

## ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ต่อความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

รุ่งกาญจน์ กองวงศ์(พย.บ)  
ดวงมณี วิยะทัศน์ พย.ม., อพย.(การพยาบาลชุมชน)  
โรงพยาบาลพนมสารคาม

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการจัดการอาการกำเริบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD และเพื่อศึกษาอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังใช้โปรแกรมฯ ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างเดือนเมษายน-กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 27 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการจัดการอาการกำเริบและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD ของกองการพยาบาลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบโดยใช้ T -Test แบบคู่ โดยข้อมูลได้ทดสอบความถูกต้อง

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD มีคะแนนเฉลี่ยรวมความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p=0.00,0.01$ ) ผลของการใช้วางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD พบว่าก่อนการใช้ กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในมากที่สุด 4 ครั้ง/คนเฉลี่ย 2.63 (S.D.2.78) ครั้ง/คนหลังใช้จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาซ้ำมากที่สุด 1 ครั้ง/คนเฉลี่ย 0.26 (S.D.1.99) ครั้ง/คน และหลังใช้โปรแกรมฯ การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย (readmissions) ลดลงต่ำกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปการศึกษา: ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย D-METHOD ไปพัฒนาในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นต่อไป คำสำคัญโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย D-METHOD ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังการเกิดอาการกำเริบ ฉียบพลาโนโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังการกลับมารักษาซ้ำ

## Effects of the D-METHOD discharge planning program on knowledge, behavior and readmission in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Phanom Sarakham Hospital Chachoengsao Province

RungkanKongwongR.N.  
DuangmaneeWiyathus M.N.S. APCN  
Phanom Sarakham Hospital

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the mean knowledge scores and practice behaviors before and after receiving the D-METHOD discharge planning program and to study the readmission rate within 28 days after using the program in patients with chronic obstructive pulmonary disease admitted to the male inpatient ward of PhnomSarakham Hospital, Chachoengsao Province. Between April-September 2024, there were 27 patients. The research instruments consisted of personal data recording forms and the D-METHOD discharge planning program of the Nursing Division. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and compared using a paired T-Test. The data was tested for accuracy.

The results of the study of the sample group after receiving the D-METHOD discharge planning program had a mean score of knowledge and mean score of behavior that was significantly higher than before receiving the

program at a statistical level of 0.05 ( $p=0.00,0.00$ ). The results of using the D-METHOD discharge planning found that before using it, the sample group was admitted to the inpatient department at most 4 times/person, an average of 2.63 (S.D.2.78) times/person. After using it, the number of times admitted to the inpatient department at most 1 time/person, an average of 0.26 (S.D.1.99) times/person. And after using the program, the readmissions within 28 days after discharge were significantly lower than before using it at a statistical level of .001.

Conclusion Therefore, there should be further research on the application of D-METHOD discharge planning program to develop discharge planning for patients with other chronic diseases.

### Keywords

D-METHOD discharge planning program, chronic obstructive pulmonary disease patients, acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease, readmission

## บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD]) เป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม<sup>1</sup> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประชากรโลก<sup>2</sup> สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1.3 เท่าในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา และมีอัตราการเสียชีวิตมากถึง 40 คนต่อประชากร 100,000 คนและจากสถิติสุขภาพคนไทยที่ผ่านมาในปี 2561-2564 พบว่าอัตราการตายต่อแสนประชากรจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 10.24, 10.13, 8.95 และ 7.81 ตามลำดับ 3 ซึ่งส่วนใหญ่มาจากภาวะอาการรุนแรงของโรคกำเริบเฉียบพลันเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการเลวลงกว่าปกติทำให้ต้องมารับการตรวจรักษาในแผนกฉุกเฉินต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าเดินทางเพิ่มขึ้นและเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ<sup>4</sup>

จากสถิติข้อมูลโรงพยาบาลพนมสารคาม ปี พ.ศ.2564-2566 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยใน มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น 196, 157, 258 ราย/ต่อปี ตามลำดับ ผู้ป่วยเหล่านี้และพบปัญหา กลับมารักษาซ้ำภายในโรงพยาบาลพนมสารคาม (Readmissions) สูงมากขึ้นเช่นกันคิดเป็นร้อยละ 13.77, 16.55, 15.89 พบว่า ร้อยละ 90 มาด้วยภาวะหายใจกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง<sup>5</sup> ส่งผลต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วยและทำให้ค่าใช้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group [DRG]) ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ยังไม่มีวิธีที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง<sup>6</sup> ประกอบกับการศึกษาของ Glaab, Vogelmeier, Hellmann and Buhl (2012)<sup>7</sup> พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ประกอบด้วยผู้ที่มีความชำนาญเฉพาะสาขาในทีมสหวิชาชีพมีส่วนสำคัญในการร่วมดูแลผู้ป่วยเพราะความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยของแพทย์อย่างเดียวไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งระบบการทำงานร่วมกันของ

