

บทที่ 5

บทสรุป



การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและสมรรถนะปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และความสามารถในการทำกิจกรรมของร่างกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทดสอบความสามารถในการเดินบนพื้นราบ 6 นาที (6 MWT) และการใช้เครื่องสไปโรมิเตอร์วัดปริมาตรอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV_1) ก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยขวาง จังหวัดแพร่ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2554 ถึงเดือนกรกฎาคม 2554 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาไม่น้อยกว่า 1 ปี มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และ 2 คือมีค่า FEV_1 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ของปริมาตรทั้งหมด (แนวทางของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย พ.ศ.2548) ไม่มีโรคร่วมที่มีอาการเหนื่อยง่าย ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเลือดจาง มีการรับรู้ดี สื่อความหมายเข้าใจกันดี การมองเห็นและการได้ยินปกติ สามารถอ่านออกเขียนได้ สามารถฟังและพูดภาษาไทยเข้าใจได้ดี มีผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว 1 คน ได้แก่ คู่สมรส บุตรหรือพี่น้อง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอร้อยขวาง ที่ผู้วิจัยสามารถติดตามให้การดูแลสุขภาพที่บ้านได้ ทำการจับคู่กัน (pair matching) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ (แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี) และมีระดับความรุนแรงของโรคในระดับเดียวกัน ค่า FEV_1 โดยแตกต่างกันไม่เกิน 20% จำนวนทั้งหมด 22 คู่ จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่มตัวอย่าง (random assignment) ไม่มีกลุ่มตัวอย่างสูญหายไปในช่วงการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรเบอร์ต้า ฮันท์ (Roberta Hunt, 2005)

และประยุกต์ใช้เครื่องมือการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวของอันวินและเจอร์นท (Unwin and Jerant, 1999) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบบันทึกประเมินและติดตามผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบบันทึกสมรรถนะปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบวัดพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและได้นำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.87 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้คำถามมีความเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย จากนั้นนำไปคำนวณหาค่าเที่ยงของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbrach's Alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.88 เครื่องมือวัดสมรรถภาพการทำงานของปอด (Spirometer) รุ่น CHESTGRAPH HI-101 ของบริษัท CHEST M.I ประเทศญี่ปุ่น ได้ผ่านการสอบเทียบเครื่องมือปีละ 1 ครั้งจากกองวิศวกรรมการแพทย์ ศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ที่ 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และได้ตรวจสอบมาตรฐานของเครื่องก่อนการตรวจทุกครั้ง โดยใช้ flow syringe ทำการตรวจค่า capacity เท่ากับ 3 ลิตร จำนวน 10 ครั้ง และได้ค่า capacity volume + 3 % ซึ่งเป็นไปตาม American Thoracic Society (ATS) standard โดยใช้เครื่องเดิมและผู้ตรวจคนเดียวกันตลอดการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลคือ สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การตรวจสมรรถภาพปอดโดยใช้เครื่องสไปโรมิเตอร์ และการทดสอบความสามารถในการเดินบนพื้นราบ 6 นาที ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย บันทึกแผนที่บ้าน นัดหมายวัน เวลาเพื่อให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน ทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ คือ การดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 2) การดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) การดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5) การดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 7) กิจกรรมคือ ประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้แบบประเมินและติดตามผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS ให้ข้อมูลผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาสุขภาพของตนเองและพูดถึงปัญหาของตนเองตามสภาพความเป็นจริง ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา สรุปความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย วางแผนและดำเนินแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยและผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลเพื่อกำหนดจุดมุ่งหมาย และวิธีการในการแก้ไขปัญหาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน เพื่อให้ได้รับการดูแลตรงตามสภาพปัญหา และให้การพยาบาลตามแผนที่กำหนด ในสัปดาห์ที่ 4, 8 สอบถามโดยใช้แบบวัดพฤติกรรม การควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และในสัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลการทดลองโดยใช้แบบวัดพฤติกรรม การควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การตรวจสมรรถภาพปอดโดยใช้เครื่องสไปโรมิเตอร์ และการทดสอบความสามารถในการเดินบนพื้นราบ 6 นาที เมื่อได้ข้อมูลแล้วนำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 72.73 และเพศหญิงร้อยละ 27.27 ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 66.55 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 81.82 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 77.27 ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 59.09 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ในด้านความเพียงพอของรายได้พบว่า ร้อยละ 31.81 มีรายได้ที่เพียงพอและมีเก็บ จำนวนสมาชิกในบ้านส่วนใหญ่มี 3-5 คน โดยมีคู่สมรสเป็นผู้ให้การดูแล ร้อยละ 54.53 สิทธิในการรักษาพยาบาลใช้บัตรประกันสุขภาพมากที่สุดร้อยละ 77.27 มีประวัติการสูบบุหรี่ และปัจจุบันทั้งหมดเลิกสูบบุหรี่แล้ว โดยเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 16-20 ปีมากที่สุดร้อยละ 52.95 สูบวันละ 5-10 มวน ร้อยละ 41.17 ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่มากกว่า 5 ปี บุคคลในครอบครัวไม่มีคนสูบบุหรี่ ร้อยละ 77.27 การสัมผัสปัจจัยเสี่ยงในอดีต มีการสัมผัสฝุ่นละอองจากการทำงานมากที่สุด ร้อยละ 73.68 การวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉลี่ยเป็นนาน 6.09 ปี ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาไม่เคยนอนในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 86.36 และในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาไม่เคยใส่ท่อช่วยหายใจ มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วยคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.63 กลุ่มทดลองทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลม และได้รับการรักษาด้วยยาลดเสมหะ ร้อยละ 31.82

