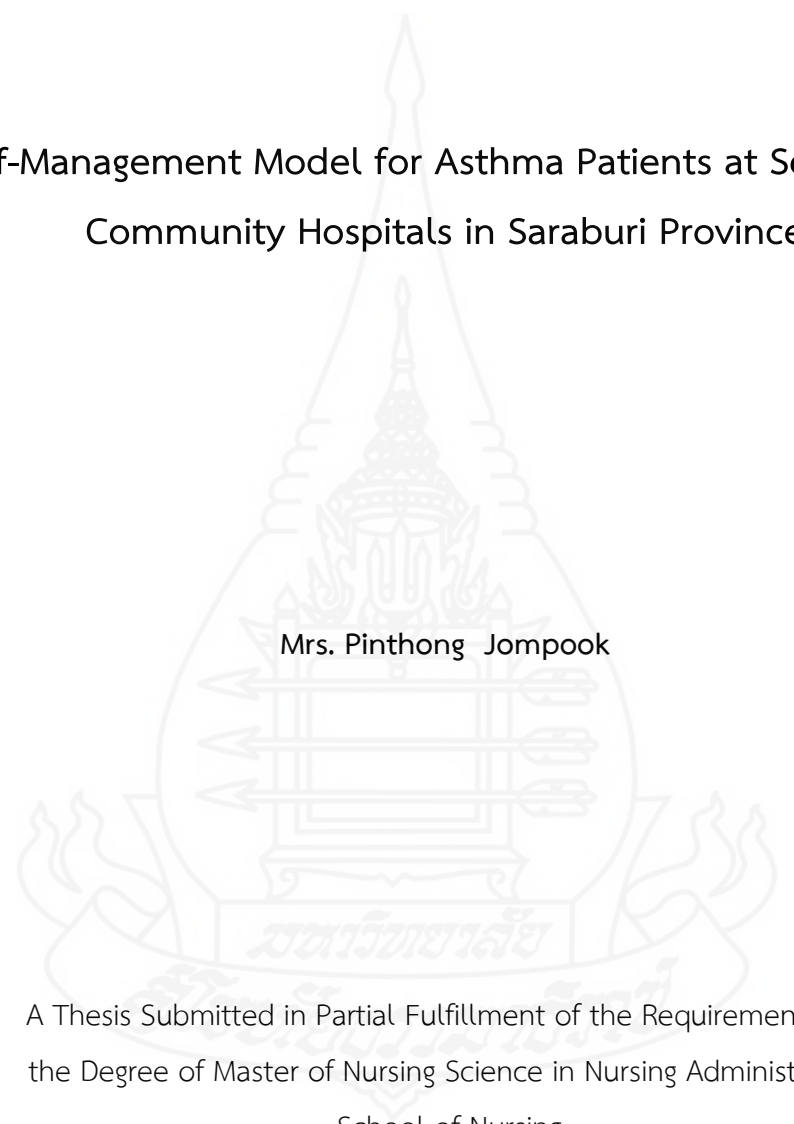


รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ
จังหวัดสระบุรี

นางพิณทอง จอมพุก

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2562



Self-Management Model for Asthma Patients at Secondary
Community Hospitals in Saraburi Province

Mrs. Pinthong Jompook

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2019

หัวข้อวิทยานิพนธ์ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ
จังหวัดสระบุรี

ชื่อและนามสกุล นางพินทอง จอมพุก

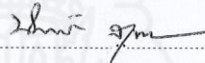
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี
2. อาจารย์ ดร.บุญสืบ โสโสม

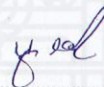
วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2563

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



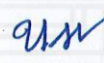
ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัน สุวรรณรูป)



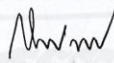
กรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี)



กรรมการ

(อาจารย์ ดร.บุญสืบ โสโสม)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร พุทธาพิทักษ์ผล)

ชื่อวิทยานิพนธ์ รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ
จังหวัดสระบุรี

ผู้วิจัย นางพิณทอง จอมพุก รหัสนักศึกษา 2605100250 **ปริญญา** พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์
สิริรังศรี (2) อาจารย์ ดร.บุญสืบ โสโสม **ปีการศึกษา** 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด
โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จังหวัดสระบุรี 2) สร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด
และ 3) ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่ม 1 สำหรับวิเคราะห์การจัดการการดูแล
ผู้ป่วยหอบหืด ได้แก่ แพทย์ 4 คน พยาบาล 4 คน เภสัชกร 4 คน และนักกายภาพบำบัด 4 คน และ
ผู้ป่วย 4 คน และญาติ 4 คน กลุ่มที่ 2 สำหรับประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
ประกอบด้วย ผู้ให้บริการ 2 คน ผู้รับบริการ 2 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน รวม 7 คน เครื่องมือใน
การวิจัยมี 2 ชุด ได้แก่ (1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบ
หืดสำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มี 2 ส่วน และ (2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่
พัฒนาขึ้น เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่า
ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของชุดที่ 1 ส่วนที่ 1 และ 2 เท่ากับ 0.78 , 0.84 และชุดที่ 2 เท่ากับ 0.79
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยหอบหืดจำนวนหนึ่งยังมีความรู้และความสามารถไม่
เพียงพอต่อการจัดการการดูแลตนเองได้ และผู้ให้บริการ ครอบครัวและชุมชนจำเป็นต้องมีบทบาท
สนับสนุนการจัดการการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 2) รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด
ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) บทบาทผู้ให้บริการ (2) บทบาทของครอบครัวและชุมชน
และ (3) บทบาทของผู้ป่วย และ 7 องค์ประกอบย่อย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการการดูแลตนเองได้
ได้แก่ (1) การจัดบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (2) การทำงาน
ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยหรือญาติร่วมตั้งเป้าหมาย (3) พัฒนาระบบการลงบันทึก
ข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดและนำผลมาวิเคราะห์มาใช้กับผู้ป่วย (4) พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย
หอบหืด และแนวทางการให้สุขศึกษาผู้ป่วยหอบหืด (5) พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการจัดการราย
กรณีผู้ป่วยหอบหืด (6) ส่งเสริมการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านการออกกำลังกาย การ
จัดการความเครียด และด้านการช้ยาให้มีประสิทธิภาพ และ (7) ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมใน
การจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วย และร่วมพัฒนาสิ่งแวดล้อม และ 3) ผลการประเมินความ
เหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด พบว่า มีความเหมาะสมโดยรวมร้อยละ
84.53

คำสำคัญ รูปแบบการจัดการการดูแล ผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ

Thesis title: Self-Management Model for Asthma Patients at Secondary Community Hospitals in Saraburi Province

Researcher : Mrs. Pinthong Jompook ; **ID:**2605100250; **Degree:** Master of Nursing Science in (Nursing Administration); **Thesis advisors ;** (1) Dr.Boontip Siritarungsri , Professor; (2) Dr.Boonsurb Sosome ; **Academic year :** 2019

Abstract

The objectives of this descriptive research were: 1) to analyze the self-management of asthma patients at secondary community hospitals, 2) to develop a self-management model for asthma patients, and 3) to evaluate the appropriateness of the developed model.

Samples were selected by purposive sampling technique, and consisted of 2 groups. The first group for analyzing the self-care management of asthma patients comprised 4 physicians, 4 professional nurses, 4 pharmacists, and 4 physical therapists, as well as 4 patients and 4 relatives. The second group for evaluating the appropriateness of the developed model consisted of 2 health care providers, 2 patients and 3 experts. Two sets of research tools were used: (1) a semi-structured interview form for analyzing the self-management of asthma patients for health care providers and clients that was divided into two parts, and (2) an evaluation form to assess the appropriateness of the developed model. The content validity of these tools was verified by 5 experts, and it was 0.78, 0.84 and 0.79, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis.

The research findings were as follows. 1) A number of asthma patients had insufficient knowledge and abilities to manage their health themselves, and the roles of health care providers, patients' families and communities were needed to provide more support for the patients. 2) The self-management model for asthma patients consisted of 3 main components, (1) health care providers (2) patients' families and communities, and (3) the roles of asthma patients; as well as 7 sub components to enhance patients' self- management that consisted of (1) providing continuous health services, and linking from hospitals to patients' homes, (2) working as multidisciplinary teams, (3) developing the patients' recording system and taking the results back to the patients, (4) developing patients' care guidelines and guidelines for health education, (5) developing nurses' competencies for case management, (6) promoting patents' exercise, stress management, and effective drug use, and (7) participation from patients' families and communities including developing the patients' environments. 3) Experts evaluated the developed self-management model for asthma patients as appropriate (84.53%).

Keyword: Self-management model, Asthma patients, Secondary community Hospitals

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ โดยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี และ ดร.บุญสืบ โสโสม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนการติดตามวิทยานิพนธ์นี้ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัน สุวรรณรูป ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะที่ดีในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอกราบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจในการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ด้วยดีเสมอมา ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชที่ให้การสนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยใน ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัยขอขอบพระคุณแพทย์พยาบาล บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพทุกท่านตลอดจนผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลบ้านหมอ โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา โรงพยาบาลมวกเหล็ก และโรงพยาบาลดอนพุด ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีและขอขอบคุณ เพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท รุ่น 12 สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการบริหารการพยาบาลที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจเสมอมา

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่ ญาติพี่น้อง สามีและกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดีตลอดการศึกษา

พินทอง จอมพุก

กันยายน 2563

สารบัญ

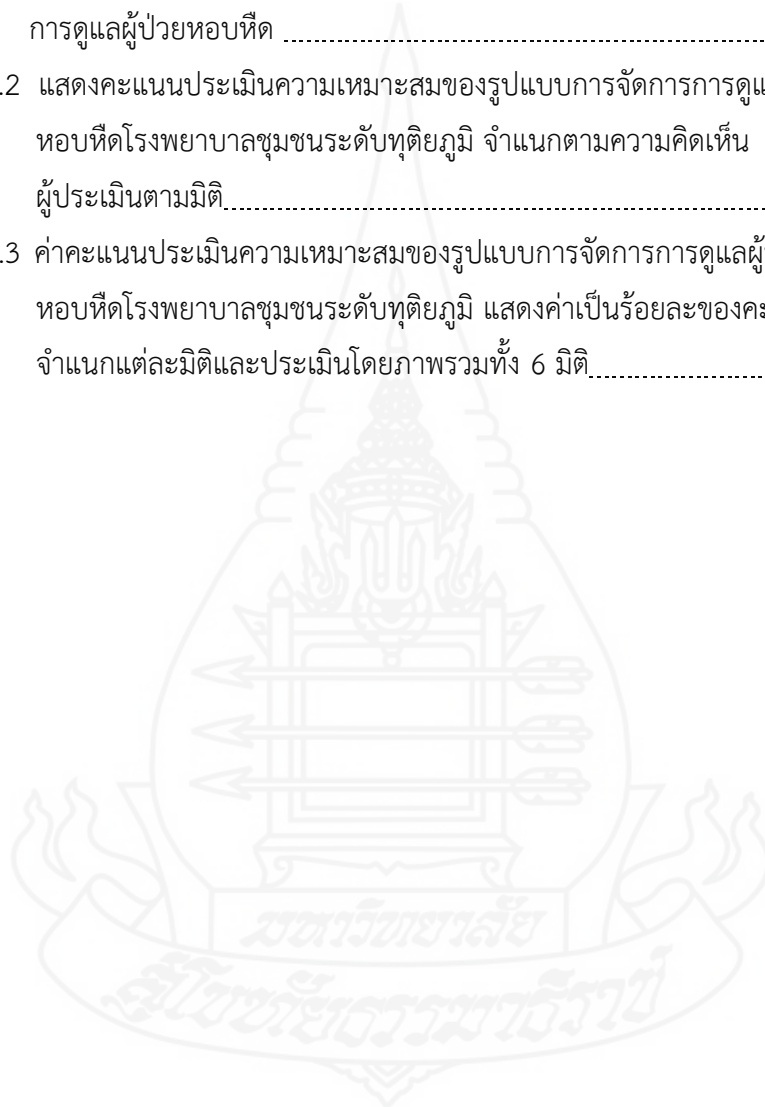
	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด.....	7
การจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืดในโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ.....	15
การพัฒนาารูปแบบและการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ.....	17
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	19
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	24
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	24
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	26
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	29
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	30
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	31
ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ.....	33

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ จังหวัดสระบุรี.....	35
ตอนที่ 2 (ร่าง)รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ.....	44
บทบาทของครอบครัวและชุมชนในการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด.....	53
บทบาทของผู้ป่วยในการจัดการดูแลตนเอง	54
ตอนที่ 3 ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิที่พัฒนาขึ้น.....	55
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	70
สรุปผลการวิจัย.....	70
อภิปรายผล.....	74
ข้อเสนอแนะ	80
บรรณานุกรม.....	82
ภาคผนวก.....	87
ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย.....	88
ข หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	91
ค เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	94
ง หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย.....	96
จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	98
ฉ ผลการประเมิน.....	104
ประวัติผู้วิจัย.....	110

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 สรุปประเด็นปัญหาจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สู่องค์ประกอบในการจัดการ การดูแลผู้ป่วยหอบหืด	45
ตารางที่ 4.2 แสดงคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วย หอบหืดโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จำแนกตามความคิดเห็น ผู้ประเมินตามมิติ.....	57
ตารางที่ 4.3 ค่าคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วย หอบหืดโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ แสดงค่าเป็นร้อยละของคะแนน จำแนกแต่ละมิติและประเมินโดยภาพรวมทั้ง 6 มิติ.....	62



ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 องค์ประกอบของการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) (Wagner, 1998).....	9
ภาพที่ 4.1 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบที่ตโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ.....	47
ภาพที่ 4.2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบที่ตโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ.....	69



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หอบหืด (Asthma) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2016) ระบุว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยหอบหืดทั่วโลกจำนวน 339 ล้านคน โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยจำนวน 25 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยหอบหืดด้วยผู้ใหญ่อายุ 7.7 (Centers for Disease Control, 2018) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยหอบหืดประมาณร้อยละ 7 ของประชากรและพบผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจากปี 2560 จำนวน 124,000 คน เป็น 135,090 คน ในปี 2561 (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

จากการที่ผู้ป่วยหอบหืดด้วยผู้ใหญ่อายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั้งในและต่างประเทศส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งด้านเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ เนื่องจากการรักษาโรคหอบหืดต้องใช้ค่าใช้จ่ายที่สูงเพราะต้องมีการรักษาที่ต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยหอบหืดเฉลี่ย 2,752 บาทต่อเดือน คิดเป็นค่าใช้จ่ายตรงทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ ร้อยละ 52.39 , 20.27 และ 26.86 ตามลำดับ (ธเดช บุญปิยทัตต์ และคณะ, 2559) ซึ่งเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างยิ่ง สำหรับในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกามีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดต่อปีอยู่ที่ 3,266 ล้านดอลลาร์ (Asthma and Allergy foundation of America, 2015)

นอกจากนั้นหอบหืดเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จะทำให้มีอาการหอบหายใจลำบาก ไอมากในเวลากลางคืน รบกวนการนอนหลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ เมื่ออาการเหนื่อยมากขึ้นจะส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต (กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์, 2560) ความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย (วรรณภา เรื่องลาภอนันต์ และคณะ, 2009) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยหอบหืดจะต้องมีรูปแบบในการจัดการตนเองที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การจัดการตนเอง มีเป้าหมายเพื่อปรับมุมมองให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการของการเจ็บป่วยเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นดังกล่าวได้

จากการทบทวนวรรณกรรมและวิจัยเกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเอง พบว่า ได้มีการนำแนวคิดการจัดการและแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลายแนวคิด เช่น ของเคนเฟอร์(Kanfer), โทบิน (Tobin) และของแครีย์ (Creer, 2000) เป็นต้น ดังตัวอย่าง การนำแนวคิด

การจัดการดูแลตนเองของแคเรียร์ (Creer, 2000) มาใช้ อาทิกการศึกษาของนวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา (2560) โดยนำมาใช้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ได้ใน ส่วนของกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของพยาบาล พบว่า หลังทดลองนำรูปแบบมาใช้ พยาบาลและผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ในเรื่องการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้จากการศึกษาของสว่างจิต คงภิบาล (2558) ได้นำแนวคิดการจัดการของ แคเรียร์มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มี ภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภค อาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง นอกจากนี้ยังมึ การนำโมเดลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของวากเนอร์ (Chronic Care Model : CCM) มาใช้ อาทิ อัมพรพรรณ ธีรานุตรและคณะ (2560) ได้นำมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการล้างไตของ โรงพยาบาลชุมชนแพ พบว่า ได้รูปแบบประกอบด้วย 4 ส่วน การออกแบบระบบบริการสุขภาพ การ สนับสนุนการจัดการตนเอง การจัดการระบบฐานข้อมูลสุขภาพ และการสนับสนุนการตัดสินใจ โดย จุดเด่นของระบบบริการนี้ คือ การจัดการระบบบริการภายใต้ทรัพยากร ต้นทุนด้านต่างๆ ที่มีอยู่จริงใน โรงพยาบาล เกิดนวัตกรรมสำหรับผู้ป่วย มีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในการสอนแนะนำผู้ป่วยภายใต้ ภาษาที่สื่อสารกันระหว่างผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อนึ่ง พุทธิตา จันท์ดอนแดง และวรพจน์ พรหมสัตยพรต (2558) ได้นำโมเดลการดูแลผู้ป่วย เรื้อรังของวากเนอร์ มาใช้ในการจัดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่มารักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า พบว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบ บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบท โดยกระบวนการ แบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับ น้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) และระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ Sandra G Adams (2007) ได้ทบทวนรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยเรื้อรังอย่างเป็นระบบในการป้องกันและจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุด กั้นเรื้อรังที่มีรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 องค์ประกอบขึ้นไปมีอัตราการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลและการตรวจที่แผนกฉุกเฉินน้อยกว่ากลุ่มควบคุม จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้งในและ ต่างประเทศดังกล่าว พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการพัฒนารูปแบบ ระบบหรือโปรแกรมในผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไตและเบาหวาน แต่ยังไม่พบว่ามีการพัฒนาารูปแบบการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยหอบหืด

นอกจากนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางการรักษาผู้ป่วยหอบหืดโดยใช้ มาตรฐานสากล องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ร่วมกับ National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) ของอเมริกาได้ร่วมกันเขียนแนวทางการรักษาหอบหืดขึ้น และ เรียกว่า Global Initiative for Asthma (GINA) โดยมีมาตรฐานเดียวทั่วโลก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1955 และได้มี

การปรับปรุงมาจนถึงฉบับล่าสุด ในปี ค.ศ. 2019 สำหรับประเทศไทยได้นำเอา GINA guideline มาใช้และมีการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย (Easy Asthma Clinic) ในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยหอบหืดทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ที่ปฏิบัติได้ง่ายและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายพบว่าจำนวนครั้งของการหอบจนต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยลดลง จำนวนครั้งผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบลดลง การประเมินระดับการควบคุมอาการโรคหืดผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้มากขึ้น (ศุภวัฒนา ผาพันธ์, 2559) อย่างไรก็ตาม การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ประสบความสำเร็จนั้นจำเป็นต้องมีองค์ประกอบหลายด้านที่เกี่ยวข้องและมีความจำเป็นในการนำมาพัฒนา รูปแบบต่อไป

โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสระบุรีมีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ปฏิบัติได้ง่าย (Easy Asthma Clinic) ในแผนกผู้ป่วยนอก แต่ในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลยังไม่มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ มีเฉพาะการให้แผ่นพับความรู้เรื่องโรคหอบหืด ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาการพ่นยาส่งปรึกษาเภสัชกรสอนการพ่นยาที่ถูกต้อง หรือส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดในรายที่มีปัญหาการไอหรือมีเสมหะมาก จากการศึกษาข้อมูลแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี พบว่าผู้ป่วยหอบหืดด้วยผู้ใหญ่มีจำนวนเพิ่มขึ้น เมื่อปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนผู้ป่วย 60 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 68 คนในปี พ.ศ. 2562 (ข้อมูลสถิติผู้ป่วยหอบหืดแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมอ, กันยายน 2562) อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ (Re-admit) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22 เป็นร้อยละ 25 ในปี 2561 และ ปี 2562 ตามลำดับ

จากจำนวนผู้ป่วยหอบหืดและประเด็นปัญหาของผู้ป่วยที่พบ รวมทั้งยังไม่มีรูปแบบการจัดการการดูแลตนเองที่ชัดเจนและครอบคลุมประเด็นปัญหาของผู้ป่วย ผู้วิจัยในฐานะทำงานในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมอ จึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญถึงการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดสำหรับโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิขึ้น ซึ่งบริบทของโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิในจังหวัดสระบุรีมีความแตกต่างจากโรงพยาบาลระดับอื่น จึงได้วิเคราะห์บริบทของการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดเบื้องต้น และจากการทบทวนองค์ความรู้ วรรณกรรมและแนวคิดที่สำคัญได้แก่ แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของเอ็ดเวิร์ด วากเนอร์ (Edward Wagner) ปี ค.ศ.1998 ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer (2000) และ GINA guideline (2019) จึงนำมาเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบเพื่อให้ผู้ป่วยหอบหืดสามารถจัดการดูแลตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสม และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระและค่าใช้จ่ายของครอบครัว และปัญหาเศรษฐกิจของประเทศ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 วิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ
- 2.2 สร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ
- 2.3 เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่พัฒนาขึ้น

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด รวมทั้งวิเคราะห์บริบทของโรงพยาบาลชุมชน และผู้ป่วยหอบหืด จึงได้บูรณาการ 3 แนวคิด มาเป็นกรอบในการวิจัย ได้แก่ แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของเอ็ดเวิร์ด วากเนอร์ (Edward Wagner) ปี ค.ศ.1998 จะเป็นกรอบใหญ่ในการสร้างรูปแบบซึ่ง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1)ระบบสุขภาพ (Health System) 2) การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design) 3)ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (Clinical Information Systems) 5) ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self - Management Support) และ 6) การมีส่วนร่วมของชุมชน (The Community)

ทั้งนี้ได้นำองค์ประกอบดังกล่าวมาใช้พัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยหอบหืด 1) การออกแบบการให้บริการ มาใช้ในการออกแบบรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยหอบหืดโดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจน มีการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ 2) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ มาใช้ในการจัดรูปแบบบริการโดยมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้เป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยหอบหืด 3) ระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก นำมาปรับใช้โดยการพัฒนากระบวนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดให้สามารถสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้ 4) ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง นำมาพัฒนาระบบบริการ โดยการฝึกทักษะการปฏิบัติตัวในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยในการจัดการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ในเรื่องการใช้ยา การออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของปอด และการจัดการความเครียด และ 5) การมีส่วนร่วมของชุมชน นำมาใช้ในการออกแบบระบบบริการเพื่อผลักดันให้บุคคลในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด

สำหรับแนวคิด Self - Management ของ Creer 2000 ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selection) 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) 3) การ

ประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) 4) การตัดสินใจ (Decision making) 5) การลงมือปฏิบัติ (Action) 6) การสะท้อนตนเอง (Self – reaction) นำมาใช้ในการสร้างรูปแบบโดยจะเข้าไปอยู่ในส่วนของระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self - Management Support) เป็นการฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยหอบหืดในเรื่องการจัดการดูแลตนเองตาม 6 ขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้

ส่วน Global Initiative for Asthma (GINA) guideline 2019 นำมาเป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยหอบหืดตามมาตรฐานสากลซึ่งมีการปรับปรุงจนถึงปี 2019 โดยนำมาใช้ในส่วนจากระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) ตามแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังของวากเนอร์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่ถูกต้อง

การนำแนวคิดทั้ง 3 แนวคิดมาบูรณาการเข้าด้วยกันมีเป้าหมาย เพื่อนำไปวิเคราะห์สภาพการณ์การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด และนำผลการวิเคราะห์มาสร้างเป็นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืดขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้รูปแบบที่สร้างขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริง จึงได้นำรูปแบบที่สร้างขึ้นมาประเมินความเหมาะสม โดยประยุกต์แนวคิดจากเครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II Instrument :AGREE II Instrument , 2017) มาใช้โดยประเมินครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ (Scope and Purpose) 2) มิติด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholder Involvement) 3) ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืด (Rigour of Development) 4) มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity of Presentation) 5) มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability) และ 6) มิติด้านความเป็นอิสระของทีมจัดทำรูปแบบ (Editorial Independence)

4. ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านกลุ่มตัวอย่าง เป็นการศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามี 2 กลุ่ม คือ บุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยหอบหืดของโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิในจังหวัดสระบุรี จำนวน 4 แห่ง คือโรงพยาบาลบ้านหม้อ โรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา โรงพยาบาลมวกเหล็กและโรงพยาบาลดอนพุด ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด จำนวน 16 คน ผู้ป่วยหอบหืดและญาติ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยหอบหืดที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีอายุอยู่ในช่วง 18-60 ปี สามารถอ่านออกเขียนได้ จำนวน 8 คน ระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลเดือน พฤษภาคม – กรกฎาคม 2563

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 ผู้ป่วยหอบหืด หมายถึง บุคคลทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุ 18-60 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหอบหืด และรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในช่วงเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม 2563 โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิในจังหวัดสระบุรี จำนวน 4 แห่ง

5.2 โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสระบุรี ขนาดกลาง มีขนาดเตียง 30-90 เตียง (F2) ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านหมอ โรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา โรงพยาบาลมวกเหล็กและ โรงพยาบาลดอนพุด

5.3 การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด หมายถึง กิจกรรมการจัดการการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหอบหืดให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสม มีการป้องกันความรุนแรงของโรคและสามารถช่วยเหลือตนเองหรือลดอาการรุนแรงของโรคได้

5.4 รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด หมายถึง องค์กรประกอบที่พัฒนาขึ้นจากการบูรณาการ 3 แนวคิด คือ แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model ,1998) ร่วมกับ Self management ของ Creer 2000 และ Global Initiative for Asthma (GINA) guideline 2019 เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้

5.5 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด หมายถึง แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่สร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดจากเครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II Instrument :AGREE II Instrument , 2017) โดยครอบคลุม 6 มิติ

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 โรงพยาบาล/หน่วยงานได้รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่นอนรักษาในโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จากการนำรูปแบบมาใช้เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) ของผู้ป่วยหอบหืด และผู้ป่วยหอบหืดสามารถจัดการกับอาการของโรคที่กำเริบและดูแลตนเองได้

6.2 โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ ได้กระบวนการพัฒนารูปแบบ โดยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไปได้

6.3 ด้านการวิจัย การวิจัยต่อเนื่องโดยการวิจัยกึ่งทดลองทดสอบผลการนำรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่พัฒนาจากการศึกษานี้ไปทดลองใช้จริง และติดตามผลลัพธ์คืออัตราการกลับมารักษาซ้ำ (Re-admit)

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โดยใช้แนวความคิดการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model ของ Edward Wagner ปี 1998) ร่วมกับ Self - management ของ Career 2000 และ GINA guideline 2019 ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งวิเคราะห์บริบทโรงพยาบาลชุมชนในการให้บริการผู้ป่วยหอบหืด รวมทั้งการส่งเสริมการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด และนำเสนอหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด
 - 1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยหอบหืดและการจัดการดูแลตนเอง
 - 1.2 แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังของวาร์กเนอร์
 - 1.3 แนวคิดการจัดการดูแลตนเองของเครียร์
 - 1.4 แนวทาง Global Initiative for Asthma (GINA) guideline 2019
2. การจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ
 - 2.1 นโยบายของโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด
 - 2.2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยหอบหืดของโรงพยาบาลชุมชน
3. การพัฒนารูปแบบและการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ
 - 3.1 แนวคิดการพัฒนารูปแบบ
 - 3.2 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด

หอบหืดเป็นโรคทางระบบทางเดินหายใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยครอบครัว และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้

1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยหอบหืดและการจัดการการดูแลตนเอง

1.1.1 หอบหืด (Asthma) เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของเยื่อหลอดลม ร่วมกับภาวะผิดปกติของหลอดลมที่ไวต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ มากกว่าปกติ เมื่อผู้ป่วยสัมผัสสิ่งทีกระตุ้นกล้ามเนื้อ

บริเวณหลอดเลือดจะเกิดการหดเกร็งผนังหลอดเลือดบวมหนาขึ้นและสร้างสารคัดหลั่งหรือเสมหะมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง ผู้ป่วยจึงหายใจลำบาก มีอาการเหนื่อย ไอ หายใจเสียงวี๊ด หรือแน่นหน้าอก การรักษาโรคหืดปัจจุบันเชื่อว่าการอักเสบเป็นสาเหตุของโรค การใช้ยาลดการอักเสบจึงเป็นหลักในการรักษา เนื่องจากยาคอร์ติโคสเตอโรยด์ชนิดพ่นสูดมีประสิทธิภาพสูงในการลดการอักเสบ ส่วนยาขยายหลอดเลือดชนิดออกฤทธิ์เร็วจะใช้เพื่อบรรเทาอาการหืดกำเริบเท่านั้น หอบหืดเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยหรืออาจทำให้เสียชีวิตได้ (แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดแห่งประเทศไทย , 2560)

