

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเขาค้อ

ไกรสุข เพชรบูรณ์
โรงพยาบาลเขาค้อ เพชรบูรณ์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด Pre-post test two group design ตั้งแต่ มกราคม 2551 ถึง เมษายน 2552 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การศึกษามี 2 ระยะ คือ การวิจัยเชิงบรรยาย และการทดสอบผลของรูปแบบนี้ ประชากรระยะที่ 1 คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ 8 คน ผู้ป่วยหอบหืด 13 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปแบบบรรยายเชิงพรรณนา ระยะที่ 2 เป็นผู้ป่วยหอบหืด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน โดยการจัดให้เข้าร่วมกิจกรรม 5 ครั้ง (6 สัปดาห์) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ การจัดกิจกรรมมีลักษณะเป็นรายกลุ่ม โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม เครื่องมือวัดผลการทดสอบคือ พฤติกรรมการควบคุมอาการหอบ จำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำ และค่าใช้จ่ายในการรักษา ผลการทดสอบภายใน 12 เดือน พบว่า ผู้ป่วยหอบหืดกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาการหอบดีขึ้น จำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำและค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลงกว่าก่อนทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วย, ทีมสหสาขาวิชาชีพ

บทนำ

โรคหอบหืดเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและจัดเป็นโรคระบบทางเดินหายใจชนิดเรื้อรัง สามารถทำให้เกิดอันตรายขั้นรุนแรงถึงชีวิตแก่ผู้ป่วยได้หากมีการดูแลหรือการรักษาที่ไม่ถูกต้อง และมีรายงานว่าอุบัติการณ์ของโรคกำลังเพิ่มสูงขึ้นในแทบทุกประเทศของโลก⁽¹⁾ การเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย

และจิตใจ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดอาการหอบกำเริบซ้ำ ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยได้รับสิ่งกระตุ้น^(2,3) ส่งผลให้หลอดลมตีบตัวลงจากการอักเสบวมของเยื่อผนังหลอดลม เพิ่มการสร้างเยื่อเมือกเหนียวข้น มีอาการไอ หายใจมีเสียงวี๊ด แน่นหน้าอก⁽⁴⁾ เป็นเหตุให้เกิดภาวะหายใจลำบากจนต้องกลับเข้าพักรักษาซ้ำอยู่บ่อย ๆ

โรงพยาบาลเขาค้อ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

มีกลุ่มผู้ป่วยอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มีอาการหอบ
 กำเริบจนต้องกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน จำนวน
 132 ราย จากจำนวนผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคหอบหืดทั้งหมด 148
 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.19 และจากการเกิดอาการหอบ
 กำเริบซ้ำจนต้องกลับเข้าพักรักษาบ่อย ๆ นี้ ย่อมส่งผล
 กระทบต่อผู้ป่วย โดยลดความสามารถในการทำกิจวัตร
 ประจำวัน⁽⁵⁾ ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง โดยเฉพาะ
 อย่างยิ่งหากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังนี้เกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ซึ่ง
 เป็นวัยที่สามารถทำงานหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว ไม่
 สามารถทำบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างสมบูรณ์ อีกทั้ง
 ยังต้องสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงหรือสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิด
 อาการหอบกำเริบได้ง่ายจากการประกอบอาชีพ⁽⁶⁾ และ
 จากการศึกษาสำรวจผู้ป่วยโรคหอบหืด อำเภอเขาค้อ พบ
 ว่าปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยยังขาดความตระหนักและ
 ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และหากผู้ป่วย
 ขาดทักษะการดูแลตนเองที่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติตามคำ
 แนะนำแล้วเกิดอาการหอบกำเริบขึ้นอย่างรวดเร็วและ
 รุนแรงมากจนไม่สามารถที่จะควบคุมได้อาจทำให้เกิด
 ภาวะหายใจล้มเหลวตามมาได้ และในที่สุดอาจถึงขั้น
 เสียชีวิตในเวลาอันสั้น⁽⁷⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรม
 ที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบว่าได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้
 โปรแกรมการดูแลที่ส่งผลให้อัตราการหอบที่สามารถ
 ควบคุมได้โดยไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลใน
 กลุ่มผู้ป่วยหอบหืดมีจำนวนเพิ่มขึ้น ทั้งที่รูปแบบเดิมได้
 ให้การดูแลรักษาตามแนวทางการรักษาโรคหอบหืดโดย
 ทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงจำเป็นต้อง
 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและต่อเนื่อง
 โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเสริมสร้าง
 พลังอำนาจมาใช้กับผู้ป่วยหอบหืด และคาดว่าจะ
 สามารถทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจและเป็นสิ่งกระตุ้นให้
 ปฏิบัติตามความรู้และคำแนะนำที่ได้รับและสามารถ
 ควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง ซึ่งต้องอาศัยการ
 ทำงานร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มีเป้าหมาย
 สำคัญคือผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน
 สากล คุ่มค่า คุ่มทุน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽¹⁾ และจาก

