เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ปีงบประมาณ 2569

# ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ของคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา

พิไลวรรณ มิตทจันทร์
โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา

https://skho.moph.go.th/oa

รายงานการวิจัย

# ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ของคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา

**พิไลวรรณ มิตทจันทร์**
**โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ของคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย COPD จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลสุขภาพ (Re - Visit) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกสมรรถภาพทางกาย แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบทีแบบอิสระและไม่อิสระ (Independent T - Test และ Dependent T - Test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการดำเนินโปรแกรม กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 100.42, S.D. = 6.75) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\overline{X}$ = 88.68, S.D. = 7.82) และมีผลการปฏิบัติหน้าที่ดีขึ้นทั้งด้านการดูแลร่างกาย การดูแลกิจการภายในบ้าน การพักผ่อนและนันทนาการ กิจกรรมทางจิตวิญญาณ และกิจกรรมทางสังคม นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 19.20, S.D. = 2.45) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\overline{X}$ = 15.58, S.D. = 2.64) ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย FEV1/FVC สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 17.64$, $p<.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.10$, $p<.001$) อีกทั้งคะแนนสมรรถภาพทางกายมีแนวโน้มดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ คือ ควรนำโปรแกรมเพื่อลดการกลับมารับบริการซ้ำไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังหรือหน่วยบริการสุขภาพอื่นที่ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกายและลดการกลับมารักษาซ้ำ นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์ และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นหรือในบริบทพื้นที่อื่นเพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยในวงกว้าง

**คำสำคัญ** : โปรแกรมลดการกลับมารับบริการซ้ำ, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, สมรรถภาพปอด, การรับรู้สมรรถนะ, การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย

**ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติขององค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประชากรทั่วโลก[1] การดำเนินของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้เกิดอาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม[2] อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดขึ้นเนื่องจากหลอดลมมีอาการอักเสบรุนแรง ทั้งยังเกิดความเปลี่ยนแปลงทางกายภาพภายในปอด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจติดขัด หอบ ไอเรื้อรัง เหนื่อยง่าย มีเสมหะมาก และอาจเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้[1]

ลักษณะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพอย่างช้า ๆ และเลวลงตามสภาพอายุของผู้ที่เป็นโรคนี้ ซึ่งการตีบแคบของหลอดลมอย่างถาวรทำให้มีการอุดกั้นทางระบายอากาศที่คั่งค้างอยู่ในถุงลม การระบายอากาศลดลง เป็นผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนที่ถุงลมลดลง ระดับออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงต่ำลงและเกิดการคั่งค้างของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อในร่างกายลดลง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังเป็นโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจชนิดที่ไม่สามารถทำให้กลับคืนมาเป็นปกติได้ (Not Fully Reversible Airway Obstruction) ซึ่งการอุดกั้นทางเดินหายใจนี้จะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยค่อยเป็นค่อยไป อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีทั้งระยะโรคสงบและระยะโรคกำเริบ สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปัจจุบันยังไม่มีวิธีใดที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีเพียงการรักษาแบบประคับประคองอาการและยับยั้ง หรือชะลอพยาธิสภาพของโรคไม่ให้ดำเนินต่อไปอย่างรวดเร็ว และอาการที่เป็นปัญหารบกวนการดำเนินชีวิของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังบ่อย ๆ คือ อาการหายใจลำบาก[3]

การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยการรักษาโดยใช้ยาและการรักษา โดยไม่ใช้ยามีวัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจะส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหอบเหนื่อยลดลง การกำเริบของโรคลดลง ความสามารถในการออกกำลังเพิ่มมากขึ้นและมีสุขภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยผลลัพธ์ดังกล่าวยังส่งผลโดยอ้อม คือ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยลดลง ซึ่งโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดส่วนใหญ่ประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (Patient Education) การฝึกการหายใจ (Breathing Exercise) การฝึกฝนออกกำลังกาย (Exercise Training) การดูแลด้านจิตสังคมและพฤติกรรม (Psychosocial and Behavioral Intervention) การใช้ออกซิเจน (Oxygen Therapy) และโภชนาการ (Nutritional)[4,5,6] ทั้งนี้ การที่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจะมีประสิทธิภาพและได้ผลดีนั้นต้องปฏิบัติตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ในปัจจุบันผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ยังคงไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด อย่างต่อเนื่อง โดยการฝึกฝนออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 4 - 12 สัปดาห์ขึ้นไป[4] สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ระยะเวลาของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อเนื่อง 6 - 12 สัปดาห์ จะมีผลดีในหลายด้านเมื่อเทียบกับระยะเวลาการฟื้นฟูระยะสั้นหรือไม่ต่อเนื่อง[5]