1.1.2 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยหอบหืด

หอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา เป้าหมายของการรักษาจึงเป็นเพียงการควบคุมอาการของโรคและป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรคเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้หรือใกล้เคียงกับคนปกติ (แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดแห่งประเทศไทย , 2560) แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยทำให้การทำกิจกรรมต่างๆลดลง ต้องขาดงาน และเมื่ออาการกำเริบมากขึ้นต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน บางครั้งอาจต้องนอนโรงพยาบาล หอบหืดไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อครอบครัวทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย (วรรณา เรืองลาภอนันต์ และคณะ, 2009) ผลกระทบจากการเจ็บป่วยขณะมีอาการหอบที่เพิ่มขึ้นกับผู้ป่วยย่อมมีผลต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องมีความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคหืด และเมื่อมีอาการหอบรุนแรงสามารถขอความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

1.1.3 การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

จากสมาคมโรคภูมิแพ้โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย (พ.ศ. 2554) ผู้ป่วยหอบหืดควรดูแลตนเองให้เหมาะสม ดังนี้

- 1) หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการแพ้หรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ เช่น ฝุ่น เชื้อรา ขนสัตว์
- 2) รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบทุกประเภท รวมทั้งผักและผลไม้
- 3) ออกกำลังกายเป็นประจำ
- 4) การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
- 5) รักษาสุขภาพจิตให้สดชื่นแจ่มใส
- 6) การป้องกันการติดเชื้อ พยายามอยู่ห่างจากผู้ที่เจ็บป่วย และเมื่อมีการติดเชื้อ เช่น หวัด ไซนัสอักเสบ คอหรือต่อมทอนซิลอักเสบ หลอดลมอักเสบ ควรรีบไปหาแพทย์เพื่อให้การรักษายาจะเห็นว่าการจัดการดูแลตนเองมีความสำคัญ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเอง

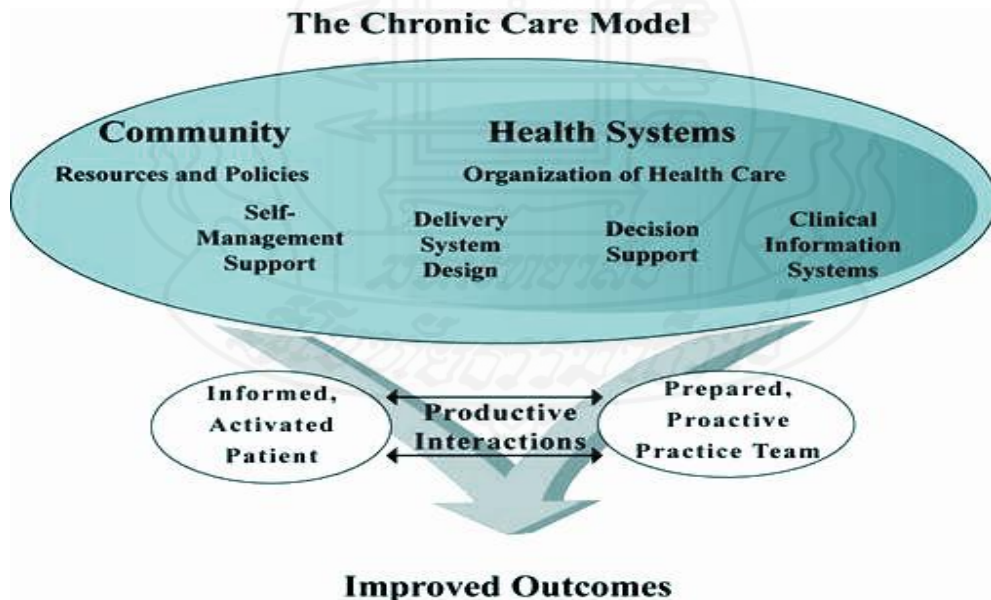
ได้จึงจำเป็นต้องมีการนำแนวคิดการจัดการดูแลตนเองมาปรับใช้ในการให้บริการและดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

1.2 แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังของวาร์กเนอร์

ปัจจุบันจำนวนโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้บุคลากรทีมสุขภาพมีส่วนในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมจึงได้มีการนำแนวคิดต่างๆมาใช้ ซึ่งหนึ่งในนั้นก็คือ แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง

1.2.1 แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)

รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง คือ แนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง The Chronic Care Model (CCM) พัฒนาโดยกลุ่มนักวิจัยของ MacColl Center for Health Care Innovation นำโดย เอ็ดเวิร์ด วากเนอร์ (Wagner, 1998) ทั้งนี้ได้เสนอรูปแบบการจัดระบบการดูแลโรคเรื้อรังให้เป็นการดูแลแบบบูรณาการที่เข้าถึงประชากรเน้นการป้องกันมากขึ้นโดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิก โดยมีการปรับวิธีการในการจัดการโรคเรื้อรังให้เป็นการให้บริการในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพในขณะที่ยังไม่ป่วย มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ให้ผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลรักษาเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ คือผู้ป่วยมีสุขภาพดี ผู้ให้บริการมีความพอใจและมีการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า องค์ประกอบของการดูแลโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model) มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่



Developed by The MacColl Institute
© ACP-ASIM Journals and Books

ภาพที่ 2.1 องค์ประกอบของการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) (Wagner, 1998)

1) *ระบบสุขภาพ (Health System)* หมายถึง การสร้างวัฒนธรรมองค์กร และกลไกที่ส่งเสริมการดูแลที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ คือ มีหน่วยงานทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานและมีระบบสนับสนุนการทำงาน การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน วางกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน และการตัดสินใจในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ พร้อมทั้งส่งเสริม ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบให้มีประสิทธิภาพ มีการอำนวยความสะดวกในประสานงานทั้งภายในและระหว่างองค์กร ผู้นำต้องมีนโยบายที่ชัดเจน กำหนดเป้าหมาย แนวทางการพัฒนา และสร้างแรงจูงใจภายในองค์กรเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงาน ป้องกันไม่ให้เกิดข้อผิดพลาด ตลอดจนการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลภายในองค์กรต้องมีความสะดวกและเข้าถึงง่าย สามารถนำมาใช้สำหรับผู้ป่วยหอบหืดในโรงพยาบาลควรมีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด มีการวางกลยุทธ์ แนวปฏิบัติให้ชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ตลอดจนมีการอำนวยความสะดวกในการทำงาน จัดสรรงบประมาณที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจให้กับเจ้าหน้าที่ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย (Wagner, 1998)

2) *การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design)* หมายถึง การส่งมอบการดูแลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้รับบริการ ทั้งการดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมและป้องกันโรค โดยเน้นการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ และภาระงานในทีมผู้ให้บริการ มีการวางแผนการดูแล มีระบบติดตามตรวจเยี่ยมดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ให้การดูแลผู้รับบริการบนพื้นฐานความเข้าใจและเหมาะสมกับพื้นฐานทางวัฒนธรรม การพัฒนาสุขภาพของประชาชนที่มีความเจ็บป่วย ต้องเปลี่ยนจากระบบเดิมที่มีการรักษาเมื่อบุคคลมีอาการป่วย เป็นการให้บริการเชิงรุกโดยมุ่งเน้นการรักษาคนที่มีสุขภาพดีไม่ให้เกิดเจ็บป่วย สำหรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้นอาจจะต้องมีการจัดการอย่างชัดเจน (การดูแลหรือการจัดการรายกรณี) และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในคลินิกและระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมด้วย ในการนำมาใช้กับผู้ป่วยหอบหืดโดยการปรับการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโดยกำหนดหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน มีการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ แพทย์ ดูแลด้านการรักษา พยาบาลประเมินอาการ การจัดการดูแลของผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องการจัดการดูแลตนเอง เกสเซอร์ดูแลเรื่องการใช้ยานักกายภาพบำบัดดูแลเรื่องการออกกำลังกายฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และมีการติดตามเยี่ยมหรือสอบถามอาการอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน (Wagner, 1998)

3) *ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support)* หมายถึง การให้บริการ โดยใช้หลักฐานทางวิชาการ และหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น แนวทางปฏิบัติ แนวทางการจัดการโรค คู่มือการให้บริการ คู่มือปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย การตัดสินใจการรักษาพยาบาล จะต้องอยู่บนพื้นฐานความถูกต้องชัดเจน และได้รับการพิสูจน์จากการวิจัยทางคลินิกว่ามีประสิทธิภาพและปลอดภัย ผู้ให้บริการ ต้องพัฒนาตัวเองอยู่เสมอ เช่น มีการฝึกอบรมการใช้คู่มือ

แนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่อง มีการทบทวนพัฒนาการดูแลให้ทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เมื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยหอบหืดโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยมาปรับเป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยหอบหืด แนวทางการจัดการตนเองของผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยหอบหืดเพื่อให้ผู้ป่วยได้บันทึกอาการเปลี่ยนแปลงพร้อมทั้งการจัดการดูแลที่ตนเองปฏิบัติ (Wagner, 1998)

4) ระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (Clinical Information Systems) หมายถึง การจัดระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของประชากร ข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยที่ป้อนเข้าไปในระบบเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ ระบบข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ที่สามารถเรียกใช้งานได้สะดวก มีความเป็นปัจจุบัน สามารถใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล มีระบบข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีระบบการแจ้งเตือนสำหรับผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เช่น การแจ้งเตือนกำหนดวันนัด การแจ้งเตือน การเยี่ยมบ้าน มีระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้รับบริการเชิงรุก มีระบบข้อมูลที่อำนวยความสะดวกในการวางแผนการดูแล ผู้ป่วยแต่ละรายมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้รับบริการ และผู้ให้บริการและการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการเพื่อใช้ในการประสานความร่วมมือ ประสานงานในการดูแล รวมถึงการมีระบบการตรวจสอบ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ (Wagner, 1998)

5) ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self Management Support) หมายถึง การจัดระบบบริการที่สามารถช่วยเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการจัดการสุขภาพ และดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง โดยมีการวางแผนการดำเนินการ การกำหนดเป้าหมาย การแก้ไขปัญหา และการติดตามผล รวมถึงการประสานความร่วมมือและการใช้ทรัพยากรภายในชุมชนเพื่อให้การสนับสนุนการจัดการเป้าหมาย กำหนดแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่วมกับทีมผู้ให้บริการ (Wagner, 1998)

6) การมีส่วนร่วมของชุมชน (The Community) หมายถึง การระดมทรัพยากรที่มีในชุมชน เพื่อให้เกิดการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคเรื้อรัง สนับสนุนและผลักดันให้เกิดความร่วมมือภายในชุมชน มีการจัดตั้งกลุ่ม / ชมรมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยหอบหืด (Wagner, 1998)

สำหรับการนำแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังมาใช้กับผู้ป่วยหอบหืดนั้นในด้านระบบสุขภาพ โรงพยาบาลหรือหน่วยงานควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย การออกแบบระบบการให้บริการควรมีกำหนดบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจน มีการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัดโดยเฉพาะเมื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล จัดทำแนวทางการดูแลรักษาตาม GINA Guideline 2019 และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลต่อไปเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง จนทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

1.3 แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของเครียร์ (Creer)

การจัดการตนเอง (Self Management) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ (ชตช้อย วัฒนะ, 2558)

1.3.1 การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติเพื่อสามารถจัดการกับอาการของภาวะเจ็บป่วยเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น และคงไว้ซึ่งแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาวะที่ดีการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง (Creer, 2000) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1) *การตั้งเป้าหมาย (Goal selection)* เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการควบคุมโรค การตั้งเป้าหมายควรทำหลังจากบุคคลได้รับการเตรียมความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการเกี่ยวกับโรคอย่างเพียงพอ รวมทั้งได้รับการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมโรคและความเจ็บป่วย จึงจะสามารถกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีได้

2) *การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection)* เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรืออาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ ซึ่งประกอบด้วย การเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (self-recording) ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการเตรียมด้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเฝ้าระวังตนเองและการสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเพื่อนำมาใช้สังเกตตนเอง เฝ้าระวัง และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง โดย Creer (2000) กล่าวว่า การเฝ้าระวังตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และนำไปสู่ความสำเร็จ ในการจัดการตนเอง

3) *การประมวลผลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation)* เป็นการนำข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบ อาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละวันที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลไว้และสามารถที่จะประเมินผล และตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ เรียนรู้ในการประเมิน ความเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการเจ็บป่วยและสาเหตุ ร่วมกับพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยในการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการสำคัญของโรคและ วิธีการสังเกตตนเองสามารถเรียนรู้และประเมินได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแล้ว

4) *การตัดสินใจ (Decision making)* การตัดสินใจเป็นเรื่องสำคัญในการจัดการตนเอง หลังจากที่ผู้ป่วยได้รวบรวมข้อมูล ประมวลผลและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและอาการเจ็บป่วยแล้ว ผู้ป่วยจะต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในเรื่องการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมตนเองเพื่อสามารถควบคุมโรคได้ โดยอาศัยข้อมูลสุขภาพของตนเองที่รวบรวมไว้เป็นพื้นฐานโดยผู้ป่วยควรมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับ สุขภาพของตนเองทั้งที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อนได้

5) *การลงมือปฏิบัติ (Action)* เป็นการปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือภาวะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมการจัดการตนเองที่สำคัญในการควบคุมโรคเรื้อรังประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลัก โภชนาการ การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การใช้อย่างถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง การจัดการกับความเครียด และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้โรคหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

6) *การสะท้อนตนเอง (Self – reaction)* เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมาย ที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ รวมทั้งการประเมินความต้องการการฝึกทักษะและความชำนาญ เพื่อให้ทราบว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้จริงหรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม รวมทั้งการรับรู้ข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติเพื่อช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ต่อไป และทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

การนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer ทั้ง 6 องค์ประกอบ มาปรับใช้กับผู้ป่วยหอบหืด คือ ในส่วนของการสนับสนุนการจัดการตนเอง เมื่อผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจะนำแนวคิดการจัดการตนเองมาปรับใช้กับผู้ป่วย คือ ร่วมกับผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการรักษา โดยทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ คือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ซึ่งก่อนที่จะตั้งเป้าหมายจะมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการกับโรค และการฝึกทักษะต่างๆเกี่ยวกับการควบคุมโรค หลังจากนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล จะให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังและสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลงของตนเอง พร้อมทั้งจดบันทึกข้อมูลที่เกิดขึ้น แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือความเจ็บป่วยนั้นๆ มาร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติเพื่อให้สามารถจัดการตนเองและควบคุมโรคได้ และนำมาลงมือปฏิบัติพฤติกรรม หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยประเมินตนเองว่าสิ่งที่ลงมือปฏิบัติเป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ จากที่กล่าวมานักวิจัยมีความคิดเห็นว่าแนวคิดการจัดการตนเองสามารถนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยหอบหืดได้

1.4 แนวทาง Global Initiative for Asthma (GINA) guideline 2019

การรักษาผู้ป่วยหอบหืดให้ได้มาตรฐานเป็นสิ่งสำคัญ ปัจจุบัน GINA guideline 2019 เป็นแนวทางที่ยอมรับทั่วโลก ดังนั้นการนำแนวทางการรักษาระดับสากลมาปรับใช้กับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วย

Global Initiative for Asthma (GINA) ได้รับการก่อตั้งเมื่อปี 1993 จากความร่วมมือของสถาบันโรคปอดและหลอดเลือดหัวใจแห่งชาติ , สถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโลก เป็นการทำงานระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วโลกเพื่อลดความชุกความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคหอบหืดผ่านแหล่งข้อมูลต่างๆเช่น เอกสาร กลยุทธ์จากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สำหรับการจัดการโรคหอบหืด (GINA) guideline 2019 เป็นการปรับปรุงกลยุทธ์ระดับโลกโดยรวบรวมข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ใหม่ ๆ เกี่ยวกับการจัดการและการป้องกันโรคหอบหืด เป้าหมายของการจัดการโรคหอบหืด คือ เป้าหมายระยะยาวของการจัดการโรคหอบหืดให้ประสบความสำเร็จคือ การควบคุมอาการได้ดีผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ และลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและการเสียชีวิตจากโรคหอบหืด ภาวะ exacerbation , persistent airflow obstruction . Side – effects การรักษาด้วยยา (asthma medication) แนวทางการรักษาที่นำมาใช้ 5 ขั้นตอน ดังนี้ (GINA guideline 2019)

ขั้นตอนที่ 1 แนะนำให้ผู้ป่วยที่มีอาการน้อยกว่า 2 ครั้ง/เดือน และไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบกำเริบ

-ไม่แนะนำให้ใช้ SABA เดี่ยวๆในระยะยาว (SABA: ยาขยายหลอดลมกลุ่ม Beta-agonist ซึ่งยาจะออกฤทธิ์เร็วไม่เกิน 5 นาทีและมีระยะเวลาในการออกฤทธิ์สั้น รูปแบบยาที่ใช้เป็นมาตรฐานโดยการสูดพ่นเข้าทางปากที่รู้จักกันคือ Ventolin inhaler) เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบกำเริบ (exacerbation) การให้ ICS (Inhaler corticosteroids:ICS ยาสเตียรอยด์ชนิดสูด ยาที่นิยมใช้คือ Budesonide, Fluticasone) จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพปอดลดความไวของหลอดลม ลดความถี่และความรุนแรงของอาการหอบกำเริบได้

-แนะนำให้ใช้ low dose ICS (Inhaler corticosteroids) + formoterol (ยากกลุ่ม Beta-2 agonist ออกฤทธิ์ยาวช่วยขยายหลอดลม) เมื่อมีอาการกำเริบ ยาที่ใช้คือ Symbicort หรืออีกทางเลือกคือใช้ low dose ICS ทุกวัน ถ้าผู้ป่วยใช้ SABA

ขั้นตอนที่ 2 แนะนำใช้ low dose ICS ทุกวันร่วมกับ SABA หรือ low dose ICS + formoterol เมื่อมีอาการ

ขั้นตอนที่ 3 แนะนำใช้ low dose ICS + LABA (Long acting bronchodilators :LABA ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์นาน) ทุกวันร่วมกับ SABA หรือใช้ low dose ICS + formoterol ทุกวันและใช้เพื่อบรรเทาอาการ

ขั้นตอนที่ 4 แนะนำ medium dose ICS + LABA ทุกวันร่วมกับ SABA หรือใช้ low dose ICS + formoterol ทุกวันและใช้เพื่อบรรเทาอาการ

ขั้นตอนที่ 5 ประเมิน Asthma Phenotype ร่วมกับการให้การรักษาด้วยยาอื่นอย่างเหมาะสม

* SABA: ยาขยายหลอดลมกลุ่ม Beta- agonist ซึ่งยาจะออกฤทธิ์เร็วไม่เกิน 5 นาทีและมีระยะเวลาในการออกฤทธิ์สั้น รูปแบบยาที่ใช้เป็นมาตรฐานโดยการสูดพ่นเข้าทางปากที่รู้จักกันคือ Ventolin inhaler

*ICS:Inhaler corticosteroids ยาสเตียรอยด์ชนิดสูด ยาที่นิยมใช้คือ Budesonide , Fluticasone

*formoterol :ยากลุ่ม Beta-2 agonist ออกฤทธิ์ยาวช่วยขยายหลอดลม

* Long acting bronchodilators :LABA ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์นาน จะเห็นว่าแนวทางการรักษาตาม GINA guideline 2019 สามารถปรับได้ตามบริบทแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

2. การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดในโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ

โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิแต่ละแห่ง ย่อมมีบริบทที่แตกต่างกัน แต่เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยเหมือนกันคือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี มีมาตรฐาน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสามารถจัดการดูแลตนเองได้ ดังนั้นนโยบายการดูแลผู้ป่วยหอบหืดก็เช่นกัน ในแต่ละโรงพยาบาลก็จะมีปรับให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลนั้น ๆ

2.1 นโยบายของโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด

ปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนมีการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายขึ้นเมื่อปี 2547 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนงบประมาณให้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2551 ถึงปัจจุบัน มีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยหอบหืดที่ปฏิบัติได้ง่าย (Easy Asthma Clinic) ในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นการจัดระบบที่จะทำให้แพทย์ใช้เวลาน้อยลงในการดูแลผู้ป่วย มีการให้ความรู้เรื่องโรคหืด รวมทั้งแนวทางการรักษาโรค ความรู้เรื่องยาและวิธีการพ่นยาชนิดต่างๆ แก่ผู้ป่วย แต่ในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลยังไม่มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ มีแต่การให้แผ่นพับความรู้เรื่องหอบหืด ส่งปรึกษาเภสัชกรในรายที่พ่นยาไม่ถูกต้อง หรือส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดในรายที่มีปัญหาการไอหรือมีเสมหะมาก

2.2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดของโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนมีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยหอบหืดที่ปฏิบัติได้ง่าย (Easy Asthma Clinic) ในแผนกผู้ป่วยนอก โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.2.1 ผู้ป่วยทุกคนจะต้องพบกับพยาบาลก่อนเพื่อลงทะเบียนและประเมินการควบคุมโรคของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามอย่างง่าย (Asthma control questionnaires) เสร็จแล้วให้ผู้ผู้ป่วยเป่า Peak Flow (Peak Expiratory Flow, PEF) เพื่อวัดความเร็วสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถเป่าได้

2.2.2 เมื่อพยาบาลประเมินเสร็จส่งผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ ซึ่งแพทย์จะให้การรักษาตามแผนการรักษา

2.2.3 หลังจากแพทย์สั่งการรักษาเสร็จจึงส่งผู้ป่วยพบกับเภสัชกร เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดและการรักษา สอนการใช้ยาพ่นสูด รวมทั้งตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

2.2.4 ข้อมูลผู้ป่วยจะถูกบันทึกในฐานข้อมูลระบบผ่านเว็บไซต์ <http://eac2easyasthma.com/>

กรณีผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีขั้นตอนดังนี้

1) เมื่อแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามแผนการรักษาคือ พ่นยาขยายหลอดลม เอ็กเซอร์เซียร์ ฉีดยาลดการอักเสบของหลอดลม ให้ออกซิเจน และจัดแจ็กยารับประทาน

2) ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ให้ความรู้เรื่องหอบหืด

3) รายที่ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการใช้ยาไม่ถูกต้อง ส่งปรึกษาเภสัชกรสอนการใช้ยาที่ถูกต้อง

4) รายที่มีปัญหาการไอ และไม่สามารถขับเสมหะ ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดสอนการไอที่มีประสิทธิภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

5) ผู้ป่วยรายใหม่หรือมีปัญหาการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคไม่ถูกต้องส่งทีมเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

จะเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่กล่าวมาในโรงพยาบาลชุมชนมีขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว แต่การดูแลที่มีอยู่จะเน้นที่ผู้ให้บริการทำให้ผู้ป่วยมากกว่าไม่ได้ให้ผู้ผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจ หรือได้มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลตนเองผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืดขึ้น โดยบูรณาการแนวความคิดการจัดการโรคเรื้อรังซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีนโยบายจากโรงพยาบาลหรือหน่วยงาน มีการออกแบบระบบบริการร่วมกับทีมสุขภาพ มีการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยตั้งแต่ความรู้เรื่องหอบหืด การใช้ยาที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการเมื่ออาการหอบกำเริบ ตลอดจนการให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและสนับสนุน

ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนในการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer 2000 มาปรับใช้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ร่วมตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง และนำแนวทางการรักษาหอบหืด GINA guideline ซึ่งเป็นการรักษาผู้ป่วยหอบหืดตามมาตรฐานสากลมาใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยหอบหืดที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสามารถจัดการดูแลตนเองได้ร่วมกับครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล และลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. การพัฒนารูปแบบและการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ

รูปแบบที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกันเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละคน แต่ละพื้นที่ควรมีการพัฒนาและประยุกต์ให้เหมาะสม

3.1 แนวคิดการพัฒนารูปแบบ

3.3.1 การพัฒนา หมายถึง การทำให้ดีขึ้น เจริญขึ้น (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554) การจะพัฒนา

3.3.2 รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่กำหนดขึ้นเป็นหลักหรือเป็นแนวซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554)

กู๊ด (Good ,1973) อังโน พัฒนา พรหมณี และคณะ, 2560 ได้ให้ความหมายของรูปแบบว่า รูปแบบหมายถึง แบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำเป็นตัวอย่างเพื่อการเลียนแบบ

องค์ประกอบของรูปแบบ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ (Ivancevich et al., 1989 อังโน พัฒนา พรหมณี และคณะ, 2560) ดังนี้ 1) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ 2) ทฤษฎีพื้นฐานและหลักการของรูปแบบ 3) ระบบงานและกลไกของรูปแบบ 4) วิธีการดำเนินงานของรูปแบบ 5) แนวทางการประเมินผลการดำเนินงาน ของรูปแบบ เป็นการกำหนดแนวทางและเครื่องมือในการประเมินผลรูปแบบตามวัตถุประสงค์ของรูปแบบ และ 6) คำอธิบายประกอบรูปแบบ 7) การระบุนเงื่อนไขการนำรูปแบบไปใช้

การพัฒนารูปแบบแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน (วาโร เฟิงส์วีสดี, 2553) คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างหรือการพัฒนารูปแบบ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะสร้างหรือพัฒนารูปแบบขึ้นมาก่อนเป็นรูปแบบตามสมมติฐานโดยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์เป็นร่างกรอบความคิดการวิจัย และการศึกษาจากบริบทจริงอาจทำได้หลายวิธี ได้แก่ การศึกษาสภาพและปัญหาในปัจจุบันของหน่วยงาน การศึกษารายกรณี และการศึกษาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ ภายหลังจากที่ได้พัฒนา รูปแบบในขั้นตอนแรกแล้วจำเป็นต้องมีการทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อจะได้ ทราบว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้หรือไม่

จะเห็นว่าเมื่อสร้างรูปแบบได้แล้วการจะนำรูปแบบนั้นๆมาใช้ควรมีการ ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบเพื่อที่จะได้ทราบว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นเหมาะสมที่จะนำไปใช้มาก น้อยเพียงใด หรือมีข้อบกพร่องตรงส่วนไหนเพื่อปรับปรุงแก้ไขเสียก่อนที่จะนำไปใช้จริงต่อไป

3.2 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ

รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่รักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วย สามารถจัดการกับโรคเมื่อมีอาการกำเริบและดูแลตนเองได้ ในการประเมินความเหมาะสมของ รูปแบบมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของรูปแบบรวมทั้งการพิจารณาความ เป็นไปได้ในการนำรูปแบบนั้นไปใช้ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้การประเมินคุณภาพ แนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II Instrument: AGREE II Instrument, 2017) เป็นกรอบในการสร้างเครื่องมือที่จัดทำ ขึ้น ประกอบด้วยแนวทางการประเมิน 6 มิติ 14 ข้อ (รายละเอียดในภาคผนวก) แต่ละข้อมีการให้ คะแนน 7 ระดับ โดยคะแนน 7 เป็นคะแนนสูงสุด หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีการจัดทำหรือปฏิบัติ อย่างชัดเจนในข้อความนั้น ๆ และคะแนน 1 เป็นคะแนนต่ำสุด หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งในข้อ คำถามนั้นๆ รายการประเมินแต่ละมิติ มีดังนี้

1. มิติด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ (Scope and purpose) ประเมินจากแนวปฏิบัติ ต้องมีข้อความระบุวัตถุประสงค์ ปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแนวปฏิบัติ และมีการระบุ กลุ่มเป้าหมายที่จะใช้แนวปฏิบัตินั้น ๆ

2. มิติการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholder Involvement) ประเมินจากแนว ปฏิบัติต้องระบุถึงผู้ใช้และกลุ่มเป้าหมายได้ชัดเจน

3. มิติด้านขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบ (Rigor of development) ประเมินจากแนว ปฏิบัติมีการสืบค้นจากหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ และระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐาน งานวิจัยชัดเจน มีการอธิบายจุดแข็งหรือข้อจำกัดของหลักฐานงานวิจัยอย่างชัดเจน ข้อเสนอแนะมี หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน และมีการพิจารณาถึงประโยชน์ผลกระทบและความเสี่ยงใน การกำหนดข้อเสนอแนะ

4. มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity of presentation) ประเมินจาก ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปธรรม เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์และกลุ่มผู้ป่วยตามที่ระบุในหลักฐาน และเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย

5. มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability) ประเมินจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีวิธีการที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ สามารถติดตามและตรวจสอบได้ มีระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำรูปแบบไปใช้ มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้รูปแบบนั้นๆ