ทีมสหวิชาชีพแบบครบวงจรตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนเพื่อติดตามพฤติกรรมดูแลตนเอง ตลอดจนการประเมินปัจจัยสิ่งแวดล้อมเพื่อให้คำแนะนำและให้การช่วยเหลือคาดว่าจะมีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยมากกว่าการดูแลแบบเดิมๆ และการวางแผนจำหน่ายแบบเดิมยังมีทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมน้อยมาก ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลพนมสารคาม ทำให้การวางแผนจำหน่ายไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย จากปัญหาดังกล่าวจึงเป็นการทำทนายที่จะพัฒนาการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อให้ได้รับความรู้ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถจัดการอาการกำเริบได้ ซึ่งจะป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาดังกล่าว

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลพนมสารคาม จึงดำเนินการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการร่วมกับการวางแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD<sup>8</sup> นำมาประยุกต์ดำเนินการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจัดการอาการกำเริบไม่ได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการจัดการอาการกำเริบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบD-METHOD

## สมมุติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการจัดการอาการกำเริบ หลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ค่าเฉลี่ยการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังได้รับโปรแกรม น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

## กรอบแนวคิด

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย  
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบ  
D-METHOD



- ค่าเฉลี่ยความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการ  
อาการกำเริบ
- การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน

แนวคิด ดอดด์และคณะ (Dodd, Jonson, Facione, & et al., 2001)<sup>9</sup> ได้พัฒนากรอบแนวคิดการจัดการอาการ (symptom management model: SMM) ขึ้นประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์โดยอธิบายว่าผู้ป่วยจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการดำเนินโรค (symptom experience) โดยมีการรับรู้ประเมินอาการ และตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งแสดงออกโดยรายงานเป็นความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และการรับรู้ว่าการดำเนินการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อเกิดอาการขึ้นจึงนำไปสู่การแสวงหาการจัดการอาการ (symptom management strategies) ซึ่งการจัดการนั้นอาจเป็นการจัดการโดยการใช้ยาบรรเทาอาการ โดยทีมงานสาธารณสุข หรือผู้ป่วยเป็นผู้จัดการอาการด้วยตนเอง ซึ่งวิธีการที่ใช้ในการจัดการอาการเหล่านั้นอาจมีเหตุผลหลากหลายรวมทั้งอาจได้รับอิทธิพลมาจากบุคคลอื่นซึ่งประสบการณ์อาการและการจัดการอาการนี้เองที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ (outcomes)

## วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ในรูปแบบ One group Pretest-Posttest Design ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนอนรักษาในหอผู้ป่วยชายโรงพยาบาลพนมสารคาม

ประชากรคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลพนมสารคาม ตั้งแต่เดือน เมษายน ถึง มิถุนายน 2567 จำนวน 203 คน

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่เข้าการรักษาในหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลพนมสารคามจำนวน 27 คน การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*POWER คำนวณ effect size จากการศึกษาที่ผ่านมา 10 = 0.81

กำหนดค่านัยสำคัญ .05 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

## เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรักษาในผู้ป่วยในโรงพยาบาลพนมสารคาม
2. เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชายพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 วัน และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้
3. เป็นคนไทย สื่อสารอ่านหนังสือไทยได้

## เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เสียชีวิตระหว่างเข้ารับการศึกษาวิจัย
3. อายุน้อยกว่า 35 ปี

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ขั้นตอนการดำเนินการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 ประเมินความสามารถในการจัดการอาการกำเริบเทียบพลันโดยประเมินตามรูปแบบ D-METHOD ได้แก่
1. โรคที่เป็น (Disease)
  2. การใช้ยา (Medication)
  3. สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ (Environment & economic)
  4. แผนการรักษา (Treatment)
  5. ภาวะสุขภาพและข้อจำกัดของตนเอง (Health)
  6. การจัดการที่เหมาะสม ความต่อเนื่องในการรักษา (Outpatient referral)

