients who volunteered to participate in the research and were selected according to criteria. The research tool used was a patient discharge planning program over a 5-week period, applying the concept of managing symptoms of patients with COPD and a systematic patient discharge plan using the D-METHOD model. Data was collected using a questionnaire on the ability to manage respiratory distress symptoms and the quality of life of COPD patients. The content validity was verified by three qualified individuals, and the tools used were both accurate and reliable.

The study found that before receiving the program, the 30 participants had a mean score of 39.33 (SD 4.90) for the ability to manage respiratory distress symptoms and a mean quality of life score of 30.87 (SD 6.23). After receiving the program, the mean score for the ability to manage respiratory distress symptoms was 59.10 (SD 2.51) and the mean quality of life score was 21.08 (SD 3.49). When comparing the differences in scores for the ability to manage respiratory distress symptoms and quality of life before and after the program, there was a statistically significant difference with a p-value <0.001, indicating a significant improvement in the ability to manage respiratory distress symptoms and quality of life in the sample group.

Recommendations from the study suggest that nurses and medical staff should prioritize collaborative patient discharge planning with experiential symptoms and apply the patient discharge program as a guideline for planning COPD patient discharge that is suitable for the context of the area, from admission to follow-up after discharge. This can help promote patients' abilities to manage respiratory distress symptoms that occur independently.

Keywords: patient discharge planning program, chronic obstructive pulmonary disease, dyspnea, quality of life

¹ Inpatient Department , Nursing Division, Padad Hospital.

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการอักเสบและอุดตันของหลอดลม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยง่าย และทำให้มีโอกาสติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ซึ่งเป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) ประมาณการในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกประมาณ 400 ล้านคน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของโลก โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 3.2 ล้านคน และคาดการณ์แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 550 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573¹ โดยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบได้บ่อยในประชากรผู้ใหญ่ อายุ 40 ปีขึ้นไป พบมากในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสาเหตุหลักของการเกิดโรคดังกล่าว คือการสูบบุหรี่ มากถึงร้อยละ 80 ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจทำให้เกิดโรค ได้แก่ มลพิษทางอากาศ การทำงานในที่ที่มีฝุ่นละอองหรือสารเคมี และการติดเชื้อในทางเดินหายใจ² สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 6 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และในปี 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทยประมาณ 1.69 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 40 ปีขึ้นไป และคาดการณ์แนวโน้มว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 2.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573³ สำหรับข้อมูลอัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดเชียงรายพบว่า ในปี 2564-2566 มีอัตราป่วย 72,71,72 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ สำหรับอำเภอป่าแดด อัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ตั้งแต่ปี 2564-2566 พบว่ามีอัตราการป่วยอยู่ 114,111,111 ต่อแสนประชากรตามลำดับ รวมถึงในปี 2566 พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน อันดับที่ 2 ใน 10 รองจากภาวะปอดบวม⁴ จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของการเกิดโรคนั้นยังไม่ลดลง และหากพิจารณาเปรียบเทียบกับอัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดเชียงราย ยังพบว่าในอำเภอป่าแดดมีอัตราป่วยที่สูงกว่าภาพรวมของจังหวัดอย่างมาก

การป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมักจะมีอาการหายใจลำบากกำเริบเฉียบพลันได้เป็นระยะๆ และยังสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อมีปัจจัยกระตุ้นเข้ามาเสริม เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การได้รับมลพิษทางอากาศ ความชื้นในอากาศ ซึ่งจะส่งผลให้พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการตีบแคบของทางเดินหายใจ แรงต้านในทางเดินหายใจสูงมากขึ้น⁵ นอกจากนี้ผลกระทบจากการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในผู้ป่วยเฉลี่ยอยู่ที่ 4,000-5,000 บาทต่อปี และค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ เฉลี่ยอยู่ที่ 20,000-30,000 บาทต่อปี โดยค่าใช้จ่ายเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของโรคและจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษา⁶ รวมถึงการรับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน แต่ละครั้ง ยังส่งผลกระทบต่อด้านทรัพยากรทางการแพทย์จำนวนมาก เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องวัดออกซิเจนในเลือด และยารักษาโรค⁷ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคติดเชื้อในปอด และภาวะซึมเศร้า และการสูญเสีย