6. มิติด้านความเป็นอิสระของทีมจัดทำรูปแบบ (Editorial independence) ประเมินจากรูปแบบได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างอิสระจากผู้จัดทำ และมีการบันทึกความเห็นของทีมในระหว่างการพัฒนา รูปแบบ

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการโรคเรื้อรัง

วงเดือน ภาษา (2554) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่าภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การเกิดจอประสาทตาเสื่อม การเกิดแผลที่เท้า (DM Foot) การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การเกิดโรคไตเสื่อม ลดลงจากเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ และผลความพึงพอใจของผู้ให้บริการก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับมากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมสหวิชาชีพสุขภาพแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครบวงจรต่อเนื่องและยั่งยืน อารีย์ เสนีย์ (2557) การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน และโรค 255 ดันโลหิตสูง พบว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก มีตัวแปรสุขภาพ คือ ค่าความดันโลหิตค่า BMI และค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นมีความรู้ เรื่องการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น ใช้แนวทางรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยา แต่เปลี่ยนมาใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแทน อย่างเช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการทางด้านอารมณ์ นอกจากนี้มีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว และโรคหืด พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้ดีขึ้นควบคุมอาการของโรคได้ และสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

พุทธิดา จันทร์ตอนแดงและคณะ (2558) ได้นำโมเดลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของวาร์กเนอร์ มาใช้ในการจัดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า พบว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบท โดยกระบวนการแบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) และระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

สุรัตน์ ทศนุตและคณะ (2559) ได้ทำการศึกษาเรื่องการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลวังตะเคียนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก (2560) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการโรคเรื้อรัง มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการจัดการโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 1) บทบาทในการกำหนดทิศทางและนโยบายการจัดการโรคเรื้อรัง 2) บทบาทในการจัดระบบการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) บทบาทในการใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการโรคเรื้อรัง 4) บทบาทในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5) บทบาทในการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการโรคเรื้อรัง และ 6) บทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นบทบาทที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรังนี้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้รับบริการ

พนารัตน์ มัชปะโม (2560) ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหืดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพด้วยกิจกรรมบันได 10 ขั้น ความสำเร็จช่วยให้ผู้ป่วยโรคหอบหืดได้รับการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อัมพรพรรณ อีรานูตรและคณะ (2560) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการสุขภาพ เพื่อชะลอการล้างไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า รูปแบบระบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการล้างไตของโรงพยาบาลชุมแพ (Chumphae DDCKD model) ที่สร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model [CCM]) ภายใต้ทรัพยากร ต้นทุนด้านต่างๆที่มีอยู่จริงในโรงพยาบาล เกิดนวัตกรรมของผู้ป่วย ผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยทีมสุขภาพในการสอน แนะนำผู้ป่วยภายใต้ภาษาที่สื่อสารกันระหว่างผู้ป่วยด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยให้พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น

สรุปได้ว่าการนำแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่หลากหลาย เช่น เบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งมีการนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น แต่ยังไม่พบว่าการนำมาใช้กับผู้ป่วยหอบหืด

4.2 งานวิจัยเกี่ยวกับหอบหืดและการจัดการตนเอง

แสงเดือน หาญครุฑ (2553) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตนต่อ ระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่า ผู้ป่วยโรคหอบ

หืดในกลุ่มทดลองที่ได้รับความส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตน มีการควบคุมโรคได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

อรนุช เรืองขจร (2554) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา พบว่า พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้นซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคหืดได้

เบญจวรรณ ช่วยแก้ว (2556) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหอบหืดวัยก่อนเรียน พบว่า พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดวัยก่อนเรียนของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง และพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดวัยก่อนเรียนของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิดา สุวรรณชาติ (2559) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ พบว่า พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ

นวลนิษฐ์ ลิขิตลือชา (2560) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ได้ พบว่า รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ได้ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 กระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของพยาบาลมี 6 ขั้นตอน คือ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประเมินผลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติและ 6) การประเมินผล และองค์ประกอบที่ 2 กระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 6 เรื่อง ได้แก่ 1) การเลือกรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การใช้ยา 4) การประเมินผลน้ำตาลในเลือด 5) การจัดการความเครียด 6) การจัดการภาวะแทรกซ้อน และผลของการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยหลังทดลองรูปแบบ ฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สว่างจิต คงภบาล (2560) ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ โดยจัดเป็นโปรแกรมการจัดการตนเอง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การจัดการตนเอง การ

ฝึกทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลผล และประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การประเมินผล มาใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยหอบหืดและการจัดการตนเองผู้ป่วยหอบหืด จะเห็นว่าการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น แต่จากการทบทวนยังไม่พบการนำแนวคิดนี้มาใช้กับผู้ป่วยหอบหืด

4.4 งานวิจัยเกี่ยวกับ GINA Guidline

ศุภวัฒน์ ผาพันธ์ (2559) ศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยนำ GINA Guidline มาใช้ในการรักษาผู้ป่วย พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาในคลินิก โรคหืด มีผู้ป่วยมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 57.5 หลังเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด มีผู้ป่วยมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน ลดลงเป็นร้อยละ 14.4 ($P < 0.05$) และก่อนเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดมีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหืดกำเริบร้อยละ 23.6 หลังเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด มีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหืดกำเริบลดลงเป็นร้อยละ 5.7 ($P < 0.05$) ในการประเมินระดับการควบคุมอาการโรคหืด พบว่าหลังเข้าคลินิกโรคหืดกลุ่มควบคุมอาการได้ (controlled) และกลุ่มควบคุมอาการได้บางส่วน (partly controlled) เพิ่มมากขึ้น กลุ่มควบคุมอาการไม่ได้ (uncontrolled) ลดลง ($P < 0.05$) ในผู้ป่วยทั้งหมด มีผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อนที่จะเข้ามารักษาในคลินิกโรคหืด 80 ราย ศึกษาปัญหาของการรักษาโรคหืดที่ผ่านมา พบว่าหลังจัดตั้งคลินิกโรคหืดปัญหาของการรักษาโรคหืดลดลง ($P < 0.05$)

จะเห็นว่าการนำ GINA Guidline มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยทำให้ลดการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน ลดอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยได้จึงคิดที่จะนำแนวทางของ GINA Guidline มาปรับใช้กับบริบทโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

Sandra G Adams (2007) ได้ทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างเป็นระบบในการป้องกันและจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 องค์ประกอบขึ้นไปมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการตรวจที่แผนกฉุกเฉินน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับระบบและโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยหอบหืด และ มีการนำแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง และแนวคิดการ

จัดการดูแลตนเองมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ ยังไม่มีการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด ผู้วิจัยจึงได้บูรณาการ 3 แนวคิด คือ แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของเอ็ดเวิร์ด วากเนอร์ (Edward Wagner) ปี ค.ศ.1998, แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Creer 2000 และ Global Initiative for Asthma (GINA) guideline 2019 มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อให้ได้รูปแบบในการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืดให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด และสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่พัฒนาขึ้น ดังนั้นเพื่อให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยวิธีดำเนินการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลักจึงเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่ปฏิบัติงานในองค์กรเป็นประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ป่วยและเป็นญาติของผู้ป่วยโรคหอบหืด

1.1 ประชากร คือ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยหอบหืด และญาติ ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งคำนึงถึงความสามารถในการให้ข้อมูล เป็นผู้รู้จักเกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key information) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1.1 กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด ประกอบด้วย ผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด แห่งละ 4 คน รวม 16 คน ผู้รับบริการ ประกอบด้วยผู้ป่วยและญาติ แห่งละ 2 คน รวม 8 คน มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Inclusion criteria) ดังนี้

1) กลุ่มผู้ให้บริการ

(1) แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยหอบหืดอย่างน้อย 2 ปี โรงพยาบาลแห่งละ 1 คน

(2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหอบหืด มีประสบการณ์อย่างน้อย 2 ปีโรงพยาบาลแห่งละ 1 คน

(3) นักกายภาพบำบัดที่ดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วยหอบหืด มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปีโรงพยาบาลแห่งละ 1 คน

(4) เกสซ์กรที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่มีประสิทธิภาพการทำงาน
อย่างน้อย 2 ปี โรงพยาบาลแห่งละ 1 คน

โดยการใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก และเกณฑ์การคัดออก
ดังนี้

(ก) เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) มีความรู้ความสามารถด้านการดูแลผู้ป่วยหอบหืด
- 2) มีความยินดีให้ข้อมูลจนสิ้นสุดการวิจัย

(ข) เกณฑ์การคัดออก (Exclusive criteria)

- 1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมเมื่อจนสิ้นสุดการวิจัยได้
- 2) กลุ่มผู้รับบริการ

ผู้ป่วยหอบหืดและญาติที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน
4 แห่ง ๆ ละ 2 คน คือ โรงพยาบาลบ้านหม้อ โรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
โรงพยาบาลมวกเหล็ก และโรงพยาบาลดอนพุด โดยการใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล และเกณฑ์
การคัดออก ดังนี้

(ก) เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) มีอายุ 18-60 ปี
- 2) สามารถอ่านออกเขียนได้
- 3) มีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัยพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลตนเอง

ผู้ป่วยหอบหืด

- 4) มีญาติเป็นผู้ดูแลหรือมีบุคคลในครอบครัวให้การดูแล

(ข) เกณฑ์การคัดออก (Exclusive criteria)

- 1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมเมื่อจนสิ้นสุดการวิจัยได้
- 2) มีอาการกำเริบขณะเข้าร่วมการวิจัย

1.1.2 กลุ่มที่ 2 ผู้ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วย
หอบหืดเป็นตัวแทนของผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มที่ 1 จำนวน 4 คน และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ดังนี้

- 1) ตัวแทนจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งหมด 4 คน ได้แก่

(1) ตัวแทนกลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 2 คน ได้แก่ พยาบาลและนัก
กายภาพบำบัด

- (2) ตัวแทนกลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 2 คน ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติ

- 2) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่

- (1) แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม มีความชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยหอบหืด
- (2) ผู้บริหารทางการแพทย์ ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เป็นผู้บริหารที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องหรือมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการจัดบริการผู้ป่วยหอบหืด
- (3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษามีประสบการณ์ด้านการพยาบาล ได้แก่ อาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ประเภทของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด ใช้สำหรับผู้ให้บริการจำนวน 1 ชุด (รายละเอียดในภาคผนวก) สำหรับผู้รับบริการจำนวน 1 ชุด (รายละเอียดในภาคผนวก)

เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดจำนวน 1 ชุด (รายละเอียดในภาคผนวก)

2.2 การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาเครื่องมือโดยดำเนินการ ดังนี้

2.2.1 เครื่องมือชุดที่ 1 ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหอบหืด และบูรณาการ 3 แนวคิด คือ แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ร่วมกับ Self - management ของ Creer 2000 และ Global Initiative for Asthma (GINA) guidelines เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือชุดที่ 1 ซึ่งเป็น แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด ใช้สัมภาษณ์ผู้ให้บริการได้ข้อความจำนวน 22 ข้อ (ดังภาคผนวก) และผู้รับบริการได้ข้อความจำนวน 18 ข้อ (ดังภาคผนวก) หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด

2.2.2 เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากเครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II Instrument: AGREE II Instrument, 2017) ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราส่วน (Rating scale) 7 ระดับ คือ คะแนนระดับ 1 (ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง) ควรให้คะแนนระดับ 1 เมื่อไม่มีข้อมูลที่ตรงกับหัวข้อหรือรายงานไว้ไม่ดี

คะแนนระดับ 7 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ควรให้คะแนนระดับ 7 หากการรายงานมีคุณภาพดีมาก ครบถ้วนตามหลักเกณฑ์และข้อพิจารณาที่ระบุไว้ในคู่มือการใช้งาน

คะแนนระดับ 2 ถึง 6 การให้คะแนนระหว่าง 2-6 เมื่อรายงานของหัวข้อต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์หรือข้อพิจารณาทั้งหมด การให้คะแนนขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของคุณภาพของรายงาน โดยจะได้คะแนนเพิ่มขึ้นเมื่อเป็นไปตามเกณฑ์และข้อพิจารณาเพิ่มเติม โดยใน ส่วน “วิธีให้คะแนน” ของแต่ละข้อ จะมีรายละเอียดเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินและข้อพิจารณาเฉพาะของแต่ละหมวด โดยมีคำถามที่ใช้ประเมินครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่

มิติที่ 1 ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ พิจารณาวัตถุประสงค์ในภาพรวมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด (ข้อที่ 1 - 3)

มิติที่ 2 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง พิจารณาในส่วนของผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบและมีส่วนในการแสดงความคิดเห็น (ข้อที่ 4- 6)

มิติที่ 3 ด้านขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ พิจารณาถึงขั้นตอน วิธีการใช้หลักฐานนำมาพัฒนารูปแบบ (ข้อที่ 7-8)

มิติที่ 4 ด้านความชัดเจนของการพัฒนา พิจารณาจากมีการอธิบายรูปแบบอย่างชัดเจน (ข้อที่ 9.1-9.7 และข้อ 10)

มิติที่ 5 ด้านการนำรูปแบบไปใช้ พิจารณาจากความสะดวกและวิธีการที่สามารถนำไปใช้ได้ (ข้อ 11-12)

มิติที่ 6 ด้านความเป็นอิสระของทีมจัดทำรูปแบบ พิจารณาจากควมมีอิสระในการให้ข้อมูลและมีการบันทึกความคิดเห็นของผู้พัฒนารูปแบบ (ข้อที่ 13-14)

2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (เครื่องมือชุดที่ 1 และ 2) ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือโดยที่ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิรวมทั้งหมด 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก) เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และพิจารณาความสอดคล้องของประเด็นสนทนา ความถูกต้องของขอบเขตเนื้อหา ความเหมาะสมในการใช้ภาษาโดยกำหนด ระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 4 3 2 1 โดยแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

ระดับ 4 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันมากกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

ระดับ 3 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันค่อนข้างมากกับเนื้อหาที่ต้องการ

ศึกษา

ระดับ 2 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันน้อยกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

ระดับ 1 หมายถึง คำถามนั้นไม่สอดคล้องกันกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษานำผลการพิจารณาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของแต่ละข้อ โดยใช้สูตร (Waltz 1991:172-174) ให้ผู้เชี่ยวชาญ rate ความเกี่ยวข้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับเนื้อหาที่ต้องการวัดจาก 1 เกี่ยวข้องน้อยที่สุด จนถึง 4 เกี่ยวข้องมากที่สุด ในแต่ละข้อรวบรวมคะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำคะแนนที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณ CVI (content Validity Index) แต่ละข้อ รวบรวมคะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิมาจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ

1 ความตรง ยอมรับได้ (rank 3 และ 4)

2 ความตรง ยอมรับไม่ได้ (rank 1 และ 2)

นำคะแนน 2 กลุ่มจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณ CVI (Content Validity Index : CVI) แต่ละข้อ

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

การพิจารณาข้อคำถามต้องดูรายข้อ ข้อคำถามที่ดีควรมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ CVI ไม่ต่ำกว่า .70 ขึ้นไปจึงจะยอมรับได้

เครื่องมือชุดที่ 1 ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด จากการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาในประเด็นเกี่ยวกับการวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด เพื่อนำมาสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด มีประเด็นคำถามของผู้ให้บริการจำนวน 22 ข้อและ ผู้รับบริการจำนวน 18 ข้อ (รายละเอียดภาคผนวก) ได้ค่า CVI 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ

เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด จากการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด จำนวน 14 ข้อ ได้ค่า CVI 0.79 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การให้คำแนะนำอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยพิจารณาคงประเด็นการประเมินความเหมาะสมจำนวน 14 ข้อ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก)

จากค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้ง 2 ชุดมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงสรุปได้ว่า เครื่องมือทั้ง 2 ชุดนั้นมีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ หลังจากนั้นนำเครื่องมือชุดที่ 1 ชุดที่ 2 ไปใช้เก็บข้อมูลในงานวิจัยต่อไป

2.3.2 การตรวจหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ได้รับ การปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) สัมภาษณ์กับแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยหอบหืดและญาติ กลุ่มละ 1 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัย

และผู้ให้ข้อมูล ซึ่งจะทำได้แนวทางการตั้งคำถามที่ชัดเจนและตรงประเด็นมากขึ้น จากนั้นนำข้อมูลและการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล มาแก้ไขและปรับปรุงประเด็นคำถาม ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับผู้ให้ข้อมูลหลัก

3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกับมนุษย์ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้แก่ผู้ให้บริการผู้ป่วย หอบหืด ผู้ป่วยหอบหืดและญาติ ดังนั้นผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการทำวิจัย การนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมไปใช้คำนึงถึงคุณค่า ศักดิ์ศรีและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการตามมาตรฐานการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยทำบันทึกเพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

3.2 การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล มีการสุ่มเพื่อให้ทุกคนเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดมีโอกาสเข้ารับการศึกษา

3.3 ระหว่างเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาของการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาลการบริการ หรือการรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาในระหว่างดำเนินการได้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการหรือการรักษาที่จะได้รับ

3.4 ผู้วิจัยให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลลงลายมือให้ความยินยอม (Informed Consent) เป็นลายลักษณ์อักษรในแบบฟอร์ม หลังจากผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูล รวมถึงผู้ให้ข้อมูลได้อ่านเอกสารแสดงความยินยอมอย่างเข้าใจและให้ลงนามด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้แม้ผู้ให้ข้อมูลจะลงนามแล้ว แต่สามารถถอนตัวออกจากการเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และขออนุญาตในการบันทึกเทปทุกครั้ง เมื่อได้รับความยินยอมแล้ว

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล

3.6 การเก็บความลับของผู้ป่วย ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือว่าเป็นความลับเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์นักวิจัยที่มีรหัสเข้า

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ผู้วิจัยทำบันทึกขอความอนุเคราะห์ขอเก็บข้อมูล ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เสนอประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และเมื่อได้รับอนุญาตจึงนำไปขอความอนุเคราะห์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีเพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการวิจัยและระยะเวลาดำเนินการวิจัย

4.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการขอเก็บข้อมูลโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลเสาให้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา โรงพยาบาลบ้านหมอ โรงพยาบาลมวกเหล็ก และโรงพยาบาลดอนพุด เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้าโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม 2563

4.3 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในระยะของการวิเคราะห์การจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืด ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยไปพบกับผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง และใช้วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคลแบบเจาะลึก (Interview) โดยดำเนินการ ดังนี้

(จากข้างต้นกลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ป่วยหอบหืดที่นอนโรงพยาบาล แต่เนื่องจากเกิดสถานการณ์โรคระบาด COVID - 19 ทำให้ไม่มีผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล ร่วมกับไม่เปิดคลินิกหอบหืดทางโรงพยาบาลจะจัดยาส่งไปให้ผู้ป่วยที่บ้านโดยส่งให้ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน จึงได้ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ขอเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยที่มีประวัติการนอนโรงพยาบาลโดยการไปเยี่ยมบ้าน และใช้ทางโทรศัพท์ในรายที่บ้านผู้ป่วยอยู่ไกล)

4.3.1 นิตหมายผู้ให้ข้อมูลหลัก เกี่ยวกับเวลาและสถานที่

4.3.2 ก่อนการสัมภาษณ์รายบุคคล ผู้วิจัยทบทวนวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมในการบันทึกเสียงและความยินยอมในการให้ข้อมูลโดยให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเซ็นชื่อในใบยินยอมให้ข้อมูล (Inform consent)

4.3.2 เริ่มการสัมภาษณ์ โดยใช้เครื่องมือชุดที่ 1 เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด โดยสนทนาตามประเด็นเนื้อหา เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืด ขณะสนทนาเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย ไม่เคร่งครัด ในแต่ละขั้นตอนของการสนทนาจะเน้นความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ในลักษณะบรรยากาศที่เป็นอิสระในการถามตอบอย่างเป็นธรรมชาติแบบการแลกเปลี่ยนที่เป็นกันเองของผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ ด้วยประเด็นการสนทนาที่ครอบคลุมในเรื่องที่ต้องการศึกษา ตามหัวข้อการสนทนานั้น ๆ กระตุ้นให้ผู้ให้

ข้อมูลแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ ผู้วิจัยตั้งใจฟังความคิดเห็นของกลุ่มโดยไม่ตัดสินว่าผิดหรือถูก ทำให้ผู้วิจัยได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ใช้เวลาในการสนทนาประมาณ 40-50 นาที

4.3.4 หลังจากได้ข้อมูลแล้วทำการถอดเทปที่ได้จากเครื่องบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูล โดยกำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1) โรงพยาบาล จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ไร่ห้า (1) โรงพยาบาลบ้านหมอ ไร่ห้า (2) โรงพยาบาลดอนพุด ไร่ห้า (3) โรงพยาบาลมวกเหล็ก ไร่ห้า (4)

2) ผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ใช้อักษรภาษาอังกฤษ “DR” พยาบาลใช้อักษรภาษาอังกฤษ “HN” เภสัชกรใช้อักษรภาษาอังกฤษ “PH” นักกายภาพบำบัดใช้อักษรภาษาอังกฤษ “PT”

3) ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยหอบหืดใช้อักษรภาษาอังกฤษ “PA”ญาติผู้ป่วยหอบหืดใช้อักษรภาษาอังกฤษ “PF”

(1) สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะประเมินผลรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่สร้างขึ้น ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่มาประเมินความเหมาะสมโดยใช้เครื่องมือชุดที่ 2 คือ แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โดยให้ผู้ประเมินได้อ่านรายละเอียดของร่างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดและเอกสารแนบ ร่วมกับผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายรายละเอียดและตอบข้อซักถาม หลังจากนั้นให้ผู้ประเมินให้คะแนนตามแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด รวมถึงให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นต่อร่างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่พัฒนาขึ้น หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นจากผู้ประเมินความเหมาะสมนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและนำไปปรับปรุงแก้ไขร่างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดให้มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้องและชัดเจน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามเนื้อหาที่ปรากฏ ดังนี้ (ชาย โพธิ์สิตา, 2562)

5.1 การจัดการข้อมูล เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลมาทำให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานได้สะดวก

5.1.1 การจัดระเบียบข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบที่พร้อมจะดำเนินการวิเคราะห์ต่อไป โดยการถอดเทปข้อมูลจากการสัมภาษณ์ให้เป็นเอกสารอย่างละเอียด แบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค

5.1.2 การให้รหัสข้อมูล โดยจะทำสัญลักษณ์ขีดเส้นใต้ และเน้นสีตัวอักษรไว้สำหรับข้อมูลที่น่าสนใจสอดคล้องกับแนวคิด 1) การจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของเอ็ดเวิร์ด วากเนอร์ (Edward Wagner) เช่น จะใช้สัญลักษณ์อักษร CCM

5.2 การค้นพบประเด็น ได้แก่ การพบข้อมูลที่ผู้ให้บริการสุขภาพ หรือผู้รับบริการสุขภาพให้ข้อมูลตรงกัน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ให้รหัสไว้มาจำแนกเป็นประเด็นๆ (themes) ซึ่งคือองค์ประกอบของการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

5.2.1 กำหนดประเด็นสำคัญ เป็นการกำหนดว่าอะไรคือประเด็นสำคัญที่เป็นข้อค้นพบในการวิจัยสามารถดูได้จากรหัสข้อมูลที่เรำทำไว้ทั้งหมด

5.2.2 แสดงรายละเอียดของประเด็น เมื่อได้ประเด็นสำคัญแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการกำหนดว่าแต่ละประเด็นมีสาระสำคัญและมีรายละเอียดอะไรบ้าง เช่น องค์ประกอบที่ 3 พัฒนาระบบการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดและนำผลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วย นำประเด็นขาดการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบสำหรับใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและประเด็นเรื่องขาดการนำข้อมูลของผู้ป่วยมาวิเคราะห์และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยหอบหืด ซึ่งรายละเอียดแต่ละประเด็นจะเป็นเรื่องการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดบางโรงพยาบาลจะลงในระบบ Hos xp อย่างเดียว บางแห่งลงในแฟ้มอย่างเดียวยังไม่เป็นระบบ ซึ่งองค์ประกอบนี้จะสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของเอ็ดเวิร์ด วากเนอร์ (Edward Wagner) ในเรื่องระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก

5.3 อธิบายข้อมูล การอธิบายข้อมูลที่ค้นพบไปสู่คำอธิบายเชิงแนวคิดสำหรับข้อค้นพบทั้งหมดและสังเคราะห์คำอธิบายนั้นเป็นความรู้ที่สามารถใช้ได้กับปรากฏการณ์ที่ศึกษา

5.4 เขียนบันทึก เขียนอธิบายข้อมูลผ่านการวิเคราะห์ซึ่งสามารถเขียนและบันทึกไว้ได้ตลอดทุกขั้นตอนให้เป็นระบบ และตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง โดยตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่หลากหลาย และยืนยันว่าผลการวิเคราะห์ถูกต้อง (Data triangulation) และผลการวิเคราะห์ตรงตามทฤษฎี (Theory triangulation) โดยตรวจสอบประเด็นซึ่งในที่นี้คือ องค์ประกอบต่างๆ ดังตัวอย่างการเขียนผลการวิเคราะห์ เช่น องค์ประกอบที่ 1 การจัดการบริการเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้านตรงกับแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของเอ็ดเวิร์ด วากเนอร์ (Edward Wagner) ประเด็นการออกแบบการให้บริการ ดังคำพูด “ยังไม่มีกรลงไปตามเยี่ยมบ้านเลย จะเป็นการให้บริการในโรงพยาบาลมากกว่า” และ “เยี่ยมบ้านเราจะใช้ระบบ COC ติดตามเยี่ยมในรายที่ Re-admit หรือ Re-visit บ่อย ๆ ถ้าในเขตเสาให้จะตามโดยกลุ่มเวชฯ แต่ถ้าเป็นเขต รพ.สต.เรา จะไม่ได้ตามคะ”

หลังจากได้ข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำประเด็นสำคัญไปใช้เป็นข้อมูลในการสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 2 ของการวิจัย

สำหรับการวิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่สร้างขึ้น ประยุกต์จากเครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II Instrument: AGREE II Instrument, 2017) ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราส่วน (Rating scale) 7 ระดับ คือ 7 เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้การคำนวณคะแนนความเหมาะสม คำนวณจากแต่ละรายการหมวดจาก 6 หมวด จำนวน ทั้งหมด 14 ข้อ การคำนวณคะแนนรายการหมวด คำนวณได้จากการรวมคะแนนทั้งหมดของแต่ละหัวข้อประเมินในแต่ละหมวด และจัดลำดับคะแนนรวมเป็นร้อยละของคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ของหมวดดังกล่าว

ระดับคะแนน คือ
$$\frac{\text{คะแนนที่ได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}}$$

คะแนนสูงสุดที่จะเป็นไปได้ = 7 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) \times จำนวนคำถามทั้งหมด \times จำนวนผู้ประเมิน

คะแนนต่ำสุดที่จะเป็นไปได้ = 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) \times จำนวนคำถามทั้งหมด \times จำนวนผู้ประเมิน

เกณฑ์การประเมินคุณภาพของรูปแบบพิจารณาได้จากค่าคะแนนการประเมินโดยรวมทุกมิติ > 70% จึงสรุปได้ว่า รูปแบบนั้นเป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปใช้ได้

ต่อจากนั้นนำรูปแบบที่ผ่านการประเมินและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในส่วนองค์ประกอบมาปรับปรุงอีกครั้ง หาคะแนนความเชื่อมั่นในแต่ละมิติรวม 6 มิติ และหาค่าคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิติมากกว่า 70 สามารถสรุปได้ว่ารูปแบบนั้นเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้ (AGREE Next Steps Consortium, 2017)

6. ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด

โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ

6.1 ศึกษาทฤษฎี เอกสารงานวิชาการ ตำรา และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด

6.2 ศึกษาและวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลด้วยคำถามกึ่งโครงสร้างที่สร้างจากกรอบแนวคิดที่บูรณาการ

ร่วมกัน 3 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) 2) Self - Management ของ Creer 2000 และ 3) Global Initiative for Asthma (GINA) guideline 2019

6.3 รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด แล้วนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ร่วมกับการประยุกต์แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด

6.4 (ร่าง) รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่เหมาะสมกับบริบท โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ

6.5 ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่พัฒนาขึ้น โดยใช้เครื่องมือที่ประยุกต์มาจาก การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ สำหรับการวิจัยและการประเมินผล จากแนวคิด AGREE II : (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II 2017) มาใช้ในการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่พัฒนาขึ้น



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิในจังหวัดสระบุรี แล้วนำผลการวิเคราะห์มาประกอบการสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดในโรงพยาบาลชุมชน และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามวัตถุประสงค์ แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิในจังหวัดสระบุรี

1.1 ข้อมูลเบื้องต้นของโรงพยาบาลชุมชน และข้อมูลลักษณะผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant)

1.1.1 ข้อมูลเบื้องต้นของโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จังหวัดสระบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จำนวน 4 แห่ง โดยแต่ละแห่งมีข้อมูลพื้นที่ตั้ง ข้อมูลเกี่ยวกับประชาชนผู้มารับการรักษา รวมถึงผู้ป่วยหอบหืด ดังนี้

1) โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ตั้งอยู่ห่างจากตัวจังหวัดสระบุรี 11 กิโลเมตรพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา ทำสวน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคที่ป้องกันได้ เช่น โรคไข้หวัด โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และมีคลินิกหอบหืดในวันศุกร์ช่วงเช้า

2) โรงพยาบาลบ้านหมอ เป็นโรงพยาบาลที่อยู่ห่างจากตัวจังหวัดสระบุรี 30 กิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบลุ่ม ที่ราบ และที่ราบสูง ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม และมีโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่ ประชาชนที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยในส่วนใหญ่ เป็นโรคปอดอักเสบ โรคระบบทางเดินอาหาร มีคลินิกหอบหืดทุกวันจันทร์

3) โรงพยาบาลดอนพุด ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของจังหวัด เป็นพื้นที่ราบลุ่ม ส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรม ประชาชนที่มารับการรักษา ส่วนใหญ่เป็นโรคระบบทางเดินหายใจ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีคลินิกหอบหืดวันพฤหัสบดีสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน

4) *โรงพยาบาลมวกเหล็ก* อยู่ห่างจากตัวเมืองจังหวัดสระบุรี เป็นระยะทาง 38 กิโลเมตร และพื้นที่ไกลที่สุดห่างจากตัวอำเภอมวกเหล็ก 90 กิโลเมตร ลักษณะพื้นที่โดยทั่วไปมีลักษณะสูงต่ำ เป็นภูเขาสลับซับซ้อน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมารับการรักษาส่วนใหญ่ด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ ระบบทางเดินอาหาร และระบบไหลเวียนเลือด มีคลินิกหอบหืดวันจันทร์-ศุกร์ที่ 2 ของเดือน

1.1.2 ข้อมูลลักษณะผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยเรื่อง รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จังหวัดสระบุรี มาจากโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 4 แห่ง โดยมีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง ซึ่งคำนึงถึงความสามารถในการให้ข้อมูล เป็นผู้รู้จริงหรือปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหอบหืดและสมัครใจให้ข้อมูล จำนวน 24 คน ประกอบด้วย ทีมผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด รวม 16 คน และ ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วย 4 คน และญาติ 4 คน

1) *ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ* ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 14 คน เพศชายจำนวน 2 คน มีอายุระหว่าง 20-30 ปี มากที่สุด คือ 8 คน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหอบหืด คือ แพทย์มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหอบหืด 2 - 3 ปี พยาบาลมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย 5-10ปี เภสัชกรมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย 3-5 ปี นักกายภาพบำบัดมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย 2-3 ปี

2) *ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย* ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยด้วยหอบหืดมากกว่า 10 ปี มีประวัติการ Re-admit มากกว่า 3 ครั้ง/ปี ส่วนใหญ่ใช้ยาพ่นขยายหลอดลม สิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยหอบกำเริบ คือ ฝุ่นควัน และสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัว

3) *ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล* ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี หน้าที่ที่ดูแลคือพามาตรวจตามนัด และพามาโรงพยาบาลเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดูแลเรื่องการรับประทานยา และดูแลเรื่องการทำอาหารให้ผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปเป็นประเด็นปัญหาได้ 13 ประเด็น จากผู้ให้บริการ 8 ประเด็น และผู้รับบริการ 5 ประเด็น ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ข้อมูลจากผู้ให้บริการ จากโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง สรุปประเด็นปัญหาได้ 8 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ระบบบริการการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลขาดการดูแลที่ต่อเนื่องถึงชุมชน

ประเด็นที่ 2 ขาดการส่งต่อข้อมูลและการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ประเด็นที่ 3 ขาดการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบสำหรับใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ประเด็นที่ 4 โรงพยาบาลบางแห่งมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยหอบหืดที่แตกต่างกัน

ประเด็นที่ 5 การฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยยังไม่ทั่วถึง

ประเด็นที่ 6 ขาดการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนและสอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วย ร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย

ประเด็นที่ 7 ขาดการนำข้อมูลของผู้ป่วยมาวิเคราะห์และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

ประเด็นที่ 8 ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการดูแลตนเองด้านการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มที่ 2 ข้อมูลจากผู้รับบริการ ประกอบด้วยผู้ป่วยหอบหืดและญาติ สรุปประเด็นได้ 5 ประเด็น เป็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้ป่วยขาดการดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ 2 ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ 3 ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อย

ประเด็นที่ 4 สิ่งแวดล้อมในชุมชนมีผลต่อการกำเริบของผู้ป่วยหอบหืด

ประเด็นที่ 5 ขาดการให้สุขศึกษาและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้แต่ละกลุ่มมีรายละเอียดของแต่ละประเด็น ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ข้อมูลจากผู้ให้บริการ

ประเด็นที่ 1 ระบบบริการการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลขาดการดูแลที่ต่อเนื่องถึงชุมชน ระบบบริการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดของโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่มีระบบติดตามตรวจเยี่ยมผู้รับบริการที่บ้านและชุมชน จะเป็นการให้บริการในโรงพยาบาลมากกว่า ยังขาดการดูแลที่ต่อเนื่องถึงชุมชน ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ยังไม่มีกรลงไปตามเยี่ยมบ้านเลย จะเป็นการให้บริการในโรงพยาบาลมากกว่า...”

(PT2) “...เยี่ยมบ้านถ้าเป็นเกี่ยวกับAsthma จะไม่มีค่ะ...” (PT1) “...เยี่ยมบ้านคนไข้

หอบหืดผมไม่เคยไปเลยครับ...” (DR1) “...เยี่ยมบ้านผู้ป่วยหอบหืดหนูจะไม่ค่อยได้ไป

ค่ะถ้าได้ไปจะเป็นในรายที่มีปัญหาซ้ำๆ หรือ Re - admitกลับมาซ้ำ ๆมากกว่าค่ะ...”

(PT4) “...เยี่ยมบ้านเราจะใช้ระบบ COC ติดตามเยี่ยมในรายที่ Re-admit หรือ Re-

visit บ่อย ๆ ถ้าในเขตเสาให้จะตามโดยกลุ่มเวชฯ แต่ถ้าเป็นเขต รพ.สต.เราจะไม่ได้

ตามค่ะ...(HN1) “...การเยี่ยมบ้านก็ยังมึน้อยอยู่ ติดตามเยี่ยมจะเป็นข้างนอกติดตามเรา

จะส่งข้อมูลไปให้ทางคลินิกหอบหืด แต่เราไม่รู้ว่าเขาเยี่ยมให้เราหรือเปล่า...” (HN2) “...

เรามีปัญหาด้านเชิงรุกเพราะเราไม่ค่อยได้ไปเยี่ยมบ้านคนไข้ ด้านเชิงรับที่ รพ.เราดีแล้ว ถ้าเราทำเชิงรุกได้ก็จะดีมามากเลยคะ...”(DR2)

*COC หมายถึง Continuity of care โปรแกรมการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง

*Re-admit หมายถึง การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการและโรคเดิมภายใน

28 วัน

*Re-visit หมายถึง การกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการและโรคเดิมภายใน 48 ชั่วโมง

ประเด็นที่ 2 ขาดการส่งต่อข้อมูลและการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การประสานงานมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดเป็นอย่างมาก เนื่องจากการให้การดูแลผู้ป่วยต้องมีบุคลากรจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด แต่ยังมีบางโรงพยาบาลยังขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพและขาดการประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหอบหืด ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...การประสานงานภายในเราจะมีปัญหาในผู้ป่วย Admit หรือผู้ป่วยที่Re-admit เราไม่ได้ส่งต่อข้อมูลให้ทางคลินิกหอบหืดได้รู้ว่าผู้ป่วยมีปัญหาอะไรบ้าง ในคนไข้ที่มีปัญหาจริงๆก็จะประสานส่งต่อข้อมูลไปยัง รพ.สต.แต่ยังทำน้อยอยู่...” (HN2) “...ถ้าเป็นคนไข้ที่นอนโรงพยาบาลเขาจะประสานโดยมีใบ consult มา กายภาพจะเข้าไปทำ breathing exercise ถ้าเป็นการประสานภายนอกโรงพยาบาลยังไม่มีคะ...”(PT1) “...กรณีถ้าใน รพ.เรามีการประสานกับพี่พยาบาลประจำคลินิกอยู่แล้ว แต่ถ้าเป็นการประสานภายนอกในชุมชนเรายังไม่ได้ทำขนาดลงไปถึงชุมชนคะ...”(PH2) “...ภายในรพ. ถ้าเป็นผู้ป่วยในจะประสานมาตาม care map ในผู้ป่วยหอบหืดก็จะมีภารกิจการหายใจ ฝึกการออกกำลังกาย รวมไปถึงฝึกกล้ามเนื้อปอดก่อนกลับบ้าน แต่ถ้าเป็นภายนอกรพ. ยังไม่มีการประสานไปในชุมชนนะคะ จะมีแต่ภายในรพ.มากกว่า...” (PT2)

ประเด็นที่ 3 ขาดการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบสำหรับใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหอบหืดมีความจำเป็นเป็นอย่างมาก เพื่อที่จะสามารถนำข้อมูลนั้นมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย หรือใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย แต่ยังมีบางโรงพยาบาลการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยหอบหืดยังไม่เป็นระบบ มีการลงข้อมูลที่ซ้ำซ้อนทำให้การนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย หรือมาใช้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้ไม่เต็มที่ ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...เรามีระบบ Hos exp อย่างเดียวในการลงข้อมูลผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วย

มาด้วยโรคอื่นด้วยจะทำให้ประวัติคนไข้ไม่ต่อเนื่อง และก็จะมีแฟ้มผู้ป่วยหอบหืด แต่ในแฟ้มไม่ค่อยสื่ออะไรให้กับวิชาชีพอื่นบางทีก็ไม่ว่าจะดูอะไรในแฟ้ม...” (DR2) “...ไม่มีการเก็บข้อมูลในHos exp นะคะ ของเภสัชจะเก็บข้อมูลไว้กับเราเป็น google driveและแบบฟอร์มของหน่วยงาน ส่วนคนไข้ที่มีปัญหา ก็จะมี Note ไว้ในแฟ้มผู้ป่วยหอบหืดให้คุณหมอดูอีกที...”(PH1) “...ส่วนใหญ่เป็นการ Record หรือจดบันทึกไว้เอง ยังไม่มีการเก็บข้อมูลหรือมีการเก็บตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับกายภาพชัดเจน...” (PT2) “...การลงบันทึกข้อมูลส่วนใหญ่จะลงในแฟ้มถ้าเป็นทาง Electronic จะยังไม่ได้ลงรายละเอียดมากคะก็อยากพัฒนาให้เป็นแบบ Electronic มากขึ้น จะได้ลงข้อมูลและดูข้อมูลย้อนกลับได้มากกว่าแฟ้ม เพราะแฟ้มเป็นกระดาษก็มีการเสื่อมไปตามสภาพ...”(DR3)

ประเด็นที่ 4 โรงพยาบาลบางแห่งมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยหอบหืดที่แตกต่างกัน

การรักษาผู้ป่วยหอบหืดที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ ดังนั้นเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานและอยู่บนพื้นฐานความถูกต้องชัดเจน จึงควรมีแนวทางการรักษาหรือแนวทางปฏิบัติ (Clinical practice guideline: CPG) เพื่อให้ทุกคนสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้ถูกต้องและเป็นแนวทางเดียวกัน แต่ยังมีบางโรงพยาบาลการดูแลรักษาผู้ป่วยหอบหืดยังขึ้นอยู่กับแพทย์แต่ละคนไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และบางโรงพยาบาลการนำแนวทางการรักษาผู้ป่วยหอบหืดไปใช้ยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน ดังตัวอย่างการให้ข้อมูล ดังนี้

“...เรายังไม่มี CPG ที่ชัดเจน ตอนนี้อยู่เป็นแบบแพทย์แต่ละคนมีความรู้จะรักจะรักษากันไป แต่ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ยังไม่เกิดผลเสียอะไรกับคนไข้คะ...”(DR2) “..ไม่มี CPG นะแต่จะมี care map คือการดูแลประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ...”(HN2) “...กายภาพจะทำตามclinic และ case ที่ consult มาคะ แต่ CPG ยังไม่มีคะ...” (PT2) “...แนวทางปฏิบัติจะมีนะครับ ของ OPD ก็จะมีว่าคนไข้คนนี้ Dx. อะไรและแนะนำอะไรบ้าง และมีเป็นตารางให้เราเริ่ม step ยาครับแต่ถ้าเป็น CPG ของ admit (ย่อมา admission หมายถึงการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน) ยังไม่มีนะครับ ยังไม่เห็นนะครับ แต่ถ้าAdmit จะเขียนมือเอาหมดเลย...” (DR1) “..หอบหืดถ้าเป็น CPG ไม่มีคะ ก็จะ เป็นแนวทางของกายภาพที่สอนในเรื่องการหายใจและการไอคะ...”(PT3)

ประเด็นที่ 5 การฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยยังไม่ทั่วถึงโรคหอบหืดเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ การรักษา การดูแลผู้ป่วยจึงมีความเฉพาะทางเป็นพิเศษ ดังนั้นทีมบุคลากรที่มาดูแลควรมีความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยหอบหืด และมีการทบทวนและการพัฒนาองค์ความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมอ ด้วยปัจจัยหลายๆ อย่าง เช่น บุคลากรในทำงานไม่เพียงพอ เกิดปัญหาโรคระบาด (COVID-19) ทำให้บางหน่วยงานมีการฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหอบหืดยังไม่ทั่วถึง ดังตัวอย่างการให้ข้อมูล ดังนี้

“...มีการส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยหอบหืดนะคะ แต่ไม่ค่อยบ่อยค่ะ...(PT2) “...ส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมของ Ward ไม่เคยนะ ...จะไปแค่ manager คนเดียว ...” (HN1) “...ไปอบรมสำหรับแผนกผู้ป่วยในมีน้อย เหมือนที่เคยไปจะเป็น Asthma ในเด็ก แต่ว่าช่วงนี้เป็นช่วง COVID ประกอบกับไม่มีคนทำงานด้วยเลยไม่ค่อยได้ไปอบรม...” (HN2) “... เรื่องอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยหอบหืดยังไม่ค่อยมีเลยคะ...” (PT4) “...อบรมความรู้ใหม่ๆไม่ค่อยได้ไปคะ อาจเป็นเพราะคนไข้ไม่เยอะและช่วงนี้ติด COVID ด้วยคะ...” (PT3)

* Case manager หมายถึง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยหอบหืด (จะมีเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอก)

ประเด็นที่ 6 ขาดการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนและสอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วย ร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยหอบหืดมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค และจัดการดูแลตนเองได้ เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทีมผู้ดูแลควรมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยในเรื่องการจัดการดูแลตนเอง แต่ยังมีบางโรงพยาบาลขาดการตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยในเรื่องการรักษาและการจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับหอบหืดที่ชัดเจนเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมคิดตัดสินใจในการจัดการดูแลตนเอง ดังตัวอย่างการให้ข้อมูล ดังนี้

“...การตั้งเป้าหมายกับผู้ป่วยยังไม่ชัดเจนนะคะ คือจะสอนเป็นภาพรวม แล้วประเมินว่า case นี้ น่าจะดีมากกว่า...”(PT1) “...มีการตั้งเป้าหมายกับผู้ป่วยน้อยนะ ส่วนมากก็ไม่ค่อยได้ทำ แค่แนะนำให้ใช้ชีวิตประจำวันให้เหมาะสมคะ...” (HN2) “...กาตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยไม่ค่อยทำนะคะ...”(PT2) “...ก็ยังไม่ถึงกับตั้งเป้าหมายคะมีแต่ถ้าครั้งนี้ไม่ผ่านตรงนี้ ก็จะย้ายเขาในส่วนที่ไม่ผ่าน เช่น เขาไม่เข่าขวิดเขาก็จะย้ายว่าตรงนี้ควรทำแบบนี้ เดียวครั้งหน้าเรามาทวนกันอีกรอบนะ ทำ สัญลักษณ์ไว้ชัดเจนว่าข้อนี้ยังไม่ถูกต้องมีการประเมินครั้งต่อไปก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้านหรือนำไปใช้ต่อไปคะ...”(PH3)

ประเด็นที่ 7 ขาดการนำข้อมูลของผู้ป่วยมาวิเคราะห์และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยหอบหืดการดูแลผู้ป่วยหอบหืดย่อมมีปัญหาตามมาจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อให้การจัดการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพทีมผู้ดูแลควรมีปัญหาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป แต่บางโรงพยาบาลยังไม่มีหรือนำปัญหาการดูแลและรักษาผู้ป่วยหรือปัญหาจากตัวผู้ป่วยหอบหืดที่พบมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ ดังตัวอย่างการให้ข้อมูล ดังนี้

“...การนำปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยมาวิเคราะห์ยังไม่ชัดเจน แต่จะดูเปรียบเทียบก่อน และหลังว่าคนไข้ดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร ...” (PT2) “...นำข้อมูลของผู้ป่วยมาวิเคราะห์หรือ ทบทวนก็จะมีน้อย แต่ถ้าเกิดปัญหาจริง ๆ เช่น พ่นยาไม่ถูกต้องก็จะให้ทีมลงมา หรือ แนะนำกับผู้ป่วยโดยตรง และมีการบันทึกใน care map ,ส่วนคำแนะนำต่าง ๆ หรือ ปัญหาที่บันทึกไว้เราไม่ได้นำมาปรับแก้แค่ลงว่าคนไข้มีปัญหาอะไร...”(HN2) “...ทีมเขามีประชุมอยู่ แต่หนูไม่เคยนำปัญหาของหนูไปเข้าร่วมเลย ว่าคนไข้มีอาการกายถูกไหม ...” (PT4)

ประเด็นที่ 8 ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการดูแลตนเองด้านการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยหอบหืด คือ ควบคุมโรคได้เป็นการควบคุมอาการปัจจุบัน และป้องกัน ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ดังนั้นการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยหอบหืดจึงมีความสำคัญ เนื่องจากยา ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมีทั้งยาชนิดรับประทานและชนิดสูดพ่นขยายหลอดลม ยังพบว่ามีผู้ป่วยหอบหืด ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมไม่ถูกต้องทำให้ยาที่ได้รับไม่เต็มที่ตามแผนการรักษาส่งผลให้ยังคงมีอาการ หอบอยู่ ผู้ป่วยบางรายขาดยา ไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งจึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบไม่ สามารถควบคุมโรคได้ ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ในคนไข้ที่มานอนโรงพยาบาล เราจะพบว่าบางคนพ่นยาไม่ถูกต้อง ทานยาไม่ สม่าเสมอ ยาขาด ยาหาย เราก็จะ consult เภสัชกรช่วยประเมินและสอนเรื่องการใช้ ยากับผู้ป่วยอีกที...”(HN3) “...คนไข้ของเราส่วนมากไม่ค่อยให้ความร่วมมือใน รายละเอียดของการใช้ยา คนไข้บางคนจะรับฟังที่เราสอน บางส่วนก็ไม่รับฟัง คนไข้ของเราใช้ยาพ่นผิดประมาณ 30-40% ...”(PH2) “...ที่ รพ. เรายังมีคนไข้ที่พ่นยาผิดอยู่ ค่ะส่วนใหญ่จะเป็นคนไข้สูงอายุที่มีปัญหา เรื่องการได้ยิน ไม่มีแรงสูบ จะมีบาง case ที่ ไม่มีแรงสูบมากๆ จะปรึกษา consult หมอ เพื่อเปลี่ยนยาเป็นรูปแบบที่เขาพอจะใช้ได้ ...”(PH1) “...คนไข้ที่นี้พ่นยาผิดก็มีบ้างนะคะ แต่ว่าก็ดีขึ้นกว่าตอนที่หนูมาใหม่ๆ ยกเว้นคนไข้ที่อายุเยอะอันนี้เป็นปัญหาหลักสุดพ่นไม่ค่อยได้...” (PH4)

กลุ่มที่ 2 ข้อมูลจากผู้รับบริการ

ประเด็นที่ 1 ผู้ป่วยขาดการดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมี ประสิทธิภาพการทำงานของปอดดีขึ้น ทำให้ลดอาการกำเริบของโรคหอบได้ แต่ผู้ป่วยบางรายยัง ขาดออกกำลังกายที่เหมาะสมเนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับจำนวนท่าออกกำลังกายมีหลายท่าทำให้ จำทำทางการออกกำลังกายได้ไม่หมด และมีผู้ป่วยบางรายติดภารกิจ มีปัญหาอุปสรรคด้านร่างกายจึง ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...เขาก็สอนออกกำลังกายนะตอนไปตรวจรับยานะได้ทำหลายท่าอยู่

แต่กลับมามีบ้านก็ทำบ้างไม่ทำบ้าง อายุเยอะแล้วจำทำออกกำลังกายได้ไม่หมดหรือ
ทำไหนจำได้ก็ทำอยู่ แต่ตอนนอนโรงพยาบาลบนเตียงไม่มีใครมาสอนออกกำลังกาย
นะ...”(PA3) “...ก็ทำอยู่นะ ก็จะเดินออกกำลังกายรอบๆ บ้านแต่ทำไม่ค่อยบ่อย
หรือ ถ้าวันไหนต้องติดรถไปส่งของกับรถแกลบก็จะไม่ได้ออก ถ้าวันไหนอยู่บ้านก็
ทำคะ...”(PA2) “...แม่เขาก็ยึดแข็งยึดขา เดินหน้าบ้านบ้างตอนเช้ามีด ถ้าวันไหน
ต้องไปส่งของกับพ่อก็จะไม่ได้ทำคะ...”(PF2) “...ทางโรงพยาบาลสอนออกกำลังกาย
ไปนะ ก็เห็นแม่ทำนะแต่ไม่ค่อยตอนเช้าจะเห็นเขาไปยืนออกกำลังกาย เหยียงแขน
กับพ่อคะและตอนเย็นถ้าว่างก็จะไปเข้าชมรมออกกำลังกายที่อนามัย มีเต็นท์แอโรบิก
ของเขา...”(PF1) “...ช่วงนี้ไม่ได้ออกเลยคะเพราะว่าแม่ปวดขา ปวดเข่าเดินนิดหน่อย
ก็ปวด เพิ่งไปหาหมอบอกว่าเข่าเริ่มเสื่อมแล้ว...”(PF4) “...มีสอนออกกำลังกาย
อยู่นะ แต่นานแล้ว หลายท่าจำไม่ค่อยได้ ช่วงนี้ปวดขาบ่อยๆ นะขอเลยไม่ได้ออก
กำลังกายเลย...”(PA4)

ประเด็นที่ 2 ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมความเครียดเป็น
ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหอบหืดเกิดอาการกำเริบได้ ถ้าผู้ป่วยมีวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม
จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี แต่ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ยังมีความเครียดเกี่ยวกับ
สุขภาพของตนเอง ความเครียดในเรื่องรอบครัว และไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับ
ตนเองได้ เนื่องจากผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการจัดการความเครียดและยังต้องเผชิญกับความเครียด
ตลอดเวลา ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ไม่รู้เลยจะจัดการเรื่องเครียดยังไง ตอนนี่เครียดเพราะทะเลาะกับลูกก็ไม่หนีหรือ
เพราะหนียังไง แต่ในหัวเราก็กังคืดอยู่ แต่ก็อยู่บ้านคนละหลังก่อนช่วงนี้ อย่างที่หมอ
เห็นนะ...”(PA3) “...เรื่องเครียดก็มีบ้างนะ เวลาต้องนอนโรงพยาบาลบ่อย ๆ ก็จะ
เครียดห้วงบ้าน ห่วงลูก ห่วงหลานนะแต่ไม่รู้จะทำยังไงเพราะร่างกายตัวเองก็ไม่ดี ก็ให้
ลูกๆ เขาดูแลกันไป...”(PA1) “...ก็เครียดเรื่องสุขภาพไหนจะเป็นโรคหอบต้องคอยพ่นยา
ไหนจะปวดขาอีก...”(PA4)

ประเด็นที่ 3 ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อยญาติและชุมชนมีส่วนสำคัญ
ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้และมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด แต่ยังไม่
พบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยน้อย และญาติบางรายยังมีส่วนในการดูแลผู้ป่วย
น้อย เนื่องจากญาติของผู้ป่วยต้องไปทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวจึงทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย
จึงพบว่าผู้ป่วยบางรายต้องดูแลตนเองโดยการขับรถมารับยาเอง ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ลูกก็มาอยู่แค่ชั่วคราว ตอนนี่ก็ไม่อยู่แล้วไปอยู่บ้านเมียเขาที่ต่างจังหวัดเขาต้องไป
ทำงาน เขาก็ไม่ได้ช่วยดูป้าหรือ ลูกก็ไม่ได้ช่วยดูแลป้าหรือขอเขาก็ออกไปรับจ้าง

บางวันก็ไปหาปลานะหมอ...”(PA3) “...เขาเป็นอะไรนักหนาผมก็ไม่ค่อยรู้หรอก เขาจะเป็นตลอดเดี๋ยวก็ไปหาหมอ เดี่ยวก็ไปโรงพยาบาล วันๆ ผมก็ต้องออกไปรับจ้างนะก็ไม่ค่อยได้ดูเขาหรอก...” (PF3) “...หนูจะไม่ค่อยได้ดูแลแม่เท่าไรหรอกเพราะต้องไปทำงานกว่าจะกลับก็มีดี ส่วนมากไปรับยาแม่จะขับรถไปเอง แต่ถ้าเหนื่อยมากๆ ก็จะทำให้หลานไปส่งค่ะ...” (PF4) “...คนในชุมชนไม่มีนะคะที่ช่วยดูแล ก็มีแต่ลูกนี่แหละหมอกที่คอยดูแลฉัน...” (PA2) “...ผู้นำชุมชนหรือคนในชุมชน ก็ไม่มีใครมาดูแลแม่แน่แต่ก็ไม่แน่ใจนะ อาจจะมีไปดูแลรายอื่นก็ได้...” (PF4) “...ก็มีแต่ลูกสาวนี่แหละที่ช่วยดูแลฉัน แต่คนในชุมชนหรือคนอื่นๆไม่มีใครมาดูแลนะ...”(PA1)

ประเด็นที่ 4 สิ่งแวดล้อมในชุมชนมีผลต่อการกำเริบของผู้ป่วยหอบหืดสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อการกระตุ้นหลอดลมของผู้ป่วยหอบหืด ทำให้อาการหอบกำเริบได้ ไม่ว่าจะเป็นฝุ่นละออง ขยะ คิวไฟ สารเคมีต่างๆ ดังนั้นสภาพแวดล้อมที่ดีย่อมทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่ยังพบว่าสภาพแวดล้อมบางอย่างไม่เอื้อต่อการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและไม่สามารถดูแลตนเองได้ อาทิ เช่น อยู่ในแหล่งที่มีฝุ่นละออง มีการเผามูลฝอยต่างๆ หรือมีคนสูบบุหรี่ ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ส่วนมากที่ป่าหอบก็เป็นควันไฟที่เขาจุดนาข้าว ถ้ากลางวันป่าจะไม่อยู่ตรงนี้ ถ้ามีควันไฟป่าก็ไปบ้านอื่น ตอนเย็นหรือมืดจะหลีกเลี่ยงไม่ได้เลยใส่ผ้าปิดจมูกก็ไม่ช่วย บางทีหายใจไม่ออกเอา พุถึงเวลามีควันไฟถ้าใส่ผ้าปิดด้วยจะหายใจไม่ออกเลย...”(PA3) “...คนที่บ้านไม่มีใครสูบบุหรี่ แต่ถ้าไปทำงานจะมีคนสูบบุหรี่นะ พวกผู้ชายที่สูบกันป่าก็โดนควันบุหรี่ด้วย ก็ใส่ผ้าปิดจมูก เอา...”(PA3) “...แถวนี้จะมีรถขยะวิ่งผ่านก็จะได้กลิ่นเหม็นจะทำให้เราแพ้และหอบได้แต่จะผ่านไม่บ่อยเป็นบางครั้ง บางทีก็ควันไฟจากการเผาขยะจะรู้เลยว่าแพ้ควันไฟ...”(PA2) “...ข้างบ้านมีอาชีพดำข้าวเม่า ฝุ่นข้าวเม่าจะทำให้แม่หอบได้...”(PF1) “...ก็มีนะสิ่งที่ทำให้ป่าหอบจะเป็นฝุ่นควันจากการดำข้าวเม่านะ เพราะข้างบ้านเขาดำข้าวเม่าบางครั้งก็มีฝุ่นฟุ้งมาบ้าง...”(PA1)