ผลการดูแลระยะยาว ผู้วิจัยคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมี
 พฤติกรรมการควบคุมอาการหอบดีขึ้น อาจลดอัตรา
 การกลับมารักษาซ้ำ ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษา
 การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีระบบและแนวคิด
 การสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน⁽⁸⁾ เป็นกรอบ
 แนวคิดในการศึกษา โดยวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูป
 แบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่คุ้มทุนและลดการกลับมา
 รักษาซ้ำ ด้วยการเปรียบเทียบบนพื้นฐานของการกลับ
 มารักษาซ้ำและค่าใช้จ่ายในการรักษา และพฤติกรรมการ
 ควบคุมอาการหอบ

วิธีการศึกษา

แบบวิจัยมี 2 แบบ ตามระยะของการศึกษา แบ่ง
 เป็น 2 ระยะคือ

1. ระยะสร้างรูปแบบการดูแล ฯ ใช้การวิจัยเชิง
 บรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายรูปแบบการ
 ดูแลเชิงสหสาขาวิชาชีพที่เหมาะสมของโรงพยาบาล
 เขาค้อ

ประชากรคือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ 8 คน ผู้ป่วย
 หอบหืด 13 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนว
 คำถามในการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อความ
 ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและอุปสรรคต่าง ๆ มารวม
 รวบรวมเป็นหมวดหมู่ จัดกลุ่ม แยกเป็นประเด็นต่าง ๆ เพื่อ
 นำเสนอในรูปแบบบรรยายเชิงพรรณนา

2. ระยะทดสอบผลของรูปแบบฯ ใช้แบบวิจัยกึ่ง
 ทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม
 การควบคุมอาการหอบ จำนวนครั้งของการกลับมา
 รักษาซ้ำและค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยหอบหืด ก่อน
 และหลังทดลอง ในกลุ่มทดลอง และเพื่อเปรียบเทียบ
 พฤติกรรมการควบคุมอาการหอบ จำนวนครั้งของการ
 กลับมารักษาซ้ำและค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรค
 หอบหืด หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็น
 โรคหอบหืดที่อาศัยในพื้นที่อำเภอเขาค้อ จังหวัด
 เพชรบูรณ์ และมารับการตรวจรักษาและขึ้นทะเบียนที่

โรงพยาบาลเขาค้อ ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2551- เมษายน พ.ศ. 2552 จำนวน 148 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรดังกล่าวตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหอบหืด ได้รับการรักษามาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน 2) มีระดับการควบคุมอาการหอบหืด ควบคุมได้สมบูรณ์และบางส่วน 3) สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย สื่อความหมายเข้าใจ มีการรับรู้ที่ดี 4) ไม่มีอาการเหนื่อยหอบซึ่งเกิดจากภาวะของโรคอื่น เกณฑ์คัดออก 1) ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการหอบไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดภาวะที่หอบหายใจลำบาก ได้ตลอดเวลา ไม่สามารถนำมาเข้าร่วมโปรแกรมได้ 2) เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการบริหารการหายใจแบบโยคะ ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดสมอง และโรคข้อเสื่อม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดได้แล้ว นำมากำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณหาค่าอำนาจจำแนกในการทดสอบ (power analysis) ตามแบบของโคเฮน⁽⁹⁾ เพื่อควบคุม type 2 error ได้กำหนดค่า effect size เพื่อใช้ในการหาค่าอำนาจจำแนกในการทดสอบแบบมีจำนวนมาก และเท่ากัน (large n, equal n) ที่ระดับเท่ากับ 0.80 กำหนดค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน อย่างน้อย 26 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 30 คน คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมทั้งหมด 60 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้ผลการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นผลเกิดจากโปรแกรมโดยตรง คุณลักษณะของทั้งสองกลุ่ม ต้องแตกต่างกันน้อยที่สุดหรือเหมือนกัน ผู้วิจัยนอกจากเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกตามเกณฑ์ข้างต้นแล้ว ยังใช้วิธีจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่ (matched pair) โดยให้