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การพัฒนาแนวทาง รูปแบบ หรือโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสุขภาพของปอดนั้นจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและทีมสุขภาพ โดยการศึกษาของกรกรนก แสนสุภา[7] ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแพร่ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมบริการของพยาบาลหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลแพร่สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และยังพบว่า ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อแผนการจำหน่ายหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย จากพยาบาลที่ได้รับสูงกว่าไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นเดียวกับการศึกษาการใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการตรวจรักษาซ้ำการเกิด

อาการกำเริบเฉียบพลัน และการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการตรวจรักษา ซ้ำการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และการกลับเข้ามารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001[8] นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า การฝึกออกกำลังกาย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยการฝึกกล้ามเนื้อหายใจเข้าและการออกกำลังกาย มีผลทำให้อาการหายใจลำบากลดลง[9] สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ด้วงแพง และจุฬาลักษณ์ บารมี[10] การปฏิบัติตามแผนการรักษาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในภาคตะวันออกพบว่า การปฏิบัติตามแผนการรักษาด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ดังการศึกษาผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังออกกำลังกายโดยได้รับคำปรึกษาและการสร้างแรงจูงใจ มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความทนต่อการทำกิจกรรม ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11]

จากข้อมูลสถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอดโรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา และสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ของคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา ให้มีประสิทธิภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self - Management)[12] ผนวกกับทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health Perception) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy) มาออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมฯ เพื่อนำมาใช้ในการบรรเทาอาการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเพื่อให้เข้าใจถึงอาการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและรวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นแนวทางการดูแลรักษาที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกายจะมีประโยชน์แต่ไม่ใช่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายที่จะได้รับการดูแลตามแนวทางของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและมีการออกกำลังกายต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับอาการที่เกิดขึ้น มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด ดังนั้นเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ลดสภาวะอาการรบกวนในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการศึกษานี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของคลินิกโรคปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดระดับความรุนแรงของโรคและลดการกลับมารักษาซ้ำต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ของคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา

**สมมติฐานการวิจัย**

1. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ของคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพ
2. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ของคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self - Management)[12] ผนวกกับทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพ (Health Perception) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy) มาออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมฯ เพื่อนำมาใช้ในการบรรเทาอาการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเพื่อให้เข้าใจถึงอาการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและรวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีกรอบแนวคิดดังนี้

**ตัวแปรต้น (Independent Variable)**

**โปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)**

1. การประเมินภาวะสุขภาพ
   - การตรวจสมรรถภาพปอด (Pulmonary Function Test : PFT)
   - การตรวจวัณโรค (Tuberculosis : TB)
   - การสูบบุหรี่
   - การประเมินผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อสุขภาพ (COPD Assessment Test : CAT)
   - การประเมินระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale : mMRC)
2. Planning of Care

   ให้การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเน้นการฝึกทักษะการจัดการสุขภาพตนเองที่บ้าน
   - เภสัชกร แนะนำการใช้ยาอย่างถูกวิธี
   - นักกายภาพบำบัด ประเมินสมรรถภาพร่างกาย
   - นักโภชนาการ ดูภาวะทุพโภชนากร น้ำหนักเกิน
   - คลินิกเลิกบุหรี่ ให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่
   - พยาบาล วางแผนการดูแล ให้ความรู้ ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
3. ติดตามการจัดการตนเองที่บ้าน
   - ทุก visit ประมิน Exacerbation, การใช้ยา, ความสามารถในการจัดการตนเอง
   - เยี่ยมบ้านโดยทีม COC
4. ประเมินติดตามผล 6 เดือนหลังเข้าโปรแกรม
   - ตรวจร่างกาย
   - แบบสอบถาม

**ตัวแปรตาม (Dependent Variable)**

**ผลการปฏิบัติหน้าที่ดีขึ้น**

1. การดูแลร่างกาย
2. การดูแลกิจการภายในบ้าน
3. การออกกำลังกาย
4. การพักผ่อนและนันทนาการ
5. กิจกรรมทางจิตวิญญาณ
6. กิจกรรมทางสังคม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบสุ่มกลุ่มควบคุมทดสอบก่อน – หลัง (Randomized Control Group Pretest – Posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ของคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการรักษาที่คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการในช่วงเดือนมกราคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2568 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่า Effect Size = 0.30 ค่า Alpha = 0.05 และค่า Power = 0.95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 32 ราย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 25 จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีระดับความรุนแรงของโรคใกล้เคียงกัน สามารถอ่านและเขียนได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน หรือมีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยการให้ความรู้ด้านการดูแลตนเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย การติดตามอาการ การเยี่ยมบ้าน และการติดตามต่อเนื่อง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย (2) แบบบันทึกสมรรถภาพทางกายโดยการทดสอบเดิน 6 นาที (6 - Minute Walk Test : 6MWT) (3) แบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 32 ข้อ และ (4) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 5 ข้อ