ประเด็นที่ 5 ขาดการให้สุขศึกษาและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้เป้าหมายสำคัญของการรักษาผู้ป่วยหอบหืดคือ การให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ไม่เกิดอาการกำเริบ และลดการ re admit ดังนั้นกลไกสำคัญในการควบคุมโรคคือ การให้สุขศึกษากับผู้ป่วยและฝึกทักษะการดูแลตนเองในด้านต่างๆให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองในเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม ด้วยภาระงานและการทำงานของพยาบาลส่วนใหญ่จะดูแลให้การพยาบาลตามแผนการรักษา และต้องลงข้อมูลของผู้ป่วยในเอกสารจำนวนมาก ทำให้

ไม่ได้สอนหรือให้สุขศึกษาผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องผู้ป่วยหอบหืด ร่วมกับยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติทางการแพทย์ผู้ป่วยหอบหืดอย่างชัด จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการดูแลตนเองได้ ดังตัวอย่างการให้ข้อมูลของผู้ป่วย หรือญาติ ดังนี้

“...ส่วนมากจะเป็นหมอที่จะสอนมากกว่า แต่ว่าพยาบาลที่ตึกไม่ได้สอนเรื่องอะไรนะ...” (PF1) “...ไม่มีพยาบาลมาสอนนะ แผ่นพับให้ความรู้ก็ไม่เคยได้นะ ห้องยากายภาพก็ไม่เคยได้...” (PA2) “...ไม่เคยเห็นพยาบาล...มาสอนอะไรแม่ล่ะ...” (PF2) “...ไม่มีแผ่นพับการดูแลตนเองผู้ป่วยหอบหืดและไม่เคยได้รับการสอนเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติของโรคหอบหืดนะ...” (PF2) “...พยาบาลก็ไม่ได้สอนการสังเกตอาการผิดปกติที่บ้านนะ...” (PA3)

ตอนที่ 2 (ร่าง) รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ

จากข้อมูลการวิเคราะห์สภาพการณ์ในตอนต้นที่ 1 พบว่าผู้ป่วยหอบหืดยังมีความรู้และความสามารถในการจัดการการดูแลตนเองน้อย และผู้ให้บริการ ครอบครัวและชุมชนยังมีบทบาทในการจัดการดูแลผู้ป่วยน้อย สามารถนำมาสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิและประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่พัฒนาขึ้น โดยการบูรณาการ 3 แนวคิด 1) แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) (Edward Wagner, 1998) ซึ่งเป็นกรอบใหญ่ในการนำมาสร้างรูปแบบประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบสุขภาพ (Health System) 2) การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design) 3) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Clinical Information Systems) 5) ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-Management Support) และ 6) การมีส่วนร่วมของชุมชน (The Community)

สำหรับแนวคิด Self-Management ของ Creer 2000 ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selection) 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) 3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) 4) การตัดสินใจ (Decision making) 5) การลงมือปฏิบัติ (Action) 6) การสะท้อนตนเอง (Self – reaction) นำมาใช้ในการสร้างรูปแบบโดยจะเข้าไปอยู่ในส่วนของระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self -Management Support) ส่วน Global Initiative for Asthma (GINA) guideline 2019 นำมาใช้ในการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ในเรื่องระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) เป็นการให้บริการผู้ป่วยหอบหืดโดยนำมาใช้เป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา

ตามมาตรฐานที่ถูกต้อง ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากผู้ให้บริการ และผู้รับบริการสามารถสรุปเป็นประเด็น และองค์ประกอบเพื่อให้ผู้ป่วยหอบหืดสามารถจัดการการดูแลตนเองได้ ดังตาราง 4.1

ตารางที่ 4.1 สรุปประเด็นปัญหาจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ส่องค์ประกอบในการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด

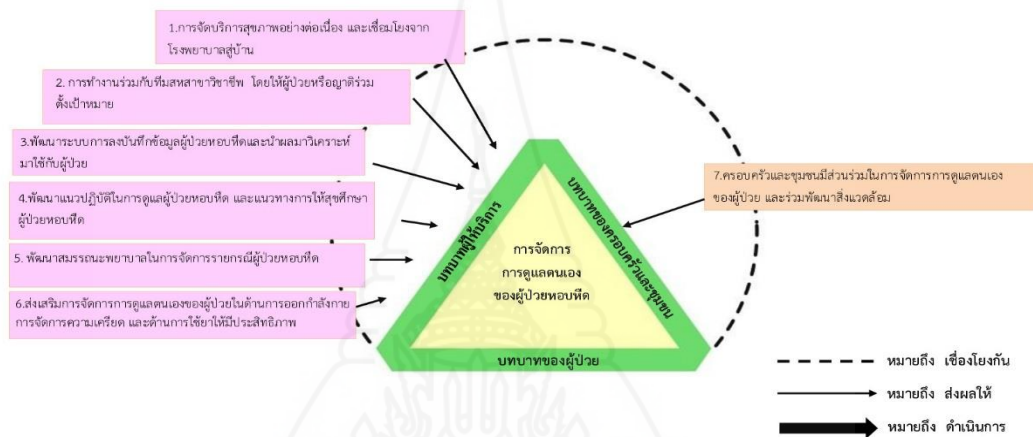
ประเด็นจาก ผู้ให้บริการ	ประเด็นจาก ผู้รับบริการ (ผู้ป่วยและผู้ดูแล)	สรุปประเด็นจากผู้ ให้บริการ และผู้รับบริการ	องค์ประกอบในการ จัดการการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยหอบหืด
ประเด็นที่ 1 ระบบ บริการการดูแลผู้ป่วย ในโรงพยาบาลขาด การดูแลที่ต่อเนื่องถึง ชุมชน		ประเด็นที่ 1 ผู้ป่วยได้รับ บริการการจัดการดูแลไม่ ต่อเนื่อง	1.การจัดบริการ สุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงจาก โรงพยาบาลสู่บ้าน
ประเด็นที่ 2 ขาดการ ส่งต่อข้อมูลและการ ประสานงานกับทีมสห สาขาวิชาชีพ	ประเด็นที่ 2 ผู้ป่วย ขาดการดูแลตนเอง ในเรื่องการออก กำลังกายและไม่ สามารถจัดการ ความเครียดได้อย่าง เหมาะสม	ประเด็นที่ 2 ไม่มีการ ตั้งเป้าหมายในการดูแล ร่วมกับผู้ป่วย และทีมสห สาขาวิชาชีพ	2.การทำงานร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยหรือญาติ ร่วมตั้งเป้าหมาย
ประเด็นที่ 3 ขาดการ บันทึกข้อมูลผู้ป่วย อย่างเป็นระบบสำหรับ ใช้ในการส่งเสริมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วย		ประเด็นที่ 3 ไม่มีการนำ ข้อมูลของผู้ป่วยมา วิเคราะห์และการบันทึก ข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดไม่ เป็นระบบ	3.พัฒนาระบบการลง บันทึกข้อมูลผู้ป่วย หอบหืดและนำผลมา วิเคราะห์มาใช้กับ ผู้ป่วย
ประเด็นที่ 4 โรงพยาบาลบางแห่งมี แนวทางการรักษา ผู้ป่วยหอบหืดที่ แตกต่างกัน		ประเด็นที่ 4 แนวทางการ รักษาผู้ป่วยหอบหืดไม่เป็น แนวทางเดียวกัน และ ผู้ป่วยไม่ได้รับการสอนสุข ศึกษาในเรื่องการจัดการ ดูแลตนเอง	4.พัฒนาแนวปฏิบัติใน การดูแลผู้ป่วยหอบหืด และแนวทางการให้สุข ศึกษาผู้ป่วยหอบหืด

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ประเด็นจาก ผู้ให้บริการ	ประเด็นจาก ผู้รับบริการ (ผู้ป่วยและผู้ดูแล)	สรุปประเด็นจากผู้ ให้บริการ และผู้รับบริการ	องค์ประกอบในการ จัดการการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยหอบหืด
ประเด็นที่ 5 ขาดการ ให้สุขศึกษาและการ ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย สามารถจัดการดูแล ตนเองได้	ประเด็นที่ 5 การ ฟื้นฟูความรู้ เจ้าหน้าที่ในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยยังไม่ ทั่วถึง	ประเด็นที่ 5 เจ้าหน้าที่ ไม่ได้รับการฟื้นฟูความรู้ใน เรื่องการดูแลผู้ป่วย	5.พัฒนาสมรรถนะ พยาบาลในการจัดการ รายกรณีผู้ป่วยหอบหืด
ประเด็นที่ 6 ขาดการ ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน และสอดคล้องกับ สภาพปัญหาผู้ป่วย ร่วมกันระหว่างทีมผู้ ให้บริการกับผู้ป่วย		ประเด็นที่ 6 ผู้ป่วยไม่ สามารถจัดการดูแลตนเอง ด้านการออกกำลังกาย ความเครียดและการใช้ยา ได้	6.ส่งเสริมการจัดการ การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยในด้านการออก กำลังกายการจัดการ ความเครียด และด้าน การใช้ยาให้มี ประสิทธิภาพ
ประเด็นที่ 7 ญาติและ ชุมชนมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วยน้อย	ประเด็นที่ 7 ขาด การนำข้อมูลของ ผู้ป่วยมาวิเคราะห์ และสนับสนุนการ จัดการตนเองของ ผู้ป่วยหอบหืด	ประเด็นที่ 7 ผู้ป่วยได้รับ การดูแลจากญาติและคน ในชุมชนน้อยร่วมกับ สิ่งแวดล้อมมีผลกระทบ ต่ออาการและการใช้ ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย	7.ครอบครัวและชุมชน มีส่วนร่วมในการ จัดการการดูแลตนเอง ของผู้ป่วย และร่วม พัฒนาสิ่งแวดล้อม
ประเด็นที่ 8 ผู้ป่วยไม่ สามารถจัดการดูแล ตนเองด้านการใช้ยาได้ อย่างมีประสิทธิภาพ	ประเด็นที่ 8 สิ่งแวดล้อมในชุมชน มีผลต่อการกำเริบ ของผู้ป่วยหอบหืด		

จากตารางที่ 4.1 นำข้อมูลที่ได้จากผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นประเด็นเกี่ยวกับการจัดบริการ
ให้กับผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการการดูแลตนเองได้ การพัฒนาแนวปฏิบัติและพัฒนา

สมรรถนะพยาบาลด้านการจัดการรายกรณี การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล การทำงานร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ สำหรับข้อมูลของผู้รับบริการจะเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการการดูแลตนเองได้ ร่วมกับครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้เห็นว่า การจะทำให้ผู้ป่วยหอบหืดสามารถจัดการการดูแลตนเองได้ นั้นมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง สามารถสรุปจากข้อมูลที่ได้ออกมาเป็นรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดมี 3 บทบาทหลัก คือ บทบาทผู้ให้บริการ บทบาทของครอบครัวและชุมชน และบทบาทของผู้ป่วยในการจัดการการดูแลตนเอง ซึ่งทั้ง 3 บทบาทจะประกอบด้วย 7 องค์ประกอบย่อย ดังภาพ



ภาพที่ 4.1 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติย

จากภาพที่ 4.1 แสดงถึง บทบาทของผู้ให้บริการ และบทบาทของครอบครัวและชุมชน และบทบาทของผู้ป่วยในการจัดการการดูแลตนเอง นั่นคือ เป้าหมายสำคัญของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการการดูแลตนเองได้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. บทบาทของผู้ให้บริการในการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบย่อย ดังนี้

1.1. องค์ประกอบที่ 1 การจัดการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงจาก

โรงพยาบาลสู่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยหอบหืดมีความสำคัญตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาล จนผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน การดูแลที่โรงพยาบาลจะเน้นเรื่องการรักษาพยาบาล การส่งเสริมและป้องกันโรค ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรมีบทบาทในเรื่องการจัดระบบบริการให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย วางแผนการดูแลและประสานงานกับทีมผู้เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน พร้อมทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยอย่าง

ต่อเนื่อง (มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4,พ.ศ. 2561) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและจัดการดูแลตนเองได้ รูปแบบบริการเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้าน พยาบาลควรมีบทบาท ดังนี้

1.1.1 เป็นผู้อำนวยการความสะดวกและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลได้ ตลอดจนการสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ที่บ้าน

1.1.2 เป็นผู้สอน ให้คำแนะนำ และคำปรึกษากับผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง

1.1.3 มีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย และแสวงหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่จะช่วยสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้

1.2. องค์ประกอบที่ 2 การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยหรือญาติร่วมตั้งเป้าหมาย การให้บริการผู้ป่วยหอบหืดที่ห้องฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยใน มีความสำคัญเมื่อผู้ป่วยได้รับการตามขั้นตอนแล้วสิ่งที่ผู้ป่วยพึงได้รับคือการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการส่งปรึกษาในเรื่อง การออกกำลังกายในผู้ป่วยหอบหืดโดยนักกายภาพบำบัด การจัดการความเครียดในผู้ป่วยหอบหืดจากนักจิตวิทยา การใช้ยาที่ถูกต้องโดยเภสัชกร ซึ่งทีมที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยควรมีการตั้งเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาท ดังนี้

1.2.1 บทบาทในการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วย เภสัชกรเพื่อส่งผู้ป่วยปรึกษาเรื่องการใช้อายาที่ถูกต้อง นักกายภาพบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะการออกกำลังกายที่ถูกต้องทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด นักจิตวิทยาเพื่อส่งปรึกษาในผู้ป่วยที่มีความเครียด ตลอดจนทีมบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่หรือผู้นำในชุมชนที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด

1.2.2 บทบาทในการร่วมกันตั้งเป้าหมายในการดูแลรักษา ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและสามารถจัดการตนเองได้

1.2.3 เป็นที่ปรึกษาให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด

1.3. องค์ประกอบที่ 3 พัฒนาระบบการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดและนำผลมาวิเคราะห์มาใช้กับผู้ป่วย การจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีความจำเป็นเป็นอย่างมาก เพื่อที่จะสามารถนำข้อมูลนั้นมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย หรือใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ควรมีการพัฒนา ระบบการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดและทีมสุขภาพมีบทบาทในการลงบันทึกของผู้ป่วยให้ครบถ้วน และถูกต้อง โดยพยาบาลมีบทบาทดังนี้

1.3.1 ร่วมกับทีมในการดูแลผู้ป่วยและทีมสารสนเทศ ในการพัฒนาระบบการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดเพื่อที่จะทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพนำข้อมูลไปใช้ได้สะดวก รวดเร็ว และเป็นข้อมูลย้อนกลับในการดูแลผู้ป่วยได้

1.3.2 บทบาทในการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดให้ครบถ้วน ถูกต้อง

1.3.3 บทบาทในการติดตาม ประเมินผลระบบการบันทึกข้อมูลเมื่อพบปัญหาในการลงบันทึกข้อมูลสามารถประสานงานกับทีมที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาได้

1.3.4 บทบาทในการนำข้อมูลและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมาวิเคราะห์ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนาการจัดการดูแลผู้ป่วยต่อไป

1.4. องค์ประกอบที่ 4 พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด และแนวทางการให้สุขศึกษาผู้ป่วยหอบหืด การรักษาผู้ป่วยหอบหืดที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานและอยู่บนพื้นฐานความถูกต้องชัดเจน จึงควรมีแนวทางการรักษาหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ทุกคนสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้ถูกต้องและเป็นแนวทางเดียวกัน แนวทางปฏิบัติที่สร้างขึ้นควรอิงหลักฐานเชิงประจักษ์และมีการทบทวนพัฒนาการดูแลให้ทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจกับผู้ป่วยปฏิบัติเมื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยหอบหืดการพัฒนาแนวปฏิบัตินี้เน้นที่การพัฒนาบทบาทของทีมสุขภาพคือ พัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติเพื่อใช้กับผู้ป่วยได้ และมีบทบาทสำคัญที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ ร่วมกันปรับแก้ให้แนวปฏิบัติมีความทันสมัยอยู่เสมอ พร้อมทั้งสามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ให้กับผู้ป่วยและญาติ มีทักษะในการสอนสาธิต ให้ความรู้และคำแนะนำด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในทีมการพยาบาล เพื่อที่นำมาปรับใช้กับผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลหนึ่งในทีมสุขภาพควรมีบทบาท ดังนี้

1.4.1 ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โดยใช้แนวคิดของ Global Initiative for Asthma (GINA) guidelines 2019 (Global Initiative for Asthma ,2019) ได้แก่ แนวปฏิบัติด้านการรักษาผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และกรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยใน

1.4.2 ร่วมกับทีมในการดูแลผู้ป่วยในการพัฒนาแนวทางการให้สุขศึกษาผู้ป่วยหอบหืด และมีบทบาทเป็นผู้ให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นได้โดยการใช้แนวคิดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) คือ 1) ask me 3 คือ การสอบถามเพื่อการจัดการตนเอง 3 คำถาม ได้แก่ สอบถามผู้ป่วยว่าจะทำอย่างไรเพื่อไม่ให้หอบและต้องกลับมาอนที่โรงพยาบาลอีก (เป็นการสอบถามการจัดการดูแลตนเอง) ทำแล้วดีอย่างไร (เป็นการสอบถามความตระหนัก) จะจัดการตัวเองอย่างไรให้สามารถทำได้

(เป็นการสอบถามการจัดการดูแลตนเอง) และตั้งเป้าหมายร่วมกันว่าในปีนี้จะไม่มีอาการหอบกำเริบจนต้องเข้าอนโรพยาบาล

2) *Teach me back* คือการสอนสุขศึกษาแล้วมีการทบทวนความรู้ ตรวจสอบความตระหนัก และความสามารถนำไปประยุกต์ใช้ เช่น สอบถามว่า ไหนลองทบทวนซิว่า จะจัดการตัวเองอย่างไร (ถามความรู้ที่จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องจำให้ได้) การจัดการดูแลตนเองเรื่องยา การออกกำลังกายแล้วดีอย่างไร (ถามความตระหนัก หรือทัศนคติ) ที่สอนให้ความรู้ไปนี้มีอะไรที่สามารถนำไปใช้ได้ อะไรที่คิดว่าต้องนำไปปรับ และจะปรับหรือจัดการดูแลตนเองอย่างไร (ถามการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้)

3) *การสื่อสารกับผู้ป่วยโดยการเขียน* ควรใช้ประโยคสั้นๆ เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงคำศัพท์เฉพาะทางการแพทย์

4) *การใช้สื่อช่วยสอนโดยการใช้อุปกรณ์ โมเดล วิดีทัศน์ การ์ตูน สื่อสิ่งพิมพ์ ต่างๆ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์* หลีกเลี่ยงรายละเอียดที่ไม่จำเป็น

1.5 องค์ประกอบที่ 5 พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยหอบหืดพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยหอบหืด ดังนั้น พยาบาลควรมีความรู้ความสามารถเฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดเพื่อดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำตลอดจนประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยได้ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดควรทำร่วมกับฝ่ายบริหารในการวางแผนการพัฒนาบุคลากรต่อไปสมรรถนะพยาบาลในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยหอบหืด ประกอบด้วย สมรรถนะด้าน

1.5.1 การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ

1.5.2 *การสอนสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแนวคิดการจัดการตนเอง*

1.5.3 *มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโดยเฉพาะ* และมีสมรรถนะด้านการใช้ความรู้เชิงประจักษ์

1.5.4 มีสมรรถนะด้านภาวะผู้นำ

1.5.5 สมรรถนะด้านการบริหารทรัพยากรสุขภาพ

1.5.6 มีสมรรถนะด้านการจัดการดูแล

1.6. องค์ประกอบที่ 6 ส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และด้านการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง เป้าหมายของการรักษาคือผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ โดยสามารถควบคุมอาการหอบได้ และ ลดการ re- admit ลงได้ สิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยควบคุมอาการของโรคได้นอกจากตัวผู้ป่วยพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีบทบาท ดังนี้

1.6.1 การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย มีรูปแบบของการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองด้านออกกำลังกายได้ โดยการนำแนวคิด Self management ของ Creer 2000 มาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1) **การตั้งเป้าหมาย** ทำได้โดยการตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยในเรื่องของการรักษาและการออกกำลังกายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกาย ซึ่งก่อนมีการตั้งเป้าหมายจะต้องมีการสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้ป่วยหอบหืด และฝึกทักษะในการออกกำลังกายให้ถูกต้องและเหมาะสม โดยใช้การสื่อสารในการตั้งเป้าหมาย เช่น จะบริหารหรือจัดการตนเองเพื่อให้ได้ออกกำลังกายได้อย่างไร ออกกำลังกายแล้วดีอย่างไร มาตรวจตามนัดคราวหน้าอะไรที่ต้องดีขึ้นกว่าเดิม

2) **การรวบรวมข้อมูล** เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังและสังเกตอาการของตนเองและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเองไว้ เช่น การสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกายหรืออาการหอบกำเริบขณะออกกำลังกาย

3) **ประมวลและประเมินข้อมูล** เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เช่น เมื่อออกกำลังกายแล้วมีอาการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง ดีขึ้นหรือแย่ลงอย่างไร

4) **การตัดสินใจ** เป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเองหลังจากที่ผู้ป่วยได้รวบรวมข้อมูล ประมวลและประเมินข้อมูลของตนเองแล้ว เป็นการตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้

5) **การลงมือปฏิบัติ** เป็นการใช้ทักษะในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยโดยการออกกำลังกายเพื่อประสิทธิภาพการทำงานของปอด โดยผู้ป่วยต้องออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามแนวทางที่ตนเองวางไว้

6) **การสะท้อนตนเอง** เป็นการประเมินผลการออกกำลังกายของตนเองว่าสามารถควบคุมโรคได้หรือไม่เป็นไปตามที่ตนเองตั้งไว้หรือไม่

1.6.2 การจัดการความเครียด มีรูปแบบของการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยจัดการตนเองโดยการประยุกต์บทบาทพยาบาลในการป้องกันและจัดการความเครียด (พรพรรณ ศรีโสภา, 2560) เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นกับผู้ป่วยย่อมเกิดผลกระทบกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรหาวิธีการจัดการความเครียดนั้นโดยเร็วเพื่อให้ตนเองสามารถผ่านความเครียดนั้นๆ ไปได้ การจัดการความเครียดมีหลายวิธี และผู้ป่วยแต่ละคนก็ใช้วิธีการจัดการความเครียดที่แตกต่างกัน บุคลากรทางด้านสุขภาพควรมีความรู้ในการจัดการความเครียด และสามารถประยุกต์การจัดการความเครียดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ ดังนี้

1) ประเมินความเครียดของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิตกับผู้ป่วยทุกรายที่มาใช้บริการ

2) การค้นหาสิ่งเร้า และสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดเพื่อที่จะเลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น

3) การเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการจัดการความเครียด และนำไปใช้ เช่น

(1) การจัดการกับความเครียดเพื่อลดกลุ่มอาการของความเครียด เช่น การฝึกการหายใจ (Breathing exercises) การนวด (Massage) การออกกำลังกาย (Exercise) และการทำสมาธิ (Meditation) เป็นต้น

(2) การจัดการกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ การแก้ปัญหา (Problem solving) การตัดสินใจ (Decision making) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) การแก้ไขความขัดแย้ง การเจรจาต่อรอง (Conflict resolution and negotiation) และการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการจัดการกับความคิดโดยการปรับวิถีคิดของบุคคลในสถานการณั้นั้นแทนความคิดที่ไม่เหมาะสม

4) การประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้วิธีการจัดการกับความเครียด หากความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นหมดไป จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

1.6.3 ด้านการใช้จ่าย

เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยหอบหืดโดยการใช้ยามีความจำเป็น ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตอรอยด์ชนิดสูดพ่นเป็นยาหลักในการควบคุมโรค สำหรับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็วจะใช้เพื่อบรรเทาอาการหืดกำเริบเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาชนิดสูดพ่นแล้วยังควบคุมอาการหอบไม่ได้ควรพิจารณาปรับขนาดยาตามความรุนแรงที่เกิดขึ้น แต่สิ่งที่ควรสังเกตควรมีการตรวจสอบการใช้จ่ายที่ถูกวิธีกับผู้ป่วยร่วมด้วยเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง บทบาทของทีมสุขภาพ คือสามารถประเมินการใช้จ่ายของผู้ป่วยหอบหืดได้ พร้อมทั้งสอน ฝึกทักษะการใช้จ่ายพ่นเพื่อให้ผู้ป่วยใช้จ่ายได้ถูกต้อง มีรูปแบบของการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเอง ดังนี้

1) การตั้งเป้าหมาย ทำได้โดยการตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยในเรื่องของการใช้จ่ายที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดเข้าใจและการใช้จ่ายได้ถูกวิธี ซึ่งก่อนมีการตั้งเป้าหมายจะต้องมีการทบทวนและสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชนิดต่างๆ และฝึกทักษะในการใช้ยาชนิดสูดพ่นให้ถูกต้อง อาจใช้การสื่อสาร เช่น จะจัดการดูแลเรื่องการใช้จ่ายของตนเองอย่างไร ครั้งต่อไปที่มาตรวจตามนัดสามารถใช้จ่ายพ่นได้ถูกต้อง

2) *การรวบรวมข้อมูล* เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังและสังเกตอาการของตนเองและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเองไว้ เช่น การสังเกตอาการข้างเคียงขณะใช้ยา และอาการที่ควรมาพบแพทย์เมื่อมีอาการแพ้ยา

3) *ประมวลและประเมินข้อมูล* เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เช่น เมื่อใช้ยาแล้วอาการข้างเคียงอย่างไร

4) *การตัดสินใจ* เป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเองหลังจากที่ผู้ป่วยได้รวบรวมข้อมูล ประมวลและประเมินข้อมูลของตนเองแล้ว เป็นการตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้

5) *การลงมือปฏิบัติ* เป็นการใช้ทักษะในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยโดยการให้ยาพ่นให้ถูกต้องเพื่อสามารถควบคุมโรคได้ โดยผู้ป่วยต้องใช้ยาตามแผนการรักษา

6) *การสะท้อนตนเอง* เป็นการประเมินผลการใช้ยาของตนเองว่าสามารถควบคุมโรคได้หรือไม่เป็นไปตามที่ตนเองตั้งไว้หรือไม่

2. บทบาทของครอบครัวและชุมชนในการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด

ครอบครัวและชุมชนเป็นองค์ประกอบเสริม ด้านการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุน รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย ดังนี้

1.7. องค์ประกอบที่ 7 ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วย และร่วมพัฒนาสิ่งแวดล้อม

1.7.1 ญาติและชุมชนมีส่วนสำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดพยาบาลวิชาชีพควรให้คนในครอบครัวที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย (ผู้ดูแลหลัก) มีส่วนร่วมกับพยาบาลและทีมสุขภาพในการกำหนดปัญหา เป้าหมาย และกลวิธีในการจัดการดูแลตนเอง หรือการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและครอบครัว นอกจากนี้ถ้าพบว่ามีปัญหาหรือสาเหตุของการเจ็บป่วยมีผลมาจากชุมชนควรให้คนชุมชนรับรู้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองได้ภายใต้องค์ประกอบที่สำคัญคือ ผู้ดูแล ครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่บ้าน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน

1.7.2 การจัดการสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่ออาการกระตุ้นหลอดลมของผู้ป่วย

หอบหืด ทำให้อาการหอบกำเริบได้ ไม่ว่าจะเป็นฝุ่นละออง ขยะ คิวไฟ สารเคมีต่างๆ สภาพแวดล้อมที่ดีย่อมทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้นผู้ป่วย ครอบครัว คนในชุมชน และผู้นำชุมชน ควรช่วยกันในการปรับสภาพแวดล้อมไม่ให้มีมลพิษ เพื่อให้ผู้ป่วยหอบหืดสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ไม่มีอาการหอบกำเริบ

3. บทบาทของผู้ป่วยในการจัดการดูแลตนเอง

การจัดการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าผู้ป่วยหอบหืดสามารถจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคได้ก็จะทำให้ผู้ป่วยควบคุมอาการและไม่มีอาการหอบกำเริบสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยสามารถแบ่งเป็น 2 ประเด็นคือ

3.1 สามารถจัดการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุม อาการกำเริบได้ ในเรื่อง

3.1.1 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการทำงานของปอดดีขึ้น ทำให้ลดอาการกำเริบของโรคหอบได้ ก่อนออกกำลังกายผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์ก่อนเพื่อพิจารณาว่าสามารถออกกำลังกายได้มากน้อยเพียงใด การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยหอบหืด เช่น การฝึกการหายใจ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เดิน วิ่ง โยคะ