7. การรับประทานอาหาร (Diet) ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 กำหนดข้อวินิจฉัยปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย จากการประเมินตามกิจกรรมที่ 1

กิจกรรมที่ 3 วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายโดยการสอนและให้ความรู้ตามปัญหาของผู้ป่วยที่วินิจฉัยได้โดยใช้แผนการสอนภาพพลิก คู่มือการส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กิจกรรมที่ 4 ประเมินติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตัวและปัญหาอุปสรรคในการจัดการอาการกำเริบของตนเอง ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

### เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ คือ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการกลยุทธการจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ ร่วมกับการวางแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ DMETHOD ในการศึกษาครั้งนี้ แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 14 ข้อ ตอบ ถูก=1คะแนน ตอบผิด=0 คะแนนแบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ

3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา คำนวนค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.99

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการจัดการอาการกำเริบจัดการอาการหายใจลำบากหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลประเมินในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาติดตามโดยการโทรศัพท์จำนวน 12 ข้อ ปฏิบัติเป็นประจำเท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งเท่ากับ 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเท่ากับ 0 คะแนน แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา คำนวนค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.89

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายโดยโทรศัพท์ แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนถึง 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 สํารวจผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาหอผู้ป่วยในชายโรงพยาบาลพนมสารคาม (admission) ณ เมษายน-กันยายนพ.ศ. 2567และตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มทดลองโดยผู้ป่วยรายที่27ซึ่งเป็นรายสุดท้ายถูกคัดเข้า30 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมการทดลอง ตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่PH\_CCO\_022/2567

ขั้นตอนที่ 3 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง และใช้วิธีการสัมภาษณ์ในรายที่อ่านหนังสือไม่ออกและเขียนหนังสือไม่ได้

ขั้นตอนที่ 4 นัดหมายผู้ป่วยในการลงโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย D-METHOD

4.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มทดลอง

4.2ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย

4.3ประเมินความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการปฏิบัติตัว และประวัติการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

4.4ให้โปรแกรมรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการปฏิบัติตัว และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. บรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไป และจำนวนการกลับรักษาซ้ำ ใช้สถิติจำนวนและร้อยละ

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้พฤติกรรม จำนวนครั้งการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ใช้สถิติ dependent t-test โดยพิจารณาค่า P-value < 0.05

### ผลการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ในรูปแบบ One group Pretest-Posttest Design ศึกษา

ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนอนรักษาในหอผู้ป่วยใน  
โรงพยาบาล เก็บข้อมูลในช่วง เดือนเมษายน-กันยายน  
พ.ศ. 2567 ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุ

ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่เข้าการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย  
จำนวน 27คน ผลการศึกษาดังนี้

**ตาราง 1** แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 27)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	74.07
หญิง	7	25.93
อายุ (ปี)	min =52 max = 84 mean = 69.82	
50-59	5	18.52
60-69	9	33.33
70-79	7	25.93
80-89	6	22.22
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	14	51.86
มัธยมศึกษา	9	33.33
อนุปริญญา	4	14.81
สถานภาพสมรส		
โสด	8	29.62
คู่	19	70.38
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน	8	29.62
เกษตรกร	11	40.74
ค้าขาย	6	22.23
รับจ้าง	2	7.40
รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	18	66.67
5,000-10,000บาท/เดือน	5	18.52
10,000- 50,000 บาท/เดือน	4	14.81
ดัชนีมวลกาย		
ต่ำกว่าเกณฑ์	1	3.70
ปกติ	26	96.29
ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล(ครั้ง)		
ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
1 ครั้ง /เดือน	9	33.33
2 ครั้ง /เดือน	11	40.47
3 ครั้ง /เดือน	5	18.50
>3 ครั้ง /เดือน	2	7.40

**ต่อตาราง 1** แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 27)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุส่งเสริมการเข้ารับการรักษาครั้งนี้		
ขาดยา (พ่นยาไม่สม่ำเสมอ/ไม่ถูกต้อง)	7	25.90
บุหรี	5	18.60
สิ่งแวดล้อม ฝุ่น คิวีน	8	29.60
สภาพอากาศ	7	25.90
ผู้ดูแล		
มี	21	77.77
ไม่มี	6	22.23
ยาที่ได้รับปัจจุบัน		
ยารับประทาน	1	3.70
ยาพ่นขยายหลอดลม	5	18.52
ยาพ่นสเตียรอยด์	8	29.63
รักษาด้วยยามากกว่า 2 ชนิด	13	48.15
การสูบบุหรี่ปัจจุบัน		
เลิกสูบบุหรี่	20	74.07
ยังไม่เลิกสูบบุหรี่	7	25.93