รายได้จากการขาดงาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว⁸ ดังนั้นหากผู้ป่วยสามารถจัดการอาการหายใจลำบากเพื่อไม่ให้อาการของโรคไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น และลดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

สำหรับแนวคิดด้านการจัดการอาการของผู้ป่วยดอดด์และคณะ⁹ ได้อธิบายว่าการจัดการอาการของผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน เกี่ยวข้องกับหลายองค์ประกอบ ทั้งในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย และบริบทของสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ส่งผลต่อประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตัวอย่างเช่น ประสบการณ์การมีอาการที่รุนแรงหรือส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวันมาก จะทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะใช้กลยุทธ์การจัดการอาการที่หลากหลายมากขึ้น และผลลัพธ์ของการจัดการอาการที่บรรเทาอาการได้ไม่ดีพอ จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบด้านคุณภาพชีวิตตามมา ดังนั้นการส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลควรตระหนักถึง โดยใช้แนวคิดดังกล่าวเป็นกรอบในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย เช่น การประเมินอาการ การให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการอาการ การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยในการจัดการอาการดังกล่าว ผ่านการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยให้เหมาะสมก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวเริ่มจากการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จากนั้นจะนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหา การกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่ตั้งไว้ การประเมินผลและการติดตามอาการ¹⁰ ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D-METHOD ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการหายใจลำบากกำเริบ (D = disease) ความรู้เกี่ยวกับยาและฝึกทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการใช้ยา (M - medication) การจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการปัญหาเศรษฐกิจ (E = environment & economic) แผนการรักษา (T - treatment) เข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง (H - health) การมาตรวจตามนัด (O = out patient referral) และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม (D=diet) ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D-METHOD จึงเป็นกระบวนการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และสภาพแวดล้อม¹¹ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและนำมาใช้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ามาได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลป่าแดด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการ

จัดการอาการของผู้ป่วยดอดด์และคณะ⁹ ผ่านกระบวนการการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการหายใจลำบากได้ด้วยตนเอง และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพิ่มขึ้นภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยคะแนนการประเมิน (COPD Assessment Test :CAT) ลดลง ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น



คลัง
ปัญญา
เชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของผู้ป่วยดอตด์และคณะ⁹
ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D - M E T H O D

1.การประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการ

1.1การรับรู้อาการ

1.2การประเมินอาการ

1.3การตอบสนองต่ออาการหายใจลำบาก

2. วิธีการจัดการอาการด้วยรูปแบบ D-METHOD ประกอบด้วย

2.1วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย และปฏิบัติตามแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับกลวิธีในการจัดการอาการหายใจลำบากตามประสบการณ์อาการของผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งให้ความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง แก่ผู้ป่วยด้วยรูปแบบ D-METHOD ประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการหายใจลำบากกำเริบ (D = disease) ความรู้เกี่ยวกับยาและฝีกทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการใช้ยา (M - medication) การจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการปัญหาเศรษฐกิจ (E = environment & economic) แผนการรักษา (T - treatment) เข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง (H - health) การมาตรวจตามนัด (O = out patient referral) และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม (D=diet)

2.2การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.3 การติดตามอาการและให้คำแนะนำเพิ่มเติมทางโทรศัพท์

3. ผลลัพธ์ของการจัดการอาการเป็นการประเมินประสิทธิภาพการจัดการอาการตามรูปแบบ D-METHOD

- การจัดการอาการหายใจลำบาก
- คุณภาพชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีแผนการทดลองขั้นต้น (Pre-experimental Design) กลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลป่าแดด ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง มกราคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารักษาตัวที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลป่าแดด ในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2566- มกราคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและผ่านการคัดเลือก โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G^* power กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 และ Power of test 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 27 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลในระหว่างการศึกษา จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็น 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์กำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