3.1.2 การจัดการความเครียด

เมื่อเจ็บป่วยย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ ความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหอบหืดเกิดอาการกำเริบได้ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดและจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลดีกับผู้ป่วย การจัดการกับความเครียดมีหลากหลายวิธี เช่น การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ การนวด หรือจะเลือกการเผชิญกับความเครียดนั้นๆ และหาวิธีแก้ไขก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นปัญหาไปได้

3.1.3 การใช้ยาที่ถูกต้อง

การใช้ยาในผู้ป่วยหอบหืดมีความสำคัญเนื่องจากยาที่ใช้มีทั้งยาชนิดรับประทานและยาชนิดสูดพ่นขยายหลอดลม ซึ่งการใช้ยาชนิดสูดพ่นจะมีเทคนิคพิเศษในการใช้ ถ้าผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้องจะทำให้ได้ยาไม่เพียงพอส่งผลให้อาการหอบไม่ทุเลาได้ ดังนั้นผู้ป่วยหอบหืดต้องสามารถใช้ยาชนิดสูดพ่นขยายหลอดลมได้ถูกต้อง ใช้ยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาไม่ปรับเปลี่ยนหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง หากใช้ยาแล้วมีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก ผื่นคัน ซึ่งเป็นอาการที่ส่งสัญญาณแพ้ยา ควรปรึกษาแพทย์

3.1.4 อื่น ๆ เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ เช่น ฝุ่น ควัน สภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะไปกระตุ้นทำให้หลอดลมตีบแคบทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยได้ การจัดสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัว ในบ้านและสถานที่ทำงานให้สะอาดจะช่วยลดฝุ่นละอองที่ทำให้ผู้ป่วยหอบได้ และการปฏิบัติตัวในเรื่อง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนให้เพียงพอ การมาตรวจตามแพทย์นัด ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้

3.2 สามารถจัดการดูแลตนเองเมื่อมีอาการกำเริบได้

-เมื่อมีอาการหอบกำเริบ ผู้ป่วยหอบหืดทุกรายควรมียาพ่นฉุกเฉินติดตัวไว้เมื่อมีอาการกำเริบสามารถใช้ยาพ่นฉุกเฉินก่อน ถ้าพ่นยา 2 ครั้งแล้วอาการไม่ดีขึ้นควรมาโรงพยาบาล

- ระบบบริการฉุกเฉิน 1669 เมื่อผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบจนไม่สามารถเดินมาโรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง สามารถใช้บริการฉุกเฉินจากทางโรงพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง

จากการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืดจะเห็นว่าผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องนอกจากจะเป็นตัวผู้ป่วยแล้ว ทีมสหสาขาวิชาชีพก็มีส่วนในการจัดการดูแลผู้ป่วยทั้ง แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในชุมชน ครอบครัว ทุกคนมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองส่งผลให้สามารถควบคุมโรคไม่มีอาการกำเริบได้

ตอนที่ 3 ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืด

โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิที่พัฒนาขึ้น

ผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่สร้างขึ้น (ดังรายละเอียดข้างต้นที่กล่าวมา) นำไปประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยใช้เครื่องมือชุดที่ 2 คือ แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิผู้ประเมินเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักที่ให้ข้อมูลในตอนต้นที่ 1 ได้แก่ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ รวมจำนวน 4 ท่าน (ได้แก่คนที่ใช้รหัส HN2 , PT3 , PA2 และ PF2) และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางทางด้านอายุรกรรม ผู้บริหารทางการแพทย์ และ อาจารย์พยาบาลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเรื่อง การจัดการรายกรณีโรคเรื้อรังรวมทั้งหมด 7 คน

ข้อคำถามที่ใช้ประเมินใช้แนวคิดของ AGREE II Instrument, 2017 ครอบคลุม 6 มิติ จำนวน 14 ข้อ ๆ ละ 7 คะแนนตามลำดับ ดังนี้

มิติที่ 1 ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์

ข้อ 1 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืด

ข้อ 2 รูปแบบที่พัฒนาเป็นปัญหาสำคัญทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหอบหืด

ข้อ 3 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้รูปแบบทางคลินิกนี้อย่างชัดเจน

มิติที่ 2 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง

ข้อ 4 บุคลากรจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหอบหืด (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร) มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ

ข้อ 5 ผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยและญาติ) มีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบและแสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ข้อ 6 ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

มิติที่ 3 ด้านขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ

ข้อ 7 การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดได้ประยุกต์ใช้แนวคิด/ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) แนวคิด chronic care model และ GINA Guideline 2019 มาเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบ

ข้อ 8 ผู้ทรงคุณวุฒิมีส่วนร่วมในการตรวจสอบคุณภาพและความเหมาะสมของรูปแบบก่อนนำมาใช้

มิติที่ 4 ด้านความชัดเจนของการพัฒนา

ข้อ 9 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการระบุองค์ประกอบของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้อย่างชัดเจนและครอบคลุม 7 องค์ประกอบ

ข้อ 10 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการระบุขั้นตอนและวิธีการสร้างรูปแบบการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืดอย่างชัดเจน

มิติที่ 5 ด้านการนำรูปแบบไปใช้

ข้อ 11 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล/หน่วยงาน สามารถนำไปปฏิบัติได้

ข้อ 12 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม คุ่มค่า ในการดำเนินงาน สามารถติดตามและประเมินผลได้

มิติที่ 6 ด้านการเป็นอิสระของทีมจัดทำรูปแบบ

ข้อ 13 ผู้ร่วมสร้างรูปแบบมีอิสระในการให้ข้อมูลโดยไม่มีการถูกบังคับจากผู้วิจัยและผู้อื่น

ข้อ 14 มีหลักฐานการบันทึกความคิดเห็นของผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางแสดงคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จำแนกตามความคิดเห็นผู้ประเมินแต่ละมิติ โดยคำนวณ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาตามข้อเสนอของ AGREE Next Steps Consortium (2017) ดังนี้

$$\text{ระดับคะแนนความเหมาะสมมิติ คือ } \frac{(\text{คะแนนที่ได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}) \times 100}{(\text{คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้})}$$

คะแนนสูงสุดที่จะเป็นไปได้ = 7 (เห็นด้วยอย่างมาก) \times จำนวนคำถามทั้งหมด \times จำนวนผู้ประเมิน

คะแนนต่ำสุดที่จะเป็นไปได้ = 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) \times จำนวนคำถามทั้งหมด \times จำนวนผู้ประเมิน

ตารางที่ 4.2 แสดงคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จำแนกตามความคิดเห็นผู้ประเมินตามมิติที่ 1 ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ (ข้อที่ 1-3)

	ข้อที่ 1	ข้อที่ 2	ข้อที่ 3	รวม
ผู้ประเมินคนที่ 1	6	5	6	17
ผู้ประเมินคนที่ 2	7	7	7	21
ผู้ประเมินคนที่ 3	6	6	6	18
ผู้ประเมินคนที่ 4	7	7	7	21
ผู้ประเมินคนที่ 5	7	5	6	18
ผู้ประเมินคนที่ 6	6	6	7	19
ผู้ประเมินคนที่ 7	7	6	7	20
รวม	46	42	46	134

ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 7 (คะแนน) \times 3 ข้อ \times 7 (ผู้ประเมิน) = 147

ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 1 (คะแนน) \times 3 ข้อ \times 7 (ผู้ประเมิน) = 21

ค่าคะแนนที่ได้จริงในมิติที่ 1 = 134

ระดับคะแนนความเหมาะสมมิติที่ 1 คือ $\frac{(\text{คะแนนที่ได้} - 21) \times 100}{(147 - 21)} = \frac{(134 - 21) \times 100}{126} = 89.68\%$

ตารางที่ 4.2 แสดงคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด
โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จำแนกตามความคิดเห็นผู้ประเมินตามมิติที่ 2 ด้านการ
มีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง (ข้อ 4-6)

	ข้อที่ 4	ข้อที่ 5	ข้อที่ 6	รวม
ผู้ประเมินคนที่ 1	6	5	5	16
ผู้ประเมินคนที่ 2	7	6	6	19
ผู้ประเมินคนที่ 3	6	6	6	18
ผู้ประเมินคนที่ 4	7	7	7	21
ผู้ประเมินคนที่ 5	5	5	6	16
ผู้ประเมินคนที่ 6	6	5	6	17
ผู้ประเมินคนที่ 7	5	3	4	12
รวม	42	37	40	119

ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 7 (คะแนน) × 3 ข้อ × 7 (ผู้ประเมิน) = 147

ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 1 (คะแนน) × 3 ข้อ × 7 (ผู้ประเมิน) = 21

ค่าคะแนนที่ได้จริงในมิติที่ 2 = 119

ระดับคะแนนความเหมาะสมมิติที่ 2 คือ
$$\frac{(\text{คะแนนที่ได้} - 21) \times 100}{(147 - 21)} = \frac{(119 - 21) \times 100}{126} = 77.77\%$$

ตารางที่ 4.2 แสดงคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด
โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จำแนกตามความคิดเห็นผู้ประเมินตามมิติที่ 3 ด้าน
ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ (ข้อ 7-8)

	ข้อที่ 7	ข้อที่ 8	รวม
ผู้ประเมินคนที่ 1	6	7	13
ผู้ประเมินคนที่ 2	7	7	14
ผู้ประเมินคนที่ 3	6	6	12
ผู้ประเมินคนที่ 4	7	7	14
ผู้ประเมินคนที่ 5	6	6	12
ผู้ประเมินคนที่ 6	6	6	12
ผู้ประเมินคนที่ 7	3	2	5
รวม	41	41	82

ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 7 (คะแนน) × 2 ข้อ × 7 (ผู้ประเมิน) = 98

ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 1 (คะแนน) × 2 ข้อ × 7 (ผู้ประเมิน) = 14

ค่าคะแนนที่ได้จริงในมิติที่ 3 = 82

ระดับคะแนนความเหมาะสมมิติที่ 3 คือ $\frac{(\text{คะแนนที่ได้} - 14) \times 100}{(98 - 14)} = \frac{(82 - 14) \times 100}{84} = 80.95\%$

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

	ข้อที่ 9.1	ข้อที่ 9.2	ข้อที่ 9.3	ข้อที่ 9.4	ข้อที่ 9.5	ข้อที่ 9.6	ข้อที่ 9.7	ข้อที่ 10	รวม
ผู้ประเมิน คนที่ 1	7	7	7	6	6	6	7	6	52
ผู้ประเมิน คนที่ 2	7	7	7	7	7	7	7	7	56
ผู้ประเมิน คนที่ 3	6	6	6	6	6	7	6	6	49
ผู้ประเมิน คนที่ 4	7	7	7	7	7	7	7	7	56
ผู้ประเมิน คนที่ 5	6	6	6	6	6	6	6	5	47
ผู้ประเมิน คนที่ 6	6	6	5	6	6	5	6	5	45
ผู้ประเมิน คนที่ 7	6	3	4	3	3	6	4	3	32
รวม	45	42	42	41	41	44	43	39	337

ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 7 (คะแนน) × 8 ข้อ × 7 (ผู้ประเมิน) = 392

ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 1 (คะแนน) × 8 ข้อ × 7 (ผู้ประเมิน) = 56

ค่าคะแนนที่ได้จริงในมิติที่ 4 = 337

ระดับคะแนนความเหมาะสมมิติที่ 4 คือ $\frac{(\text{คะแนนที่ได้} - 56) \times 100}{(392 - 56)} = \frac{(337 - 56) \times 100}{336} = 83.63\%$

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

	ข้อที่ 11	ข้อที่ 12	รวม
ผู้ประเมินคนที่ 1	7	7	14
ผู้ประเมินคนที่ 2	7	7	14
ผู้ประเมินคนที่ 3	7	6	13
ผู้ประเมินคนที่ 4	7	7	14
ผู้ประเมินคนที่ 5	6	5	11
ผู้ประเมินคนที่ 6	6	6	12
ผู้ประเมินคนที่ 7	6	4	10
รวม	46	42	88

ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 7 (คะแนน) × 2 ข้อ × 7 (ผู้ประเมิน) = 98

ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 1 (คะแนน) × 2 ข้อ × 7 (ผู้ประเมิน) = 14

ค่าคะแนนที่ได้จริงในมิติที่ 5 = 88

ระดับคะแนนความเหมาะสมมิติที่ 5 คือ $\frac{(\text{คะแนนที่ได้} - 14) \times 100}{(98 - 14)} = \frac{(88 - 14) \times 100}{84} = 88.10\%$

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

	ข้อที่ 13	ข้อที่ 14	รวม
ผู้ประเมินคนที่ 1	7	7	14
ผู้ประเมินคนที่ 2	7	7	14
ผู้ประเมินคนที่ 3	6	6	12
ผู้ประเมินคนที่ 4	7	7	14
ผู้ประเมินคนที่ 5	5	5	10
ผู้ประเมินคนที่ 6	6	6	12
ผู้ประเมินคนที่ 7	6	4	10
รวม	44	42	86

ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 7 (คะแนน) × 2 ข้อ × 7 (ผู้ประเมิน) = 98

ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 1 (คะแนน) × 2 ข้อ × 7 (ผู้ประเมิน) = 14

ค่าคะแนนที่ได้จริงในมิติที่ 6 = 86

ระดับคะแนนความเหมาะสมมิติที่ 6 คือ
$$\frac{(\text{คะแนนที่ได้} - 14) \times 100}{(98 - 14)} = \frac{(86 - 14) \times 100}{84} = 85.71\%$$

สรุปผลการประเมินความเหมาะสมโดยภาพรวมทั้ง 6 มิติ

ค่าคะแนนรวมสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 7 (คะแนน) × 20 ข้อ × 7 (ผู้ประเมิน) = 980

ค่าคะแนนรวมต่ำสุดที่สามารถเป็นไปได้ = 1 (คะแนน) × 20 ข้อ × 7 (ผู้ประเมิน) = 140

ค่าคะแนนที่ได้จริงรวมทั้ง 6 มิติ = 846

ระดับคะแนนความเหมาะสมโดยภาพรวมทั้ง 6 มิติ =
$$\frac{(\text{คะแนนรวมที่ได้} - 140)}{(980 - 140)} \times 100$$

$$= \frac{(846 - 140)}{840} = 84.05 \%$$

สรุปผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดแต่ละมิติ มีดังนี้ มิติที่ 1 ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ ร้อยละ 89.68 มิติที่ 2 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 77.77 มิติที่ 3 ด้านขั้นตอนการพัฒนารูปแบบร้อยละ 80.95 มิติที่ 4 ด้านความชัดเจนของการพัฒนา ร้อยละ 83.33 มิติที่ 5 ด้านการนำรูปแบบไปใช้ ร้อยละ 88.10 มิติที่ 6 ด้านความเป็นอิสระของทีมงานจัดทำรูปแบบร้อยละ 85.71 และผลการประเมินคะแนนความเหมาะสมโดยรวมทั้ง 6 มิติ ร้อยละ 84.05 ดังรายละเอียดในตาราง 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าคะแนนประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโรงพยาบาล
ชุมชนระดับทุติยภูมิ แสดงค่าเป็นร้อยละของคะแนน จำแนกแต่ละมิติและประเมินโดย
ภาพรวมทั้ง 6 มิติ

มิติด้านการ ประเมินความ เหมาะสม	คะแนนประเมินความเหมาะสมจากผู้ประเมิน							คะแนน ประเมิน โดยรวม (ร้อยละ)
	ตัวแทนจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก			ผู้ทรงคุณวุฒิ				
	พยาบาล	นัก กายภาพ	ผู้ป่วย	ญาติ	แพทย์	หัวหน้า พยาบาล	อาจารย์ พยาบาล	
มิติที่ 1 ด้านวัตถุประสงค์								
1.1.รูปแบบที่ พัฒนาขึ้นมี วัตถุประสงค์เพื่อใช้ ในการจัดการการ ดูแลผู้ป่วยหอบหืด	83.33	100	83.33	100	100	83.33	100	92.86
1.2.คำถามในการ พัฒนารูปแบบเป็น ปัญหาทางคลินิก ของผู้ป่วยหอบหืด	66.67	100	83.33	100	66.67	83.33	83.33	83.33
1.3.รูปแบบที่ พัฒนาขึ้นมีการระบุ กลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้ รูปแบบทางคลินิกนี้ อย่างชัดเจน	83.33	100	83.33	100	83.33	100	100	92.86
มิติที่ 2 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง								
1.4 บุคลากรจาก ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ เกี่ยวข้องกับการดูแล ผู้ป่วยหอบหืด (แพทย์ พยาบาล นัก กายภาพบำบัด เภสัช กร) มีส่วนร่วมในการ พัฒนารูปแบบ	83.33	100	83.33	100	66.67	83.33	66.67	83.33

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

มิติด้านการ ประเมินความ เหมาะสม	คะแนนประเมินความเหมาะสมจากผู้ประเมิน							คะแนน ประเมิน โดยรวม (ร้อยละ)
	ตัวแทนจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก				ผู้ทรงคุณวุฒิ			
	พยาบาล	นัก กายภาพ	ผู้ป่วย	ญาติ	แพทย์	หัวหน้า พยาบาล	อาจารย์ พยาบาล	
1.5. ผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยและญาติ) มี ส่วนร่วมในการ สร้างรูปแบบและ แสดงความคิดเห็น ต่อรูปแบบที่ พัฒนาขึ้น	66.67	83.33	83.33	100	66.67	66.67	33.33	71.43
1.6. ผู้มีส่วนร่วมใน การพัฒนา รูปแบบ การจัดการการดูแล ผู้ป่วยหอบหืดเป็นผู้ ที่มีคุณสมบัติตาม เกณฑ์ที่กำหนด	66.67	83.33	83.33	100	83.33	83.33	50.00	78.57
มิติที่ 3 ด้านขั้นตอนการพัฒนา								
1.7. การพัฒนา รูปแบบการจัดการ การดูแลผู้ป่วยหอบ หืดได้ประยุกต์ใช้ แนวคิด/ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิดการ จัดการตนเอง (self management) แนวคิด chronic care model และ GINA Guideline	83.33	100	83.33	100	83.33	83.33	50.00	83.33

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

มิติด้านการ ประเมินความ เหมาะสม	คะแนนประเมินความเหมาะสมจากผู้ประเมิน							คะแนน ประเมิน โดยรวม (ร้อยละ)
	ตัวแทนจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก			ผู้ทรงคุณวุฒิ				
	พยาบาล	นัก กายภาพ	ผู้ป่วย	ญาติ	แพทย์	หัวหน้า พยาบาล	อาจารย์ พยาบาล	
2019 มาเป็นกรอบ ในการพัฒนา รูปแบบ								
1.8.ผู้ทรงคุณวุฒิมี ส่วนร่วมในการ ตรวจสอบคุณภาพ และความเหมาะสม ของรูปแบบก่อน นำมาใช้	100	100	83.33	100	83.33	83.33	33.33	83.33
มิติที่ 4 ด้านความชัดเจนของการพัฒนา								
1.9.รูปแบบที่ พัฒนาขึ้นมีการระบุ องค์ประกอบของ รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้อย่างชัดเจนและ ครอบคลุม								
ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้ -องค์ประกอบที่ 1 การจัดบริการ สุขภาพอย่าง ต่อเนื่อง และ เชื่อมโยงจาก โรงพยาบาลสู่บ้าน	100	100	83.33	100	83.33	83.33	83.33	90.47

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

มิติด้านการ ประเมินความ เหมาะสม	คะแนนประเมินความเหมาะสมจากผู้ประเมิน							คะแนน ประเมิน โดยรวม (ร้อยละ)
	ตัวแทนจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก				ผู้ทรงคุณวุฒิ			
	พยาบาล	นัก กายภาพ	ผู้ป่วย	ญาติ	แพทย์	หัวหน้า พยาบาล	อาจารย์ พยาบาล	
มิติที่ 4 ด้านความชัดเจนของการพัฒนา (ต่อ)								
-องค์ประกอบที่ 2 การทำงานร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยหรือ ญาติร่วม ตั้งเป้าหมาย	100	100	83.33	100	83.33	83.33	33.33	83.33
-องค์ประกอบที่ 3 พัฒนาระบบการ ลงบันทึกข้อมูล ผู้ป่วยหอบหืดและ นำผลมาวิเคราะห์ มาใช้กับผู้ป่วย	100	100	83.33	100	83.33	66.67	50.00	83.33
-องค์ประกอบที่ 4 พัฒนาแนวปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วย หอบหืด และ แนวทางการให้สุข ศึกษาผู้ป่วยหอบ หืด	83.33	100	83.33	100	83.33	83.33	33.33	80.95
-องค์ประกอบที่ 5 พัฒนาสมรรถนะ พยาบาลในการ จัดการรายกรณี ผู้ป่วยหอบหืด	83.33	100	83.33	100	83.33	83.33	33.33	80.95

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

มิติด้านการประเมิน ความเหมาะสม	คะแนนประเมินความเหมาะสมจากผู้ประเมิน							คะแนน ประเมิน โดยรวม (ร้อยละ)
	ตัวแทนจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก				ผู้ทรงคุณวุฒิ			
	พยาบาล	นัก กายภาพ	ผู้ป่วย	ญาติ	แพทย์	หัวหน้า พยาบาล	อาจารย์ พยาบาล	
มิติที่ 4 ด้านความชัดเจนของการพัฒนา								
-องค์ประกอบที่ 6								
ส่งเสริม การจัดการการดูแล ตนเองของผู้ป่วยใน ด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และด้านการใช้ยาให้ มีประสิทธิภาพ	83.33	100	100	100	83.33	66.67	83.33	88.09
-องค์ประกอบที่ 7	100	100	83.33	100	83.33	83.33	50.00	85.71
ครอบครัวและชุมชนมี ส่วนร่วมในการจัดการ การดูแลตนเองของ ผู้ป่วย และร่วมพัฒนา สิ่งแวดล้อม								
1.10.รูปแบบที่ พัฒนาขึ้นมีการระบุ ขั้นตอนและวิธีการ สร้างรูปแบบการ จัดการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยหอบหืดอย่าง ชัดเจน	83.33	100	83.33	100	66.67	66.67	33.33	76.19
มิติที่ 5 ด้านการนำรูปแบบไปใช้								
1.11.รูปแบบที่ พัฒนาขึ้นเหมาะสมกับ บริบทของ	100	100	100	100	83.33	83.33	83.33	92.86

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

มิติด้านการ ประเมินความ เหมาะสม	คะแนนประเมินความเหมาะสมจากผู้ประเมิน							คะแนน ประเมิน โดยรวม (ร้อยละ)
	ตัวแทนจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก				ผู้ทรงคุณวุฒิ			
	พยาบาล	นัก กายภาพ	ผู้ป่วย	ญาติ	แพทย์	หัวหน้า พยาบาล	อาจารย์ พยาบาล	
โรงพยาบาล/ หน่วยงาน สามารถ นำไปปฏิบัติได้								
1.12.รูปแบบที่ พัฒนาขึ้นมีการใช้ ทรัพยากรที่ เหมาะสม คุ่มค่า ใน การดำเนินงาน สามารถติดตาม และประเมินผลได้	100	100	83.33	100	66.67	83.33	50.00	88.33
มิติที่ 6ด้านการเป็นอิสระของทีมจัดทำรูปแบบ								
1.13 ผู้ร่วมสร้าง รูปแบบมีอิสระใน การให้ข้อมูลโดยไม่มี การถูกบังคับจาก ผู้วิจัยและผู้อื่น	100	100	83.33	100	66.67	83.33	83.33	88.09
มิติที่ 6ด้านการเป็นอิสระของทีมจัดทำรูปแบบ								
1.14 มีหลักฐาน การบันทึกความ คิดเห็นของผู้ร่วม พัฒนารูปแบบ	100	100	83.33	100	66.67	83.33	50.00	83.33
ประเมินโดยรวม	88.33	98.33	84.99	100	78.33	80.83	59.17	84.53

จากตารางที่ 4.6 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วย
หอบหืดโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ ผู้ประเมินส่วนใหญ่ประเมินมิติที่ 5 ด้านการนำรูปแบบไปใช้
รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และมีการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม มากที่สุด

เท่ากับร้อยละ 92.86 และ 88.33 ตามลำดับ และมีมติที่ 1 ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ รูปแบบปีการ ระบุวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายชัดเจนเท่ากับร้อยละ 92.86 , 83.33 และ 92.86 ตามลำดับ การ ประเมินรูปแบบแต่ละองค์ประกอบผู้ประเมินส่วนใหญ่ประเมินว่าองค์ประกอบที่เหมาะสมที่จะ นำไปใช้มากที่สุดคือ องค์ประกอบที่ 1 การจัดบริการเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ร้อยละ 90.47 รองลงมาคือองค์ประกอบที่ 2 ส่งเสริม การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และด้านการใช้ยา ให้มีประสิทธิภาพร้อยละ 88.09

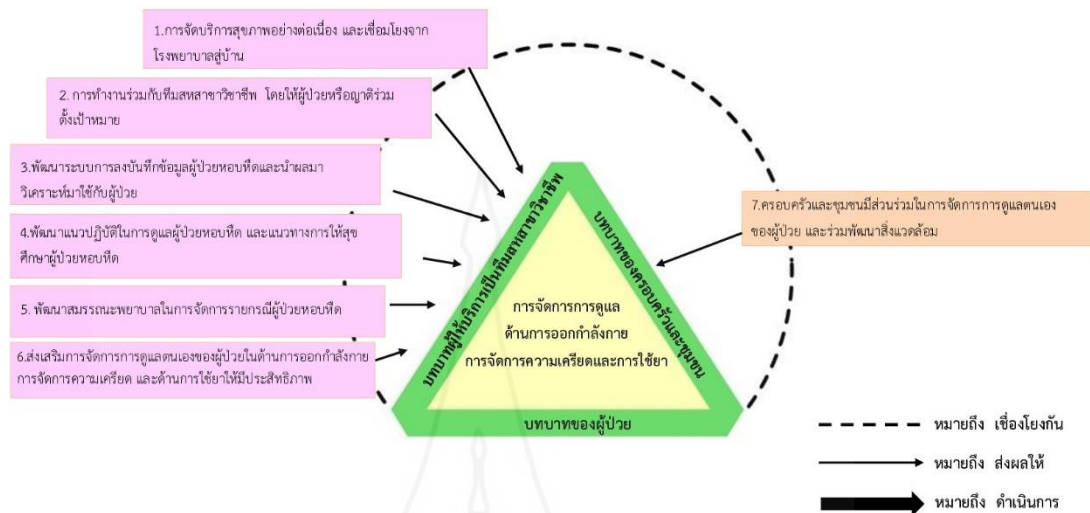
สำหรับองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่คะแนนผล การประเมินน้อยที่สุดคือ องค์ประกอบที่ 3 พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด เช่น Clinical Nursing Practice Guideline และแนวทางการให้สุขศึกษาผู้ป่วยหอบหืดเพื่อให้ผู้ป่วยจัดการดูแล ตนเองได้ ร้อยละ 80.95 และองค์ประกอบที่ 4 พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการจัดการรายกรณีผู้ป่วย หอบหืด (case manager) ร้อยละ 80.95 คะแนนประเมินความเหมาะสม

เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมทั้ง 6 มติ ผลการประเมินได้ร้อยละ 84.53 ซึ่งมีค่ามากกว่าร้อย ละ 70 สามารถสรุปได้ว่า ร่างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืดนั้นสามารถเป็นที่ยอมรับและ นำไปใช้ได้

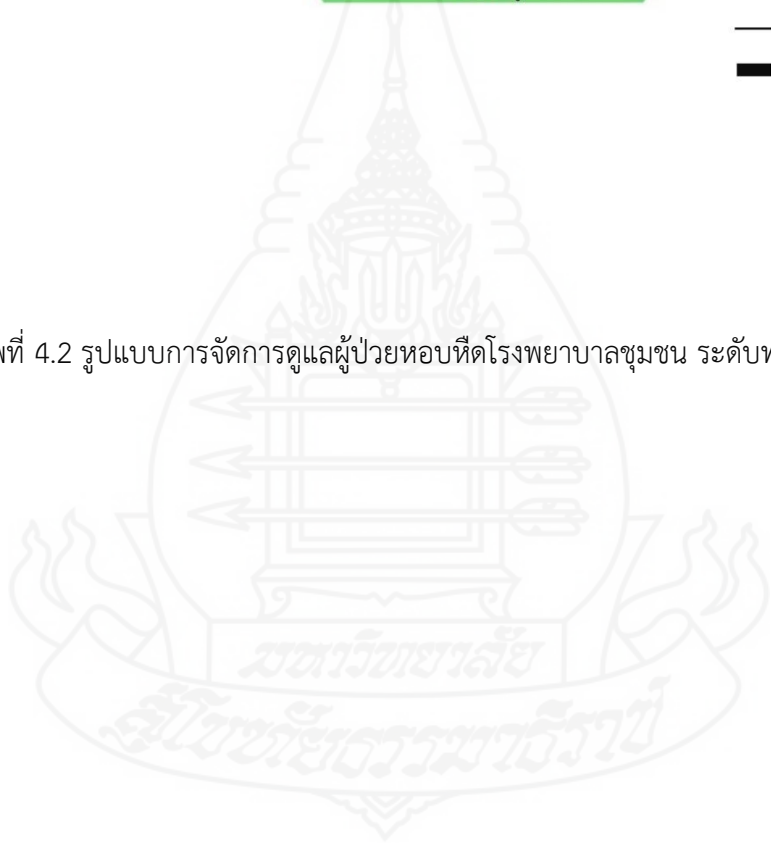
ข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ประเมินความเหมาะสมร่างรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบ หืดมีดังนี้

1. ตัวแทนกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ให้ข้อเสนอแนะดังนี้
 - 1.1 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นควรมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม เช่น นักจิตวิทยา และนักโภชนาการ
 2. กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ
 - 2.1 การระบุกลุ่มผู้ป่วยควรเน้นใช้กับกลุ่มใดและข้อจำกัดอะไร
 - 2.2 ทีมสหสาขาวิชาชีพควรเพิ่มนักโภชนาการเพื่อสนับสนุนการเพิ่มสารอาหารก่อน ออกกำลังกาย กรณีผู้ป่วยมีความเครียดสามารถดึงนักจิตวิทยาเข้ามาร่วมในการจัดการได้

หลังจากนำรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืดประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ แล้วพบว่ารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่สร้างขึ้นยังขาดทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ นักจิตวิทยา และนักโภชนาการ จึงได้ปรับรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาล ชุมชนระดับทุติยภูมิ ดังภาพที่ 4.3



ภาพที่ 4.2 รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยพรรณนา เพื่อเพื่อวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิในจังหวัดสระบุรี แล้วนำผลการวิเคราะห์มาประกอบการสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดในโรงพยาบาลชุมชน สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 วิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ

1.1.2 เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับ
ทุติยภูมิ

1.1.3 เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่
พัฒนาขึ้น

1.2 วิธีการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1.2.1 *ระยะศึกษาการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด* โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ
จังหวัดสระบุรี

1) *ผู้ให้ข้อมูลหลัก* ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 ผู้ให้บริการจากโรงพยาบาล 4 แห่ง ได้แก่ แพทย์พยาบาล เภสัชกร นักรกายภาพบำบัด รวม 16 คน กลุ่มที่ 2 ผู้รับบริการ ประกอบด้วย ผู้ป่วยและญาติ แห่งละ 2 คน รวม 8 คน และ ผู้ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด ได้แก่ ตัวแทนของผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มที่ 1 ได้แก่ ผู้ให้บริการ 4 คน ผู้รับบริการ 2 คนและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 1 คน รวม 7 คน คัดเลือกแบบเจาะจงและ ทุกคนยินดีให้ข้อมูล

2) *เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา* คือประเด็นคำถามกึ่งโครงสร้างที่ใช้สัมภาษณ์รายบุคคลเกี่ยวกับการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จำนวนทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่ เครื่องมือชุดที่ 1 ประเด็นคำถามปลายเปิดใช้สำหรับสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้บริการ 1 ชุด และประเด็นคำถามปลายเปิดใช้สำหรับสัมภาษณ์กลุ่มผู้รับบริการ 1 ชุด เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด

3) *การเก็บรวบรวมข้อมูล* เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก 2 กลุ่มโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์รายบุคคลกับกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการด้วยตนเอง ใช้เวลาสัมภาษณ์รายบุคคลประมาณ 40-50 นาที โดยขออนุญาตบันทึกเทปเสียง และเหตุการณ์ ในระหว่างการสัมภาษณ์รายบุคคล

4) *การวิเคราะห์ข้อมูล* วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการและผู้รับบริการโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด

1.2.2 ระยะเวลาสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมินำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคล วิเคราะห์สรุปประเด็นรวมถึงข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลหลัก มาสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ ตามกรอบแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model ของ Edward Wagner ปี 1998) ร่วมกับ Self - management ของ Creer 2000 และ Global Initiative for Asthma (GINA) guidelines 2019) จากนั้นนำร่างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณา ตรวจสอบความถูกต้องตามโครงสร้างและเนื้อหา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะแล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนได้ร่างรูปแบบที่เหมาะสม ก่อนนำไปประเมินความเหมาะสมของร่างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด

1.2.3 ระยะเวลาประเมินความเหมาะสมของร่างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ

1) *กลุ่มผู้ประเมินความเหมาะสมของร่างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่สร้างขึ้น* ประกอบด้วย 1) ตัวแทนจากกลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 2 คน ผู้ป่วยและญาติ จำนวน 2 คน 2) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม หัวหน้าบริหารการพยาบาล และอาจารย์พยาบาล รวมทั้งหมด 7 คน คัดเลือกแบบเจาะจง

2) *เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา* คือ แบบประเมินความเหมาะสมซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากเครื่องมือ การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผลจากแนวคิด AGREE II : (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II 2017) ลักษณะเป็นแบบสอบถามที่มีมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ

3) *การเก็บรวบรวมข้อมูล* กลุ่มผู้ประเมินให้คะแนนตามแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด รวมถึงให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่พัฒนาขึ้น

4) *การวิเคราะห์ข้อมูล* ใช้การคำนวณคะแนนความเหมาะสมคำนวณจากแต่ละรายมิติจาก 6 มิติจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ คำนวณได้จากการรวมคะแนนทั้งหมดของแต่ละหัวข้อ

ประเมินในแต่ละหมวดจัดลำดับคะแนนรวมเป็นร้อยละของคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ของหมวด และนำข้อเสนอแนะของผู้ประเมินความเหมาะสม พิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยาลัยนิพนธ์เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ให้ร่างรูปแบบการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืดมีความสมบูรณ์และเหมาะสมเพิ่มขึ้น

1.3 ผลการวิจัย

1.3.1 การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ

ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ โดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างได้ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดมี 13 ประเด็นดังนี้

กลุ่มที่ 1 ข้อมูลจากผู้ให้บริการ จากโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง สรุปประเด็นปัญหาได้ 8 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ระบบบริการการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลขาดการดูแลที่ต่อเนื่องถึงชุมชน

ประเด็นที่ 2 ขาดการส่งต่อข้อมูลและการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ประเด็นที่ 3 ขาดการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบสำหรับการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ประเด็นที่ 4 โรงพยาบาลบางแห่งมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยหอบหืดที่แตกต่างกัน

ประเด็นที่ 5 การฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยยังไม่ทั่วถึง

ประเด็นที่ 6 ขาดการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนและสอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย

ประเด็นที่ 7 ขาดการนำข้อมูลของผู้ป่วยมาวิเคราะห์และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

ประเด็นที่ 8 ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการดูแลตนเองด้านการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มที่ 2 ข้อมูลจากผู้รับบริการ ประกอบด้วยผู้ป่วยหอบหืดและญาติ สรุปประเด็นได้ 5 ประเด็น เป็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้ป่วยขาดการดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ 2 ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ 3 ญาติและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อย

ประเด็นที่ 4 สิ่งแวดล้อมในชุมชนมีผลต่อการกำเริบของผู้ป่วยหอบหืด

ประเด็นที่ 5 ขาดการให้สุขศึกษาและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้

1.3.2 ร่างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชน

ระดับทุติยภูมิ

การสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด ได้จากการวิเคราะห์สังเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด รวมถึงมุมมองและข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด นำมาบูรณาการร่วมกับแนวคิด การจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model ของ Edward Wagner ปี 1998) ร่วมกับ Self - management ของ Creer 2000 และ Global Initiative for Asthma (GINA) guidelines 2019) โดยสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดตามกรอบแนวคิดจะมุ่งเน้นการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และบ้านสู่ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ ดังนั้น บทบาทของผู้ให้บริการ รวมทั้งของครอบครัวและชุมชน จึงมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองได้ ดังนี้

1. บทบาทของผู้ให้บริการในการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด
2. บทบาทของครอบครัวและชุมชนในการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด
3. บทบาทของผู้ป่วยในการจัดการดูแลตนเองซึ่งทั้ง 3 บทบาทประกอบด้วย 7 องค์ประกอบย่อย ดังนี้
 - 1) การจัดบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
 - 2) การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยให้ผู้ป่วยหรือญาติร่วมตั้งเป้าหมาย
 - 3) พัฒนาระบบการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดและนำผลมาวิเคราะห์มาใช้กับผู้ป่วย
 - 4) พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด และแนวทางการให้สุขศึกษาผู้ป่วยหอบหืด
 - 5) พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยหอบหืด
 - 6) ส่งเสริมการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และด้านการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพ
 - 7) ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วย และร่วมพัฒนาสิ่งแวดล้อม

1.3.3 ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโรงพยาบาล ชุมชนระดับทุติยภูมิ

เป็นการนำร่างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่พัฒนาขึ้นไป ประเมินความเหมาะสมโดยตัวแทนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลและผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแต่ละมิติ มีดังนี้ มิติที่ 1 ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ ร้อยละ 89.68 มิติที่ 2 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ร้อยละ 77.77 มิติที่ 3 ด้านขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ ร้อยละ 80.95 มิติที่ 4 ด้านความชัดเจนของการพัฒนา ร้อยละ 83.63 มิติที่ 5 ด้านการนำรูปแบบไปใช้ ร้อยละ 88.10 มิติที่ 6 ด้านความเป็นอิสระของทีมจัดทำรูปแบบ ร้อยละ 85.71 และผลการประเมินคะแนนความเหมาะสมโดยภาพรวมทั้ง 6 มิติ ร้อยละ 84.53 ซึ่งค่าคะแนนความเหมาะสมโดยภาพรวมมากกว่าร้อยละ 70 สามารถสรุปได้ว่ารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดนั้นสามารถเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้

2. อภิปรายผล

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยได้อภิปรายรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ ที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ โดยรวมมีความเหมาะสม พบว่า ผู้ประเมินส่วนใหญ่ประเมินมิติที่ 5 ด้านการนำรูปแบบไปใช้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล มากที่สุดเท่ากับร้อยละ 92.86 และมิติที่ 1 ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ รูปแบบมีการระบุวัตถุประสงค์ ระบุกลุ่มเป้าหมายชัดเจนเท่ากับร้อยละ 92.86 และ 83.33 ตามลำดับ เนื่องจาก การพัฒนารูปแบบได้พัฒนามาจากการบูรณาการ 3 แนวคิด คือ การจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model ของ Edward Wagner ปี 1998) ร่วมกับ Self-management ของ Creer 2000 และ Global Initiative for Asthma (GINA) guidelines 2019 และผู้ร่วมพัฒนา เป็นผู้ให้บริการ และผู้รับบริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหอบหืด สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในครั้งนี้เกิดจากการพัฒนาจากข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จนทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้จริง (พิศสมัย บุญเลิศ, 2559)

เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบ สามารถอภิปรายในประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การจัดการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การจัดการดูแลผู้ป่วยหอบหืดในโรงพยาบาลชุมชนมีความสำคัญตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาล ได้รับการรักษา การส่งเสริมและป้องกันโรคจนผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านและมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลพบว่าโรงพยาบาลชุมชนยังขาดการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยไม่ติดตามเยี่ยมบ้าน การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือชุมชนเพื่อให้ติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องยังมีน้อย

ดังนั้นการจัดการบริการเพื่อส่งเสริมการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยมีพยาบาลและทีมสุขภาพร่วมกันดูแล สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลตลอดจนการสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ และคำปรึกษากับผู้ป่วยเป็นระยะๆในเรื่องการดูแลตนเอง ตลอดจนการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการโรคเรื้อรังส่วนของการออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design) การดูแลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้รับบริการ ทั้งการดูแลรักษาพยาบาล การส่งเสริมและป้องกันโรค โดยเน้นการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยมีระบบติดตามตรวจเยี่ยมดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Wagner ,1998)

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่ามีความสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพด้วยกิจกรรมบันได 10 ขั้น นำไปสู่ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคหืด (พนารัตน์ มัชชะโม, 2560) โดยผลของรูปแบบที่ได้จากการศึกษานี้เน้นที่บทบาทของผู้ให้บริการสุขภาพในการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

องค์ประกอบที่ 2 การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยให้ผู้ป่วยหรือญาติร่วมตั้งเป้าหมาย การดูแลผู้ป่วยหอบหืดต้องอาศัย สหสาขาวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ช่วยในการดูแลรักษา ดังนั้น เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพที่มีสุขภาพที่เกี่ยวข้องมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการการดูแลตนเองได้ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดโดยการมีส่วนร่วม ของทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลพิจิตร พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่พัฒนาขึ้น มีผลการประเมินสมรรถภาพปอดก่อนและหลังการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ผลการเปรียบเทียบคะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดของผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดก่อนและหลังการดูแลตามรูปแบบฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดลดลงจาก 3.75 วัน เป็น 2.82 วัน

และค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยลดลง จาก 5,998 บาทต่อรายต่อการเข้ารับการรักษา 1 ครั้ง เป็น 2,260 บาทต่อรายต่อการเข้ารับการรักษา 1 ครั้ง อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังใช้แผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดพบว่าลดลงจากร้อยละ 14.8 เป็น 0 (ศิริวัฒน์ ยิ้มเลี้ยง, 2552)

การดูแลผู้ป่วยหอบหืดโดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยหรือญาติเพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีส่วนในการตัดสินใจ วางแผนที่จะดูแลตนเอง จากการสัมภาษณ์ยังพบว่าหน่วยงานยังขาดการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนและสอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วย การที่จะให้ผู้ป่วยมีการจัดการดูแลตนเองได้จึงควรให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายและดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer 2000 ที่ว่าการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย เป็นความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูล การเฝ้าระวังตนเอง

สังเกตอาการผิดปกติของตนเอง การประมวลผลข้อมูล การรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่รวบรวมได้ การลงมือปฏิบัติและประเมินผลหลังการปฏิบัติ

องค์ประกอบที่ 3 พัฒนาระบบการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดและนำผลมาวิเคราะห์มาใช้กับผู้ป่วย การจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีความจำเป็นเป็นอย่างมาก เพื่อที่จะสามารถนำข้อมูลนั้นมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย หรือใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า การลงข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดจะมีการบันทึกในระบบ Hos exp ของโรงพยาบาล และมีแฟ้มข้อมูลของผู้ป่วยจะใช้เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเข้าคลินิกหอบหืด ซึ่งระบบที่มีอยู่ดูซ้ำซ้อน การบันทึกข้อมูลหอบหืดไม่เป็นเฉพาะ การย้อนกลับมาดูข้อมูลผู้ป่วยค่อนข้างลำบาก ไม่สามารถสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพได้

ดังนั้น การพัฒนาระบบการลงบันทึกข้อมูลจึงเป็นสิ่งสำคัญและเป็นบทบาทที่พยาบาลหรือทีมสุขภาพสามารถทำได้ ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นบทบาทในการใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการโรคเรื้อรัง คือสามารถสื่อสารข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จัดการข้อมูลข่าวสารได้อย่างเหมาะสม ใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการจัดการและสื่อสารข้อมูลข่าวสาร ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการปรับปรุงการให้บริการได้ (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2560)

องค์ประกอบที่ 4 พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด และแนวทางการให้สุขศึกษาผู้ป่วยหอบหืด การรักษาผู้ป่วยหอบหืดที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานและอยู่บนพื้นฐานความถูกต้องชัดเจน ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยหอบหืดจะใช้ Global Initiative for Asthma (GINA) guidelines 2019 เป็นแนวทางในการรักษา แต่จากการสัมภาษณ์ยังพบว่าโรงพยาบาลบางแห่งยังไม่

มีแนวทางการรักษาที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล (แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน) ซึ่งการนำแนวทางของ(GINA) guidelines 2019 ของโรงพยาบาลบางแห่งพบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล หรือมาพนายาแผนกฉุกเฉินลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการจัดทำแนวทางการรักษาโรคหืดและการประเมินการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าจากการจัดทำแนวทางการรักษาโรคหืดผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยาตาม GINA guidelines 2012 สามารถควบคุมโรคหืดได้มีจำนวน 17 คน ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสั่งใช้ยาตาม GINA guidelines 2012 ไม่มีผู้ใดที่สามารถควบคุมโรคหืดได้ จึงสรุปได้ว่ารับการสั่งใช้ยาตาม GINA guidelines 2012 สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาตาม expert opinion อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.033$)(อภิสิทธิ์ ประวัง,2556)

การให้สุขศึกษาและความรู้แก่ผู้ป่วยหอบหืดเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ การให้สุขศึกษากับผู้ป่วยและฝึกทักษะการดูแลตนเองในด้านต่างๆให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม โดยสิ่งที่ควรให้กับผู้ป่วยคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด การฝึกสังเกตอาการผิดปกติ การปฏิบัติตนเมื่อมีอาการกำเริบ การให้ความสำคัญกับการรักษา มาตรวจตามนัด และเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นชนิดต่างๆ (แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่, 2560) จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลและการสังเกตการทำงานในโรงพยาบาลชุมชนพบว่า การให้ความรู้ผู้ป่วยจะเป็นรายบุคคล ให้ความรู้แบบเดิมในเรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค การใช้ยา การออกกำลังกาย ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล

ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องพยาบาลควรมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรังโดยมีบทบาทในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ให้การสนับสนุน อำนวยความสะดวกในการจัดการและดูแลตนเองของผู้ป่วย (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2560) และบทบาทในการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยนำความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ว่าการสอนผู้ป่วยควรใช้การสื่อสารแบบสองทาง โดยใช้คำ พูดที่เรียบง่าย หลีกเลียง การใช้ศัพท์เทคนิคและศัพท์ทางการแพทย์ การสื่อสารด้วยการเขียน โดยใช้ประโยคสั้นๆ และเขียนด้วยรูปประโยคอย่างง่าย (วัชรพร เษยสุวรรณ,2560) มาใช้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองได้

องค์ประกอบที่ 5 พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยหอบหืด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการรายกรณีผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลควรมีความรู้ ความสามารถ เฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดเพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำตลอดจนประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งในโรงพยาบาลชุมชนยังมีพยาบาลในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยหอบหืดน้อย จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่ทั่วถึง ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด

โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคามพบว่าการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคหืด เป็นแบบ Hospital Case Management มีพยาบาลวิชาชีพเป็นManager ปฏิบัติร่วมกับทีมสหสาขา วิชาชีพพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยโรคหืดมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการรายกรณี แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ.05 จำนวนวันนอนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้รูปแบบแตกต่างกัน (เกยูรี บุตราชและโชติมณี เรื่องกลืน,2559)

องค์ประกอบที่ 6 ส่งเสริมการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และด้านการช่วยให้มีประสิทธิผลการออกกำลังกายในผู้ป่วยหอบหืดเป็นสิ่ง สำคัญ ควรหมั่นออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการ ทำงานของปอดให้ดีขึ้น อาการเหนื่อยหอบลดลงทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ถึงแม้ว่าการออก กกำลังกายมีประโยชน์ต่อร่างกายแต่ในผู้ป่วยหอบหืดควรปรึกษาแพทย์เรื่องความจำเป็นในการใช้ยา พนขยายหลอดลมก่อนออกกำลังกายหรือไม่ ควรมีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย ควรเลือก สถานที่ออกกำลังกายที่มีอากาศถ่ายเท ไม่ออกกำลังกายหักโหมจนเกินไป จากการสัมภาษณ์พบว่า เมื่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลจะได้รับการสอนเรื่องการออกกำลังกายจากนักกายภาพบำบัดทุกครั้งที่มา ตรวจตามนัด แต่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยบางรายไม่สามารถออกกำลังกายได้ บางรายจำทำออก กกำลังกายไม่ได้ด้วยอายุที่มากขึ้นและจำนวนท่าการออกกำลังกายมีหลายท่า บางรายมีภารกิจต้องไป ทำงานจึงไม่สามารถออกกำลังกายได้ แต่ในรายที่ออกกำลังกายได้สม่ำเสมอและสังเกตอาการของ ตนเองหลังออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจึงพบว่าผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบลดลง ไม่ต้องไปพินยาที่ห้อง ฉุกฉิน

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ พบว่าการจัดการตนเอง เป็นสิ่งสำคัญที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังที่ประสบผลสำเร็จ เพราะการจัดการ ตนเองทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และสามารถควบคุมอาการของโรค (อา รีย์ เสนีย์,2557) และการแนะนำการออกกำลังกายในผู้ป่วยแต่ละรายควรให้เหมาะกับแต่ละบุคคล ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูงในชุมชน คลองสาม อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ที่พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมโดยรวมสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ภณิการ์ศรี ธรรมโยธินกุล,2559) ด้านความเครียดเมื่อเกิดขึ้นกับผู้ป่วยย่อมเกิดผลกระทบกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยหอบหืดมีความเครียดเกิดขึ้นย่อมส่งผลต่อสุขภาพ ผู้ป่วยจึงควรหาวิธีการจัดการ ความเครียดนั้นโดยเร็วเพื่อให้ตนเองสามารถผ่านการเผชิญกับความเครียดนั้นๆ ไปได้ การจัดการ ความเครียดมีหลายวิธี และผู้ป่วยแต่ละคนก็ใช้วิธีการจัดการความเครียดที่แตกต่างกัน จากการ สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลยังไม่พบว่าโรงพยาบาลมีแนวทางการประเมินหรือคัดกรองความเครียดในผู้ป่วย

หอบหืด ถ้าผู้ป่วยมีความเครียดก็จะใช้วิธีต่างๆตามความคิดตนเองเป็นหลัก ถ้าผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการที่เหมาะสมจะทำให้ความเครียดนั้นลดลงได้

ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเครียดนี้ แสดงให้เห็นว่าเป็นเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่โดยทั่วไปแล้วไม่มีนักจิตวิทยา หรือพยาบาลเฉพาะทางสาขาจิตเวช ดังนั้นพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนจึงต้องประเมินและมีส่วนร่วมในการจัดการความเครียดให้กับผู้ป่วยต้องมีความรู้และสามารถประยุกต์ การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับ ผู้รับบริการแต่ละบุคคลได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของบุคคลกับ สิ่งแวดล้อม ลดปฏิกริยาการตอบสนองต่อความเครียด และพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา (พรพรรณ ศรีโสภณและธนวรรณ อาชารัฐ, 2560) ทั้งนี้ ข้อค้นพบดังกล่าวสนับสนุนแนวทางการจัดการดูแลตนเองตามข้อเสนอของ GINA) guidelines (2019) ด้วยเช่นกัน

สำหรับการจัดการดูแลตนเองด้านการใช้ยา เนื่องจากการรักษาโรคหอบหืดโดยการใช้ยา มีความจำเป็น ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตอรอยด์ชนิดสูดพ่นเป็นยาหลักในการควบคุมโรค สำหรับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็วจะใช้เพื่อบรรเทาอาการที่ดกำเริบเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาชนิดสูดพ่นแล้วยังควบคุมอาการหอบไม่ได้ ควรพิจารณาปรับขนาดยาตามความรุนแรงที่เกิดขึ้น จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลยังพบว่าผู้ป่วยยังใช้ยาพ่นไม่ถูกต้องส่งผลให้ผู้ป่วยยังมีอาการหอบกำเริบ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการสอนและประเมินการพ่นยาจากเภสัชกรทุกครั้ง ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้รู้ว่าการสอนผู้ป่วยที่ผู้บริการสอนนั้นได้รับอาจไม่เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพจึงต้องปรับวิธีการสอนสุขศึกษาใหม่ โดยเน้นการสอนเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ

ทั้งนี้วิธีการสอนผู้ป่วยที่ควรใช้การสื่อสารแบบสองทาง โดยใช้คำ พูดด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เทคนิคและศัพท์ทางการแพทย์ การสื่อสารด้วยการเขียน โดยใช้ประโยคสั้นๆ และเขียนด้วยรูปประโยคอย่างง่าย การเสริมสร้างพลังอำนาจและการจัดการตนเองของผู้รับบริการ โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ของผู้รับบริการ พยาบาลควรให้ผู้รับบริการทบทวนการรับรู้ การปฏิบัติตัว เช่น การทวนซ้ำวิธีการใช้ยา (วัชรพร เชนสุวรรณ,2560)

นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดดีขึ้นและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงได้ (ดุชนฤภา ภาคปิยวัชร,2561) ในโรคหอบหืดก็เช่นเดียวกันควรจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองด้านการใช้ยาให้ถูกต้องทั้งนี้พบว่าหากผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองด้านการใช้ยาถูกต้องแล้วพบว่า อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะลดลง (GINA guidelines, 2019)

องค์ประกอบที่ 7 ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วย และร่วมพัฒนาสิ่งแวดล้อมชุมชนมีส่วนสำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และมี ส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด ดังนั้นในการให้บริการสุขภาพในทุกกิจกรรมผู้ให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพควรให้คนในครอบครัวที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วม กับพยาบาลและทีมสุขภาพในการกำหนดปัญหา เป้าหมาย และกลวิธีในการดูแลตนเอง หรือการดูแล ผู้ป่วยของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาความรุนแรงของโรคหืด พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวและการควบคุมอาการของโรคหืดของผู้ดูแลในครอบครัวพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของครอบครัวกับการควบคุมอาการของโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวในการ ดูแลเด็กที่เป็นโรคหืดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก หาก ผู้ดูแลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคหืดที่ดี จะส่งผลให้เด็กป่วยสามารถควบคุมอาการ ของโรคหืดได้ (พัชรี วัฒนชัย ,2559)

สภาพแวดล้อมอาจส่งผลกระทบต่อการกระตุ้นหลอดลมของผู้ป่วยหอบหืด ทำให้อาการ หอบกำเริบได้ ไม่ว่าจะเป็นฝุ่นละออง ขยะ คิวไฟ สารเคมีต่างๆ จากการศึกษาสภาพแวดล้อม บางอย่างไม่เอื้อต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและไม่สามารถดูแล ตนเองได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรค เรื้อรัง โดยการให้ชุมชนรับทราบปัญหาและมีส่วนร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหอบ หืดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้และไม่มีอาการหอบกำเริบ (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก,2560) ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า ร่างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่พัฒนาขึ้น ได้ผ่านกระบวนการ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และมีขั้นตอนการสร้างที่ชัดเจนอย่างเป็นขั้นตอน มีการนำข้อมูล ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ร่วมกับแนวคิด ทฤษฎี ดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงทำให้ร่างรูปแบบการจัดการ การดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่พัฒนาขึ้นนั้นมีความเหมาะสมเป็นที่ยอมรับ มีความเป็นไปได้ในการนำไป ปฏิบัติและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ

3. ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จังหวัดสระบุรี ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการการดูแลตนเองได้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ 2 ประเด็นหลักดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะเชิงบริหาร

- 1) ผู้บริหารควรสนับสนุนการนำรูปแบบการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืดไปใช้จริงและมีการประเมินผลของการนำรูปแบบไปใช้และปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์
- 2) ผู้บริหารควรพัฒนาสมรรถนะในการจัดการการดูแลตนเอง ให้กับเจ้าหน้าที่
- 3) สนับสนุนให้เรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อออนไลน์ต่างๆ
- 4) ผู้บริหารควรพัฒนาสมรรถนะเรื่องการรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการผู้ป่วย เพราะมีความสำคัญในการให้ข้อมูลและให้สุขศึกษากับผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพส่งผลต่อการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการนำรูปแบบการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืดไปใช้จริงในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อดูผลสัมฤทธิ์หลังการนำรูปแบบไปใช้
- 2) ควรเพิ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานแผนกที่เกี่ยวข้องและสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน นักโภชนาการ และนักจิตวิทยา



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัดกำเริบเฉียบพลัน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี* 28,(1):149-150.
- กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2561). *หนังสือสถิติสาธารณสุข*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข.
- ข้อมูลสถิติผู้ป่วยหอบหืดแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหม้อ ปีงบประมาณ 2561-2562 สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2562 จาก <http://dictionary.orst.go.th>
- เกยูรี บุตรราชและโชติมณี เรื่องกลืน. (2559). การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคหัดโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม* 13,(1): 18-27.
- ชาย โปธิลิตา. (2562). *ศาสตร์และศิลป์การวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ชดช้อย วัฒนนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 26, (ฉบับเพิ่มเติม): 1-11.
- ดุชนฤภา ภาคปิยวัชร. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารแพทยนาวิ* 45, (2): 377-398.
- ธเดช บุญพิยทัศน์ และสิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์. (2559). การศึกษาค่าใช้จ่ายการรักษาโรคหัดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า: ศึกษาประชากรในผู้ใหญ่. *จดหมายเหตุทางแพทย แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์* 99,(1): 51-57.
- นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา. (2560). การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ได้. *วารสารกองการพยาบาล* 44,(2): 1-18.
- เบญจวรรณ ช่วยแก้ว. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมจัดการดูแลเด็กโรคหอบหืดวัยก่อนเรียน. *วารสารกองการพยาบาล*. 40, (3): 41-55.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2560). บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 37, (2): 154-159.
- พนารัตน์ มัชปะโม. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพ รพ.วาปีปทุม จ.มหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 26,(5): 896-904.
- พัชรี วัฒนชัย. (2559). ความรุนแรงของโรคหัด พฤติกรรมจัดการของครอบครัวและการควบคุมอาการ ของโรคหัดของผู้ดูแลในครอบครัว. *วารสารพยาบาลสาร*. 43,(2): 1-12.