แต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันในเรื่องต่อไปนี้เป็น 1) ระดับการควบคุมอาการหอบระดับเดียวกัน 2) ช่วงอายุแตกต่างกันไม่เกิน 1 ปี 3) เพศเดียวกัน 4) อาชีพเหมือนกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

- รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โดยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁽⁸⁾ มาประยุกต์ในรูปแบบ ๆ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีระบบ ดังนี้ 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) คือนโยบายการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และแนวคิดการทำงานเป็นทีม 2) กระบวนการ (Process) คือ การกำหนดทีมและตำแหน่งในทีม 3) ผลผลิต (Output) ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่พัฒนาขึ้น 4) ผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาการหอบดีขึ้น จำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหอบหืด 2) แบบประเมินพฤติกรรมในการควบคุมอาการหอบ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวความคิดของกิบสัน⁽⁸⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมอาการหอบกำเริบ แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การรับรู้ความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การพัฒนาตนเอง และการมีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิต วัดด้วยมาตราส่วนประมาณค่าซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ มากที่สุด กำหนดคะแนนเท่ากับ 5 มาก กำหนดคะแนนเท่ากับ 4 ปานกลาง กำหนดคะแนนเท่ากับ 3 น้อย กำหนดคะแนนเท่ากับ 2 และน้อยที่สุด กำหนดคะแนนเท่ากับ 1 โดยที่คะแนนสูงหมายถึง มีพฤติกรรมในการควบคุมอาการหอบกำเริบมาก คะแนนต่ำหมายถึง มีพฤติกรรมในการควบคุมน้อย 3) แบบบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ 4) แบบบันทึกค่าใช้จ่ายในการรักษา ควบคุมคุณภาพของ

เครื่องมือวิจัย โดย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำแบบประเมินพฤติกรรม ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำค่าคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนอขออนุมัติงานวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการแล้ว ผู้วิจัยได้ให้สิทธิ์แก่ผู้ให้ข้อมูล ชี้แจง และพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย การนำข้อมูลไปใช้ อธิปไตยในการร่วมและถอนตัวจากการวิจัย พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงได้ชี้แจงว่าไม่มีการเปิดเผยชื่อจริงเมื่อสิ้นสุดการศึกษา การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่จะกระทำในภาพรวมเฉพาะในการนำเสนอเชิงวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอน การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยวางแผนปฏิบัติทั้ง 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ การจัดกิจกรรมมีลักษณะเป็นรายกลุ่ม โดยแบ่งผู้ป่วยหอบหืดเป็น 3 กลุ่ม ทำกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง 6 สัปดาห์ นานครั้งละประมาณ 60 นาที ห่างกันประมาณ 7 วัน กิจกรรมของแต่ละครั้งมีดังนี้

ครั้งที่ 1 (คลินิกหอบหืด) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความตระหนักในสุขภาพของตนเอง เกิดความรักตนเอง มุ่งมั่นทุ่มเทในการแก้ไขปัญหามา เพื่อเป็นพื้นฐานนำไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ดำเนินการประกอบด้วย

- 1) สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจของสมาชิกกลุ่ม
- 2) ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติที่มีผลต่อสุขภาพในระยะยาว โดยเน้นประเด็นวิธีการใช้ยาเพื่อควบคุมอาการหอบ การบริหารปอดและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น
- 3) ให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการควบคุมอาการหอบ และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นได้ในกลุ่ม
- 4) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงการไม่ใช้ยาควบคุมอาการหอบตามคำแนะนำ และสิ่งกระตุ้นที่ควรหลีกเลี่ยง และให้ข้อมูลที่สมาชิกกลุ่มไม่เข้าใจ