ข้อมูลกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 66.77 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 77.27 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 81.82 ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ในด้านความเพียงพอของรายได้พบว่า ร้อยละ 36.37 มีรายได้ไม่เพียงพอ จำนวนสมาชิกในบ้านส่วนใหญ่มี 3-5 คน โดยมีคู่สมรสเป็นผู้ให้การดูแลร้อยละ 40.90 สิทธิในการรักษาพยาบาลกลุ่มควบคุมทุกคนใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ มีประวัติการสูบบุหรี่และปัจจุบันทั้งหมดเลิกสูบบุหรี่แล้ว โดยเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 10-15 ปีมากที่สุดร้อยละ 60 สูบวันละ 11-20 มวนร้อยละ 50 ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่มากกว่า 5 ปี บุคคลในครอบครัวไม่มีคนสูบบุหรี่ร้อยละ 81.82 การสัมผัสปัจจัยเสี่ยงในอดีต มีการสัมผัสควันไฟจากเตาถ่านหรือเชื้อเพลิงและฝุ่นละอองจากการ

ทำงานมากที่สุดร้อยละ 63.16 การวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉลี่ยนาน 6.05 ปี ในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมาไม่เคยนอนในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 72.73 และในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาไม่เคยใส่ท่อช่วยหายใจ มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วยคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.45 กลุ่มควบคุมทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลม และได้รับการรักษาด้วยยาลดอักเสบร้อยละ 22.73

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างพฤติกรรมก่อนเริ่มทดลอง พฤติกรรมหลังเริ่มทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลอง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ในช่วงเวลาแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค ช่วงหลัง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ 12 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคช่วงหลัง 8 สัปดาห์ 12 สัปดาห์ สูงกว่าหลังทดลอง 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคหลัง 12 สัปดาห์ สูงกว่าช่วงหลังเริ่มทดลอง 8 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างพฤติกรรมก่อนเริ่มทดลอง พฤติกรรมหลังเริ่มทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ของกลุ่มควบคุม

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมก่อนเริ่มทดลอง พฤติกรรมหลังเริ่มทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบสมรรถนะปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีค่าเฉลี่ยระยะทางที่เดินบนทางราบได้ใน 6 นาที (6MWT) และสมรรถภาพการทำงานของปอด ได้ค่าปริมาตรอากาศหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV₁) ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001



ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบสมรรถนะปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะทางที่เดินบนทางราบได้ใน 6 นาที (6MWT) และสมรรถภาพการทำงานของปอด ได้ค่าปริมาตรอากาศหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV_1) ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคและสมรรถนะปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม คิดเป็น 3.81 และ 2.59 คะแนนตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสมรรถนะปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะทางที่เดินบนทางราบได้ใน 6 นาที (6MWT) และสมรรถภาพการทำงานของปอด ค่าเฉลี่ยปริมาตรอากาศหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV_1) หลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษา โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคและสมรรถนะปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรื่องขวางจังหวัดแพร่ สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการจัดบริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการให้ความรู้ เสริมสร้าง สนับสนุนให้ผู้รับบริการ ครอบครัวและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายคือให้บริการแก่บุคคลและครอบครัว เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Robertta Hunt, 2005, p. 352) ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความอบอุ่นใจ รู้สึกเป็นกันเองที่ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วยที่บ้านของตนเอง ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้แนวทาง INHOMESSS ทำให้สามารถวิเคราะห์หาปัญหาที่มีผลต่อการดำเนินของโรคได้อย่างรอบ

ด้าน และวางแผนการดูแลได้อย่างตรงจุด โดยมีครอบครัวของผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลช่วยเหลือได้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ โดยการส่งเสริม สนับสนุน กระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา เสริมความรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยและให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ติดตามและประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยการซักถามและติดตามจากแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน ซึ่งขณะที่ให้การดูแลสุขภาพที่บ้านผู้วิจัยมีโอกาสสังเกตถึงการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ได้ให้คำแนะนำเพื่อให้กลุ่มทดลองปรับปรุงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ เมธินี จันตริยะ (2547) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยกิจกรรมที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การยอมรับความเป็นบุคคล การสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เหมาะสม เทคนิคการใช้คำถาม การส่งเสริมความเข้าใจ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา การประเมินตนเองสะท้อนคิด การค้นหาทางเลือกในการดูแลสุขภาพ การให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับทางบวก การลงมือทำและการประเมินผลสะท้อน และการเรียนรู้จากผู้ป่วยที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรค ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

นอกจากนี้ได้มีการศึกษาการดูแลสุขภาพที่บ้านในโรคเรื้อรังอื่นๆ ในการศึกษาของ นนารัตน์ ธราพร (2545) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนค่าความดันโลหิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติได้รับความรู้ คำแนะนำและการฝึกทักษะการบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย การใช้ยาสูดพ่นจากเจ้าหน้าที่ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในขณะที่มารับบริการ ซึ่งเป็นการสอนตามสถานการณ์และความจำเป็น พร้อมกับการได้รับการบริการอื่นๆ ในเวลาที่จำกัด และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านความจำลดลง อาจทำให้มีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองและขาดการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งจากการที่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน จึงทำให้ไม่ได้รับการประเมินปัญหาและแก้ไขปัญหาที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ขาดการส่งเสริม สนับสนุน กระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา เสริมความรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้เกิดความละเลยและขาดความตระหนักในความสำคัญของการที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการควบคุมโรค จึงเป็นผลทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคในแต่ละช่วงเวลาไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อุ่นใจ เครือสถิตย์ (2542) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ซึ่งแบบแผนการดูแลสุขภาพที่บ้านสร้างขึ้นจากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม กำหนดแบบแผนเป็น 2 ระยะ ใช้เวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ ระยะที่ 1 เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ระยะที่ 2 เป็นการจัดกิจกรรมรายบุคคล โดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัว 3 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 3 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีสมรรถนะปอดโดยค่าเฉลี่ยระยะทางที่เดินบนทางราบได้ใน 6 นาที (6MWT) และสมรรถภาพการทำงานของปอด ได้ค่าปริมาตรอากาศหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV₁) ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้มีการให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุ อาการ การรักษา