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคะแนนเฉลี่ยรวมรายชื่อก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ( n=27)

ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ตอบถูกจำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อน	หลัง
1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ โรคปอดชนิดเรื้อรังที่ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพของถุงลมโป่งพอง และ/หรือหลอดลมอักเสบเรื้อรัง เกิดร่วมกัน	3(11.11)	24(88.88)
2. อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ ไอ มีเสมหะ หรืออาการหายใจเหนื่อยที่ค่อยๆเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ	10(37.03)	22(81.48)
3. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มากที่สุด	5(18.51)	26(96.29)
4. การฝึกหายใจด้วยการห่อปากช่วยลดอาการหอบเหนื่อยได้	4(14.81)	25(92.59)
5. การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยยา ได้แก่ยาขยายหลอดลม ยาต้านการอักเสบ และยาอื่นๆ เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่	2(7.40)	27(100.00)
6. มีอาการหอบรุนแรงจากปัจจัยการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม เช่น เกสรดอกไม้ ขนสัตว์ ฝุ่น คิวินท่อไอเสีย	4(14.81)	27(100.00)
7. การดื่มน้ำมากๆวันละ 6-8แก้วทำให้เสมหะอ่อนตัวไอออกได้ง่าย	2(7.04)	25(92.59)
8. การออกกำลังกายช่วยให้ปอดมีการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีกล้ามเนื้อแข็งแรง	2(7.44)	26(96.29)
9. ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซในกระเพาะอาหาร เช่น กะหล่ำปลี หัวหอม ผักขม เพราะทำให้ท้องอืดแน่นท้อง ทำให้หายใจลำบาก	2(7.44)	25(92.59)
10. ยาพ่นที่เป็นสเตอรอยด์หลังจากพ่นยาเสร็จควรบ้วนปากหรือกลั้วคอทุกครั้งเพื่อลดการเกิดเชื้อราในช่องปากและเสียงแหบ	1(3.70)	25(92.59)
11. ขณะทำกิจกรรมถ้ารู้สึกเหนื่อยให้หยุดพักทันที	3(11.11)	26(96.29)
12. ไม่ควรซื้อยารับประทานหรือใช้ยาพ่นเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์หากมีอาการผิดปกติควรมาพบแพทย์	5(18.51)	26(96.29)
13. ควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ ที่มีควันบุหรี่ สิ่งกระตุ้นระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ เช่น ฝุ่น ควันไฟ ขนสัตว์ เกสรดอกไม้ เป็นต้น	2(7.40)	27(100.00)
14. ไม่ควรปล่อยอารมณ์ให้หงุดหงิด ฉุนเฉียว กังวลหรือเสียใจจนเกินไป	3(11.11)	26(96.29)
ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม (ข้อ 1-14)	6.01( S.D.2.32)	13.12(S.D.2.78)

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนได้รับโปรแกรมพบมีความรู้ถูกต้องในเรื่องอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ ไอ มีเสมหะ หรืออาการหายใจเหนื่อยที่ค่อยๆเป็นมากขึ้นเรื่อยๆมากที่สุด จำนวน 10 ราย ร้อยละ 37.03 รองลงมา การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มากที่สุด และไม่ควรรีบซื้อยารับประทานหรือใช้ยาพ่นเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์หากมีอาการผิดปกติควรมาพบแพทย์ จำนวนเท่าๆ กันจำนวน 5 ราย ร้อยละ 18.51 คะแนนเฉลี่ยรวมข้อ 1-14 เท่ากับ 6.01(S.D.2.32) หลังได้รับโปรแกรมฯ พบมีความรู้ถูกต้องจำนวนมากในข้อการ

รักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยยา ได้แก่ยาขยายหลอดลม ยาต้านการอักเสบ และยาอื่นๆ เช่น วัคซีน ใช้หวัดใหญ่อาการหอบรุนแรงจากปัจจัยการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมเช่น เกสรดอกไม้ ขนสัตว์ ฝุ่น ควันทอ ไอเสียควรถกหลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ ที่มีควันบุหรี่ สิ่งกระตุ้นระคายจำนวนเท่าๆกัน 27ราย ร้อยละ100 คะแนนเฉลี่ยรวม ข้อ 1-14 เท่ากับ 13.12(S.D.2.78) พบกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD มีคะแนนเฉลี่ยรวมความรู้สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ (ตาราง 2)

**ตาราง 3** คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหายใจลำบากหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ( n=27)

พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหายใจลำบาก	คะแนนเฉลี่ย(S.D.)p-vale	
	ก่อน	หลัง
1. หนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมามีการประเมินอาการหายใจลำบาก	1.16(9.01)	1.09(11.91)
2. รับประทานยา หรือ พ่นยาต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกวัน	1.12(10.60)	1.23(9.05)
3. หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก	1.25(9.86)	1.89(10.01)
4. จัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม	1.11(8.09)	1.71(9.46)
5. พักผ่อนนอนอย่างเพียงพอ วันละ 6-8 ชั่วโมง	1.57(9.57)	1.22(9.65)
6. รับประทานอาหารที่เหมาะสม ครบทั้ง 5 หมู่ ลดข้าว แป้ง น้ำตาล เพิ่มอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่ายดอาหารที่มีก๊าซมากดื่มน้ำอุ่น 8-10 แก้วต่อวัน	1.01(11.04)	1.01(10.09)
7. บริหารการหายใจโดยใช้กลัมนื้อหน้าท้อง และกะบังลมร่วมกับการห่อปาก วันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น	1.02(9.07)	1.02(11.04)
8. บริหารกลัมนื้อทรวงอก ไหล่ แขนและขา ร่วมกับการบริหารการหายใจ วันละ 1 ครั้ง	1.12(10.01)	1.01(11.71)
9. บริหารร่างกายทั่วไป โดยการเดินเล่น หรือเดินขึ้นบันได วันละ 1 ครั้งครั้งละ 20-30 นาที	1.01(11.04)	1.01(8.91)
10. ฝึกไออย่างมีประสิทธิภาพวันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น	1.11(10.09)	1.11(9.06)
11. ใช้วิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก	1.01(9.08)	1.02(10.09)
12. ใช้เทคนิคการสงวนพลังงาน	1.02(10.11)	1.71(10.01)
	0.80(9.99)	1.01(10.87)
ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม (ข้อ 1-12)	12.23(9.32)	21.76(10.78) 0.01

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการอาการหายใจลำบากหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ก่อนได้รับโปรแกรมพบพฤติกรรมที่ผ่อนคลายอย่างเพียงพอ วันละ 6-8 ชั่วโมงคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 1.57(S.D.9.57) รองลงมาหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากคะแนนเฉลี่ย 1.25(S.D.9.86) และผ่านมามีการประเมินอาการหายใจลำบาก 1.16(S.D.9.01) ตามลำดับ ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม ข้อ 1-12 เท่ากับ 12.23(S.D.9.32) หลังได้รับโปรแกรมฯ พบมีพฤติกรรม

การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 1.89(S.D.9.65) รองลงมา จัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมและรับประทานยา หรือ พักยาต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกวัน 1.71(S.D.10.01) และ 1.23(S.D.9.05) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยรวม ข้อ 1-12 เท่ากับ 21.76(S.D.10.78) พบกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD มีคะแนนพฤติกรรมจัดการอาการหายใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (ตาราง 3)

**ตารางที่ 4** แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม และการกลับมารักษาซ้ำก่อนและหลังใช้

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		P-value
	Min	MaxM (S.D.)	Min	MaxM(S.D.)	
ความรู้ (รวม12 คะแนน)	0	1 6.01(2.32)	0	1 13.12(2.78)	0.00
พฤติกรรม (รวม24คะแนน)		0212.23(9.32)	0	3 30.76(10.78)	0.01
จำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย(ครั้ง/คน)	1	42.63(2.78)	0	10.26(1.99)	0.01

กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD มีคะแนนเฉลี่ยรวมความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (  $p < 0.00$  ) กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการอาการหายใจลำบากสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (  $p = 0.00$  ) ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD พบว่าก่อนการใช้ กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในชายมากที่สุด 4 ครั้ง/คน เฉลี่ย 2.63 (S.D.2.78) หลังใช้จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) น้อยที่สุดคือไม่มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) และมากที่สุด 1 ครั้ง/คนเฉลี่ย 0.26 (S.D.1.99) ครั้ง/คนและหลังใช้โปรแกรมฯ การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย (readmissions) ลดลงกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001(ตาราง 4)