5) ผู้วิจัยสรุปเนื้อหา เน้นเรื่องความสำคัญและประโยชน์ของการใช้ยาควบคุมอาการหอบและการฝึกบริหารการหายใจ และนัดหมายประชุมกลุ่มครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างค้นพบสภาพการณ์จริง (ขั้นตอนที่ 1 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวความคิดของกิบสัน) สาเหตุที่ตนเองควบคุมอาการหอบไม่ได้ (ขั้นตอนที่ 2 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ) เพื่อให้เกิดความตระหนักในการรักษาสุขภาพของตนเอง กิจกรรมนี้ประกอบด้วย

- 1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มให้ดีเพื่อให้กิจกรรมที่ทำร่วมกันได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) แบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่มแต่ละกลุ่มประชุมกลุ่มย่อย เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการควบคุมอาการหอบ และแนวทางแก้ไข
- 3) ผู้วิจัยให้ทั้ง 2 กลุ่มมารวมกันเป็นกลุ่มเดียวให้ตัวแทนในแต่ละกลุ่มนำเสนอผลการประชุมกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นในสิ่งที่แต่ละกลุ่มนำเสนอ และมีการประเมินผลย้อนกลับในเชิงบวก
- 4) ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมและเนื้อหาที่ได้ทั้งหมด แจ้งวัตถุประสงค์ นัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ของการประชุมกลุ่มครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2) เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในการฝึกใช้ยาสูดพ่นที่ถูกต้องวิธีการบริหารการหายใจ ในขั้นตอนที่ 3 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง) เพื่อให้สามารถควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง กิจกรรมประกอบด้วย

- 1) การคงไว้ในสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มที่ดี
- 2) อธิบายขั้นตอนการตัดสินใจ ในการปฏิบัติการใช้ยา การบริหารการหายใจ หรือ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น
- 3) ให้สมาชิกในกลุ่มเลือกวิธีการควบคุมอาการหอบที่ตนเองต้องการ และนำเสนอผลของการตัดสินใจของตนเอง พร้อมเหตุผลในการตัดสินใจ

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมอาการหอบ ในขั้นตอนที่ 4 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (คงไว้ซึ่งวิธีปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ) หรือแก้ไขปัญหาและอุปสรรคจากวิธีการการใช้ยา การบริหารการหายใจ และหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น กิจกรรมประกอบด้วย

- 1) ให้สมาชิกแต่ละคนพิจารณาปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมอาการหอบของตนเองนอกเหนือจากที่ได้เสนอไว้ในครั้งที่ 3 แล้วให้หาแนวทางแก้ไขปัญหามาโดยใช้ขั้นตอนการตัดสินใจ
- 2) ให้สมาชิกนำเสนอปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมอาการหอบของตนเอง เพื่อแก้ไขปัญหาโดยใช้การตัดสินใจ ในการปฏิบัติการใช้ยา การบริหารการหายใจ หรือการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น กระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็น และประเมินผลย้อนกลับเชิงบวก
- 3) ให้สมาชิกกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ในเรื่องการควบคุมอาการหอบ รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่นได้หรือไม่
- 4) สรุปกิจกรรมและเนื้อหาที่ได้ทั้งหมด เน้นเรื่องการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพที่เกี่ยวกับ

การแก้ปัญหาและอุปสรรคจากวิธีการปฏิบัติการควบคุมอาการหอบที่ตนเองเลือก และบอกถึงการสิ้นสุดการศึกษา

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 6) ติดตามผลการทดลองปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างนำเสนอผลการบันทึกจำนวนครั้งของการหอบกำเริบและบรรเทาได้ด้วยยาสูดพ่นและที่ทุเลาเองได้โดยไม่ต้องใช้ยาสูดพ่นในแต่ละครั้งที่จดบันทึกไว้