ภาวะแทรกซ้อนของโรค ให้คำแนะนำและฝึกทักษะแนวทางการปฏิบัติเมื่อมีอาการกำเริบ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่บ้านตามแนวทาง INHOMESSS ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ การบริหารการหายใจ โดยการหายใจโดยการห่อปาก การหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม การออกกำลังกาย โดยการบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก ไหล่ และแขน การบริหารร่างกายทั่วไป ได้แก่ การเดินตามสบาย และการสงวนพลังงานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ 2) อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน 4) บทบาท หน้าที่ และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว 5) การใช้จ่าย 6) การมาพบแพทย์ในการตรวจรักษา 7) ความปลอดภัยภายในบ้าน 8) การดูแลด้านจิตสังคม 9) แหล่งบริการสุขภาพ โดยมีครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลช่วยเหลือได้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ แลกเปลี่ยนข้อมูลกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยและครอบครัวยังเข้าใจไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมโรคดีขึ้น ซึ่งเมื่อมีการปฏิบัติในการดูแลตนเองที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยทำให้ปอดมีประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดียิ่งขึ้น ทำให้อาการเหนื่อยหอบลดลง เพิ่มความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการเดินบนพื้นราบ 6 นาที (6 MWT) และสมรรถภาพการทำงานของปอด ค่าเฉลี่ยปริมาตรอากาศหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV₁) ได้มากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัชชา กิ่งคำ (2550) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อสมรรถภาพการทำงานของปอด ความสามารถในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบาก และความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาถึงทดลองแบบ 1 กลุ่มวัดซ้ำก่อนและหลังการทดลอง โดยกิจกรรมที่ใช้ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม การฝึกปฏิบัติออกกำลังกายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก และการดูแลด้านจิตสังคม เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสมรรถภาพปอดดีขึ้น ความสามารถในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และอาการหายใจลำบากลดลง และการศึกษาของ วันดี อภิรักษ์วรกุล (2551) ซึ่งศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบฟอเนจิง มช. ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกการออกกำลังกายแบบฟอเนจิง มช. สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยประเมินจากค่าเฉลี่ยของระยะทางที่สามารถเดินบน

ทางราบในเวลา 6 นาที ของกลุ่มทดลองภายหลังออกกำลังกายแบบพ็อนเจิง มช. มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

สมมติฐานข้อที่ 4 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ มีสมรรถนะปอดโดยค่าเฉลี่ยระยะทางที่เดินบนทางราบได้ใน 6 นาที (6MWT) และสมรรถภาพการทำงานของปอด ได้ค่าปริมาตรอากาศหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV₁) ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่า จากข้อมูลค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มทดลอง พฤติกรรมหลังเริ่มทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน เป็นสิ่งยืนยันได้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มควบคุมอาจไม่ต่อเนื่อง จนทำให้ไม่มีการคงอยู่ซึ่งพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวซึ่งเกิดจากกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการประเมินปัญหาและแก้ไขปัญหามาตรังตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตามแนวทาง INHOMESSS จึงทำให้กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการส่งเสริมสนับสนุน กระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา เสริมความรู้และขาดการพัฒนาทักษะการปฏิบัติตน ทั้งการบริหารการหายใจ โดยการหายใจโดยการห่อปาก การหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม การออกกำลังกาย โดยการบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก ไหล่ และแขน การบริหารร่างกายทั่วไป ได้แก่ การเดินตามสบาย และการสงวนพลังงานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นเทคนิคที่จะช่วยบรรเทาและควบคุมอาการหายใจเหนื่อยหอบ เพิ่มประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของปอดและการแลกเปลี่ยนก๊าซ ช่วยทำให้สามารถทำกิจกรรมได้นานขึ้น การระบายอากาศและแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น (กมลวรรณ จันตระกุล, 2547) อีกทั้งความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน รวมถึงการให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน การช้ยาโดยเฉพาะเทคนิคการช้ยาสูดพ่น การมาพบแพทย์ในการตรวจรักษา ความปลอดภัยภายในบ้าน การดูแลด้านจิตสังคม และแหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้านที่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้โดยเฉพาะในกรณีฉุกเฉิน จึงส่งผลทำให้สมรรถนะปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 5 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรครายด้านและโดยรวมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และสมรรถนะปอด ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยระยะทางที่เดินบนทางราบได้ใน 6 นาที (6MWT) และสมรรถภาพการทำงานของปอด ค่าเฉลี่ยปริมาตรอากาศหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV₁) ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยมีสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วย มีการวางแผนการดูแล การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทาง INHOMESSS โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ โดยใช้ทักษะการสอน การให้คำปรึกษา คำแนะนำ และฝึกปฏิบัติทักษะที่สำคัญในการดูแลตนเองที่บ้านคือ ทักษะการใช้ยาสูดพ่น ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการออกกำลังกาย โดยการสาธิตและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ ให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน 4 ครั้ง เพื่อติดตามปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ ประสานงานในการให้บริการถ้าครอบครัวที่ต้องการความช่วยเหลือมาก พยาบาลจะเป็นผู้จัดการประสานงานเกี่ยวกับการดูแลเหล่านั้น เพื่อติดต่อเรื่องการช่วยเหลือกลุ่มวิชาชีพที่มีความชำนาญให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมลดการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ดีขึ้น ทั้งในด้านการใช้ยาและการมาตรวจรักษา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และด้านจิตสังคม จึงส่งผลให้สมรรถนะปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้นด้วย ซึ่งประกอบด้วยค่าเฉลี่ยระยะทางที่เดินบนทางราบได้ใน 6 นาที (6MWT) และสมรรถภาพการทำงานของปอด ค่าเฉลี่ยปริมาตรอากาศหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV₁) สอดคล้องกับการศึกษาของ นัยนา อินทร์ประสิทธิ์ (2544) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งได้ใช้กระบวนการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อีกทั้งยังพบว่าค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของจตุพร จักรเงิน (2551) ซึ่งศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไปและแบบประยุกต์ต่อสมรรถภาพการทำงานของปอดและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไปประกอบไปด้วย การให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การออกกำลังกายร่างกายส่วนบนโดยให้ผู้ผู้ป่วยยืดเหยียดร่วมกับการบริหารแขนและการออกกำลังกายร่างกายส่วนล่างโดยการเดิน การฝึกการบริหารหายใจ การดูแลด้านจิตสังคมและโภชนาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบประยุกต์ ประกอบไปด้วย การให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การออกกำลังกาย