#### อภิปรายผลการศึกษา

ประเมินความสามารถในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยประเมินตามรูปแบบ D-METHOD ได้แก่ 1. โรคที่เป็น (Disease) 2. การใช้ยา (Medication) 3. สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ (Environment & economic) 4. แผนการรักษา (Treatment) 5. ภาวะสุขภาพและข้อจำกัดของตนเอง (Health) 6. การจัดการที่เหมาะสม ความต่อเนื่องในการรักษา (Outpatient referral) 7. การรับประทานอาหาร (Diet) ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วย การนำรูปแบบนี้มาประยุกต์ใช้ในการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาในหอผู้ป่วยนี้ผลการวิจัยหลังใช้โปรแกรมฯ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ ถูกต้องจำนวนมาก ในข้อการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยยา ได้แก่ ยาขยายหลอดลม ยาต้านการอักเสบ และยาอื่นๆ เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่อาการหอบรุนแรงจากปัจจัยการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมเช่น เกสรดอกไม้ ขนสัตว์ ฝุ่น คิว

ท่อไอเสียควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ ที่มีควัน บุหรี่ สิ่งกระตุ้นระคายต่อถูกจำนวนเท่าๆกัน 27 ราย ร้อยละ 100 มีคะแนนเฉลี่ยรวม ข้อ 1-14 เท่ากับ 13.12(S.D.2.78) พบกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรม วางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD มีคะแนนเฉลี่ยรวม ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ พฤติกรรมการปฏิบัติการจัดการอาการหายใจ ลำบากพบว่าการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ หายใจลำบากมากที่สุดคะแนนเฉลี่ย 1.89(S.D.9.65) รองลงมา จัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมและ มีการประเมินอาการหายใจลำบากคะแนนเฉลี่ย 71(S.D.10.01) และ 1.23(S.D.11.91) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมิทธิ์ เกิดสินธุ์ และ ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาศย์ (2559)<sup>11</sup>ที่พบว่าสถิติการ เข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงลดลงแต่จะสูงในช่วงไตรมาสที่ 1 ซึ่งสอดคล้องกับพยาธิวิทยาของโรคเพราะในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงหน้าฝน มีอากาศเย็นและมีหมอกมาก จึงเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดลมมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมมากกว่าปกติ (bronchial hyper responsiveness) ได้มากขึ้น และการศึกษา เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์ (2560)<sup>12</sup>พบว่าเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและจากสภาพแวดล้อม (100%) แต่ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากได้ แนะนำให้พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก หากไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้แนะนำให้ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเวลาที่ต้องสัมผัสกับสิ่งกระตุ้น เช่น ข้างบ้านเผาขยะ สมาชิกในบ้านสูบบุหรี่ หรือจากที่บ้านมีงานบุญทำให้ต้องพบปะกับบุคคลจำนวนมากและสัมผัสกับควันจากการปรุงอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้การจัดการความเครียดไม่เหมาะสม มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น และกังวลที่ต้องหยุดงานแนะนำให้มีการผ่อนคลายความเครียด เช่น การสวดมนต์ การเบี่ยงเบนความสนใจให้ความมั่นใจถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดเพื่อที่จะสามารถป้องกันอาการหายใจลำบากกำเริบได้การวิจัยเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ครั้งนี้มีผลต่อจำนวนครั้งของการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (readmission) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรังลดลงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสามารถอธิบายได้ว่าการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ D-METHOD สามารถเพิ่มความรู้ และ พฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบากหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และลดจำนวนครั้งการเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (admission) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้จริงสามารถวัดผลได้ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่คัดเข้ามาทดลองมีลักษณะของข้อมูลที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นผลการทดลองที่ได้อาจเป็นเพราะการใช้รูปแบบ D-METHOD และการดูแลอย่างเป็นระบบจากทีมสหวิชาชีพตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินประเด็นที่สำคัญในการดูแลตนเองตั้งแต่แรกรับจากพยาบาลว่ามีส่วนขาดด้านใด เช่น ประเด็นการค้นหาปัจจัยเสี่ยง หากพบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงจากอะไรก็จะแนะนำให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงนั้น เช่น ข้างบ้านเผาขยะก็แนะนำให้หลีกเลี่ยงให้อยู่ห่าง แต่ถ้าเลี่ยงไม่ได้ก็ควรใช้หน้ากากอนามัย หรือผู้ป่วยบางรายจะมีอาการกำเริบช่วงหน้าหนาว อากาศชื้นก็แนะนำให้สวมใส่เสื้อผ้าหรือหมวก ผ้าหนาๆ เพื่อเพิ่มความอบอุ่นแก่ร่างกาย พยาบาลจะโทรประสานกับผู้ป่วยหลังจำหน่าย การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านการประเมินความสามารถในการบริหารปอด ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินความสามารถในการบริหารปอดได้รับความรู้ในการบริหารปอดจากนักกายภาพบำบัดเป็นการเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินความสามารถในการพ่นยา หากพบว่ามีปัญหาในการพ่นยา พยาบาลสามารถโทรประสานเภสัชกรโดยไม่ต้องรอคำสั่งจากแพทย์เพื่อมาให้ความรู้ในส่วนที่ขาด เช่น ประเมินและสอนเทคนิคการพ่นยาที่ถูกวิธี ตรวจสอบยาที่ได้รับ ยาที่เหลือ การให้อุปกรณ์ช่วยในการพ่นยาในรายที่ไม่มีแรงสูด การทำความสะอาดและการจัดเก็บอุปกรณ์สำหรับพ่นยา นอกจากนี้ยังมีการประเมินสภาพผู้ป่วยและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามรูปแบบ D-METHOD รวมถึงการนัดทดสอบสมรรถภาพปอด (Lung Function Test) ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD clinic)