ขั้นตอนการประเมินผล

เป็นขั้นตอนที่ 3 เก็บข้อมูลพฤติกรรม การควบคุมอาการหอบ จำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำ และค่าใช้จ่ายในการรักษา ภายหลังจากทดลองเป็นเวลา 12 เดือนโดยการตรวจสอบเวชระเบียนการกลับมา รักษาซ้ำและค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยหอบหืด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพ วิเคราะห์ด้วยร้อยละ
2. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์โดยนำข้อความ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและอุปสรรคต่าง ๆ มารวบรวมเป็นหมวดหมู่ จัดกลุ่ม แยกเป็นประเด็นต่าง ๆ เพื่อนำเสนอในรูปแบบบรรยายเชิงพรรณนา
3. เปรียบเทียบจำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำและค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยโรคหอบหืด ก่อนและหลังทดลอง ในกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test
4. เปรียบเทียบจำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำและค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยโรคหอบหืด หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน⁽⁸⁾ สรุปได้ดังนี้

1. การพัฒนาตนเอง

- ความสามารถในการคิดวิเคราะห์

ผู้วิจัยพบว่ามีการตีตัวอย่าง 2 ราย ที่แสดงถึงความสามารถในการสะท้อนคิดและวิเคราะห์สถานการณ์ได้ ส่วนกรณีตัวอย่างอื่นจำเป็นต้องใช้เวลาในการพัฒนาความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ดังคำกล่าวของกรณีตัวอย่างต่อไปนี้

“ตอนนี้มานั่งคิดว่าทำไมถึงควบคุมอาการหอบไม่ได้ จนต้องมาโรงพยาบาลบ่อย ๆ จะแก้ปัญหาอย่างไรดี” “แค่การกินยาตามแพทย์สั่งยังไม่ต่อเนื่อง แล้วจะชนะตัวเองได้อย่างไร ถ้าอยากชนะตัวเองต้องกินยาและพยายามจัดบ้านให้สะอาดไม่มีฝุ่น”

- ความเข้าใจในปัญหาและสถานการณ์ของตนเองกรณีตัวอย่างได้ทบทวนและวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรวมทั้งวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติรวมทั้งความสามารถในการควบคุมอาการหอบกำเริบ วิธีการที่ใช้ในการควบคุมอาการหอบ ดังคำกล่าวของกรณีตัวอย่างต่อไปนี้

“จัดบ้านให้สะอาด ไม่ให้มีสัตว์เลี้ยงไว้ในบ้าน จะทำตามที่เหมาะสมแนะนำด้วยเพราะมีผลต่อโรคที่เป็น”

- ความสามารถในการควบคุมตนเองและอำนาจในการต่อรอง

พบว่า กรณีตัวอย่างเคยพูดคุยกับทีมสุขภาพเรื่องการควบคุมอาการหอบแต่ทีมสุขภาพไม่ได้ให้แนวทางการควบคุมการควบคุมอาการหอบว่ามีวิธีการอย่างไรบ้าง ดังคำกล่าวของกรณีตัวอย่างดังต่อไปนี้

“ไปหาหมอเรื่องโรคประจำตัว หมอเขาก็บอกให้หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นหอบ ก็ไม่รู้ว่าหลีกเลี่ยงได้อย่างไร ต้องกินยาต่อเนื่องด้วยหรือเปล่า แต่คิดว่าจะลองค่อยๆ ทำดู”

2. ความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง

กรณีตัวอย่างได้แสดงให้เห็นถึงความสามารถนำความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องนำมาตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเองได้ ดังคำกล่าวของกรณีตัวอย่างดังต่อไปนี้ “เขาว่า ไม่มียาทำให้หายจากโรคหอบนะ แต่ คิดว่าเราสามารถควบคุมไม่ให้หอบกำเริบได้ มันอยู่ที่ตัวเรามากกว่า ถ้าจะดูแล

เรื่องกินยาใช้ยาและหลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้ก็หายได้เองแหละ”