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พบว่าแบบสอบถามทุกชุดมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าแบบประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินก่อนการทดลอง (Pretest) ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล สมรรถภาพทางกาย สภาวะการทำหน้าที่ และการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรม

กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามมาตรฐานของคลินิกโรคปอด ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD)ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพได้แก่ การให้ความรู้ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ การสอนการใช้ยา การติดตามอาการ และการเยี่ยมบ้าน หลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยดำเนินการประเมินหลังการทดลอง (Posttest) และนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติ Independent T - Test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมทั้งใช้ Paired T - Test เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

**ผลการวิจัย**

**ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง**

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ | ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|---|---|---|
| **เพศ** | | | **อาชีพ** | | |
| ชาย | 35 | 87.50 | ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 28 | 70.00 |
| หญิง | 5 | 12.50 | อื่น ๆ | 12 | 30.00 |
| **อายุ** | | | **รายได้ต่อเดือน** | | |
| 46 – 50 ปี | 10 | 25.00 | ไม่มีรายได้ | 15 | 37.50 |
| 51 – 55 ปี | 15 | 37.50 | ต่ำกว่า 5,000 บาท | 12 | 30.00 |
| อื่น ๆ | 15 | 37.50 | อื่น ๆ | 13 | 32.50 |
| **ศาสนา** | | | **ความเพียงพอของรายได้** | | |
| พุทธ | 23 | 57.50 | ไม่เพียงพอ | 20 | 50.00 |
| อิสลาม | 17 | 42.50 | เพียงพอ/เหลือเก็บ | 20 | 50.00 |
| **สถานภาพสมรส** | | | **การชำระค่ารักษาพยาบาล** | | |
| สมรส | 32 | 80.00 | จ่ายเองบางส่วน | 31 | 77.50 |
| อื่น ๆ | 8 | 20.00 | อื่น ๆ | 9 | 22.50 |
| **ระดับการศึกษา** | | | **ประวัติการสูบบุหรี่** | | |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 12 | 30.00 | เคยสูบ | 34 | 85.00 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 9 | 22.50 | ไม่เคยสูบ | 6 | 15.00 |
| ปริญญาตรี | 9 | 22.50 | **สถานะการสูบบุหรี่ปัจจุบัน** | | |
| อื่น ๆ | 10 | 25.00 | เลิกสูบแล้ว | 33 | 82.50 |
| | | | ยังสูบอยู่ | 7 | 17.50 |
| | | | **รวม** | **40** | **100.00** |

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) จำนวนทั้งสิ้น 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 35 คน (ร้อยละ 87.50) และเพศหญิง จำนวน 5 คน (ร้อยละ 12.50) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51 – 55 ปี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 37.50) รองลงมาคือช่วงอายุ 46 – 50 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 25.00) ด้านศาสนา พบว่า ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 23 คน (ร้อยละ 57.50) รองลงมา คือ ศาสนาอิสลาม จำนวน 17 คน (ร้อยละ 42.50) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 32 คน (ร้อยละ 80.00) ด้านระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (มัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3) จำนวน 12 คน (ร้อยละ 30.00) รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและปริญญาตรี จำนวนกลุ่มละ 9 คน (ร้อยละ 45.00) ด้านอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 28 คน (ร้อยละ 70.00) ด้านเศรษฐกิจ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ จำนวน 15 คน (ร้อยละ 37.50) รองลงมามีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 12 คน (ร้อยละ 30.00) และส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย จำนวน 20 คน (ร้อยละ 50.00) สำหรับการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองบางส่วน จำนวน 31 คน (ร้อยละ 77.50) ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 34 คน (ร้อยละ 85.00) โดยเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 13 ปี มากที่สุด จำนวน 20 คน (ร้อยละ 50.00) ปัจจุบันส่วนใหญ่เลิกสูบบุหรี่แล้ว จำนวน 33 คน (ร้อยละ 82.50) โดยระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่พบมากที่สุด คือ 10 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 24.24) ขณะที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 17.50) ซึ่งส่วนใหญ่สูบบุหรี่วันละ 1 มวน เมื่อเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยใกล้เคียงกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในช่วงอายุ 51 – 55 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ค่อนข้างต่ำ และส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุหรี่ ทั้งนี้ลักษณะพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน

**ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง**

ตารางที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40)

| ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา | จำนวน (คน) | ร้อยละ | ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|---|---|---|
| **ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น COPD** | | | **ได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเอง** | | |
| | | | ได้รับ | 40 | 100.00 |
| 1 ปี | 8 | 20.00 | **ระดับความรุนแรงของโรค** | | |
| 3 ปี | 5 | 12.50 | ระดับ 1 | 21 | 52.50 |
| 30 ปี | 7 | 17.50 | ระดับ 2 | 10 | 25.00 |
| อื่น ๆ | 20 | 50.00 | ระดับ 3 | 4 | 10.00 |
| **การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในรอบ 1 ปี** | | | ระดับ 4 | 3 | 7.50 |
| | | | ระดับ 5 | 2 | 5.00 |
| 6 ครั้ง | 17 | 42.50 | **ยาที่ได้รับในการรักษา*** | | |
| 5 ครั้ง | 6 | 15.00 | Berodual MDI | 35 | 87.50 |
| 4 ครั้ง | 6 | 15.00 | Inflammide MDI | 31 | 77.50 |
| อื่น ๆ | 11 | 27.50 | Inhale Steroid | 27 | 67.50 |
| **การนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (รอบ 1 ปี)** | | | Theophylline (oral) | 21 | 52.50 |
| | | | $O_2$ Home Rx | 9 | 22.50 |
| 1 ครั้ง | 27 | 67.50 | **โรคร่วม*** | | |
| มากกว่า 1 ครั้ง | 13 | 32.50 | เบาหวาน | 21 | 52.50 |

ตารางที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40) (ต่อ)

| ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา | จำนวน (คน) | ร้อยละ | ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|---|---|---|
| **เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน** | | | แผลในกระเพาะอาหาร | 9 | 22.50 |
| | | | ภาวะหัวใจล้มเหลว | 7 | 17.50 |
| | | | ไตวาย | 7 | 17.50 |
| เคย | 31 | 77.50 | โรคหลอดเลือดสมอง | 5 | 12.50 |
| ไม่เคย | 9 | 22.50 | **รวม** | **40** | **100.00** |

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาเป็นระยะเวลา 1 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 20.00) รองลงมา คือ ระยะเวลา 30 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 17.50) และระยะเวลา 3 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 12.50) ด้านประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและกลับบ้านจำนวน 6 ครั้ง จำนวน 17 คน (ร้อยละ 42.50) รองลงมา คือ 4 ครั้ง และ 5 ครั้ง จำนวนเท่ากัน คือ 6 คน (ร้อยละ 15.00) สำหรับการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่นอนพักรักษา 1 ครั้ง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 67.50) เมื่อพิจารณาประวัติการเข้ารับการรักษาในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 31 คน (ร้อยละ 77.50) ขณะที่ผู้ป่วยทั้งหมดเคยได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการจัดการอาการจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ด้านระดับความรุนแรงของโรค พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ 1 จำนวน 21 คน (ร้อยละ 52.50) รองลงมา คือ ระดับที่ 2 จำนวน 10 คน (ร้อยละ 25.00) ระดับที่ 3 จำนวน 4 คน (ร้อยละ 10.00) ระดับที่ 4 จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.50) และระดับที่ 5 จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.00) ด้านการรักษาในปัจจุบันจาก OPD Card พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยา Berodual MDI จำนวน 35 คน (ร้อยละ 87.50) รองลงมา คือ Inflammide MDI จำนวน 31 คน (ร้อยละ 77.50) Inhale Steroid จำนวน 27 คน (ร้อยละ 67.50) และ Theophyline Tab Oral จำนวน 21 คน (ร้อยละ 52.50) ขณะที่ผู้ป่วยบางส่วนได้รับ $O_2$ Home Rx จำนวน 9 คน (ร้อยละ 22.50) สำหรับการประเมินโรคร่วม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย จำนวน 21 คน (ร้อยละ 52.50) รองลงมา คือ แผลในกระเพาะอาหาร จำนวน 9 คน (ร้อยละ 22.50) ภาวะหัวใจล้มเหลวและไตวาย จำนวนเท่ากัน คือ 7 คน (ร้อยละ 17.50) และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 คน (ร้อยละ 12.50) ทั้งนี้ ผู้ป่วยสามารถมีโรคร่วมได้มากกว่า 1 โรค จึงทำให้ผลรวมของจำนวนและร้อยละมากกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ลักษณะด้านประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาของทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำหลายครั้ง เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีระดับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ 1 และได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมและยาสูดพ่นเป็นหลัก อีกทั้งยังพบโรคร่วมหลายชนิด โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานด้านภาวะสุขภาพและการรักษาที่ใกล้เคียงกันก่อนการดำเนินการวิจัย

**การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

ตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมจำแนกตามกลุ่ม (n = 40)

| ด้านการปฏิบัติหน้าที่ | กลุ่มทดลอง (n = 20) Mean ± SD | ระดับ | กลุ่มควบคุม (n = 20) Mean ± SD | ระดับ |
|---|---|---|---|---|
| การดูแลร่างกาย | 102.45 ± 6.20 | สูง | 85.30 ± 7.10 | ปานกลาง |
| การดูแลกิจการภายในบ้าน | 98.60 ± 7.00 | สูง | 82.75 ± 8.20 | ปานกลาง |
| การออกกำลังกาย | 95.20 ± 8.10 | ปานกลาง | 80.40 ± 9.50 | ปานกลาง |
| การพักผ่อนและนันทนาการ | 100.80 ± 6.50 | สูง | 90.60 ± 7.80 | ปานกลาง |
| กิจกรรมทางจิตวิญญาณ | 104.10 ± 5.90 | สูง | 95.00 ± 6.90 | ปานกลาง |
| กิจกรรมทางสังคม | 101.35 ± 6.80 | สูง | 98.00 ± 7.40 | สูง |
| **ภาพรวม** | **100.42 ± 6.75** | **สูง** | **88.68 ± 7.82** | **ปานกลาง** |

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษาระดับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ของคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) พบว่า โดยภาพรวม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติหน้าที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 100.42, S.D. = 6.75) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 88.68, S.D. = 7.82) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับสูงในเกือบทุกด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลร่างกาย ($\bar{X}$ = 102.45, S.D. = 6.20) ด้านการดูแลกิจการภายในบ้าน ($\bar{X}$ = 98.60, S.D. = 7.00) ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ($\bar{X}$ = 100.80, S.D. = 6.50) ด้านกิจกรรมทางจิตวิญญาณ ($\bar{X}$ = 104.10, S.D. = 5.90) และด้านกิจกรรมทางสังคม ($\bar{X}$ = 101.35, S.D. = 6.80) ขณะที่ด้านการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 95.20, S.D. = 8.10) สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการดูแลร่างกาย ($\bar{X}$ = 85.30, S.D. = 7.10) ด้านการดูแลกิจการภายในบ้าน ($\bar{X}$ = 82.75, S.D. = 8.20) ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}$ = 80.40, S.D. = 9.50) ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ($\bar{X}$ = 90.60, S.D. = 7.80) และด้านกิจกรรมทางจิตวิญญาณ ($\bar{X}$ = 95.00, S.D. = 6.90) ยกเว้นด้านกิจกรรมทางสังคมที่อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 98.00, S.D. = 7.40) โดยสรุปกลุ่มทดลองมีแนวโน้มการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมในหลายมิติ ซึ่งอาจสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง การดำรงชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ดีขึ้น

**การรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรม**

ตารางที่ 4 ระดับการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมจำแนกตามกลุ่ม (n = 40)

| การรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรม | กลุ่มทดลอง (n = 20) Mean ± SD | ระดับ | กลุ่มควบคุม (n = 20) Mean ± SD | ระดับ |
|---|---|---|---|---|
| เมื่อร่างกายมีความพร้อม | 21.30 ± 2.10 | มาก | 18.40 ± 2.35 | ปานกลาง |
| เมื่อสิ่งต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง | 19.80 ± 2.45 | มาก | 16.20 ± 2.60 | ปานกลาง |
| เมื่อรู้สึกอ่อนล้าหรืออ่อนเพลีย | 18.90 ± 2.50 | มาก | 15.10 ± 2.70 | ปานกลาง |
| เมื่อมีอาการปวดหรือหายใจไม่สะดวกเล็กน้อย | 17.60 ± 2.65 | ปานกลาง | 13.90 ± 2.80 | ปานกลาง |
| เมื่อรู้สึกเศร้า วิตกกังวล หรือเครียด | 18.40 ± 2.55 | ปานกลาง | 14.30 ± 2.75 | ปานกลาง |
| **ภาพรวม** | **19.20 ± 2.45** | **มาก** | **15.58 ± 2.64** | **ปานกลาง** |

