

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

นางกฤษณา พุททวงศ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT AND MEDITATION PROGRAM ON
HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS WITH
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Mrs. Krissana Puttawong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2011
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ
ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โดย นางกฤษฎณา พุทธิวงศ์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุธีพร ธนศิลป์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

กฤษฎณา พุททวงค์ : ผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT AND MEDITATION PROGRAM ON HEALTH - RELATED QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 205 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย และจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ และระดับความรุนแรงของโรค ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 36 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 ราย กลุ่มควบคุม 18 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ประกอบด้วย กิจกรรมรายบุคคลและกิจกรรมรายกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับการรับรู้อาการ 2) การให้ความรู้ในการจัดการอาการ 3) การฝึกทักษะในการจัดการอาการ และ 4) การประเมินผลการจัดการอาการ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการรับรู้การหายใจลำบาก และแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .90 และได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที่ ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อ.....
ปีการศึกษา..... 2554..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5277627936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE / SYMPTOM MANAGEMENT AND MEDITATION PROGRAM / ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE /

KRISSANA PUTTAWONG: THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT AND MEDITATION PROGRAM ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE.

ADVISOR : JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph. D., RN., 205 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were comparison of Health – Related Quality of Life (HRQOL) of elderly patient with COPD between the experimental group and control group, and comparison of Health – Related Quality of Life of the experimental group before and after receiving the symptom management and meditation program. The total sample consisted of 36 elderly patients with COPD attending out patients clinic at Khuntan Hospital. The subjects were equally assigned to the experimental group and the control group. Both groups were matched by sex, age, and severity of COPD. The control group received the Conventional Nursing Care while the experimental group received the Symptom Management and Meditation Program. Instruments of this study were: Symptom Management and Meditation Program based on the Symptom Management Model and the Meditation Program. The program comprised of four steps: 1) assessment of patient's symptom experience 2) knowledge innovation 3) self-symptom management skill development and 4) evaluation for symptom management. The instrument for data collection was Health – Related Quality of Life which was assessed by using Medical Outcomes Study Short form (SF-36). Data were analyzed using descriptive statistic and t-test.

The major findings were as follows:

1. The Quality of life score of the elderly COPD with in the experimental group, after received the Symptom Management and Meditation Program was significantly higher than that of before received the program. ($p < .05$)
2. The Quality of life score of the elderly COPD with in the experimental group was significantly higher than that of the control group. ($p < .05$)

Field of Study :Nursing Science..... Student's Signature

Academic Year :2011..... Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ รวมถึงข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขจุดบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย และเป็นแบบอย่างของความเป็นครูที่ดี มาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย ที่กรุณาให้คำแนะนำ และความรู้ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. สมพร-กันทรดุขฎี เตรียมศรีชัย ผู้เป็นเจ้าของเทคนิคลิขสิทธิ์ที่ผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาและสร้างโปรแกรม ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำให้คำแนะนำ ความรู้ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่า กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่า ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่กรุณาทุ่มเทเวลาถ่ายทอดวิชาความรู้ คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์และประสบการณ์การเรียนการสอน ที่มีคุณค่ายิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลขุนตาล ตลอดจนหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าคลินิกโรคปอด และเพื่อนร่วมงานกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลขุนตาลทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และญาติผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี และเป็นกำลังสำคัญอย่างยิ่งที่มีส่วนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	12
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	27
แนวคิดการจัดการกับอาการ.....	34
แนวคิดการปฏิบัติสมาธิ.....	37
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	67
การดำเนินการทดลอง.....	77

บทที่	หน้า
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	90
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	102
สรุปผลการวิจัย.....	108
อภิปรายผลการวิจัย.....	108
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้.....	122
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	123
รายการอ้างอิง.....	124
ภาคผนวก.....	135
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	136
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	138
ภาคผนวก ค ไปยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย.....	171
ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้การวิจัย.....	177
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	181
ภาคผนวก ฉ หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสือขอความร่วมมือในการใช้ เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	191
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	205

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	สรุปการประยุกต์ใช้แนวคิด กิจกรรม การใช้เครื่องมือ/สื่อ และระยะเวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ.....	55
2	ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค..	63
3	จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแล.....	64
4	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการสูบบุหรี่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบ มวน/วัน	65
5	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของโรค.....	66
6	ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	94
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ ของกลุ่มควบคุม และก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ของกลุ่มทดลอง	96
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แยกรายมิติ.....	97
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อน และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ แยกรายมิติ.....	99
10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ	101
11	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แยกรายมิติ.....	102

12	เปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับในรอบปีที่ผ่านมา ก่อนการได้รับการ พยาบาลตามปกติ ของกลุ่มควบคุม และ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการ อากาศ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ของกลุ่มทดลอง.....	182
13	เปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับในรอบปีที่ผ่านมา หลังการได้รับการ พยาบาลตามปกติ ของกลุ่มควบคุม และ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการ อากาศ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ของกลุ่มทดลอง.....	182
14	เปรียบเทียบค่าคะแนนหายใจลำบาก ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาล ตามปกติ ของกลุ่มควบคุม และ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการ อากาศ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ของกลุ่มทดลอง	183
15	เปรียบเทียบค่าคะแนนหายใจลำบาก ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อน และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการอากาศ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ.....	183
16	เกณฑ์การคิดคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ SF-36.....	184
17	ความหมายของคะแนนสูง และต่ำของแบบสอบถาม SF-36 แยกรายมิติ.....	189

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	รูปแบบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของ Jones (1998).....	30
2-21	ภาพขั้นตอนการปฏิบัติสมาธิ.....	43
22	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	59
23	สรุปขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย.....	92
24	แสดงกิจกรรมขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์การรับรู้.....	199
25	แสดงกิจกรรมขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้การจัดการอาการ.....	200
26	แสดงกิจกรรมขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการอาการ.....	201
27	แสดงกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 การติดตาม ประเมินผล.....	202
28	แสดงกิจกรรมต่อเนื่องจากงานวิจัย.....	203

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease [COPD]) เป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างเรื้อรัง ซึ่งมีการดำเนินโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไป และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ โดยทั่วไปหมายถึงโรค 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (emphysema) (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2010) ทำให้มีการตีบแคบของหลอดลม เกิดการไหลวนของอากาศภายในถุงลม และมีอากาศค้างภายในปอดมาก เป็นผลให้เกิดอาการหายใจลำบากและลดการทำกิจกรรมด้านร่างกายลง เมื่อมีการเสื่อมหน้าที่ของร่างกาย ทำให้มีความเจ็บป่วยมากขึ้น และเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ (Rochester, 2003) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2563 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จัดเป็นอันดับ 5 รองจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะซึมเศร้า อุบัติเหตุจราจร และโรคหลอดเลือดสมอง (GOLD, 2007) สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอัตรา 457.4, 498.16 และ 493.20 ต่อแสนประชากร ในปีพ.ศ. 2551, 2552 และ 2553 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) สถิติของโรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ โดยในปี พ.ศ.2552 จำนวน 295 คนเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 79.79, พ.ศ. 2553 จำนวน 335 คน เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 81.08 และ พ.ศ.2554 จำนวน 381 คน เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 85.80 ตามลำดับ (โรงพยาบาลขุนตาล, 2554)

ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีความสามารถในการทำงาน ของระบบทางเดินหายใจ ลดลงจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามกระบวนการชราภาพ กล่าวคือ ความยืดหยุ่นของปอด และผนังถุงลมลดลง ทำให้ปอดและผนังถุงลมยืดขยายตัวได้น้อยลง ผนังทรวงอกมีความแข็งตัวมากขึ้น จากกรรมมีแคลเซียมมาเกาะทำให้การเคลื่อนไหวทรวงอกลดลง (Enright, 1999) ความแข็งแรงและกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจเข้าและออกลดลง ทำให้ปอดยืดขยายตัวและหดตัวได้น้อยลง (Harrell, 1997) ร่วมกับพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการตีบแคบของทางเดินหายใจเกิดแรงต้านในทางเดินหายใจสูงขึ้น โดยเฉพาะช่วงหายใจออก ดังนั้นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการสำคัญ คือ อาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อย และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องแม้จะออกแรงเพียงเล็กน้อย นำไปสู่

ภาวะไร้ความสามารถต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุลดลง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; ไพรัช เกตุรัตน์กุล, 2549)

คุณภาพชีวิต (quality of life) มีผู้ให้ความหมายและประเมินคุณภาพชีวิตแตกต่างกันไปตาม ค่านิยม วัฒนธรรม ความเชื่อ และการให้คุณค่าของชีวิตตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล คุณภาพชีวิต มีความหมายเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ในบริบทด้านสุขภาพ จึงมีการนิยามความหมายของคุณภาพชีวิตให้แคบลง โดยเน้นด้านสุขภาพ เรียกว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health relate quality of life) ตามความหมายของ Jones Paul W. (1998) หมายถึงการรับรู้ของบุคคลถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (functional capacity) ในขณะที่ตนเองมีข้อจำกัดด้านสุขภาพจากอาการของโรค คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติกรรพยาบาล และการศึกษาวิจัย ด้านการวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วย โดยการติดตามและทดสอบผลสัมฤทธิ์ของการรักษา รวมทั้งวิเคราะห์สาเหตุของโรค และความเจ็บป่วยซึ่งมีความเฉพาะในโรคแต่ละโรค (Moon, 2004)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อผลกระทบของโรคด้านร่างกายและจิตใจจากการศึกษาของ Hu, J. & Meek, P. (2005) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวคิดของ Jones (1998) กล่าวถึงผลกระทบด้านร่างกาย คือ อาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2546) เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากจากพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยจะเกิดความกลัวไม่กล้าออกกำลังกาย ทำกิจกรรมด้านร่างกาย (บุศรา เอี้ยวสกุล, 2545) ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยลดลง กิจกรรมทางกายถูกจำกัด เนื่องจากอาการเหนื่อยหอบจึงทำให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเปลี่ยนแปลงวิถีความเป็นอยู่ เพื่อลดอาการเหนื่อยหอบด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ น้อยลง มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ได้ หรือแม้แต่การทำกิจวัตรประจำวัน (ไพรัช เกตุรัตน์กุล, 2549; GOLD, 2010) ผู้ป่วยรู้สึกที่ตนเองป่วยอยู่ตลอดเวลาเพราะเหนื่อยง่าย ส่งผลต่อจิตใจ ทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดน้อยลง เกิดความวิตกกังวลและสิ้นหวังในการรักษา (Reishtien, 2005)

สำหรับผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ในการควบคุมอาการหายใจลำบากขณะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน รู้สึกที่ตนเองป่วยตลอดเวลา ต้องพึ่งพาผู้อื่นไม่เป็นตัวของตัวเอง รู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ หมดหวัง หมดที่พึ่ง ความมีคุณค่าในตนเองลดลง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Goddy & Goddy, 2003; อภรณ์พรรณ สุนทรจตุรวิทย์, 2546) จากอาการหายใจลำบาก