- 1.เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและไม่มีภาวะหายใจล้มเหลว
- 2.เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอนในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลป่าแดดด้วยอาการที่สัมพันธ์กับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 3.มีอายุระหว่าง 30 ปีขึ้นไป
- 4.สามารถสื่อสาร อ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้
- 5.สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน หรือภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นเหตุให้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลมากกว่า 1 สัปดาห์ หรือมีอาการอื่นๆ จนไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้
- 2.ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของผู้ป่วยดอดด์และคณะ⁹ ผ่านกระบวนการการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D-METHOD โดยรายละเอียดของโปรแกรมมีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เข้าพบผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยใน จำนวน 4 ครั้ง

- ครั้งที่ 1 (วันแรกของการเข้ารับการรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยใน) ระยะเวลา 30 นาที ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการเหนื่อยในผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยจะทำการประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบาก และกลวิธีการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผ่านมา และประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนได้รับการใช้โปรแกรม (Pre-Test) หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำมาวินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย และ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย
- ครั้งที่ 2 (วันที่ 2 ของการรักษา ณ หอผู้ป่วยใน) ใช้ระยะเวลา 30-45 นาที โดยการนำแผนจากการประเมินครั้งแรก มาให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยใช้แผนการสอน ภาพพลิก คู่มือการส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุของการเกิดโรค อาการสำคัญ การประเมินอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง แนวทางการรักษาอาการหายใจลำบาก ความรู้เกี่ยวกับยา ข้อควรปฏิบัติในการป้องกันและจัดการอาการหายใจลำบาก การป้องกันและจัดการสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การเข้าใจภาวะสุขภาพและข้อจำกัดของตนเอง การมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหารที่เหมาะสมรวมทั้งการเข้าถึงบริการที่ผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน
- ครั้งที่ 3 (วันที่ 3 ของการรักษา ณ หอผู้ป่วยใน) ใช้ระยะเวลา 30-45 นาที เป็นการฝึกทักษะที่จำเป็นให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในการจัดการอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การใช้ยาขยายหลอดลม การฟื้นฟูสภาพปอด การฝึกหายใจ การบริหารร่างกาย โดยใช้แผนการสอน ภาพพลิก คู่มือการส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- ครั้งที่ 4 (วันจำหน่ายผู้ป่วย) ใช้ระยะเวลา 30-45 นาที ประเมินทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับทักษะที่ได้ฝึกปฏิบัติ และอธิบายการบันทึกอาการ แจกแผนการติดตามอาการผู้ป่วย ในครั้งถัดไป

สัปดาห์ที่ 2 หลังจากการจำหน่ายผู้ป่วย

เยี่ยมบ้านผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อสอบถามความสม่ำเสมอในการจัดการอาการหายใจลำบากของตนเอง ปัญหาอุปสรรคในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก การปฏิบัติตามแผนการดูแล การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และการให้คำแนะนำในการจัดการปัญหา

สัปดาห์ที่ 3 และ 4 หลังจากการจำหน่ายผู้ป่วย

ติดตามผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมินติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามความสม่ำเสมอในการจัดการอาการหายใจลำบากของตนเอง ปัญหาอุปสรรคในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยการสอบถามจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 5 หลังจากการจำหน่ายผู้ป่วย ครบ 28 วัน

ประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังได้รับการใช้โปรแกรม (Post-Test)

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการทบทวนวรรณกรรมของอาติละห์ สะไร¹²และเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Assessment Test :CAT) ประกอบด้วย 3 ส่วน จำนวน 42 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 3 ประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Assessment Test :CAT) จำนวน 8 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ใช้ในการตรวจสอบโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ จากนั้นนำมาคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) และคำนวณหาความตรงตาม

เนื้อหา (Content Validity) โดยที่ค่าคะแนนของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้เท่ากับ 1 และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้เท่ากับ 0.94

2. การหาค่าความตรงของเครื่องมือ (Reliability) สำหรับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ส่วนเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะนำไปเก็บข้อมูลนำร่อง (Try Out) กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 10 รายและนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.84

วิธีรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
2. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าแดด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความอนุญาติในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าแดดแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดขึ้น และได้ทำหนังสือชี้แจงการเข้าร่วมโครงการวิจัยและเอกสารยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยศึกษา และซักถามรายละเอียด และขอความยินยอมโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมโปรแกรมฯ จนครบระยะเวลา 5 สัปดาห์
5. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครบ 5 สัปดาห์ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังได้รับการใช้โปรแกรม (Post-Test) และนำไปวิเคราะห์และนำเสนอต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนาโดยสถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ใช้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รวมถึงการวิเคราะห์คะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. สถิติ paired t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPHO 189/2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	21	70.00
- หญิง	9	30.00
2. อายุเฉลี่ย 72.17 ปี (ต่ำสุด 47 ปี, สูงสุด 88 ปี)		
3. สถานภาพ		
- โสด	0	0.00
- สมรส	11	36.67
- หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	19	63.33
4. ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	15	50.00
- ประถมศึกษา	13	43.33
- มัธยมศึกษาตอนต้น	2	6.67
5. อาชีพ		
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25	83.33
- รับจ้าง	4	13.33
- อื่นๆ	1	3.33
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 5,323 บาท (ต่ำสุด 700 , สูงสุด 35,000 บาท)		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
7.ความเพียงพอของรายได้	14	46.67
- ไม่พอใช้ มีหนี้สิน	12	40.00
- ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน	2	6.67
- พอใช้ไม่เหลือเก็บ	2	6.67
- พอใช้ มีเหลือเก็บ		
8.สิทธิการรักษา		
- เบิกตรง	2	6.67
- เบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด	0	0.00
- ประกันสังคม	0	0.00
- บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	28	93.33
9.ลักษณะการอยู่อาศัย		
- บ้านเดี่ยวชั้นเดียว	9	30.00
- บ้านเดี่ยว 2 ชั้น	7	23.33
- บ้านไม้ยกพื้นสูง	13	43.33
- อาคารพาณิชย์ 2-3 ชั้น	1	3.33
10.ผู้ดูแลในขณะที่อยู่บ้าน		
- ไม่มีผู้ดูแล	2	6.67
- คู่สมรส	8	26.67
- บุตรหลาน	19	63.33
- ญาติพี่น้อง	0	0.00
- เพื่อน เพื่อนบ้าน คนรู้จัก	1	3.33

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 70.00 อายุเฉลี่ย 72.17 ปี (ต่ำสุด 47 ปี, สูงสุด 88 ปี) สถานภาพส่วนใหญ่หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 63.33 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 50.00 รองลงมาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.33 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 83.33 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 5,323 บาท (ต่ำสุด 700 , สูงสุด 35,000

บาท) ซึ่งรายได้ดังกล่าว ส่วนใหญ่ไม่พอใช้ มีหนี้สิน ร้อยละ 46.67 ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สินร้อยละ 40.00 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 93.33 ลักษณะการอยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านไม้ยกพื้นสูง ร้อยละ 43.33 และมีผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน ร้อยละ 63.33 รองลงมาเป็นคู่สมรส ร้อยละ 26.67

2. ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย

ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
1. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เฉลี่ย 8.03 ปี (สูงสุด 21 ปี, ต่ำสุด 1 ปี)		
2. ประวัติการสูบบุหรี่		
- ไม่เคยสูบ	0	0.0
- ยังสูบบุหรี่	4	13.33
- เคยสูบแต่เลิกแล้ว (ระยะเวลาที่สูบบุหรี่เฉลี่ย 26.97 ปี, ต่ำสุดน้อยกว่า 1 ปี และสูงสุด 50 ปี)	26	86.67
3. บุคคลในครอบครัวหรือคนรอบข้างสูบบุหรี่		
- ไม่มี	16	53.33
- มี	14	46.67



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
Chiang Rai Provincial Health Office



การนำเสนอบทความวิชาการ “คลังปัญญาเชียงราย”

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ 24-04-2567 /วันที่ 30 เมษายน 2567

ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
4.สิ่งกระตุ้นอาการหายใจลำบาก		
- ฝุ่นละออง	17	56.67
- ควันไฟ	21	70.00
- ควันบุหรี	21	70.00
- ไรฝุ่นในบ้าน หรือที่นอน	3	10.00
- สัตว์เลี้ยง เช่น แมว สุนัข ไก่ เป็ด นก	0	0.00
- สัตว์พาหะนำโรค เช่น แมลงสาบ หรือหนู	0	0.00
- เชื้อราในบ้าน เช่น ในห้องน้ำ ฝ้าเพดาน พริก/หอม/ กระเทียมขึ้นรา	0	0.00
- สารเคมี เช่น สเปรย์น้ำหอม น้ำยาขัดล้างห้องน้ำ	1	3.33
- ละอองเกสรดอกไม้	2	6.67
- ละอองฝน	10	33.3
- อากาศที่ร้อนหรือเย็นจัด	24	80.00
5.อาการหายใจลำบากจนต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของ โรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา		
- ไม่เคย	12	40.00
- เคย (1 ครั้งจำนวน 15 คน,2 ครั้งจำนวน 2 คน และ 4 ครั้งจำนวน 1 คน)	18	60.00



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
Chiang Rai Provincial Health Office



การนำเสนอบทความวิชาการ “คลังปัญญาเชียงราย”

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ 24-04-2567 /วันที่ 30 เมษายน 2567

ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
6.อาการหายใจลำบากจนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	12	40.00
ใน 1 ปีที่ผ่านมา	18	60.00
- ไม่เคย		
- เคย (1 ครั้งจำนวน 15 คน,2 ครั้งจำนวน 2 คน และ 4 ครั้งจำนวน 1 คน)		
7.การมาตรวจตามนัดใน 1 ปีที่ผ่านมา		
- มาตามนัดทุกครั้ง	26	86.67
- มาตามนัดสม่ำเสมอ ขาดไม่เกิน 3 ครั้ง	4	13.33
- มาตามนัดเป็นส่วนใหญ่ ขาดไม่เกิน 5 ครั้ง	0	0.0
- มาเฉพาะเมื่อมีอาการหายใจลำบากเท่านั้น	0	0.0
- ไม่มาเลย	0	0.0
8.ประวัติการใช้ยาใน 1 ปีที่ผ่านมา		
- รับประทุษยา/พ่นยาทุกวันไม่เคยขาด	24	80.00
- เคยขาดยาบ้างเป็นบางครั้งแต่ไม่เกิน 1 สัปดาห์	4	13.33
- เคยขาดยาบ้าง แต่ไม่เกิน 1 เดือน	2	6.67
- เคยขาดยาเกิน 3 เดือน	0	0.0
- รับประทุษยา/พ่นยาเฉพาะเมื่อมีอาการหายใจลำบากเท่านั้น	0	0.0
9.การใส่ท่อช่วยหายใจ		
- เคย	10	33.33
- ไม่เคย	20	66.67

ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
10.ระดับความรุนแรงของโรค		
- ระดับเล็กน้อย (mild) ค่า FEV: น้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน	2	6.67
- ระดับปานกลาง (moderate) ค่า FEV: อยู่ระหว่าง 50-79 เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน	20	66.67
- ระดับรุนแรง (severe) ค่า FEV อยู่ระหว่าง 30-49 เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน	8	26.67
- ระดับรุนแรงมาก (very severe) ค่า FEV น้อยกว่า 30 เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน	0	0.0
11.ยาที่ใช้ประจำ		
- ยารับประทาน	26	86.67
- ยาพ่นขยายหลอดลม	30	100.00
- ยาสเตียรอยด์	28	93.33

จากตารางที่ 2 ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เฉลี่ย 8.03 ปี (สูงสุด 21 ปี, ต่ำสุด 1 ปี) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า จำนวน 26 (ร้อยละ 86.67) เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว (ระยะเวลาที่สูบบุหรี่เฉลี่ย 26.97 ปี, ต่ำสุดน้อยกว่า 1 ปี และสูงสุด 50 ปี) และยังไม่เคยสูบบุหรี่อยู่ 4 คน (ร้อยละ 13.33) ส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวหรือคนรอบข้างไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 53.33 สิ่งกระตุ้นอาการหายใจลำบาก ส่วนใหญ่ได้คืออากาศที่ร้อนหรือเย็นจัด ร้อยละ 80 รองลงมาคือ ควันไฟและควันบุหรี่ ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่มีอาการหายใจลำบากจนต้องมาได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 60.00 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการหายใจลำบากจนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 60.00 โดยมารับบริการ 1 ครั้งจำนวน 15 คน, 2 ครั้งจำนวน 2 คน และ 4 ครั้งจำนวน 1 คน ส่วนใหญ่มาตรวจตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 86.67 รับประทุษยยา/พ่นยาทุกวันไม่เคยขาด ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่ไม่เคยใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรค อยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 66.76 และรุนแรงที่ร้อยละ 26.67 และยาที่ใช้ประจำ ได้แก่ ยารับประทาน ร้อยละ 86.67 ยาพ่นขยายหลอดลม ร้อยละ 100 และยาสเตียรอยด์ ร้อยละ 93.33