ความพึงพอใจในตนเอง

พบว่า กรณีตัวอย่างมีความพึงพอใจในตนเองที่สามารถควบคุมอาการหอบได้ในระดับหนึ่ง และมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ดังคำกล่าวต่อไปนี้ “รู้สึกหายใจสะดวก ปอดโล่งขึ้น พอทำแล้วรู้สึกดี ก็เลยทำให้เป็นนิสัยเรื่อย ๆ” “รู้สึกดีที่เข้าร่วมโครงการนี้ เพราะเป็นการส่งเสริมให้คนไข้หันมาดูแลตนเองมากขึ้น”

3. มีเป้าหมายและความหมายในชีวิต

ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่าของตนเอง เชื่อมั่นในตนเองมีความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถลด ละ การสัมผัสสิ่งกระตุ้น และการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสหสาขาวิชาชีพได้ดังคำกล่าวของกรณีตัวอย่างดังต่อไปนี้ “ไม่เคยคาดคิดว่าตัวเองจะควบคุมอาการหอบได้โดยไม่ต้องมานอน โรงพยาบาลเหมือนเดิม เพราะเคยทำหลายครั้งแล้วทำไม่ได้เลย คิดว่าจะตั้งใจทำเรื่อย ๆ จนควบคุมอาการได้สำเร็จ โดยไม่ต้องใช้ยา”

ตอนที่ 2 ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืดแบบใหม่

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อายุ ในกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.66 และในกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.33 เพศ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะมีจำนวนเท่ากัน คือ เพศหญิง (90.00%) และเพศชาย (10.00%) อาชีพปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมและอาชีพรับจ้าง คือ อาชีพเกษตรกรกรรม (50.00%) และอาชีพรับจ้าง (36.67%) ระดับการควบคุมอาการหอบ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการควบคุมอาการหอบได้สมบูรณ์ (13.33%) และระดับการควบคุมอาการหอบได้บางส่วน (86.67%)

2. ผลความต่างภายในกลุ่มทดลอง ดังแสดงใน

ตารางที่ 1-4

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาการหอบในแต่ละด้านลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีจำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำ และค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. ผลความต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

จากตารางที่ 3 พบว่าผลการเปรียบเทียบ

คะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาการหอบของผู้ป่วยโรคหอบหืดหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากตารางที่ 2 พบว่าผลการเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำและค่าใช้จ่ายในการรักษาหลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากผลการทดลองดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจมาบรรจุเข้าในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืดเดิม เพื่อแก้ไขปัญหาการควบคุมอาการหอบที่บ้านไม่ได้ หรือได้บางส่วน และคาดว่าท้ายที่สุดจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ตลอดจนลดจำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำและค่า

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาการหอบของผู้ป่วยโรคหอบหืดก่อนและหลังได้รับรูปแบบการดูแล ฯ ในกลุ่มทดลอง (n=30 คน)

ข้อมูล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาการหอบ (ระยะเวลา 8 สัปดาห์หลังทดลอง)						
ด้านความรู้ถึงความสำเร็จ	3.12	0.29	3.95	0.34	-9.267	0.000
ด้านความพึงพอใจในตนเอง	3.08	0.34	3.63	0.30	-5.422	0.000
ด้านการพัฒนาดตนเอง	4.36	0.38	4.57	0.24	-2.605	0.015
ด้านการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต	3.46	0.18	4.05	0.19	-1.510	0.000

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำและค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยหอบหืดก่อนและหลังได้รับรูปแบบการดูแล ฯ ในกลุ่มทดลอง (n=30 คน)

ข้อมูล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
จำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำ ในระยะเวลา 28 วัน	2.10	1.45	1.73	1.17	-2.362	0.025
ค่าใช้จ่ายในการรักษา	857.8	844.39	586.37	578.73	3.552	0.001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาการหอบของผู้ป่วยโรคหอบหืดหลังได้รับรูปแบบการดูแลฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30 คน)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=30 คน)		กลุ่มควบคุม (n=30 คน)		t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมการควบคุมอาการหอบ						
ด้านความรู้ถึงความสำเร็จ	3.95	0.34	3.14	0.41	7.728	0.000
ด้านความพึงพอใจในตนเอง	3.63	0.30	2.95	0.38	7.085	0.000
ด้านการพัฒนาตนเอง	4.57	0.24	3.97	0.33	7.472	0.000
ด้านการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต	4.05	0.19	3.36	0.18	14.778	0.000