ทำให้มีโอกาสออกไปทำกิจกรรมรวมกลุ่มกับเพื่อนหรือคนรู้จักลดลง ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม และพยายามแยกตัวออกจากสังคม (ธิดารัตน์ เกตุสุริยา, 2547; Koseoglu et al., 2005; Wedzicha & Seemungal, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโชติยา สังเสวก, 2550 กล่าวคือ ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวร่างกาย และการทำกิจกรรม จึงขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม เนื่องจากกลัวการออกแรง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง ส่งผลกระทบโดยตรงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรม การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น กรวรรณ จันทพิมพะ (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาล ต่อสมรรถนะทางกาย และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เทคนิคการคลายเครียด การโทรศัพท์กระตุ้นเตือน การเยี่ยมบ้าน และการนัดผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม พบว่าทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ โชติยา สังเสวก (2550) ที่ศึกษาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิค การบริหารการหายใจโดยการประยุกต์ใช้เครื่องดนตรีพื้นบ้าน (โหวต) การให้ความรู้ และการช่วยเหลือด้านจิตใจ ส่งผลให้อาการหายใจลำบากลดลง และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น สำหรับปิยกานต์ บุญเรือง (2548) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกบริหารแนวซิงก์ ร่วมกับการให้ความรู้ต่ออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ เกศรางค์ เสียงไพโรจน์ (2549) ที่ใช้การบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ มาประยุกต์ใช้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากการทบทวนวรรณกรรม ส่วนใหญ่มีการจัดโปรแกรมที่มีการผสมผสานวิธีการจัดการที่หลากหลายซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า การส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ดีขึ้นนั้น ต้องจัดการที่สาเหตุทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ อย่างไรก็ตาม โปรแกรมที่กล่าวมาข้างต้นยังมีข้อจำกัดในการนำมาใช้ในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย จากการเสื่อมของกระดูกและข้อ ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติหรือออกกำลังกายในลักษณะที่มีการเคลื่อนไหว ที่ต้องมีความมั่นคงในการทรงตัวได้ทั้งนี้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน และมีบทบาทสำคัญในการจัดการให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความรู้และทักษะที่ถูกต้องเหมาะสมในการจัดการกับอาการอย่างครอบคลุม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้ดีขึ้น ดังนั้นการนำแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) โดยเน้นการจัดการกับอาการที่ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายของผู้ป่วย

เฉพาะบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กันระหว่าง ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการ และ ผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการ และกลวิธีการจัดการของแต่ละบุคคล ร่วมกับรูปแบบ การปฏิบัติสมาธิของ สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี (2551) เพื่อจัดการกับอาการที่ส่งผลกระทบต่อ ด้านจิตใจของผู้ป่วย เป็นเทคนิคการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหว เพื่อควบคุมการทำงานของระบบ ประสาททั้ง 5 ได้แก่ ทางตา หู จมูก ปาก และการเคลื่อนไหว โดยการกำหนดลมหายใจให้สัมพันธ์ กับการเคลื่อนไหวของมือ แขน และลำตัว ที่เป็นการบริหารเคลื่อนไหวของร่างกายที่ไม่หนักเกินไป สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการยืนหรือการทรงตัว รวมทั้งกำหนดจิตให้จดจ่ออยู่กับลมหายใจ เพื่อลดสิ่งเร้าต่อระบบจิตประสาทภูมิคุ้มกันวิทยา (psychoneuro immunology) ก่อให้เกิดสมาธิ ขึ้นแก่ผู้ปฏิบัติ ดังนั้นการปฏิบัติสมาธิจึงมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากการเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ในขณะที่เดียวกันเป็นการปฏิบัติสมาธิ ช่วยให้จิตใจ สงบ จะทำให้ร่างกายหลั่งสารสื่อประสาทหรือฮอร์โมน endorphin ช่วยลดความเครียดและอาการ ซึมเศร้า ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2551)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่ม ทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อเกิดอาการของโรคแล้วส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กล่าวคือ ผลกระทบด้านร่างกาย เกิดเนื่องจากพยาธิสภาพ ของโรคที่ทำให้ปอดเสื่อมสมรรถภาพลง ทางเดินหายใจอุดกั้น โดยมีอาการแสดงที่สำคัญที่ปรากฏ ออกมา คือ อาการหายใจลำบาก (สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2546) ซึ่งอธิบายตามแนวคิดคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของ Jones (1998) ได้ตั้งนี้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านร่างกาย ไม่กล้าออกกำลังกาย ส่งผลให้การทำกิจวัตรประจำวันลดลงส่งผลกระทบต่อจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต้องเผชิญกับอาการหายใจลำบากที่อาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันได้ทุกขณะ มีผลต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยตลอดเวลา ประสบการณ์จากการเผชิญกับอาการหายใจลำบากนี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความ วิตกกังวล ไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน เพราะกลัวจะกระตุ้นให้เกิดอาการ

หายใจลำบากได้อีก จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และรู้สึกว่ตนเองด้อยคุณค่าลง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและสิ้นหวังต่อการรักษาได้ (Reishtien, 2005) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และอาการหายใจลำบากเป็นอาการสำคัญของโรคที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้ โดยการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาอาการหรือป้องกันการเกิดอาการได้

อาการ (symptom) เป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลง การทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ สังคม และความรู้สึก และก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน การจัดการกับอาการตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) เป็นการบรรเทาอาการหรือจัดการอาการที่เกิดขึ้น โดยเน้นการจัดการกับอาการทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการหายใจลำบาก เป็นการจัดการผู้ป่วยเฉพาะบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 3 แนวคิดหลักที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบมีลักษณะเป็นพลวัตรเปลี่ยนแปลงไปตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อบุคคล และอยู่ภายใต้มิติทางการพยาบาลซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการกับอาการ ได้แก่ บุคคล สิ่งแวดล้อม และสุขภาพและการเจ็บป่วย แนวคิดนี้จะเป็นการประเมินสถานะของโรค และพิสูจน์ความมีประสิทธิภาพของกลวิธีการจัดการอาการ ทั้งอาการและอาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้พยาบาลเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลต้องเข้าใจผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการ เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวความคิดการปฏิบัติสมาธิ ของ สมพร กันทรดุษฎี - เตรียมชัยศรี (2551)เป็นการบรรเทาอาการหรือจัดการอาการที่เกิดขึ้น โดยเน้นการจัดการกับอาการทางด้านจิตสังคม การปฏิบัติสมาธิเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างการทำงานจิตประสานกาย (สมาธิ ลมหายใจ และการเคลื่อนไหวช้าๆ) เพื่อควบคุมการทำงานของ baroreflex และระบบประสาทอัตโนมัติ เพิ่มประสิทธิภาพการขับคาร์บอนไดออกไซด์ ปอดได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น ลดอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น นานขึ้น ส่งผลต่อจิตใจทำให้เกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่างกายจะกระตุ้นการหลั่ง endorphin ช่วยลดความเครียด และอาการซึมเศร้า

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการ จากรูปแบบการจัดการกับอาการของ Dodd et al., (2001) เพื่อจัดการกับอาการที่ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ร่วมกับแนวความคิดการปฏิบัติสมาธิ ของ สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี (2551) เพื่อจัดการกับอาการที่ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้น

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์การรับรู้ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงความแตกต่างของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่ละรายที่มีการปรับตัว และการตอบสนองต่อการเกิดอาการที่แตกต่างกัน สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย จะทำให้ผู้วิจัยเข้าใจความคิดความต้องการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่ละราย ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการเปิดเผยข้อมูล ส่งผลให้เกิดการรับรู้ในเรื่องอาการที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ในการจัดการอาการ เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การมีอาการของตนเอง โดยผู้วิจัยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการ โดยให้ข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการให้ความรู้ในการจัดการอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก และการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ความรู้ที่ให้กับผู้ป่วย คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรู้เรื่องการจัดการอาการหายใจลำบาก และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิ เพื่อแก้ไขผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อด้านจิตใจ การปฏิบัติสมาธิเป็นการออกกำลังกายที่ผสมผสานระหว่าง สมาธิ ลมหายใจและการเคลื่อนไหวช้าๆ เกิดความสมดุลทั้งกายและจิต เป็นการฝึกจิตให้เกิดสมาธิ และเกิดการผ่อนคลาย ลดความเครียดและอาการซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล

การให้ความรู้ในการจัดการอาการหายใจลำบากเป็นกลวิธีการจัดการกับอาการ ที่มุ่งเน้นไปที่การปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Dodd et al., 2001) และการศึกษาจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้นั้นต้องอาศัยการเรียนรู้ ซึ่งการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิม ไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร และจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีประสบการณ์หรือปัญหา (สิ่งเร้า) เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะพยายามแก้ไขปัญหาโดยแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าหลายๆ วิธี โดยการลองผิดลองถูกจนกว่าจะพบวิธีการตอบสนองที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์หรือปัญหา ผู้ป่วยจะนำไปสัมพันธ์เชื่อมโยงกับสิ่งเร้านั้นๆ มีผลทำให้เกิดการเรียนรู้เกิดขึ้น และนำไปใช้ต่อเมื่อสัมผัสกับสิ่งเร้าเดิมอีก (Bernand, 1972)

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติการจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะที่ฝึกประกอบด้วย ทักษะการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ดังนี้ ทักษะการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก เทคนิคการไอ และทักษะการเข้ายาสูดพ่น และทักษะการปฏิบัติสมาธิ

การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการ และการปฏิบัติสมาธิ โดยการให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ปฏิบัติจริงเป็นการปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย โดยการสนับสนุนด้านทักษะที่ถูกต้องในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ลงมือปฏิบัติจริง และลดทำกิจกรรม รวมถึงการปฏิบัติซ้ำๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การติดตาม ประเมินผล

การติดตาม ประเมินผลเป็นการประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยในการจัดการอาการ การประเมินผล ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัวอย่างจริงจัง มีความรู้และทักษะในการจัดการกับอาการ และมีทักษะในการปฏิบัติสมาธิที่ถูกต้อง เหมาะสม ส่งผลให้อาการหายใจลำบากลดลง ลดความเครียด และความวิตกกังวล มีความเชื่อมั่นในตนเอง ในการจัดการอาการ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

จากเหตุผลและแนวคิดข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ที่ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน และแพทย์เห็นชอบว่าเข้าร่วมโปรแกรมได้ มีความรุนแรงของโรคระดับ 2 และระดับ 3 ตามเกณฑ์สมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Lung Association [ALA], 2005)

2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (functional capacity) ในขณะที่ตนเองมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ จากอาการของโรครวมทั้งผลที่เกิดจากโรค ตามแนวคิดของ Jones (1998) โดยมีองค์ประกอบแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

1. ด้านสุขภาพทางกาย หมายถึง ผลกระทบที่เกิดจากอาการหายใจลำบากต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การอาบน้ำ แต่งตัว
2. ด้านจิตสังคม หมายถึง ผลกระทบที่เกิดจากอาการหายใจลำบากต่ออารมณ์ความรู้สึก ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิตลดน้อยลง ความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วย และสิ้นหวังในการรักษา ความรู้สึกหุดหู่ไม่อยากปฏิบัติกิจกรรม การเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนและครอบครัว

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ หมายถึง กิจกรรมทางการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอนที่สนับสนุนให้ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้แนวทางการจัดการกับอาการ ของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวทางการปฏิบัติสมาธิ ของสมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี (2551) ซึ่งประกอบด้วยการจัดกิจกรรมรายบุคคลและรายกลุ่ม ใช้เวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์การรับรู้ เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก คือ กระบวนการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบาก ระหว่างผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับผู้วิจัย เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ได้สอดคล้องและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละรายอาจมีประสบการณ์และวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่ได้ผลแตกต่างกัน ได้แก่

การสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เล่าประสบการณ์ในเรื่องเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ประเมินความรุนแรงของอาการ การตอบสนองต่ออาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ และความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผลกระทบของการเกิดอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยประเมินประสบการณ์การ

รับรู้ เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก และประเมินความต้องการ ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผลกระทบของการเกิดอาการหายใจลำบาก การจัดการอาการ