3.เปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
ความสามารถในการจัดการ อาการหายใจลำบาก	39.33	4.90	59.10	2.51	-21.30	<0.001***
คุณภาพชีวิต	30.87	6.23	21.08	3.49	8.54	<0.001***

***p-value < 0.001

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่ 39.33 คะแนน SD 4.90 คะแนน และคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ที่ 30.87 SD 6.23 คะแนน ส่วนหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่ 59.10 คะแนน SD 2.51 คะแนน และคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ที่ 21.08 คะแนน SD 3.49 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่ได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 70.00 อายุเฉลี่ย 72.17 ปี สถานภาพส่วนใหญ่หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 63.33 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 83.33 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 5,323 บาท ซึ่งรายได้ดังกล่าวส่วนใหญ่ไม่พอใช้มีหนี้สิน ร้อยละ 46.67 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 93.33 ลักษณะการอยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านไม้ยกพื้นสูง ร้อยละ 43.33 และมีผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน ร้อยละ 63.33 ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วยพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เฉลี่ย 8.03 ปี พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.67 เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว และยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 13.33 ส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวหรือคนรอบข้างไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 53.33 สิ่งกระตุ้นอาการหายใจลำบาก คืออากาศที่ร้อนหรือเย็นจัด ร้อยละ 80 รองลงมาคือ ควันไฟและควันบุหรี่ ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่มีอาการหายใจลำบากจนต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 60.00 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการหายใจลำบากจนต้องนอนพัก

รักษาตัวในโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่มาตรวจตามนัดทุกครั้งร้อยละ 86.67 รับประทานยา/พ่นยาทุกวันไม่เคยขาด ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่ไม่เคยใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรค อยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 66.76 และรุนแรงที่ ร้อยละ 26.67 และยาที่ใช้ประจำ ได้แก่ ยารับประทาน ร้อยละ 86.67 ยาพ่นขยายหลอดลม ร้อยละ 100 และยาสเตียรอยด์ ร้อยละ 93.33 เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่ 39.33 คะแนน SD 4.90 คะแนน และคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ที่ 30.87 SD 6.23 คะแนน ส่วนหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่ 59.10 คะแนน SD 2.51 คะแนน และคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ที่ 21.08 คะแนน SD 3.49 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีค่าคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมห่วงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยได้ โปรแกรมที่ได้ออกแบบไว้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของผู้ป่วยต่อตัวและคณะ⁹ ซึ่งอธิบายว่าผู้ป่วยจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการดำเนินโรค (symptom experience) โดยมีการรับรู้ ประเมินอาการ และตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งจะแสดงออกโดยรายงานเป็นความถี่ ความรุนแรงของอาการ และการรับรู้ว่าการบวกรักษาการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อเกิดอาการขึ้นผู้ป่วยจะแสวงหาการจัดการอาการ (symptom management strategies) ซึ่งการจัดการนั้นอาจเป็นการจัดการโดยใช้การบรรเทาอาการ โดยทีมงานสาธารณสุขมีส่วนสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการด้วยตนเอง ซึ่งวิธีการที่ใช้ในการจัดการอาการเหล่านั้น อาจมีปัจจัยเกี่ยวข้องที่หลากหลาย รวมถึงอาจได้รับอิทธิพลมาจากบุคคลอื่น ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการนี้เองที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ (outcomes) ซึ่งอาจเป็นผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ วิญญาณ⁹ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการศึกษาเรื่องการจัดการอาการ (Symptom Management Model; SMM) เป็นกรอบแนวคิดเพื่อศึกษาและเข้าใจประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ ระยะอาการกำเริบเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสภาพ เพื่อบรรเทาการเกิดอาการและป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบาก ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและสมรรถภาพทางร่างกาย รวมทั้งส่งเสริม