- พัฒนา พรหมมณีและคณะ. (2560). *แนวคิดการสร้างและพัฒนารูปแบบเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขสำหรับนักสาธารณสุข สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาสยามบรมราชกุมารี*. 6,(2): 128 – 135.
- พิศสมัย บุญเลิศ.(2559).การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*.23,(2):79-87.
- พุทธิดา จันทร์ตอนแดงและวรวพจน์ พรหมสัตยพรต. (2558). การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหว้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 12,(3):84-94.
- พรพรรณ ศรีโสภา.(2560).บทบาทของพยาบาลในการป้องกันและจัดการความเครียด. *บูรพาเวชสาร*, 4,(2) :79 – 92.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 (online) สืบค้นจาก <http://dictionary.orst.go.th>
- ภณิการ์ศมี ธรรมโยธินกุล.(2559).ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน คลองสาม อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี.การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 8.มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น.
- วรรณา เรื่องลาภอนันต์และคณะ. (2552). ผลกระทบของโรคหอบหืดต่อเด็กป่วยวัยเรียนและครอบครัวครอบครัว. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 27, (1):18-27.
- วัชรพร เชยสุวรรณ.(2560).ความรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่ การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทยนาวิ* 44, (3):183-197.
- วาโร เพ็งสวัสดิ์.(2553).การวิจัยพัฒนารูปแบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*.2,(4):1-15.
- วิดา สุวรรณชาติ. (2559). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ *วารสารเกื้อการุณย์*. 23,(1):61-72.
- วงเดือน ฤาชาและคณะ. (2554). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรพ.ชัยภูมิ. *วารสารการพยาบาล*.38, (1) :31-41.
- ศิริวันต์ ยิ้มเลี้ยง.(2552).การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดโดยการมีส่วนร่วม ของทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลพิจิตร. *วารสารกองการพยาบาล*.36,(3):96-112.

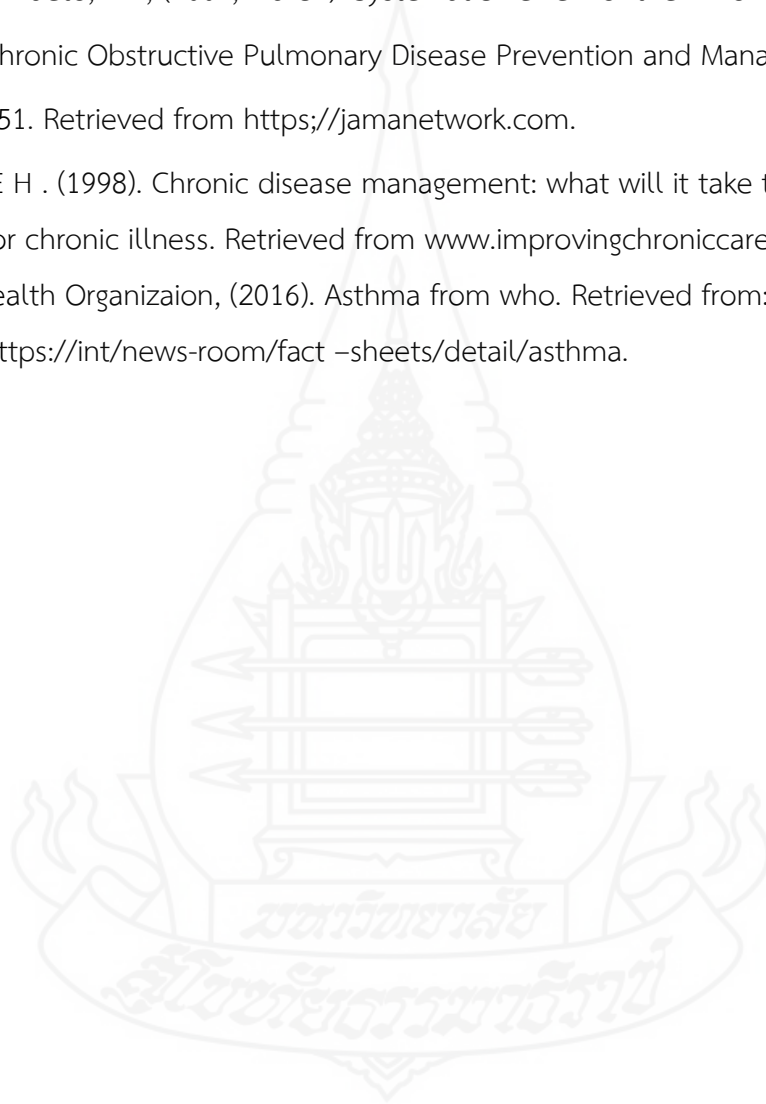
- ศุภวัฒน์ ฝาพันธ์ .(2559).ผลลัพธ์ของคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.
วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2, (2): (เมษายน - มิถุนายน).
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน .(2561).*มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ
 สุขภาพ ฉบับที่ 4* นนทบุรี :สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน.
- สมาคมโรคภูมิแพ้โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย .(พ.ศ. 2554).โรคหอบหืด.สืบค้นเมื่อ
 วันที่ 20 กันยายน 2563 จาก https://allergy.or.th/2016/resources_expert_detail.
- สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย และคณะ. (2560). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืด
 ในประเทศไทย สำหรับผู้ใหญ่ พ.ศ. 2560*.พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์
 สุรันทา ทศนุต และเบญจมาศ สิริกมลเสถียร. (2559). การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
 ชนิดที่ 2 ด้วยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ*.2, (2):29-39.
- สว่างจิต คงภิบาล. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของ
 ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. 28,(2):82-96.
- อภิสิทธิ์ ประวัง.(2556).การจัดทำแนวทางการรักษาโรคหืดและการประเมินการรักษาและผลลัพธ์ทาง
 คลินิก. *วารสารมหาวิทยาลัยรังสิต*.
- อัมพรพรรณ อีรานูตรและคณะ. (2560) . การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการล้างไตใน
 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)*:1-163.
- อารีย์ เสนีย์. (2557).โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก*,15,(2):
 อรุณช เรืองขจร (2554).ประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อพฤติกรรมการ
 จัดการตนเองและระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลระนอง จังหวัดสงขลา.
วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.34, (3) :11-21.
- Asthma and Allergy Foundatio of America. (2015). Asthma Fact and Figures. Retrieved
 from <https://.AAFA.org/asthma-facts/>.
- Brouwer, et al. (2017). Agree Instrument: Appraisal of Guidlines for Reseach &
 Evaluation.London. CA Group. (182): 839 - 842. Retrieved from
<https://agreetrust.org>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Asthma in U.S. vital signs.
 Retrieved form <https://.cdc.gov/vitalsigns/asthma>.
- Creer,L.T. (2000). Self-management of chronic illness.Handbook of self
 regulation.California: Academic.601-645.

Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention, updated: 2019. Retrieved from: <https://ginasthma.org/2019-ginareport-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>

Sandra G. Adams, MD, MS; Paulla K. Smith, RRT; Patrick F. Allan, MD; Antonio Antonio Anzueto, MD; (2007, *March*). Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevention and Management. *26*,(167): 551. Retrieved from <https://jamanetwork.com>.

Wagner E H . (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness. Retrieved from www.improvingchroniccare.org/index.

World Health Organization, (2016). Asthma from who. Retrieved from: <https://int/news-room/factsheets/detail/asthma>.



ภาคผนวก





ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ -สกุล	ที่อยู่
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นายแพทย์ธนะวัฒน์ วงศ์ผั่น	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหม้อ จ.สระบุรี
3. ดร.กันยารัตน์ อุบลวรรณ	รองผู้อำนวยการกลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
4. ดร.ปัฐยาวัชร ปราบภูผล	อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
5. นางธนันต์ภรณ์ มณีศิลป์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสระบุรี





ภาคผนวก ข

หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย



ที่ อว 0602.26/ว 23

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

13 เมษายน 2563

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

ด้วย นางพิมพ์ทอง จอมพุก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ” โดยมีศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์ ดร.กันยารัตน์ อุบลวรรณ เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว๕๐๖



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี

ด้วย นางพินทอง จอมพุก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“รูปแบบการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับตติภูมิ จังหวัดสระบุรี” โดยมี
ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุญาตให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อการวิจัยโดยใช้
ประเด็นสัมภาษณ์เกี่ยวกับสภาพการณ์การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืดโรงพยาบาลบ้านหมอ โดย
สัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้บริการได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด จำนวน 4 คน และผู้รับบริการ
จำนวน 2 คน ทั้งนี้ นักศึกษาจะประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูลเพื่อ
การวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีพร มุลศาสตร์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘๗-๐๔๔๗๐๕๕ (นางพินทอง จอมพุก)

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
Saraburi Provincial Health Office

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

กระทรวงสาธารณสุข

เลขที่ 56 ถนนเทศบาล 3- ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี โทร. 0 3622 3118 ต่อ 122

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ได้ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Belmont Report, Declaration of Helsinki, International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects (CIOMS), International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies (CIOMS and WHO) และ ICH GCP Guidelines

ชื่อโครงการ : รูปแบบการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จังหวัดสระบุรี

เลขที่โครงการวิจัย : EC 017/2563

ผู้วิจัยหลัก : นางพินทอง จอมพุก

สังกัดหน่วยงาน : โรงพยาบาลบ้านหม้อ จังหวัดสระบุรี

วิธีทบทวน : ปกติ

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง : 1. โครงร่างวิจัย
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย
3. เอกสารแสดงความยินยอม
4. แผนการดำเนินงาน แบบบันทึก แบบสอบถาม

วันที่รับรอง : 13 พฤษภาคม 2563

วันหมดอายุ : 13 พฤษภาคม 2564

ลงนาม.....

(นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

ภาคผนวก ง

หนังสือให้ความยินยอมให้เข้าร่วมในโครงการวิจัย



เอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) จันทิมา.....นามสกุล อังกุล.....อายุ 34 ปี
ได้รับฟังคำอธิบายจาก นางพิณทอง จอมพุก เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่องรูปแบบ
การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จังหวัดสระบุรี

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบถึงวัตถุประสงค์ของ
การวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดลออจนให้
เวลาในการซักถามข้อสงสัยต่างๆจนเข้าใจ

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการสอบถาม จดบันทึก และ/หรือการบันทึกเทปในการสนทนาส่วนตัว/
กลุ่ม/การถ่ายภาพ/หรือการบันทึกวิดีโอ ซึ่งใช้เวลาประมาณ ๔๕- ๖๐ นาที เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์
สภาพการณ์การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด และสร้างรูปแบบการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย
หอบหืดสำหรับโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จ.สระบุรี หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำลายข้อมูล เทป วิดีโอ ที่
เป็นข้อมูลภายในระยะเวลา ๖ วัน ผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องแสดง ข้อมูล/รูปภาพของข้าพเจ้าแก่สาธารณชน
ผู้วิจัยจะนำเสนอเฉพาะในภาพรวมของผลการวิจัยและใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยความสมัครใจและข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการเป็น
อาสาสมัครโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนาโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาใด ๆ ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อ (นางพิณทอง จอมพุก โรงพยาบาลบ้านหมอ เบอร์ติดต่อ ๐๘๗-๐๔๕๗๐๕๕)
ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..... จ. อ...... ผู้ให้ข้อมูล

(จ.อ. อ. อ.) ตัวบรรจง

วันที่ 9 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

ลงนาม..... พิณ..... ผู้วิจัย

(นางพิณทอง จ.อมพ.) ตัวบรรจง

วันที่ 8 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

ลงนาม..... พยาน..... พยาน

(นางสาว พ.) ตัวบรรจง

วันที่ 8 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



เครื่องมือชุดที่ 1 ประเด็นการสนทนาเพื่อวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จ.สระบุรี สำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มี 2 ชุด ได้แก่

เครื่องมือชุดที่ 1.1 ประเด็นการสนทนาเพื่อวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดสำหรับผู้ให้บริการ คือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด

1. โรงพยาบาลมีนโยบายในการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้
2. ผู้บริหารมีการจัดระบบประสานงานทั้งภายในและภายนอกพ.ในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดอย่างไรบ้าง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้
3. ผู้บริหารมีการสนับสนุน สร้างแรงจูงใจ อำนาจความสะดวก แก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างไร เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยหอบหืดมีคุณภาพและผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้
4. โรงพยาบาลมีผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดหรือไม่ อย่างไร
5. โรงพยาบาลมีการให้บริการผู้ป่วยหอบหืดอย่างไรบ้างเชื่อมโยง OPD ER IPD ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำ
6. มีระบบติดตาม เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยหอบหืดที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำ
7. หน่วยงานมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่มรสุมภาพร่วมกันในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหอบหืดสามารถดูแลตนเองหรือไม่ อย่างไร
8. หน่วยงานของท่านมีแนวทางเวชปฏิบัติ CPG ,มาตรฐานการพยาบาล ,CNPNG ในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดหรือไม่ อย่างไร เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมและมีคุณภาพ
9. หน่วยงานของท่านมีรูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหอบหืด อย่างไรบ้าง เช่น เอกสาร แผ่นพับ CD Application line เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง
10. หน่วยงานของท่านมีการทบทวน/ฝึกอบรมแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหอบหืดและการส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืดเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง หรือไม่ อย่างไร
11. หน่วยงานของท่านมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น งานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดหรือไม่ อย่างไร
12. หน่วยงานมีการวิเคราะห์ปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่ไม่ได้มาตรฐานการดูแลหรือไม่ อย่างไร และนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหอบหืดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้
13. หน่วยงานมีระบบจัดเก็บบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหอบหืดที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำเพื่อเป็นข้อมูลในการจัดการดูแลตนเองหรือไม่ อย่างไร

14. หน่วยงานมีระบบการให้ข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วยอย่างไรเพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วย หอบหืดเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดอาการหอบกำเริบ

15. หน่วยงานของท่านมีระบบข้อมูลที่อำนวยความสะดวกในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย หอบหืด หรือไม่ อย่างไร เช่น ระบบการแจ้งเตือนวันนัด การเยี่ยมบ้าน

16.

(ผู้ใตสนใจรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จังหวัดสระบุรี และต้องการนำไปใช้ต่อหรือนำไปพัฒนางานเพื่อดูแลผู้ป่วยในแผนกของตนเองสามารถ ติดต่อ ผู้วิจัยได้ที่ E-mail : tooktin0904@gmail.com และ ทำหนังสือขออนุญาตผ่าน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช)

เครื่องมือชุดที่ 1.2 ประเด็นการสนทนาเพื่อวิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด สำหรับผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยและญาติ

1. ท่าน/ผู้ป่วยได้รับการบริการจากทีมสุขภาพใดบ้าง อย่างไร ระหว่างที่นอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล

2. ภายหลังจากท่านออกจากโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลมีการติดตามสอบถามอาการ ของท่านหรือไม่ อย่างไร

3. บริการ/การดูแลผู้ป่วยหอบหืดที่ท่านได้รับจากโรงพยาบาล ท่านคิดว่าอะไรที่ทำได้แล้ว อะไรที่ควรปรับปรุงเพื่อลดการมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

4. ผู้ป่วย /ญาติได้รับคู่มือจากโรงพยาบาลในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหอบหืดเพื่อการ ตัดสินใจ เฝ้าระวังดูแลตนเองหรือไม่ อย่างไร เช่น เอกสารคำแนะนำ CD Line application

5. ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยหอบหืด ท่าน/ผู้ป่วยได้รับการสอนเกี่ยวกับการ สังเกตอาการตนเองหรือไม่ อย่างไร

6. ท่าน/ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการปัญหาหอบหืดด้วยตนเองเมื่อกลับไปบ้าน หรือไม่ อย่างไร

7. อะไรที่กระตุ้นให้ท่านเจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้าโรงพยาบาล ท่านจัดการได้หรือไม่ เพราะ เหตุใด และอะไรที่ท่านจัดการได้ อะไรที่ท่านจัดการไม่ได้ เพราะเหตุใด

8. บุคคลในครอบครัว ญาติ หรือคนในชุมชนช่วยสนับสนุนดูแลท่านในเรื่องการจัดการ โรคหอบหืดหรือไม่ และอย่างไรบ้าง

9. ท่านได้รับการบริการจากโรงพยาบาลที่ส่งเสริมให้ท่านสามารถจัดการดูแลตนเองได้ หรือไม่ อย่างไร

10. ท่าน/ผู้ป่วยมีการจัดการดูแลตนเองในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การใช้ยา การจัดการความเครียด เหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

(ผู้ใดสนใจรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ จังหวัดสระบุรี และต้องการนำไปใช้ต่อหรือนำไปพัฒนางานเพื่อดูแลผู้ป่วยในแผนกของตนเองสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ E-mail : tooktin0904@gmail.com และทำหนังสือขออนุญาตผ่านมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช)

เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ

เรียนชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างตามระดับผลการประเมินความคิดเห็นตามของท่าน ดังนี้

ระดับ 4 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันมากกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

ระดับ 3 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันค่อนข้างมากกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

ระดับ 2 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกันน้อยกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

ระดับ 1 หมายถึง คำถามนั้นไม่สอดคล้องกันกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

ลำดับที่	ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็น
		4	3	2	1	
1	1.มิติด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ (Scope and Purpose) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด					
2	คำถามในการพัฒนารูปแบบเป็นปัญหาทางคลินิกของผู้ป่วยหอบหืด					
3	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้รูปแบบทางคลินิกนี้อย่างชัดเจน					
4	2.มิติด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholder Involvement) บุคลากรจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหอบหืด (แพทย์ พยาบาล					
5	นักกายภาพบำบัด เภสัชกร) มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ					

ลำดับที่	ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น ของผู้ทรงคุณวุฒิ				ข้อเสนอแนะ/ ข้อคิดเห็น
		4	3	2	1	
6	ผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วยและญาติ) มีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบและแสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด					
7	3.ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด (Rigour of Development) การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลหอบหืดได้ประยุกต์ใช้แนวคิด/ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง (self management) แนวคิด chronic care model และ GINA Guideline 2019 มาเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบผู้ทรงคุณวุฒิมีส่วนร่วมในการตรวจสอบคุณภาพและความเหมาะสมของรูปแบบก่อนนำมาใช้					
8	4.มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity of Presentation) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการระบุงค์ประกอบของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้อย่างชัดเจนและครอบคลุม					
9	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการระบุขั้นตอนและวิธีการสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืดอย่างชัดเจน					

ลำดับที่	ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น ของผู้ทรงคุณวุฒิ				ข้อเสนอแนะ/ ข้อคิดเห็น
		4	3	2	1	
10	5.มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเหมาะสมกับบริบทของ โรงพยาบาล/หน่วยงาน สามารถนำไป ปฏิบัติได้					
11	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการใช้ทรัพยากรที่ เหมาะสม คุ่มค่า ในการดำเนินงานสามารถ ติดตามและประเมินผลได้					
12	6) มิติด้านความเป็นอิสระของทีมจัดทำ รูปแบบ (Editorial Independence) ผู้ร่วมสร้างรูปแบบมีอิสระในการให้ข้อมูล โดยไม่มีการถูกบังคับจากผู้วิจัยและผู้อื่น					
13	มีหลักฐานการบันทึกความคิดเห็นของผู้ร่วม พัฒนารูปแบบ					



ภาคผนวก ฉ

ผลการประเมิน



สรุปค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา/โครงสร้าง

ของแบบทดสอบที่มีผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญดังแสดงข้อมูล

ตารางที่ 1 แสดงการแจกแจงระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อประเด็นสนทนาเพื่อ
วิเคราะห์การจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ (เครื่องมือชุดที่ 1.1)

ข้อ	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ																				ค่า CVI รายชื่อ
	คนที่ 1 (อ.วันเพ็ญ)				คนที่ 2 (นพ.ธนะวัฒน์)				คนที่ 3 (ดร.กัญยรัตน์)				คนที่ 4 (ดร.ปัฐยา วัชร)				คนที่ 5 (พว.ธันนฉัตร)				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1				/				/				/				/				/	1.0
2			/					/			/				/					/	1.0
3				/				/				/			/					/	1.0
4			/					/				/			/					/	1.0
5				/				/				/			/					/	1.0
6				/			/				/		/							/	0.8
7				/				/				/			/					/	1.0
8				/				/				/		/						/	0.8
9				/				/				/			/					/	1.0
10				/				/				/			/					/	1.0
11				/				/				/			/					/	1.0
12				/				/			/			/						/	1.0
13				/				/				/		/						/	1.0
14		/						/				/			/					/	0.8
15				/				/				/		/						/	0.8
16				/			/					/		/						/	1.0
17				/				/				/		/						/	1.0
18			/					/				/		/						/	1.0
19				/				/				/		/						/	1.0
20				/				/				/		/						/	0.8
21			/					/				/		/						/	1.0
22			/					/				/		/						/	1.0
23			/					/				/		/						/	1.0

ค่า CVI = 18/23 = 0.78 , S-CVI = 22/23 = 0.95

ตารางที่ 2 แสดงการแจกแจงระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อประเด็นสนทนาเพื่อวิเคราะห์การ
จัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ (เครื่องมือชุดที่ 1.2)

ข้อ	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ																				ค่า CVI รายข้อ
	คนที่ 1 (อ.วันเพ็ญ)				คนที่ 2 (นพ.ธนะวัฒน์)				คนที่ 3 (ดร.กันยารัตน์)				คนที่ 4 (ดร.ปัฐยาวัชร)				คนที่ 5 (พว.ธันนัฏฐ์)				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1			/				/				/				/			/			1.0
2				/			/				/				/				/		1.0
3				/			/			/				/				/			1.0
4		/					/			/				/				/			0.8
5				/			/			/		/			/			/			0.8
6			/				/			/				/				/			1.0
7			/				/			/				/				/			1.0
8	/						/			/				/				/			0.8
9				/			/			/				/				/			1.0
10				/			/			/				/			/				1.0
11				/			/			/				/			/				1.0
12				/			/			/				/			/				1.0
13				/			/			/				/			/				1.0
14				/			/			/				/			/				1.0
15				/			/			/				/			/				1.0
16				/			/			/				/			/				1.0
17				/			/			/				/			/		/		1.0
18				/			/			/				/			/				1.0
19			/				/			/				/			/				1.0

$$\text{ค่า CVI} = 16/19 = 0.84$$

$$\text{S-CVI} = 18.4/19 = 0.97$$

การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้สูตร (Waltz ,Strickland & Lenz,1991:2) ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

เกณฑ์ตัดสินคุณภาพของเครื่องมือ คือ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) > 0.70 ขึ้นไป จึงสรุปได้ว่าเครื่องมือชุดนั้นมีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

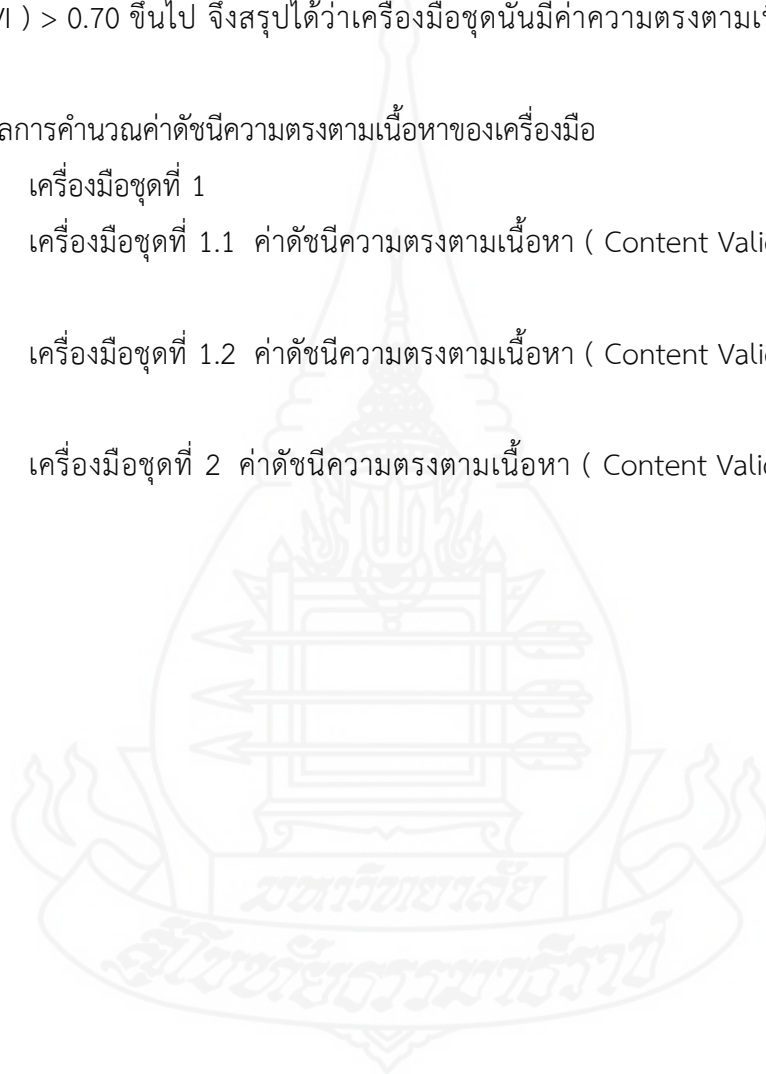
ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ

เครื่องมือชุดที่ 1

เครื่องมือชุดที่ 1.1 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) = 0.78

เครื่องมือชุดที่ 1.2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) = 0.84

เครื่องมือชุดที่ 2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) = 0.79



ตารางที่ 3 แสดงการแจกแจงระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อแบบประเมินความเหมาะสมของ
รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ

ข้อ	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ																				ค่า CVI รายข้อ				
	คนที่ 1 (อ.วันเพ็ญ)				คนที่ 2 (นพ.ธนะวัฒน์)				คนที่ 3 (ดร.กันยารัตน์)				คนที่ 4 (ดร.ปัฐยาวัชร)				คนที่ 5 (พว.ธนนันท์ภู่)								
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
1				/				/				/				/				/					1.0
2				/				/				/	/							/					0.8
3				/				/				/				/				/					1.0
4				/		/						/				/							/		0.8
5				/				/				/				/				/					1.0
6				/				/				/				/							/		1.0
7				/				/				/	/							/					0.8
8				/				/				/	/							/					0.8
9				/				/				/		/						/					1.0
10			/					/				/				/				/			/		1.0
11				/				/				/				/				/			/		1.0
12				/				/				/				/				/			/		1.0
13				/				/				/				/				/			/		1.0
14				/				/				/				/				/			/		1.0

$$\text{ค่า CVI} = 11/14 = 0.79$$

$$\text{S-CVI} = 13.2/14 = 0.94$$

1. มิติด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ (Scope and Purpose) ได้แก่ ข้อที่ 1-3
2. มิติด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholder Involvement) ได้แก่ ข้อที่ 4-6
3. ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบ (Rigour of Development) ได้แก่ ข้อที่ 7-8
4. มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity of Presentation) ได้แก่ ข้อที่ 9-10
5. มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability) ได้แก่ ข้อที่ 11-12
6. มิติด้านความเป็นอิสระของทีมนำรูปแบบ (Editorial Independence) ได้แก่ ข้อที่ 13-14

การคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินของแต่ละมิติ (Calculating domain scores)

กระทำได้โดยใช้ค่าคะแนนรวมรายข้อในแต่ละมิติจากผู้ประเมินทั้งหมดและนำมาเข้าสู่สูตรเพื่อหาค่าคะแนนผลการประเมินแต่ละมิติ ดังนี้ (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II Instrument :AGREE II Instrument , 2017)

คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้ = 4(คะแนน) X จำนวนข้อในแต่ละมิติ X จำนวนผู้ประเมิน

คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้ = 4(คะแนน) X จำนวนข้อในแต่ละมิติ X จำนวนผู้ประเมิน

ค่าคะแนนผลการประเมินแต่ละมิติ =
$$\frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้} \times 100}{\text{คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}}$$

ค่าคะแนนการประเมินโดยรวมทุกมิติมากกว่า 70% จึงสามารถสรุปได้ว่ารูปแบบเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้ โดยผลการคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินแต่ละมิติ ดังนี้

1. มิติด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ (Scope and Purpose) = 89.68%
2. มิติด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholder Involvement) = 77.77%
3. ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบ (Rigour of Development) = 80.95%
4. มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity of Presentation) = 83.63%
5. มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability) = 88.10%
6. มิติด้านความเป็นอิสระของทีมจัดทำรูปแบบ (Editorial Independence) = 85.71%



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางพินทอง จอมพุก
วัน เดือน ปีเกิด	9 เมษายน 2521
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