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้การจัดการอาการ คือกระบวนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการกับอาการหายใจลำบากได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการจัดการอาการ 2 ส่วน คือ

1. ความรู้ในการจัดการอาการกับผลกระทบด้านร่างกาย ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ การรักษา และการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การใช้ยา การสงวนพลังงาน อาหารที่เหมาะสมกับโรคเทคนิคการไอ การบริหารการหายใจ และเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น

2. ความรู้ในการจัดการอาการกับผลกระทบด้านจิตสังคม ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิ ความหมายการปฏิบัติสมาธิ ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติสมาธิ ผลข้างเคียงของการฝึกปฏิบัติสมาธิ และประโยชน์ของการฝึกปฏิบัติสมาธิ

ขั้นตอนที่ 3 ฝึกทักษะการจัดการอาการ คือ กระบวนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสามารถในการจัดการกับอาการหายใจลำบากได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม ประกอบด้วย การฝึกทักษะ 2 ส่วน คือ

1. ทักษะในการจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย เทคนิคการไอ การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และทักษะการใช้ยาสูดพ่น

2. ทักษะการปฏิบัติสมาธิ

ขั้นตอนที่ 4 การติดตาม ประเมินผล คือกระบวนการประเมินผลลัพธ์ จากการจัดการอาการตามโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ เพื่อติดตามปัญหาอุปสรรคของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจากผ่านกระบวนการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการอาการเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจ และสร้างแรงจูงใจในการดำเนินการตามโปรแกรม ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้าน การนัดติดตาม เป็นการจัดกิจกรรมรายกลุ่ม และการติดตามประเมินผลลัพธ์

ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีสัญชาติไทย ที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร ได้แก่ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง โดยมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 และ 3 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Lung Association, 2005) ดังนี้

- ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยถึงปานกลางในการทำกิจกรรมสามารถเดินทางราบแต่ไม่
 กระฉับกระเฉงเท่าคนปกติ และไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันไดได้เท่า
 คนวัยเดียวกัน แต่สามารถขึ้นตึกสูง 1 ชั้น โดยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ
- ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดที่ชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่สามารถช่วยตนเอง
 หรือดูแลตนเองได้ ไม่สามารถเดินทางราบได้เท่าคนวัยเดียว มีอาการเหนื่อย
 หอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 2 ชั้น ยังสามารถ
 ดูแลตนเองได้

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาล ที่พยาบาลประจำการได้

ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยการซักประวัติถึงอาการสำคัญตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย เป็นการคัดกรอง
 เบื้องต้นก่อนส่งพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา ให้การพยาบาลเบื้องต้นตามสภาพปัญหา และให้
 คำแนะนำรายบุคคลโดยทั่วไป เกี่ยวกับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การใช้ยา การดูแลตนเองเพื่อควบคุม
 ความรุนแรงของโรค การควบคุมอาการหายใจลำบาก และการมาตรวจตามนัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตด้าน
 สุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย การค้นหารูปแบบการพยาบาลที่จะนำไปใช้ให้
 เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และขยายผลไปยังกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความครอบคลุมในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.1 พยาธิสรีรวิทยาของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุ
 - 1.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.3 อาการและอาการแสดง
 - 1.4 ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อผู้สูงอายุ
 - 1.5 การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.6 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน
 - 1.8 บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health relate quality of life)
 - 2.1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต
 - 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
3. แนวคิดการจัดการกับอาการ (symptom management)
4. แนวคิดการปฏิบัติสมาธิ
 - 4.1 ความหมายของสมาธิและการปฏิบัติสมาธิ
 - 4.2 กลไกของการปฏิบัติสมาธิต่อสรีรวิทยาของระบบประสาทและสมอง
 - 4.3 ผลของการปฏิบัติสมาธิต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 4.4 เทคนิคการฝึกปฏิบัติสมาธิ
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

1. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของการอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2563 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลก (American Thoracic Society, 2007) สำหรับประเทศไทย โรคระบบทางเดินหายใจเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ด้วยอัตรา 25.7 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2553 สำหรับอัตราความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับประเทศ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2551, 2552 และ 2553 มีอัตราความชุกของโรคต่อแสนประชากร คือ 42.24, 49.07 และ 56.21 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) จังหวัดเชียงใหม่พบอัตราความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552 เป็น 423.5 และ 436.4 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขเชียงใหม่, 2552) โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2552 จำนวน 295 คน เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 79.79, พ.ศ.2553 จำนวน 335 คน เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 81.08 และ พ.ศ.2554 จำนวน 381 คน เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.80 ตามลำดับ (โรงพยาบาลขุนตาล, 2554) จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลยางฮอม จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2551 พบว่า ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อันดับที่ 3 รองจากโรคความดันโลหิตสูง และโรคกระดูกและข้อ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2552) สอดคล้องกับการสำรวจผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2552 พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ อันดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 43 รองจากโรคระบบไหลเวียนโลหิต (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, [COPD]) หมายถึง กลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ มีการดำเนินโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลให้ทางเดินหายใจมีการตีบแคบอย่างเรื้อรัง และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ โดยทั่วไปหมายถึงโรค 2 โรค คือ 1) โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) เป็นโรคที่นิยามจากอาการทางคลินิก ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการไอและมีเสมหะเรื้อรัง โดยมีอาการเป็นๆ หายๆ ติดต่อกันนานไม่น้อยกว่า 3 เดือนในหนึ่งปี และเป็นอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 2 ปี และ 2) โรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) เป็นโรคที่นิยามจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพที่ถุงลม และหลอดลมส่วนที่อยู่ปลายสุดเกิดการขยายตัวโป่งพอง ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; GOLD, 2010; Brashers, 2006)

1.1 พยาธิสรีรวิทยาของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นตามกระบวนการชราภาพ ส่งผลต่อระบบหายใจในผู้สูงอายุ อาทิเช่น การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้าง (ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ) มีการสูญเสียแคลเซียมจากกระดูกสันหลัง ทำให้ความสูงของทรวงอกลดลง ช่องอกมีปริมาตรลดลง โดยที่กระดูกของผู้สูงอายุจะมีความหนาแน่นลดลง เช่น กระดูกซี่โครง กระดูกสันหลัง เกิดกระดูกสันหลังโก่งไปด้านหลังและเอียงข้าง รูปทรงของทรวงอกเปลี่ยนไป เรียก หลังค่อมคด (สุรเกียรติ์ อชานานุกภาพ, 2551; McAnaw, 2001) กระดูกอ่อนซึ่งอยู่บริเวณรอยต่อระหว่างกระดูกซี่โครงและกระดูกหน้าอก มีความแข็งแรงมากขึ้นเนื่องจากมีแคลเซียมมาเกาะ ทำให้ข้อต่อระหว่างกระดูกเคลื่อนไหวได้น้อยลง (Enright, 1999) มีผลทำให้ผนังทรวงอกขยายได้ไม่ดีเท่าในวัยหนุ่มสาว นอกจากนี้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการหายใจลดลง ทำให้กล้ามเนื้อต้องใช้แรงพยายามในการหดตัวมากขึ้น (Sheahan & Musialowski, 2001) ผนังของถุงลมบางลงและขยายตัวใหญ่ขึ้น ผนังกั้นระหว่างถุงลมและหลอดเลือดฝอยถูกทำลาย ทำให้ปอดสูญเสียความยืดหยุ่น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น เนื่องจากเส้นใยอีลาสตินลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการขยายตัวของปอด (lung compliance) ลดลง ปอดยืดขยายตัวและหดตัวได้น้อยลง (Enright, 1999) พบผนังถุงลมโป่งพอง หลอดลมขาด การยึดเหนี่ยวจากใยยืดหยุ่น ทำให้เกิดแรงดันในทรวงอกเพิ่มขึ้นไปกดหลอดลมใหญ่ตีบแคบ หรือปิดเร็วกว่าปกติ ส่งผลให้ปริมาตรในอากาศค้างในปอด หลังสิ้นสุดการหายใจออก เพิ่มมากขึ้น (Harrell, 1997)

พยาธิสภาพที่พบในระบบทางเดินหายใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง เกิดจากเซลล์ที่คัดหลั่งสารมูก (goblet cell) ได้ชั้นเยื่อเมือกของหลอดลมและต่อมหลังเมือก (mucous gland) มีขนาดและจำนวนเพิ่มขึ้น มีการเพิ่มและสะสมของเมือกที่มีลักษณะเหนียวกว่าปกติในหลอดลมเล็ก การทำหน้าที่ในการพัดโบกของเซลล์ขนกวัด (cilia) ทำได้น้อยลง หรือเซลล์ขนกวัดในหลอดลมหายไปจากการเกิดกระบวนการอักเสบและทำลายซ้ำๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผนังหลอดลม โดยหลอดลมมีการหนาตัวและบวมมากขึ้น กล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมมีจำนวนเพิ่มขึ้น (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; Brashers, 2006) มีเสมหะเพิ่มมากขึ้นในหลอดลม และไอมีเสมหะเรื้อรัง (Harrell, 1997; Honig & Ingram, 2001) รูปร่างของหลอดลมฝอยส่วนปลายเกิดความผิดปกติเนื่องจากเกิดพังผืด และเกิดการหดตัวของพังผืด หรือการทำลายเนื้อเยื่อของปอด ทำให้ทางเดินลมหายใจแคบลงหรือตีบตันได้ง่าย เกิดการอุดกั้น ทำให้การกระจายของลมหายใจไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะในขณะหายใจออกจะมีการหายใจออกช้า มีการระบายอากาศไม่ดี ทำให้มีอัตราการไหลของอากาศในขณะหายใจออก (expiratory flow rate)

ลดต่ำกว่าปกติ ปริมาตรของอากาศที่สามารถหายใจออกโดยเร็วและแรงในเวลา 1 วินาทีแรก (FEV₁) ลดลง ปริมาตรของอากาศที่สามารถหายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มที่หลังจากหายใจเข้าอย่างเต็มที่ (forced vital capacity [FVC]) ลดลง (Brashers, 2006) ทำให้เลือดที่มาเลี้ยงปอดส่วนนั้นไม่ได้รับการแลกเปลี่ยนออกซิเจนหรือได้รับการเพิ่มออกซิเจนน้อย เมื่อมีการอุดตันเกิดขึ้นในหลอดลมมากทำให้การระบายอากาศภายในถุงลมลดลงมาก ส่งผลให้ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำและระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงขึ้น