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ของคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา ภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) พบว่า โดยภาพรวม กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 19.20, S.D. = 2.45) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับการรับรู้สมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 15.58, S.D. = 2.64) สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการเคลื่อนไหวร่างกายและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ สูงกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความมั่นใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกสถานการณ์ โดยในกรณีที่ร่างกายมีความพร้อม กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้สมรรถนะอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 21.30, S.D. = 2.10) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 18.40, S.D. = 2.35) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในการเคลื่อนไหวร่างกายภายใต้สภาวะปกติมากกว่า สำหรับสถานการณ์ที่มีความกดดันหรือข้อจำกัดทางร่างกายและจิตใจ พบว่า กลุ่มทดลองยังคงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานการณ์ที่สิ่งต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ($\bar{X}$ = 19.80, S.D. = 2.45) เมื่อรู้สึกอ่อนล้าหรืออ่อนเพลีย ($\bar{X}$ = 18.90, S.D. = 2.50) เมื่อมีอาการปวดหรือหายใจไม่สะดวกเล็กน้อย ($\bar{X}$ = 17.60, S.D. = 2.65) และเมื่อรู้สึกเศร้า วิตกกังวล หรือเครียด ($\bar{X}$ = 18.40, S.D. = 2.55) แม้ว่าหลายด้านยังอยู่ในระดับปานกลาง แต่กลุ่มทดลองยังมีแนวโน้มการรับรู้สมรรถนะสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกสถานการณ์ โดยสรุป กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน ทั้งในสภาวะปกติและสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดทางร่างกายหรือจิตใจ ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาสามารถช่วยส่งเสริมความเชื่อมั่นในการเคลื่อนไหวร่างกาย การจัดการอาการ และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

**การทดสอบสมมติฐานการวิจัย**

**1. การเปรียบเทียบก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ของคลินิกโรคปอดโรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา**

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย FEV1/FVC ก่อนและหลังการทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| กลุ่มตัวอย่าง | n | ก่อน | | หลัง | | Mean Difference | t | df | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | $\bar{X}$ | S.D. | $\bar{X}$ | S.D. | | | | |
| ทดลอง | 20 | 59.10 | 1.81 | 67.10 | 1.95 | 8.00 | 18.42 | 19 | .000* |
| ควบคุม | 20 | 58.65 | 1.76 | 60.05 | 1.72 | 1.40 | 2.27 | 19 | .035* |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย FEV1/FVC ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย FEV1/FVC เพิ่มขึ้นจาก 59.10 ± 1.81 เป็น 67.10 ± 1.95 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.42$, $p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 8.00 หน่วย ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 58.65 ± 1.76 เป็น 60.05 ± 1.72 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.27$, $p = .035$) แต่มีการเปลี่ยนแปลงเพียง 1.40 หน่วย แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีแนวโน้มการพัฒนาสมรรถภาพปอดมากกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายภาพ (Physical Fiscal Fitness) ก่อนและหลังการทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| กลุ่มตัวอย่าง | n | ก่อน | | หลัง | | Mean Difference | t | df | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | $\bar{X}$ | S.D. | $\bar{X}$ | S.D. | | | | |
| ทดลอง | 20 | 262.79 | 4.21 | 250.21 | 2.64 | -12.58 | 14.92 | 19 | .000* |
| ควบคุม | 20 | 311.21 | 4.34 | 265.11 | 2.92 | -46.11 | 43.75 | 19 | .000* |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 262.79 ± 4.21 เป็น 250.21 ± 2.64 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.92$, $p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยเปลี่ยนแปลง 12.58 หน่วย ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 311.21 ± 4.34 เป็น 265.11 ± 2.92 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 43.75$, $p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยเปลี่ยนแปลง 46.11 หน่วย แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพทางกายภายหลังการทดลอง

**2. การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของคลินิกโรคปอดโรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา**

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย FEV1/FVC ก่อนและหลังการทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ระหว่างกลุ่ม | n | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | Mean Difference | t | df | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | $\bar{X}$ | S.D. | $\bar{X}$ | S.D. | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 20 | 59.10 | 1.81 | 58.65 | 1.76 | 0.45 | 0.80 | 38 | .428 |
| หลังการทดลอง | 20 | 67.10 | 1.95 | 60.05 | 1.72 | 7.05 | 12.10 | 38 | .000* |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย FEV1/FVC ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.80$, $p = .428$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีสมรรถภาพปอดใกล้เคียงกันก่อนเริ่มการศึกษา อย่างไรก็ตามภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย FEV1/FVC สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.10$, $p < .001$) โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 7.05 หน่วย สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถช่วยส่งเสริมสมรรถภาพการทำงานของปอดได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายภาพ (Physical Fiscal Fitness) ก่อนและหลังการทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ระหว่างกลุ่ม | n | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | Mean Difference | t | df | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | $\bar{X}$ | S.D. | $\bar{X}$ | S.D. | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 20 | 262.79 | 4.21 | 311.21 | 4.34 | -48.42 | -35.28 | 38 | .000* |
| หลังการทดลอง | 20 | 250.21 | 2.64 | 265.11 | 2.92 | -14.90 | -16.35 | 38 | .000* |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 8 พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -35.28$, $p < .001$) โดยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลอง และภายหลังการทดลองยังคงพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -16.35$, $p < .001$) แม้ว่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มจะลดลงจากก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์ด้านสมรรถภาพทางกายมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังการทดลองในทั้งสองกลุ่ม