#### สรุปผลข้อเสนอแนะ

การนำโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบ D-METH

ODไปใช้ต้องทำความเข้าใจกับทีมสหวิชาชีพในองค์กร เพราะทุกวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและเพื่อความสะดวกในการประสานงานอย่างต่อเนื่อง และควรมีการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ (COPD with acute exacerbation) หลังการใช้ โพรแกรมาฯ หรือศึกษาผลของการจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ (COPD with acute exacerbation) รวมทั้งควรมีการประยุกต์ใช้โพรแกรมาฯเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) กลุ่มอื่น มีการประเมินความเครียดผู้ป่วยจากการประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Questions [2Q]) และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

#### ข้อจำกัดการวิจัย

การประเมินสภาพผู้ป่วยและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามรูปแบบ D-METHOD ควรนัดทดสอบสมรรถภาพปอด (Lung Function Test) ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD clinic) ร่วมด้วยและการส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชนผ่านระบบที่ทันสมัยทันเวลา เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในประเด็นที่สำคัญต้องติดตามหลังจำหน่าย

#### เอกสารอ้างอิง

1. Wangsom, A. (2016). Dyspnea management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 27, 2-12.
2. World Health Organization (WHO). (2024). Tobacco and COPD: presenting the Tobacco Knowledge Summary. Form <https://link.springer.com/article/10.1186/s12931-024-02961-5>.
3. สถาบันโรคทรวงอก, กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. (2562). Burden of COPD. สืบค้นจาก <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>
4. ข้อมูลผู้ป่วยในชาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลพนมสารคาม.(2567). เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.
5. Donaldson, G. C., &Wedzicha, J. A. (2006). COPD exacerbations 1: Epidemiology. Form

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22971062/>
6. Criner, R. N., & Han, M. K. (2018). COPD care in the 21st century: A public health priority. *Respiratory Care*. Form <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29692353/>
  7. Glaab, T., Vogelmeier, C., Hellmann, A., & Buhl, R. (2012). Guideline-based survey of outpatient COPD management by pulmonary specialists in Germany. *International journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Form <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3282602/>
  8. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2561).แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2562.กรุงเทพฯ: บริษัทสำนักพิมพ์สื่อตะวันจำกัด.
  9. Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... & Taylor, D. (2019). Advancing the science of symptom management. Form <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1051387>
  10. อาติละห์ สระไร. (2559). ผลของโปรแกรมการบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถในการจัดการอาการและสภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ , บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
  11. สมิต์ เกิดสินธุ์ และระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์. (2559). ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อการรับผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วัน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(2), 246-254 .
  12. เรวดี เพชรศิราสัณฑ์. (2560). อาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยกระตุ้นและวิธีการจัดการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.