ส่วนถุงลมโป่งพองที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ เกิดจากการโป่งพองของถุงลมและส่วนปลายของหลอดลม ร่วมกับมีการทำลายของผนังถุงลมเล็กๆ ทำให้เกิดเป็นถุงลมที่มีขนาดใหญ่อย่างถาวร รวมถึงหลอดเลือดแดงเล็กๆ ที่ผนังถุงลม เส้นใยอีลาสติกและเส้นใยคอลลาเจนที่พันอยู่รอบๆ หลอดลมฝอยส่วนปลายและถุงลมถูกทำลาย (Brashers, 2006) ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซ และการระบายอากาศลดลง เนื่องจากการถูกอุดกั้นของทางเดินหายใจ การแพร่และกำซาบออกซิเจนที่ถุงลมลดลง ทำให้ความสามารถในการระบายอากาศของปอดในผู้สูงอายุลดลง (Jaffe, 1996) แรงที่ใช้ในการหายใจเข้าและออกเต็มที่ลดลง กล้ามเนื้อกระบังลมมีการใช้งานมากขึ้น จนหย่อน ทำให้การหายใจออกลำบากกว่าหายใจเข้า (Fraser et al., 1999) และมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงปอด คือ ผนังหลอดเลือดฝอยหนาและแข็งตัวมากขึ้น ความสามารถในการยืดขยายลดลง จำนวนเลือดที่มาเลี้ยงหลอดเลือดฝอยลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมหนาขึ้น และจากการที่ผู้สูงอายุมีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) ลดลง ทำให้พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง และประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง (Harrell, 1997)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสริมอื่นๆ เช่น ระบบการป้องกันของปอด (lung host defense) บกพร่อง การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพการไหลลดลง เนื่องจากการแข็งตัวของทรวงอก เซลล์ขนกวัดมีจำนวนลดลงจึงทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ร่วมกับมีการเสื่อมของภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ (cell mediated immunity) และการสร้างแอนติบอดี (humoral antibody formation) ลดลง นอกจากนี้ยังมีการลดลงของอิมมูโนโกลบูลิน เอ (immunoglobulin A: IgA) ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น (Harrell, 1997) และพบว่ามีความบกพร่องของแมคโครฟาจ (macrophages) ที่ทำหน้าที่ย่อยสิ่งแปลกปลอมที่เข้ามาในถุงลม ซึ่งพบในผู้สูงอายุที่มีประวัติสูบบุหรี่

1.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม

1. ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (host factor) ได้แก่

1.1 ภาวะขาดสารแอลฟาวัน แอนตีทริปซิน (alpha-1antitrypsin) สารแอลฟาวัน แอนตีทริปซิน ถูกสร้างขึ้นที่ตับ มีหน้าที่ยับยั้งนิวโทรฟิลิว อีลาสเตส (neutrophil elastase) ไม่ให้ทำลายอีลาสติน (elastin) ในถุงลม การขาดสารตัวนี้ถือว่าเป็นความผิดปกติทางพันธุกรรม ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ (Barnett, 2006)

1.2 ภาวะหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น (airway hyperresponsiveness) มีส่วนทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ โดยสมมติฐานที่เรียกว่า “สมมติฐานของดัช” (the dutch hypothesis) ซึ่งเป็นแพทย์ชาวเนเธอร์แลนด์ เชื่อว่าผู้ที่มีหลอดลมไวผิดปกติ เมื่อมีสิ่งมากระตุ้น เช่น ควันบุหรี่ จะทำให้เกิดภาวะตีบแคบของหลอดลมได้อย่างฉับพลัน โดยการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบที่บุอยู่รอบๆหลอดลม ทำให้การหายใจออกมีความยากลำบากและใช้เวลานานกว่าปกติ เมื่อประเมินสมรรถภาพการทำงานของปอด จะพบว่าปริมาตรของอากาศที่สามารถหายใจออกโดยเร็วและแรงในเวลา 1 วินาทีแรก (forced expiratory volume in 1second [FEV1]) ลดลง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; Barnett, 2006)

1.3 การเจริญเติบโตของปอด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอายุของทารกในครรภ์ของมารดา โดยเฉพาะมารดาที่สูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ชิดกับคนที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ เพราะสารนิโคตินในควันบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดบริเวณรกหดตัว และก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณรกมีออกซิเจนลดลง ส่งผลให้ทารกในครรภ์ได้รับเลือดและออกซิเจนน้อยกว่าปกติ และนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังได้ (Barnett, 2006)

1.4 การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทั้งเชื้อแบคทีเรียและเชื้อไวรัส ซึ่งพบได้มากในวัยเด็ก จะส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจและการเจริญเติบโตของปอดไม่สมบูรณ์ ซึ่งอาจพัฒนาเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคนที่อายุน้อยได้ (Barnett, 2006)

2. ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่

2.1 การสูบบุหรี่หรือสูดดมควันบุหรี่ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพบว่าร้อยละ 80-90 ของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Barnett, 2006) เนื่องจากสารพิษในบุหรี่ทำให้เซลล์ขนกวัดที่เยื่อหลอดลม ซึ่งมีหน้าที่โบกพัดสารต่างๆที่เข้าสู่หลอดลมให้ออกจากปอดถูกทำลาย และทำให้เซลล์เหล่านี้โบกพัดช้าลงหรือหยุดทำหน้าที่ ทำให้การกำจัด

สิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ปอดได้ช้าและน้อยลง นอกจากนี้ยังมีการสะสมสารพิษจากควันบุหรี่ในหลอดลมและถุงลม ส่งผลทำให้เกิดการอักเสบของทางเดินหายใจ โดยทำให้เซลล์ต่อมเมือกมีขนาดโตและเพิ่มจำนวนขึ้น มีการหลั่งเมือกมากขึ้น เกิดการอุดตันของหลอดลม กล้ามเนื้อหลอดลมมีการหดตัวมากขึ้น เซลล์ขนกวัดมีจำนวนน้อยลง มีการแฟบของหลอดลมขนาดเล็ก ในขณะที่หายใจออกนอกจากนี้สารพิษที่สะสมอยู่ในปอดยังกระตุ้นให้นิวโทรฟิล (neutrophil) และแมคโครฟาจ (macrophage) มารวมตัวกันที่ถุงลมและหลอดลมส่วนปลาย และหลังเอนไซม์อีลาสเตส (elastase) มาทำลายสารพิษและยังมีผลทำให้ทำลายอีลาสติน ซึ่งเป็นส่วนประกอบของเส้นใยอีลาสติน ทำให้ปอดเสียความยืดหยุ่นและยังทำให้แอลฟา วัน แอนตี้ทริปซิน มีประสิทธิภาพในการทำลายเอนไซม์อีลาสเตสน้อยลง

2.2 มลพิษในอากาศ (air pollution) ประกอบด้วย ควัน ฝุ่นละออง สารมีพิษ ก๊าซพิษ ต่างๆ รวมทั้งการเผาไหม้ของถ่านหิน และน้ำมันปิโตรเลียม เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Barnett, 2006) นอกจากนี้ฝุ่นและสารเคมีที่เกิดจากการประกอบอาชีพ และมลภาวะทางอากาศที่เกิดขึ้นในบ้าน เช่น ควันไฟที่เกิดจากการหุงอาหาร อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ (GOLD, 2010)

1.3 อาการและอาการแสดง

ในระยะเริ่มต้นของโรค ผู้สูงอายุมักไม่แสดงอาการ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพจะดำเนินไปอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป และเพิ่มความรุนแรงมากยิ่งขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นเมื่อเริ่มเกิดอาการจึงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548; GOLD, 2010) อาการและอาการแสดงที่สำคัญ ดังนี้

1. อาการหายใจลำบาก (dyspnea) พบได้ร้อยละ 20 (Hall, 1998) เนื่องจากมีความลำบากในการหายใจ และต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้นกว่าปกติ ร่วมกับการใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ ผู้สูงอายุจะรู้สึกเหนื่อยง่ายเมื่อออกแรง (บุศรา เอี้ยวสกุล, 2545) อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบบ่อยและสำคัญที่สุด ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล (สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2545)

2. อาการไอมีเสมหะเรื้อรัง เป็นอาการหลักของโรคหลอดลมอุดกั้น พบได้ร้อยละ 65 (Hall, 1998) ในระยะแรกมีอาการไอตอนเช้า หรือหลังจากสูบบุหรี่ มีเสมหะสีขาว อาการจะดีขึ้นเมื่องดสูบบุหรี่ ระยะต่อไปอาการไอจะมากขึ้นและบ่อยขึ้น เสมหะมากขึ้นเปลี่ยนเป็นสีเหลือง หรือสีเขียว ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อแทรกซ้อน (GOLD, 2007)

3. หายใจมีเสียงวี๊ด (wheeze) พบได้ร้อยละ 15 (Hall, 1998) เกิดจากการอุดกั้นของหลอดลมทำให้แรงต้านการหายใจออกสูงขึ้น ต้องออกแรงเพิ่มขึ้น
4. แรงดันในทรวงอกขณะหายใจเข้าและออกแตกต่างกันมาก ทำให้ขณะหายใจเข้าบริเวณเหนือกระดูก clavicle จะบวมเข้าจากแรงดันในทรวงอกที่เป็นลบมาก และขณะหายใจออกเส้นเลือดดำบริเวณคอจะโป่งขึ้นจากแรงดันที่เป็นบวกมากในทรวงอก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

1.4 การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การประเมินระดับความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งสำคัญ ในการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการของโรคที่รุนแรงมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Lung Association, 2005) ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของโรคจากความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยได้ 5 ระดับ ดังนี้

- ระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดใดๆ สามารถทำงานได้ตามปกติโดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือหายใจลำบากขณะเดินขึ้นบันไดหรือทางชัน แต่จะเริ่มมีอาการขณะทำงานหนัก
- ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยถึงปานกลางในการทำกิจกรรมสามารถเดินทางราบ แต่ไม่กระฉับกระเฉงเท่าคนปกติ และไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันไดได้เท่าคนวัยเดียวกัน แต่สามารถขึ้นตึกสูง 1 ชั้น โดยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ
- ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดที่ชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่สามารถช่วยตนเองหรือดูแลตนเองได้ ไม่สามารถเดินทางราบได้เท่าคนวัยเดียว มีอาการเหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 2 ชั้น ยังสามารถดูแลตนเองได้
- ระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด เดินทางราบมากกว่า 100 หลาไม่ได้ ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น ยังสามารถดูแลตนเองได้
- ระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างมาก การเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด เดินเพียง 2-3 ก้าว หรือลุกนั่งก็เหนื่อย เดินอย่างช้าๆ มากๆ ได้ 50 หลา ไม่สามารถช่วยตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เหนื่อยหอบเมื่อแต่งตัวหรือพูด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้าร่วมโปรแกรม โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีความรุนแรงของโรคในระดับ 2 และ 3 ตามเกณฑ์สมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (ALA, 2005) ที่มีอาการสงบ ซึ่งความรุนแรงทั้ง 2 ระดับนี้มีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้น แต่ยังสามารถที่จะดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามที่ผู้วิจัยจัดโปรแกรมได้

การประเมินอาการหายใจลำบาก

การประเมินอาการหายใจลำบาก จะช่วยในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย เนื่องจากอาการหายใจลำบากเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยต่อความยากลำบากในการหายใจ ดังนั้นการประเมินอาการ จึงจำเป็นต้องประเมินจากความรู้สึกของผู้ป่วยต่ออาการหายใจลำบากที่ประสบอยู่ในขณะนั้น ซึ่งเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้สึกของอาการหายใจลำบาก มีอยู่หลายรูปแบบด้วยกัน คือ

1. แบบวัดอาการหายใจลำบากแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง เป็นแบบวัดทางจิตวิทยา เป็นเครื่องมือวัดความรู้สึกของตัวบุคคลและเป็นที่ยอมรับว่าแบบวัดอาการหายใจลำบาก สามารถนำมาใช้วัดความรู้สึกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อวัดอาการหายใจลำบากได้ผลดี และมีความไวต่อการประเมินอาการหายใจลำบาก เมื่อนำมาใช้วัดอาการหายใจลำบากจึงเรียกว่า Dyspnea Visual Analogue Scale [DVAS] มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร มีทั้งแนวตั้ง (Vertical Visual Analogue Scale [VVAS]) และแนวนอน (Horizontal Visual Analogue Scale [HVAS]) มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน ที่ตำแหน่ง 0 คะแนน อยู่ทางซ้ายสุดหรือล่างสุดของแบบวัด หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย ส่วนที่ตำแหน่ง 100 คะแนน ซึ่งอยู่ทางขวาสุดหรือบนสุดของแบบวัดหมายถึง ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ผู้ป่วยจะเป็นผู้กำหนดตำแหน่งบนเส้นตรง โดยการทำเครื่องหมายบนเส้นตรงแล้วอ่านค่าตัวเลขตรงจุดนั้น แทนค่าอาการหายใจลำบากของตนเอง (Gift, 1989 cited in registered Nurse's Association of Ontario, 2005) จากการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดอาการหายใจลำบากในแนวตั้งและแบบวัดอาการหายใจลำบากในแนวนอน มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก ($r = .97$) และพบว่าแบบวัดในแนวตั้งมีความสะดวกในการใช้มากกว่าแบบวัดในแนวนอน (Grant et al., 1999, as cited in RNAO, 2005)