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำและค่าใช้จ่ายในการรักษา ของผู้ป่วยหอบหืด หลังการได้รับรูปแบบการดูแลฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=30 คน)		กลุ่มควบคุม (n=30 คน)		t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
จำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำ	1.73	1.17	5.47	3.27	-5.892	0.000
ในระยะเวลา 28 วัน						
ค่าใช้จ่ายในการรักษา	586.37	578.73	110.22	718.48	-3.063	0.003

ใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของรัฐและโรงพยาบาลที่ต้องการลดจำนวนการกลับมา รักษาซ้ำหรือจำนวนวันนอน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยไม่จำเป็น โดยเน้นการให้ผู้ป่วยตระหนักในการดูแลตนเองและพึ่งตนเองให้มากที่สุด เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วิจารณ์

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืดรูปแบบใหม่ที่น่าสนใจ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมาเป็นแนวคิดนั้น สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นส่วนหนึ่งในปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลเกิดพลัง มีกำลังสามารถกระทำทุกวิถีทางในการแก้ไขปัญหา อุปสรรคให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ดีที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ รูปแบบการดูแล ฯ ที่พัฒนา

ขึ้นประกอบด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน⁽⁶⁾ ซึ่งมี 4 ขั้นตอนคือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) เป็นการทบทวนเกี่ยวกับโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ตนเองถึงสาเหตุที่ไม่สามารถปฏิบัติกรควบคุมอาการหอบได้ ทบทวนผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้น 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (taking change) เรียนรู้จากต้นแบบโดยการรับฟังการเล่าประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการควบคุมอาการหอบและฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจากผู้ป่วยหอบหืดที่มีคุณภาพชีวิตดีและสามารถควบคุมอาการหอบได้ดี 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) การติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เล่าประสบการณ์ ความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการควบคุมอาการหอบและ

การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้กลุ่มรับฟัง ร่วมกันเสนอแนะแนวทางแก้ไข ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมอาการหอบได้ด้วยตนเอง จนไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาล และผลที่เกิดขึ้นระยะยาวสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลงได้ ซึ่งความสำเร็จขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในตัวของผู้ป่วย และปัจจัยระหว่างบุคคลคือญาติหรือบุคคลในครอบครัว รวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่ได้ผลอย่าง คุ่มค่าและคุ้มทุน และอภิปรายตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยโรคหอบหืดในกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมควบคุมอาการหอบหลังทดลอง ดีวก่อนทดลอง และจำนวนวันที่เกิดอาการหอบกำเริบซ้ำ และค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดลงกว่าก่อนทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสมมติฐานข้อที่ 1 ได้รับการสนับสนุนเนื่องจากผลการทดลองดังกล่าว คล้ายคลึงกับการศึกษาของ จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ผลกระทบและพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังพบว่า พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.39$ $p < 0.05$) นอกจากนี้ Janet และคณะ⁽¹¹⁾ ศึกษาผลการสอนให้ความรู้ เสริมสร้างพลังอำนาจการจัดการตนเองที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหอบหืด ในสหรัฐอเมริกา จำนวน 381 คน โดยการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองและเฝ้าระวังอาการหอบกำเริบด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยโรคหอบหืดในกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมควบคุมอาการหอบ หลังทดลอง ดีวกว่ากลุ่มควบคุม และจำนวนวันที่เกิดอาการหอบกำเริบซ้ำ และค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม โดย

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน⁽¹²⁾ ในโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า ผู้ป่วยมีจำนวนครั้งของการกลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉินและการนอนโรงพยาบาลลดลง รวมถึงคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในขณะที่สมยศ ศรีจรรย์⁽¹³⁾ ศึกษาการพัฒนาโรงพยาบาลเขาวงกต เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยนำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจและใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ซึ่งแผนกผู้ป่วยในได้นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยหอบหืดที่มีอาการทุเลาลง สามารถควบคุมอาการหอบด้วยตัวเองได้ โดยการให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น และประสบการณ์ การปฏิบัติตัวของตนเองให้แก่สมาชิกกลุ่มฟัง พบว่าการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจมากกว่าการให้สุขศึกษาจากเจ้าหน้าที่เพียงอย่างเดียว