โดยสรุป ผลการทดสอบสมมติฐานแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มีแนวโน้มช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะผลลัพธ์ด้าน FEV1/FVC ที่พบความแตกต่างชัดเจนภายหลังการทดลอง

**อภิปรายผล**

**1. การเปรียบเทียบก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ของคลินิกโรคปอดโรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา**

1.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย FEV1/FVC ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย FEV1/FVC สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงแนวโน้มของการทำงานของปอดที่ดีขึ้นและการควบคุมภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การส่งเสริมการจัดการตนเอง การฝึกทักษะการหายใจ การใช้ยาพ่นอย่างถูกต้อง การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น ลดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้โรคกำเริบ และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบทางเดินหายใจ ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura et al.,[13] ซึ่งอธิบายว่า บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ส่งผลให้สามารถควบคุมโรคและจัดการสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เน้นการส่งเสริมการจัดการตนเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยลดการกำเริบของโรคและลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bourbeau et al.,[14] ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถช่วยลดการกลับเข้ารักษาซ้ำและเพิ่มความสามารถในการควบคุมอาการของผู้ป่วย COPD รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของอำไพ หลังปุเต๊ะ ฟารีดา สูเด็น และปราโมทย์ ถ่างกระโทก[1] ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองช่วยเพิ่มความรู้และส่งผลต่อสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุม แม้ว่าจะพบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ย FEV1/FVC ภายหลังการทดลองเช่นกัน แต่ระดับการเปลี่ยนแปลงยังต่ำกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งอาจเป็นผลจากการได้รับการรักษาตามมาตรฐานทั่วไปของโรงพยาบาลที่เน้นการรักษาทางการแพทย์เป็นหลัก แต่ยังขาดองค์ประกอบด้านการติดตามต่อเนื่องและการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบ ดังนั้นโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มีประสิทธิผลในการส่งเสริมสมรรถภาพปอดและการควบคุมอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลต่อการลดความรุนแรงของโรคและลดโอกาสการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

1.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายภาพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น มีความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น และมีอาการเหนื่อยลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรม

ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง เช่น การฝึกการหายใจ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การบริหารกล้ามเนื้อ และการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีข้อจำกัดด้านกิจกรรมทางกายจากอาการหายใจลำบากและเหนื่อยง่าย ส่งผลให้หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวและเกิดภาวะสมรรถภาพร่างกายลดลง ดังนั้น การได้รับโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมกิจกรรมทางกายและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง จึงช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มความทนทานของร่างกาย และลดภาระการทำงานของระบบหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ระบุว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วย COPD ซึ่งช่วยลดอาการเหนื่อย เพิ่มความสามารถในการออกแรง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Nici et al.,[15] รวมทั้งการศึกษาของสุภาภรณ์ ด้วงแพง และคณะ[16] ที่พบว่า การส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมสามารถช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกายและลดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ดังนั้นโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มีประสิทธิผลในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม ลดอาการเหนื่อย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

**2. การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของคลินิกโรคปอดโรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา**

**2.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย FEV1/FVC ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย FEV1/FVC ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานด้านสมรรถภาพปอดใกล้เคียงกัน จึงสามารถเปรียบเทียบผลของโปรแกรมได้อย่างเหมาะสม ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย FEV1/FVC สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มีประสิทธิผลในการส่งเสริมการทำงานของปอดและช่วยควบคุมภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นการดูแลแบบต่อเนื่องและครอบคลุมหลายมิติ ทั้งด้านการให้ความรู้ การส่งเสริมการจัดการตนเอง การติดตามอาการ และการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง และลดโอกาสเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรค อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการลดลงของสมรรถภาพปอด ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura [13] ซึ่งอธิบายว่า เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ส่งผลให้สามารถควบคุมโรคและจัดการสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ที่เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Effing et al.,[17] ที่พบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย COPD สามารถช่วยเพิ่มสมรรถภาพปอด ลดการกำเริบของโรค และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถจัดการอาการและเฝ้าระวังอาการผิดปกติได้ดีขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุม แม้ว่าจะได้รับการรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาล เช่น การใช้ยา การติดตามอาการตามนัด และการให้คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ แต่การดูแลดังกล่าวอาจยังขาดองค์ประกอบด้านการติดตามต่อเนื่องและการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบ จึงส่งผลให้ระดับการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ย FEV1/FVC ต่ำกว่ากลุ่มทดลอง ดังนั้น โปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มีประสิทธิผลในการช่วยเพิ่มสมรรถภาพปอด ส่งเสริมการควบคุมอาการ และช่วยลดความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมทางกาย ลดข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว และลดอาการเหนื่อยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การฝึกการหายใจ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย และการติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะของโรคได้ดีขึ้น เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มความทนทานต่อการออกแรง และลดภาระการทำงานของระบบหายใจ ส่งผลให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น นอกจากนี้ การที่โปรแกรมมีการติดตามอาการและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง ยังช่วยส่งเสริมความมั่นใจในการทำกิจกรรม ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเหนื่อย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Wagner et al.,[18] ที่เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมการจัดการตนเอง และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[13] ที่อธิบายว่า เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่องมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Zwerink et al.,[19] ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สามารถช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกาย ลดอาการหอบเหนื่อย และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วย COPD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุม แม้ว่าจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล แต่การดูแลดังกล่าวอาจยังไม่ได้มุ่งเน้นด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายหรือการส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างเป็นระบบ รวมทั้งขาดการติดตามและเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยยังไม่สามารถพัฒนาสมรรถภาพทางกายได้เท่ากับกลุ่มทดลอง ดังนั้น โปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มีประสิทธิผลในการช่วยส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ลดข้อจำกัดในการทำกิจกรรม เพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และช่วยลดโอกาสการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะยาว

**ข้อเสนอแนะ**

**1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) สามารถช่วยเพิ่มสมรรถภาพปอด ส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยได้ ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุข โรงพยาบาล และคลินิกโรคปอด ควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ลดการกลับมารับการรักษาซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ดูแล และการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

**2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์ของโปรแกรม รวมทั้งขยายการศึกษาไปยังกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย นอกจากนี้ ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อการลดการกลับมารับการรักษาซ้ำ รวมถึงพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบดิจิทัลหรือศึกษาร่วมกับแนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพปอดรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอนาคต

**เอกสารอ้างอิง**


1. อำไพ หลังปุเต๊ะ ฟารีดา สูเด็น และปราโมทย์ ถ่างกระโทก. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลควนโดน จังหวัดสตูล. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2561;33(4) : 346 - 350.
2. Wangsom A. Dyspnea management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thai Journal of Cardio -Thoracic Nursing. 2016;27:2 - 12.
3. ณัฏฐภณิชา ดวงแสง. การจัดการกับอาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
4. สมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย; 2553.
5. Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW, Casaburi R, Emery CF, Mahler DA, et al. Pulmonary rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2007;131(5 Suppl) : 4S - 42S.
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Fact about chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. 2011 [cited 2025 Aug 7]. Available from: http://www.goldcopd.org/guidelines-global-strategy-for-diagnosis-management.html
7. กรกรนก แสนสุภา. ผลของโปรแกรมพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแพร่. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2561;12(4) : 20 - 30.
8. นภัสวรรณ สันจร. ผลของการใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการตรวจรักษาซ้ำ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ราชาวดีเวชสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2563;10(2) : 54 - 66.
9. Thomas MJ, Simpson J, Riley R, Grant E. The impact of home-based physiotherapy interventions on breathlessness during activities of daily living in severe COPD: A systematic review. Physiotherapy. 2010;96(2) : 108 - 119.
10. สุภาภรณ์ ด้วงแพง และจุฬาลักษณ์ บารมี. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษากลุ่มอาการ สภาวะการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2555.
11. Hospes G, Bossenbroek L, Hacken NHT, Hengel PVM, Greef MHG. Enhancement of daily physical activity increases physical fitness of outclinic COPD patients: Results of an exercise counseling program. Patient Educ Couns. 2009;75(2) : 274 - 278.
12. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Doekaert M, editor. Handbook of self - regulation. New York: Academic Press; 2000. p.601 - 629.
13. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
14. Bourbeau J, Nault D, Dang - Tan T. Self-management and behaviour modification in COPD. Patient Educ Couns. 2004;52(3) : 271 - 277.
15. Nici L, Donner C, Wouters E, Zuwallack R, Ambrosino N, Bourbeau J, et al. American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med. 2006;173(12) : 1390 - 1413.

16. สุภาภรณ์ ด้วงแพง ปวริศา กำจายกิตติกุล และพัทธ์ชนก วิถีธรรมศุกดิ์. ผลโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันต่อสมรรถภาพทางกาย สภาวะอาการ สภาวะการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. รายงานการวิจัย. ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ; 2561.
17. Effing T, Monninkhof EM, van der Valk PDLPM, Zielhuis GA, Walters EH, Zwerink M, et al. Self - management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4) : CD002990.
18. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care : Translating evidence into action. Health Aff (Millwood). 2001;20(6) : 64 - 78.
19. Zwerink M, Brusse - Keizer M, van der Valk PDLPM, Zielhuis GA, Monninkhof EM, van der Palen J, et al. Self - management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(3) : CD002990.