2. แบบวัดอาการหายใจลำบากแบบประมาณ Modified Borg Scale (MBS) เป็นแบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ซึ่งวัดได้จากการบอกเล่าอาการ มีมาตรวัดตั้งแต่ 0-10 ซึ่งแต่ละจุดจะมีคำบรรยายของแต่ละคะแนนไว้ เริ่มตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มีอาการ

หายใจลำบากจนถึง 10 หมายถึงมีอาการหายใจลำบากในระดับรุนแรงมากที่สุด เป็นแบบวัดที่มีความคงที่ในการทดสอบ (reproducibility) ที่ดี จากการวัดความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (criterion related validity) พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดอาการหายใจลำบาก และการระบายอากาศต่อนาทีเท่ากับ .98 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดอาการหายใจลำบากและปริมาณการใช้ออกซิเจนในขณะที่ออกกำลังกายเท่ากับ .95 (Carrieri - Kohlman & Stulberg, 2000)

3. แบบวัดอาการหายใจลำบาก ชนิด Oxygen - Cost Diagram (OCD) เป็นแบบวัดอาการหายใจลำบากที่มีลักษณะประกอบด้วยเส้นตรงในแนวตั้ง มีความยาว 100 มิลลิเมตร ปลายด้านบนสุดของแบบวัดหมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบาก ส่วนปลายด้านล่างสุด หมายถึง มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด และมีข้อความอธิบายไว้ด้านข้างของแบบวัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถให้คะแนนความรู้สึกของอาการหายใจลำบากได้ถูกต้อง แบบวัดนี้มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสามารถในการประเมินความแตกต่างหรือการเปลี่ยนแปลงของอาการหายใจลำบากได้ค่อนข้างต่ำ (Ozalevli & Ucan, 2005)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบวัดอาการหายใจลำบากแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวตั้ง (DVAS) มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน เนื่องจากสามารถประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่ออาการหายใจลำบากในขณะนั้น โดยคะแนนอาการหายใจลำบากที่ประเมินได้จะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก และแบบวัดนี้มีความสัมพันธ์ระดับสูง ($r = .97$) กับอัตราการไหลของอากาศสูงสุดในช่วงหายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มที่ ภายหลังการหายใจเข้าเต็มที่ และแบบวัดนี้มีความสะดวกในการนำไปใช้ ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจได้ง่าย (Mahler, 2006)

1.5 ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อผู้สูงอายุ

เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ และจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้มีอาการกำเริบได้บ่อยครั้ง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม สรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของปอด ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ทำให้ปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดต่ำกว่าปกติ เป็นผลให้เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนและอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (จุก สุวรรณโณ,

2548; สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Reishtein, 2005) และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สำคัญคือเกิดการอุดตันของทางเดินหายใจส่วนล่าง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่า หายใจไม่ทัน (breathlessness) หอบเหนื่อย แน่นอึดอัดหายใจไม่อิ่ม (shortness of breath) มักเป็นอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (Registered Nurses Association of Ontario [RNAO], 2002) เมื่อร่างกายขาดออกซิเจนอย่างเรื้อรังร่วมกับการหายใจลำบากเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้แรงในการหายใจค่อนข้างมาก ร่างกายเกิดความเหนื่อยล้าได้ ผลของความเหนื่อยล้าจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทุกกิจกรรม เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง (Theander & Unoson, 2004) นอนหลับยาก เมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก ไอ มีเสมหะมาก นอนราบไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีความไม่สมดุลระหว่างความต้องการพลังงานของร่างกายเพื่อใช้ในการหายใจกับการรับประทานอาหารพบว่า ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารได้น้อยลง (บุศรา เอี้ยวสกุล, 2545) เนื่องจากอาการหายใจลำบากทำให้ต้องได้รับประทานยา เพื่อบรรเทาอาการหลายชนิด ทั้งยารับประทานและยาสูดพ่นเพื่อบรรเทาอาการหายใจเหนื่อย ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ได้รับส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน การรับรสของอาหารเปลี่ยนไปจากยาขยายหลอดลมและยาสเตียรอยด์

2. ผลกระทบด้านจิตใจ มีสาเหตุมาจากสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านจิตใจหลายด้าน เช่น ความไม่มั่นคงทางอารมณ์ มีความรู้สึกว่าตนเองป่วยตลอดเวลาเพราะเหนื่อยง่าย ออกแรงเพียงเล็กน้อยก็เหนื่อย กิจกรรมทางกายหลายอย่างถูกจำกัด ทำให้มีผลต่อจิตใจ วิตกกังวล เบื่อไม่สนใจชีวิต รู้สึกหมดหวัง กลัวถูกทอดทิ้ง ไม่ค่อยแสดงความรู้สึกยินดีในร้าย เพราะการแสดงอารมณ์รุนแรงจะทำให้เหนื่อยมากขึ้น ผู้ป่วยต้องอดกลั้นรับความรู้สึก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545) จากการที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ และอาการหายใจลำบากทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นและอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า มีความวิตกกังวล (Godoy & Godoy, 2003; Sassi - Damborn et al., 1995) โดยผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 2 และระดับ 3 จะเกิดอาการซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 42 (Light, Merrill, Despars, Gordon, & Mutalipassi, 1985) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่สุขสบาย รู้สึกคับข้องใจ และกลัวการเกิดอาการหายใจลำบาก (Sassi-Damborn et al., 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ ALA, 2001 ที่ทำการสำรวจผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเก็บกดมากที่สุด รู้สึกตกใจและกลัวทุกครั้งที่เกิดอาการหายใจลำบาก ร้อยละ 58 รู้สึกกลัวว่าจะไม่สามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้ หากเกิดอาการดังกล่าว ร้อยละ 52 เมื่อ

ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลขึ้นภายใต้จิตใจ จะส่งผลให้เกิดอาการหายใจลำบากที่มีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง และจากการศึกษาของ Bailey (2004) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบาก และความวิตกกังวล ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 10 ราย ระยะเวลา 4 เดือน ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยให้ผู้ป่วยรายงานอาการทุกครั้งที่มีอาการหายใจลำบาก ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจะส่งผลให้เกิดอาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวลจะส่งผลให้เพิ่มแรงขับในการหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อหายใจทำงานหนักและมีความต้องการออกซิเจนสูงขึ้น

3. ผลกระทบด้านสังคม อาการหายใจลำบาก ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดกิจกรรมทางกาย ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำงานและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (Jadwiga & Wedzicha, 2002; Koseoglu et al., 2005) ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นและอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทำขาดความมั่นใจในการเข้าสังคมกับผู้อื่น และเกิดการแยกตัวจากสังคม การพบปะเพื่อนฝูงลดลง และจากการจำกัดการทำกิจกรรมประจำวัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวลดลงอย่างมาก (ธิดารัตน์ เกตุสุริยา, 2547; Koseoglu et al., 2005)

อาการของโรคปอดอุดกั้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และเมื่อโรคเข้าสู่ระยะรุนแรงทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการหายใจลำบาก ซึ่งอาการหายใจลำบากจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Gift et al. (1990) ที่ศึกษาความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการอาการทางกาย ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขณะที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรง พบว่า จะมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูงด้วย

1.6 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จุดมุ่งหมายของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเพียงการประคับประคองบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง การยับยั้งหรือชะลอพยาธิสภาพมิให้ดำเนินต่อไปอย่างรวดเร็วและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการรวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (American Thoracic Society, 2005; วัชรานุกุลสวัสดิ์, 2548; แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553) แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีดังนี้

1. การป้องกันการดำเนินของโรค โดยการงดสูบบุหรี่หรือเด็ดขาด รวมทั้งหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่มีมลพิษทางอากาศที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบหายใจทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน เช่น ควันบุหรี่ ควันไฟ ควันท่อไอเสียรถยนต์ ฝุ่นละออง สารเคมีต่างๆ

2. ลดการอุดตันของทางเดินหายใจ โดยการรักษาด้วยยา ส่วนใหญ่ใช้ยาขยายหลอดลมเพื่อช่วยขยายหลอดลมและช่วยลดเสมหะในหลอดลม กรณีผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคและอยู่ในระยะเฉียบพลัน แพทย์จะพิจารณาให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid)

3. รักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ การรักษาและป้องกันการติดเชื้อ โดยการให้ยาปฏิชีวนะและการใช้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ การรักษาและป้องกันอาการหัวใจวายจากโรคปอด โดยให้ยาขับปัสสาวะ และการใช้ออกซิเจนในระยะยาว ในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ

4. การเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

5. ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีความสุขได้ เนื่องจากมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยหอบง่ายเมื่อมีกิจกรรม มีข้อจำกัดในการออกกำลังกายและการทำงาน การจัดโปรแกรมสำหรับการเพิ่มสมรรถภาพร่างกายจะช่วยเสริมการรักษาทางยา ช่วยลดอาการเหนื่อยหอบ ทำให้สามารถทำงานหรือออกกำลังกายได้มากขึ้น และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตจากการนั่งอยู่เฉยอยู่กับที่ที่มีกิจกรรมมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น โปรแกรมสำหรับการเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย ประกอบด้วย การให้ความรู้ การบริหารการหายใจ การฝึกการออกกำลังกาย และการฝึกผ่อนคลาย การรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ การเจ็บป่วยทางกายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง และต้องประเมินความรุนแรงของปัญหา ก่อนการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวได้รับรู้และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

1.7 การติดตามผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน

ความสำคัญของการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) หมายถึง การบริการเยี่ยมบ้าน บุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อประเมินอาการและให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (ศนิกันต์ ศรีมณี, 2554) การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทำให้พยาบาลได้รู้จักผู้ป่วยและครอบครัว และเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งแวดล้อม สังคมและชุมชนของผู้ป่วย (สำเร็จ แหียงกระโทก, 2545)

การเยี่ยมบ้าน เป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งของพยาบาลชุมชนในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและประชาชนในชุมชน ตามกระบวนการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการพยาบาลได้เหมาะสมกับปัญหาความต้องการ โดยการส่งเสริม

สนับสนุน กระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดการมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เกิดความอบอุ่นเป็นกันเอง ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเรียนรู้วิธีการดูแล การป้องกันและการฟื้นฟูสภาพได้ในเวลาเดียวกัน อีกทั้งได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ร่วมวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วย

การเยี่ยมบ้านมีวัตถุประสงค์ดังนี้ (ศนิกานต์ ศรีมณี, 2554)

1. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ บุคคล ครอบครัวและชุมชน
2. เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ และให้การพยาบาลเบื้องต้น
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน
4. เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนโดย

มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ สนับสนุนให้จัดตั้งกลุ่มหรือชมรมสุขภาพในชุมชน

การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เป้าหมายสำคัญในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การติดตามผลการให้ความรู้และทักษะในการจัดการกับอาการที่เกิดจากผลกระทบด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการหายใจลำบากกำเริบเฉียบพลัน และส่งเสริมผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้ ประกอบด้วย ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ และการรักษา
2. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา
3. ความรู้เกี่ยวกับการสงวนพลังงาน เพื่อวางแผนการจัดการกิจกรรมที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลดอาการหายใจลำบากขณะปฏิบัติกิจกรรม
4. ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรค การเลือกรับประทานอาหาร
5. การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก
6. การใช้อุปกรณ์ขยายหลอดลม
7. เทคนิคการไอที่ถูกวิธี
8. การปฏิบัติสมาธิ

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการเยี่ยมบ้าน มีดังนี้

1. เป็นผู้ให้บริการพยาบาล ตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสมาชิกในครอบครัว

2. เป็นครู ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง พยาบาลจะถ่ายทอดความรู้ในการจัดการอาการพยาบาลจะติดตามการฝึกทักษะการจัดการอาการที่ได้ให้ความรู้ในสัปดาห์ที่ 1 ทำการทบทวนและฝึกทักษะเพิ่มเติมให้ถูกต้อง
3. เป็นที่ปรึกษา ขณะเยี่ยมบ้านพยาบาลจะได้รับฟังปัญหาต่างๆ พยาบาลมีหน้าที่เป็นที่ปรึกษาโดยทำหน้าที่ชี้แนะแนวทางเลือกหลายๆ วิธีส่วนการตัดสินใจเลือกวิธีใดนั้นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และครอบครัว จะเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง
4. เป็นผู้ประสานงาน โดยทำหน้าที่เป็นคนกลางระหว่างผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ครอบครัว และแพทย์ หรือหน่วยงานอื่น

ประโยชน์ของการเยี่ยมบ้าน ต่อผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. ได้รับความช่วยเหลือในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
2. ได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคล รายครอบครัวตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน ตามความเหมาะสม
3. ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวรู้สึกสะดวกและเป็นกันเองในการที่จะปรึกษาปัญหาต่างๆ
4. ญาติจะได้รับการฝึกหัดให้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง การสอนญาติให้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นในครอบครัว และพยาบาลมีผลทำให้ครอบครัวตระหนักถึงความพยายามที่ต้องเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำช่วยเหลือ
5. ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดภายในบ้าน โดยไม่ต้องแยกตนเองจากครอบครัว ทำให้เกิดความอบอุ่น เป็นการส่งเสริมด้านกำลังใจ ช่วยให้หายจากโรคเร็วขึ้น

1.8 บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความซับซ้อน ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตสังคม ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญยิ่งในการผลักดันให้เกิด

ผลลัพธ์ที่ต้องการ พยาบาลจึงควรตระหนักและให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญ ตามสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ทั้ง 9 สมรรถนะ (สภาการพยาบาล, 2551) ดังนี้

1. บทบาทด้านการพัฒนาจัดการ และกำกับดูแลระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะโรค (care management) โดยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มสูงอายุ เป็นกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะคือ มีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยลง อีกทั้งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น เนื่องจากความรุนแรงของโรค ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามกระบวนการสูงอายุ และข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ

2. บทบาทด้านการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะโรค ที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (direct care) โดยการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีอาการหายใจลำบาก ด้วยการประเมินประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก โดยพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินประสบการณ์การรับรู้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยและพยาบาลมีการรับรู้ถึงประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ที่เกิดขึ้นตรงกัน และพยาบาลเป็นผู้ประเมินประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย และประเมินความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก เพื่อจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

3. บทบาทด้านการประสานงาน (collaboration) โดยการประสานงาน และขอความร่วมมือในการส่งเสริมการดูแลตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วย ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพด้วยกันเอง ได้แก่ การประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาลประจำคลินิก เกสซิกเกอร์ เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด พยาบาลเยี่ยมบ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อการติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม และการประสานงานระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย เช่น การให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะยาว

4. บทบาทด้านการสอน และฝึกทักษะเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงาน (education, empowerment coaching and mentoring) โดยการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิด อาการ และการรักษา การจัดการหายใจลำบาก ได้แก่ การบริหารการหายใจ การใช้ยา เทคนิคการหายใจสูดพ่น การสงวนพลังงาน อาหารที่เหมาะสมกับโรค และการปฏิบัติสมาธิ โดยส่งเสริมการปฏิบัติด้วยตนเอง

เพื่อลดสาเหตุของอาการหายใจลำบาก ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีด้านสุขภาพ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของผู้สูงอายุในด้านการเรียนรู้ ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้ และด้านความจำ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเทคนิคกระบวนการกลุ่ม และการใช้เครื่องมือ สื่อ (วิดีโอ) บันทึกภาพ ประกอบการสอนให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วย

สำหรับบทบาทการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงานแก่บุคลากรพยาบาล ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลได้จัดทีมงานสุขภาพ ประกอบด้วย พยาบาลและพนักงานเยี่ยมบ้าน ฝึกอบรมการดำเนินงานตามโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ เพื่อให้สามารถดำเนินการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะยาว

5. บทบาทด้านการให้คำปรึกษา (consultant) บทบาทต่อผู้ป่วยและญาติ โดยการเป็นแหล่งประโยชน์ เพื่อให้ผู้สูงอายุนั้นเกิดการรับรู้ เกิดความเข้าใจ ยอมรับกับปัญหา ยอมรับตนเอง และสามารถวางแผนการดูแลตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม โดยมีพยาบาลคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ให้การกระตุ้น แลกเปลี่ยนความคิดความเห็น และบทบาทต่อบุคลากรทางสุขภาพ โดยการให้คำแนะนำด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น

6. บทบาทด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการพัฒนาวัฒนธรรมและจัดระบบบริการสุขภาพ ที่เน้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นหลัก บุคลากรสุขภาพเป็นผู้ให้ความรู้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสนับสนุนครอบครัว มีสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งต่างจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแต่เดิม อีกทั้งเป็นการจัดโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสม ให้มีความยั่งยืนต่อไป

7. บทบาทด้านการให้เหตุผล และตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical reasoning and Decision – making) โดยการให้การพยาบาลตามขอบเขตวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างถูกต้อง และครบถ้วน และได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้อง และเหมาะสม โดยมีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยทุกราย รวมทั้งจรรยาบรรณวิชาชีพ หรือมาตรฐานทางการพยาบาล

8. บทบาทด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence - based practice) โดยการรวบรวมตำรา เอกสาร หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน และงานวิจัยที่

เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาโปรแกรมที่มีความถูกต้องตามหลักวิชาการ มีความสมเหตุสมผลตามหลักวิทยาศาสตร์และมีความเหมาะสมกับผู้ป่วย และครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยให้มากที่สุด

9. บทบาทด้านการจัดการ และประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation) โดยการประเมินผลการจัดโปรแกรม ว่ามีความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือไม่ และมีปัญหา หรืออุปสรรคใดๆในการจัดกิจกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนการจัดบริการสุขภาพให้มีความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และใช้เทคนิคการติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการ

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health Relate Quality of Life)

คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นคำที่ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางทั้งในหมู่นักวิจัย และการดูแลสุขภาพ ปัจจุบันคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพประชากร โดยเชื่อในแนวคิดที่ว่า ถ้าบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่างๆก็จะทำได้ดีและรวดเร็วขึ้น ดังนั้นในปัจจุบันพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพได้ตระหนักและให้ความสนใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเชื่อว่า คุณค่าของการพยาบาลไม่ใช่อยู่ที่การช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเท่านั้น แต่อยู่ที่การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ หรือมีความพึงพอใจในชีวิตด้วย แนวคิดคุณภาพชีวิตจึงเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง

นับตั้งแต่ ค.ศ. 1948 องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของ สุขภาพดี ว่า ไม่ได้หมายถึงเพียงแค่ปราศจากโรคเท่านั้น แต่รวมถึงการมีสุขภาพกายดี สุขภาพจิตดี และสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข อีกทั้งสุขภาพยังเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของทฤษฎีทางการพยาบาลที่ประกอบด้วย คน สิ่งแวดล้อม และพยาบาล ดังนั้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health relate quality of life) จึงกลายมาเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการปฏิบัติและในการศึกษาวิจัย ในด้านการวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วย ติดตามและทดสอบผลสัมฤทธิ์ของการรักษา รวมทั้งวิเคราะห์สาเหตุของโรคและความเจ็บป่วย ซึ่งมีความเฉพาะในโรคแต่ละโรค (Moons, 2004) โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะของโรคทุกๆ วัน เป้าหมายหลักในการรักษาจึงไม่จำกัดอยู่ที่การลดอัตราการเสียชีวิต แต่หากเป็นการดูแลเพื่อไม่ให้โรคกำเริบ ลดอาการหรือความรุนแรงของการเจ็บป่วย และให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

Ware and Sherbourne (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วยหลายมิติซึ่งอาจแสดงแทนได้ด้วยความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล โดยสามารถประเมินได้จากภาวะการกระทำหน้าที่ด้านร่างกาย การรู้คิด อารมณ์ และสุขภาพทางสังคม

Wilson & Cleary (1995) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรค และการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายรวมถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะจิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม สรีระ อาการ การทำหน้าที่การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป

Jones Paul W. (1998) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (functional capacity) ในขณะที่ตนเองมีข้อจำกัดด้านสุขภาพจากอาการของโรครวมทั้งผลที่เกิดจากโรค

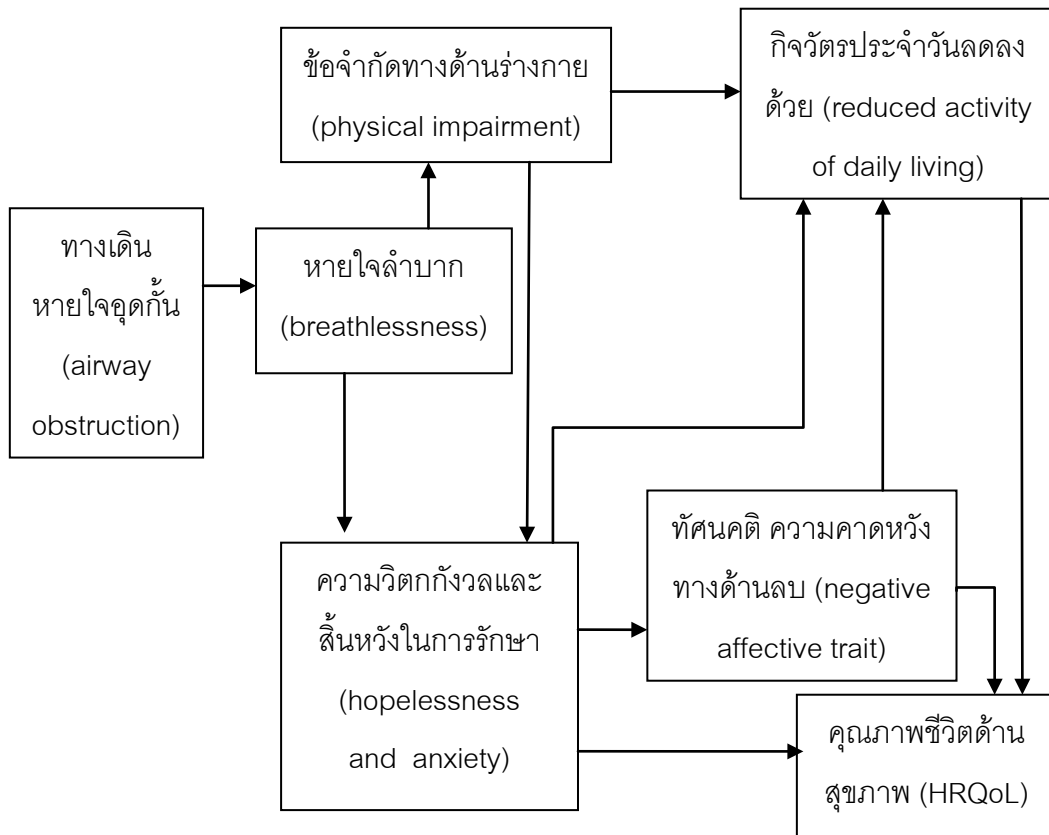
ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Jones (1998) ซึ่งสามารถวัดผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม Jones (1998) กล่าวถึงอาการหายใจลำบากว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยอาการหายใจลำบากจะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดทางด้านอารมณ์ และข้อจำกัดด้านการออกกำลังกาย ภาวะไร้ความสามารถ มีความเกี่ยวข้องกันและส่งผลต่อเนื่อง อาทิเช่น การเสื่อมของการทำงานของกล้ามเนื้อเป็นเหตุให้การทำกิจกรรมด้านร่างกายของผู้ป่วยลดลง ซึ่งมีสาเหตุมาจากอาการหายใจลำบากและอาการเหนื่อยเพลีย เป็นอาการสำคัญที่พบและเป็นตัวชี้วัดว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแย่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิต

สอดคล้องกับการศึกษา ของ Miravittles, Anzueto, Legnani, Porstmeir & Fargel (2007) ที่ศึกษาการรับรู้อาการหายใจเหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขณะที่อยู่บ้าน โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จำนวน 1,100 ราย พบว่า ร้อยละ 78 ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า อาการหายใจลำบากทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และจากการศึกษาของ Guyatt, 1992; จุก สุวรรณโณ, 2548; Reishin, 2005 พบว่า อาการหายใจลำบาก และอาการเหนื่อยเพลียมีความสัมพันธ์กัน ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม

2.1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามกระบวนการชราภาพของผู้สูงอายุ ทำให้มีขีดจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมรวมทั้งการขาดออกซิเจนอย่างเรื้อรัง ทำให้เป็นอุปสรรคในการคิด การตัดสินใจ ต้องพึ่งพาศูนย์กลางคนอื่นมากขึ้น ทำให้เกิดความกลัวการถูกทอดทิ้ง มีการแยกตัวออกจากสังคม ความมีคุณค่าในตัวเองลดลง เกิดความรู้สึกคับข้องใจ ผู้สูงอายุไม่สามารถแสดงอารมณ์เศร้าหรืออารมณ์สุขได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์นำไปสู่อาการหายใจลำบาก ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ในปัจจุบันการรักษาด้วยยาและเทคโนโลยีต่างๆมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีชีวิตยืนยาวขึ้น แต่ยังคงเผชิญกับอาการของโรคที่คงอยู่อย่างต่อเนื่อง กระทบต่อบทบาทและแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่มาจากการเจ็บป่วยทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อธิบายตามแนวคิดของ Jones HRQoL model in COPD (1998) กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีปัญหาทางเดินหายใจอุดกั้นเกิดขึ้นแล้ว (airway obstruction) ส่งผลให้เกิดอาการหายใจลำบาก (breathlessness) มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย (physical impairment) ไม่กล้าออกกำลังกาย ส่งผลต่อเนื่องให้การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลงด้วย (reduced activity of daily living) จากข้อจำกัดทางด้านร่างกายดังกล่าวยังส่งผลต่อทางด้านจิตใจ ความพึงพอใจในชีวิตลดน้อยลง มีความวิตกกังวลและสิ้นหวังในการรักษา (hopelessness and anxiety) นำไปสู่ภาวะไร้ความสามารถ เกิดความรู้สึกสิ้นหวังต่อการรักษา (negative affective trait) เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ดังแสดงในภาพที่ 1 ต่อไปนี้



ภาพที่ 1 (modified Jones 'HRQoL model in COPD, 1998: 201)

รูปแบบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของ Jones (1998)

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับบุคคลและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สรุปได้ดังนี้

1. เพศ เป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจ และความสามารถตามธรรมชาติ มนุษย์ตามกรรมพันธุ์ (นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์, 2537 อ้างอิงใน อภรณ์พรรณ สุนทรจตุรวิทย์, 2546) กล่าวว่า เพศชายถูกกำหนดทางสังคมว่าเป็นผู้เข้มแข็งเป็นหัวหน้าครอบครัว ในขณะที่เพศหญิงมีบทบาทเป็นผู้ดูแลให้การช่วยเหลือ ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเกิดความพึงพอใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

2. อายุ บุคคลจะสามารถปรับตัวเข้าสู่สถานการณ์ต่างๆ ได้ดีเมื่ออายุมากขึ้น และสามารถปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง หรือสามารถปรับปรุงให้เกิดความพอดี ระหว่างความต้องการของตนกับบทบาทต่างๆ หรือสภาพความเป็นจริงในชีวิตที่เป็นอยู่

ขณะนั้น ทำให้ผู้สูงอายุมีทักษะการปรับตัว หรือพัฒนากิจกรรมเพื่อควบคุมอาการของโรคได้ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Hideki et al. (2003) ที่ศึกษาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดใน ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นกับกลุ่มผู้สูงอายุตอน ปลาย จำนวน 59 ราย พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายมีสมรรถภาพในการออกกำลังกาย และ คุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ระดับความรุนแรงของโรคหรืออาการ ระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่บ่งบอก ถึงสภาวะสุขภาพ ซึ่งมีอิทธิพลต่อระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับน้อยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับรุนแรง (Mahler, 2006) จากการศึกษาของ Dudley (1980) ศึกษาความสัมพันธ์ระดับความรุนแรงของโรคกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ระดับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กล่าวคือ ความรุนแรงระดับ 1 และ 2 จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 3 ขึ้นไป สภาวะทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต McSweeny et al. (1982) ศึกษาคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะพร่องออกซิเจน พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมี อารมณ์ซึมเศร้าสูงถึง ร้อยละ 42 และเป็นอารมณ์ที่เด่นที่สุดในความผิดปกติด้านอารมณ์ อีกทั้งมี คุณภาพลดลงทุกมิติเมื่อเทียบกับผู้ที่มีสุขภาพดี

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้วิจัยได้นำปัจจัยด้าน เพศ อายุ และระดับ ความรุนแรงของโรค มาพิจารณาในการควบคุม การเลือกกลุ่มตัวอย่าง สำหรับปัจจัยด้านสภาวะทาง อารมณ์ ผู้วิจัยได้นำ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ซึ่งมีขั้นตอนในการให้ ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งมีการ สอนและสาธิตการบริหารการหายใจ การใช้ยาสูดพ่น และการปฏิบัติสมาธิจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ ถึงการดูแลตนเอง ลดความวิตกกังวลในโรคที่เป็นอยู่ การปฏิบัติสมาธิทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมน endorphin ช่วยลดความเครียด และอาการซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง

2.2 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การประเมินคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญ เป็นประโยชน์ในสร้างสัมพันธภาพ และรับทราบ ความต้องการ การให้การพยาบาลหรือการปฏิบัติ (intervention) ให้แก่ผู้ป่วยแต่ละคนมีความสุข ในชีวิตได้ตามที่ผู้ป่วยต้องการได้ตามสมควรแก่สภาพ (McDonald, 1995) นักวิจัยได้ตระหนักถึง ความสำคัญของการประเมินความพึงพอใจในชีวิต อันเนื่องมาจากภาวะสุขภาพ จึงได้มีการ

พัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เพื่อนำมาประเมินคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นผลมาจากการดูแล
สุขภาพผู้ป่วยชัดเจนขึ้น (Frank-Stromborg, 1992)

การวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related quality of life หรือ HRQoL)
เป็นผลลัพธ์ที่ไม่สามารถมองเห็นได้จาก ผลทางคลินิกหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มี
ความสำคัญอย่างมากที่จะเข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย จาก
มุมมองของผู้ป่วยเอง เป็นการให้ความสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย โดยพิจารณาสิ่งต่างๆ
ที่มีความสัมพันธ์ และให้ความสำคัญในชีวิตของตัวผู้ป่วยเอง (the whole person) ไม่ใช่แต่เพียง
การมองที่ตัวโรค (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2007)

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการประเมินถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่มา
จากสุขภาพ จึงมีความแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ดังนั้น การเลือกใช้
เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญ ปัจจุบันเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตด้าน
สุขภาพมีดังนี้

1. แบบประเมิน ST George' Respiratory Questionnaire (SGRQ) เป็นแบบประเมินวัด
คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเดินหายใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ วัดองค์ประกอบ 3
ด้าน ดังนี้ 1) ด้านอาการแสดงของโรค (symptoms) ในด้านความถี่และความรุนแรงของโรค มี
ลักษณะเป็น Likert scale ตัวเลข 5 ระดับ 2) ด้านการทำกิจกรรม (activities) ซึ่งครอบคลุม
กิจกรรมที่เป็นสาเหตุ หรือถูกจำกัดจากอาการหายใจลำบาก ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบว่า
ใช่หรือไม่ใช่ และ 3) ผลกระทบของโรคในชีวิตประจำวัน (impact) ประเมินผลกระทบจากโรคต่อ
การทำหน้าที่ในสังคม และภาวะรบกวนด้านจิตใจ ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบว่า ใช่หรือไม่ใช่
การแปรผลจะดูจากคะแนนรวมทั้งหมด และคะแนนในแต่ละมิติ ซึ่งถ้าคะแนนเพิ่มขึ้นแสดงถึง
ระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. แบบประเมิน The Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ) เป็น
แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่มีความเฉพาะในการวัดผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง
ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ที่ครอบคลุมมิติด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยโรค
ระบบทางเดินหายใจ เรื้อรัง 3 ด้าน คือ อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้าจากภาวะอารมณ์
และความสามารถในการควบคุมและการจัดการตนเอง โดยผู้สัมภาษณ์จะสอบถามข้อมูลจาก
ผู้ป่วย ซึ่งข้อคำถามจะมีลักษณะเป็น Likert scale ตัวเลข 7 ระดับ การแปรผลจะดูจากคะแนน
รวมทั้งหมดและคะแนนในแต่ละมิติ ซึ่งถ้าคะแนนเพิ่มขึ้นแสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. แบบประเมิน Medical Outcomes Study Short form (SF-36) เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตในเรื่องการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมทางอารมณ์ การปฏิบัติตามบทบาทต่างๆ ทางสังคมใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพในลักษณะการประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่และสภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 8 มิติ จำนวน 36 ข้อ ดังนี้ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต สภาวะสุขภาพจิต พลังในร่างกาย การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป ความเจ็บปวด คำถามเกี่ยวกับระดับสุขภาพทั่วไป

Mahler D. A., 2000 ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 3 แบบ คือ แบบประเมิน SGRQ, CRQ และ SF-36 เปรียบเทียบกันพบว่า แบบประเมินทั้ง 3 แบบมีค่าความเชื่อมั่นสูง แต่มีข้อจำกัด คือ แบบประเมิน SGRQ มีข้อคำถามมากถึง 50 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามนานกว่า คือ 15-25 นาที ส่วนแบบประเมิน CRQ ต้องใช้การสัมภาษณ์ และใช้ระยะเวลา 10-15 นาที สำหรับแบบประเมิน SF-36 ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามน้อยกว่า คือ 5-10 นาที การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ใช้ระยะเวลานานเกินไป ทำให้ไม่มีสมาธิในการตอบแบบสอบถาม สอดคล้องกับการศึกษาของ Hideki (2003) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้แบบประเมิน SGRQ และ แบบประเมิน CRQ กล่าวคือ มีค่าความเชื่อมั่นสูง แต่มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนานเกินไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมิน Medical Outcomes Study Short form (SF-36) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เนื่องจากสามารถวัดผลกระทบคุณภาพชีวิตที่มาจากสุขภาพครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 2 ด้าน ได้แก่