กายร่างกายส่วนบนที่เน้นการบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจและกล้ามเนื้อทรวงอกโดยใช้แถบยางซึ่งเป็นขนาดที่มีแรงต้านเมื่อยืดออกเต็มที่ คือ 2.5 ปอนด์ หรือ 1.1 กิโลกรัม และการออกกำลังกายร่างกายส่วนล่างโดยการเดิน การฝึกการหายใจ การดูแลด้านจิตสังคม และโภชนาการ ผลการวิจัยพบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดทั้งแบบทั่วไปและแบบประยุกต์ ส่งผลให้สมรรถภาพการทำงานของปอด และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นกระบวนการในการให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน และประยุกต์ใช้เครื่องมือการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้แนวทาง INHOMESSS สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมควบคุมโรคเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้สมรรถนะปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น ทั้งความสามารถในการทำกิจกรรมของร่างกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทดสอบความสามารถในการเดินบนพื้นราบ 6 นาที (6 minute walking test) และความสามารถในการทำหน้าที่ของปอดในการระบายอากาศ โดยประเมินจากค่าปริมาตรอากาศที่ผู้ป่วยสามารถหายใจออกโดยเร็วและแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV₁)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและสมรรถนะปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เกี่ยวกับกระบวนการให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน และประยุกต์ใช้เครื่องมือการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้แนวทาง INHOMESSS เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคลากร ให้มีความรู้และทักษะในกระบวนการให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน

2. พยาบาลสามารถนำวิธีการดูแลสุขภาพที่บ้านไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมโรคได้ดียิ่งขึ้น และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลภาวะสุขภาพ จะส่งผลให้สมรรถนะปอดของผู้ป่วยดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อไปในระยะยาว เพื่อประเมินความสามารถในการเดินบนพื้นราบ 6 นาที (6 MWT) และความสามารถในการทำหน้าที่ของปอดในการระบายอากาศ โดยประเมินจากค่าปริมาตรอากาศที่ผู้ป่วยสามารถหายใจออกโดยเร็วและแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV_1) และอาจดูผลของการเปลี่ยนแปลงในด้านอื่นๆด้วย เช่น จำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล คุณภาพชีวิต ซึ่งตัวแปรหรือตัวชี้วัดที่ศึกษาและติดตาม ควรสอดคล้องกับตัวชี้วัดที่เป็นนโยบายของโรงพยาบาล
2. ควรมีการวิจัยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงระดับต่างๆเพิ่มมากขึ้น เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ที่มีต่อผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงแตกต่างกัน