ความผาสุกด้านจิตสังคม¹³ เมื่อได้รับการวางแผนการดูแลและจำหน่ายผู้ป่วยที่ดีจะทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าหลังจากได้รับโปรแกรม ฯ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001¹²โปรแกรมดังกล่าวที่ได้ออกแบบไว้ยังได้ใช้กระบวนการการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D-METHOD ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการบูรณาการวางแผนให้เหมาะสมกับคนไข้แต่ละบุคคลที่จะครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม การใช้กระบวนการดังกล่าวสามารถคาดการณ์ให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญกับผู้ป่วย การศึกษาที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการรักษาซ้ำ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และการกลับเข้ามารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴นอกจากนั้นแล้วผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาในโปรแกรมยังแสดงให้เห็นถึงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หรือการประเมิน (COPD Assessment Test :CAT) ที่ลดลง นั้นหมายความว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสถานะสุขภาพ (COPD Assessment Test Score) คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ โดยภาพรวมแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยเอง เพื่อให้ได้การวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยแต่ละราย เนื้อหาจากโปรแกรมที่ได้รับผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และเข้าใจได้ง่าย รวมถึงเน้นการฝึกทักษะที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาขยายหลอดลม การฟื้นฟูสภาพปอด การฝึกหายใจ การบริหารร่างกาย โดยกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่สำคัญและต้องส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น นอกจากนี้โรงพยาบาลที่ใช้โปรแกรมยังจำเป็นต้องมีทักษะการสื่อสาร เทคนิคการสอน ทักษะการให้คำปรึกษา และการฝึกการปฏิบัติแก่ผู้ป่วยที่ดีจะทำให้ผลของการโปรแกรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้จัดทำขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าแดด เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้การศึกษานี้เป็นไปด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ของการศึกษานี้ ผู้ศึกษาขอมอบเป็นเครื่องบูชาบุพการี บุรพาคณาจารย์ และผู้ที่มีอุปการะคุณทุกท่านที่มีส่วนส่งเสริมให้ผู้ศึกษาประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิต ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน มีความสุขความเจริญสืบไป



ข้อเสนอแนะ

พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการ และนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งสามารถวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้ตั้งแต่กระบวนการแรกรับไว้ในโรงพยาบาล ต่อเนื่องจนถึงระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงควรมีการติดตามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติเพื่อจัดการกับอาการหายใจลำบากอย่างต่อเนื่อง ติดตามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติของผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Health Estimates 2020: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Geneva : World Health Organization, 2020.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Geneva : Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2022 .
3. Ministry of Public Health , Thailand. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Thailand. Bangkok. Bangkok : Ministry of Public Health, 2023.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. รายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. [ออนไลน์] 2566. [สืบค้นเมื่อ 18 กันยายน 2566.]
https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=33b1c30a4652927ac32fee24e8906170.
5. นภรัตน์อมรพุดิสถาพร. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [ออนไลน์] 2563.
<https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/COPD.pdf>.
6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). รายงานผลการสำรวจภาระค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2563.
7. สมาคมโรคปอดแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. กรุงเทพฯ : สมาคมโรคปอดแห่งประเทศไทย, 2563.

8. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of chronic respiratory diseases. Geneva, Switzerland : World Health Organization, 2022.
9. Advancing the science of symptom management. M Dodd and el. . 2001, Journal of Advanced Nursing, หน้า 668-676.
10. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2563.
11. สมาคมพยาบาลสาธารณสุขแห่งประเทศไทย. แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : สมาคมพยาบาลสาธารณสุขแห่งประเทศไทย, 2562.
12. อาติละห์ สะไร. ผลของโปรแกรมการบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถในการจัดการอาการและสภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2559.
13. การจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. อัจฉาณัฐ วังโสม. 2559, วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวง, หน้า 2-12.
14. ผลของการใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการตรวจรักษาซ้ำ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. นภัสวรรณ สันจร. 2563, ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, หน้า 54-68.
15. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลควนโดน จังหวัดสตูล. อำไพ หลังปุเต๊ะ, พาริดา สูเต็น และปราโมทย์ ถ่างกระโทก. 2561, ศรีนครินทร์เวชสาร, หน้า 346-350.