สรุป

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยนำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมอาการหอบดีขึ้น จำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและค่ารักษาลดลง ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความคุ้มทุนและความต่อเนื่องในการรักษา และเกิดประโยชน์ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรทีมสุขภาพและสถานบริการสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลเขาค้อที่อำนวยความสะดวกในการวิจัย ตลอดจนผู้ป่วยหอบหืดกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมเกียรติ วงษ์ทิม. โรคหืดจากการทำงานและโรคบิสซิโนซิส. ใน: วิทยา ศรีดามา, บรรณาธิการ. ตำรา อายุรศาสตร์ 3. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546. หน้า 369-90.
2. Kathleen M. Asthma attack. Health, disease and condition [serial online] 2007 [cited 2008 Feb 28]: 3(2):[14 screen]. Available from:URL: <http://www.About.com>.
3. The Global strategy for asthma management and prevention (GINA). Global strategy for asthma management and prevention [serial online] 2006 [cited 2008 Feb 28]: 3(2) :[14screen]. Available from:URL:<http://www.ginasthma.org/Guidelineitem>.
4. John B. Pulmonary physiology and pathophysiology. An integrated, case-based approach. 2nd ed. Hong Kong: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
5. Robert L, James RD. Respiratory disease a case study approach to patient care. 2nd ed. America: F.A. Davis; 1998.
6. Gerald J, Ernst P, Boulet L. Evidence-based asthma management. 2nd ed. Canada: B.C. Decker; 2001.
7. วัชรวิภา บุญสวัสดิ์. Asthma in emergency room. ER2004 [serial online] 2546 [cited 28 Mar 2008]: 2 (2):[20 screen] Available from: URL : <http://eac2.dbregistry.com/mdbtemplate/>
8. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Advanced Nursing 1995; 21:1201-10.
9. Cohen J. Quantitative methods in psychology. Psychological Bulletin 1992; 112:155-9.
10. จินตนา วัชรสินธุ์. มณีรัตน์ ภาครูป, ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์, นฤมล ชีระรังสิกุล, ทวีลาภ ต้นสวัสดิ์. สถานการณ์ ปัญหา ผลกระทบและพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข 2552; 22:1-2.
11. Janet M, Gary M, Ada O, Victoria Y. Asthma home teaching: two evaluation approaches [serial online] 2005 [cited 2008 Jan 10]: 3 (8):[10 screen]. Available from: URL :<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?>
12. จุฬารัตน์ สุริยาทัย. เสริมสร้างพลังอำนาจให้ตายายอ่อนคลาย จากซี ไอ พี ดี. คนทำงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ [online] 2553 [สืบค้นเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2553]; Available from: URL:<http://gotoknow.org/blog/najurarat2/243761>
13. สมยศ ศรีจารนัย. การพัฒนาโรงพยาบาลเขาวงกต เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2545; 25:1-11.

Abstract

Effects of Using Caring Model for Patients with Asthma by Multidisciplinary Team in Khao Kho Hospital
Kaisuk Petcharaburanin

Khao Kao Hospital, Petchabun

Journal of Health Science 2011; 20:107-17.

A quasi-experiment study two group pre-post test design had demonstrated the effectiveness of asthmatic management interventions which created by at multidisciplinary team, at Khao Kho hospital, Changwat Petchabun from January 2008 to April 2009. It was divided into 2 phases, a descriptive study and evaluation of the model Participants in the first phase were 8 health providers and 13 asthmatic patients. In the second phase, 60 patients were in-depth interviewed and data analyzed were by content analysis. They subsequently were randomized into an intervention group and a control group (n=30:30). The intervention was based on Gibson's theory and implemented for a duration of 6 weeks covering situational study, reflection, make a decisions and sustainable of actions. After 12 months, an evaluation was made focusing on health controlling behavior, re-admission rate and health expenditure. Improvements could be observed in the intervention group confirming more effective health controlling behavior and lower re-admission rate relative to the control group ($p < 0.05$).

Key words: caring model, multidisciplinary