1) ด้านสุขภาพทางกาย หมายถึง ผลกระทบที่เกิดจากอาการหายใจลำบากต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การอาบน้ำแต่งตัว 2) ด้านจิตสังคม หมายถึง ผลกระทบที่เกิดจากอาการหายใจลำบาก ต่ออารมณ์ความรู้สึก ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิตลดน้อยลง ความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วย และสิ้นหวังในการรักษา ความรู้สึกหวั่นไหวไม่ยอมปฏิบัติกิจกรรม การเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนและครอบครัว โดย วัชรวิ เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต่้ม (2546) ได้แปล SF-36 เป็นภาษาไทย จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ด้านสุขภาพทางกาย และด้านจิตสังคม 8 มิติ ดังนี้ 1) องค์ประกอบด้านสุขภาพทางกาย ประกอบด้วย 4 มิติดังนี้ มิติที่ 1 การทำหน้าที่ด้านร่างกาย มิติที่ 2 ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย

มิติที่ 3 การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป และมิติที่ 4 ความเจ็บปวด และ 2) องค์ประกอบด้านสุขภาพทางจิตสังคม ประกอบด้วย 4 มิติที่เหลือ ดังนี้ มิติที่ 5 มิติการทำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม มิติที่ 6 ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต มิติที่ 7 ภาวะสุขภาพจิต และมิติที่ 8 พลังในร่างกาย ส่วนคำถามเกี่ยวกับระดับสุขภาพทั่วไป ใช้เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบ Likert - type scale

3. แนวคิดการจัดการกับอาการ (symptom management)

อาการ (symptom) เป็นประสบการณ์ที่เป็นความรู้สึกส่วนบุคคล คนทั่วไปจะมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบหลายประการ ถึงแม้ว่าจะได้รับหรือมีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการเหล่านั้นเหมือนกัน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีอาการต่างๆเกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากโรค หรือความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ อาการปวด เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ

แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) กล่าวว่าอาการเป็นการรับรู้ประสบการณ์ที่เป็นผลสะท้อนของการเปลี่ยนแปลง การทำหน้าที่ทางชีวจิตสังคม (Biopsychosocial function) ของแต่ละบุคคล ซึ่งการจัดการกับอาการเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยแต่ละคน และสมาชิกในครอบครัว อาการและอาการแสดงเป็นตัวบ่งชี้แนวทางการรักษา และเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้พยาบาลเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลต้องเข้าใจผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการ และมีหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสอนเรื่องความสำคัญของอาการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในอาการของตนเองที่ละน้อย จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถให้ความหมายของอาการ และความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุของอาการ ดังนั้นการจัดการกับอาการจึงต้องครอบคลุมการจัดการกับสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น หากการจัดการดังกล่าวไม่ได้นำมาใช้กับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการตามความเชื่อเดิมของตนเอง หรือขอคำแนะนำจากผู้อื่น ซึ่งทำให้อาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากการจัดการไม่เหมาะสม

แนวคิดการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก 3 มิติ ที่มีความสัมพันธ์กัน ดังนี้

1. ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) คือ ความคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อการเกิดอาการ ประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันแบบสองทิศทาง และมีลักษณะเป็นพลวัตร กล่าวคือ

1.1 การรับรู้อาการ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสังเกตได้ถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งแตกต่างไปจากการที่เคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ พยาบาลควรให้ความสำคัญถึงการรับรู้อาการของผู้ป่วย เพื่อให้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้รับการแก้ไขที่เหมาะสมและถูกต้อง

1.2 การประเมินอาการ หมายถึง การพิจารณาหรือตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับอาการ เช่น ความรุนแรงของอาการ สาเหตุ ความสามารถในการรักษา และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการ

1.3 การตอบสนองต่ออาการ หมายถึง การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม หลังจากมีอาการเกิดขึ้น

พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของอาการ โดยให้ผู้ป่วยค่อยๆ ผ่านการเข้าสู่การตระหนักรู้ จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถให้ความหมาย และความสัมพันธ์ของสาเหตุของอาการจนเกิดความเข้าใจ ดังนั้นบทบาทพยาบาล คือ การทำความเข้าใจกับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย โดยการรับฟัง และสอบถามจากผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง และประเมินผู้ป่วยทั้งจากทางตรงและทางอ้อม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การมีอาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการและอาการแสดง ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ การประเมินอาการหายใจลำบาก และการตอบสนองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมีอาการหายใจลำบาก

2. กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) มีเป้าหมายเพื่อหลีกเลี่ยง หรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบของอาการด้วยตนเอง ด้วยการช่วยเหลือจากครอบครัว จากบุคลากรทางการแพทย์ และจากการรักษา เริ่มต้นด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วย เพื่อค้นหาการจัดการกับอาการตามประสบการณ์ของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการเพียงอย่างเดียวหรือมากกว่า การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตที่มีการเปลี่ยนแปลงกลวิธีต่างๆ อยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องยินยอมในการใช้กลยุธินั้นด้วยองค์ประกอบในกลวิธีการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย ใครเป็นผู้ทำ ทำอะไร ทำอย่างไร ทำเมื่อไหร่ ทำกับใคร ทำที่ไหน ทำมานาน้อยเพียงใด และทำไม

กลวิธีในการจัดการมุ่งไปที่การปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะให้ความรู้และทักษะที่ถูกต้องให้การสนับสนุนด้วยวิธีการต่างๆ และการรักษาด้วยยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง และการจัดการกับอาการยังเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง

การเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาหรือการเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมและความต้องการของผู้ป่วยสำหรับกลวิธีนั้นๆ ในการจัดการกับอาการ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับอาการ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมโดยการให้ความรู้และการสอนทักษะการจัดการกับผลกระทบจากอาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

3. ผลลัพธ์ของอาการ (outcome) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากกลวิธีจัดการกับอาการ หรือจากประสบการณ์การมีอาการของแต่ละบุคคล โดยมุ่งเน้นที่ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ 8 ปัจจัย คือ 1) สถานะการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional Status) 2) สถานะอารมณ์ (emotional status) 3) ความรุนแรงของอาการ (symptom status) 4) ความสามารถในการดูแลตนเอง (self care) 5) การเกิดโรคและปัจจัยการเกิดโรค (morbidity and co-morbidity) 6) อัตราตาย (morbidity) 7) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง (costs) และ 8) คุณภาพชีวิต (quality of life) โดยผลลัพธ์ทั้งหมดจะมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกันได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะผลลัพธ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการกับอาการ

Dodd et al. (2001) อธิบายว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการกับอาการประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล (person domain) เป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล และเป็นการพิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังอาการปรากฏ ประกอบด้วย 1) ลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส และสถานะทางการเงิน 2) ลักษณะทางจิตใจ เช่น บุคลิกภาพ ความสามารถทางสติปัญญา และแรงจูงใจ 3) ลักษณะทางสังคม เช่น ครอบครัว วัฒนธรรม และศาสนา และ 4) ลักษณะทางสรีรวิทยา เช่น รูปแบบการทำกิจกรรม และการพักผ่อน ซึ่งมีผลต่อการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกันไปแต่ละบุคคล

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) เป็นลักษณะโดยรวมของบรรยากาศหรือภูมิหลังของสภาพการณ์นั้นๆ ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น บ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล 2) สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม และ 3) ลักษณะทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อ คุณค่า ซึ่งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วย และมีผลต่อการเลือก หรือตัดสินใจในการดูแลรักษา

3. ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (health and illness) เป็นปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะทางสุขภาพ หรือสภาพการเจ็บป่วยของบุคคล ประกอบด้วย 1) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เช่น พันธุกรรม พฤติกรรม 2) สภาพสุขภาพ เช่น ความผิดปกติทางสรีระ และการทำหน้าที่ของร่างกาย และ 3) การเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ โดยเป็นการเบี่ยงเบนทางสุขภาพทั้งการเกิดแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคซึ่งมีผลโดยตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

4. แนวคิดการปฏิบัติสมาธิ

การปฏิบัติสมาธิเริ่มมีมาประมาณ 3,000 ปีก่อนในประเทศอินเดีย โดยมีการปฏิบัติในรูปแบบต่างๆ แตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมของแต่ละแห่งทั่วโลก ซึ่งศูนย์การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกของอเมริกา (The US. National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM) ได้จัดให้การปฏิบัติสมาธิอยู่ในกลุ่มของการบำบัดทางด้านร่างกาย และจิตใจ (mind body medicine) (NCCAM, 2004)

การปฏิบัติสมาธิเป็นการปฏิบัติที่มีลักษณะของ การมุ่งความสนใจ หรือการรับรู้อย่างตั้งใจและต่อเนื่องไปยังสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ภายในหรือภายนอกตัวบุคคล เพื่อปรับสมดุลให้ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบประสาทส่วนปลาย และระบบอื่นๆ ของร่างกาย ให้มีการทำงานอย่างพอดี ทำให้เกิดภาวะที่เซลล์สมองผ่อนคลาย เป็นผลให้เกิดความผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ

การปฏิบัติสมาธิเป็นกระบวนการทางจิต ที่มีความสลับซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ การรับรู้ ประสาทสัมผัส อารมณ์ ฮอริโมน และการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ การปฏิบัติสมาธิเป็นเทคนิคที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางในการเยียวยาความผิดปกติทางกายและทางจิต แต่ความเข้าใจกลไกของการปฏิบัติสมาธิยังมีข้อจำกัดทางชีวภาพ เช่นผลของการปฏิบัติสมาธิต่อการทำงานของร่างกายและสมอง ดังนั้นการที่จะอธิบายกลไกของการปฏิบัติสมาธิต่อร่างกาย ต้องอาศัยผลการศึกษาวิจัยหลายๆ ด้าน ทั้งด้านสรีระวิทยาของระบบประสาทและการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย อย่างไรก็ตามในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา นักวิจัยและนักวิทยาศาสตร์ได้ทำการค้นคว้ากลไก และผลของการปฏิบัติสมาธิในด้านชีววิทยาด้วยการวัดการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ซีพจร และคลื่นสมอง (electroencephalography; EEG) ปัจจุบันการศึกษากลไกของการปฏิบัติสมาธิมีความก้าวหน้ามากขึ้นเรื่อยๆ ด้วยการนำเทคนิคพิเศษทำการประเมินการทำงานของร่างกาย และวัดการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอริโมน และ

ภูมิด้านทานในร่างกาย รวมทั้งความเจ็บป่วยทางกายและทางจิตได้อย่างชัดเจนในระดับหนึ่ง (Newberg, 2002 อ้างใน สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2551)

สมาธิ เป็นวิทยาศาสตร์จิตประสานกายขั้นสูง เป็นเทคนิคการเยียวยาที่ได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ว่า เป็นศาสตร์แห่งความเอื้ออาทรต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณบุคคลใดปฏิบัติ บุคคลนั้นย่อมได้รับผล ทั้งด้านสติปัญญา สุขภาพและการเยียวยาสุขภาพ ปัจจุบันองค์การวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อให้เกิดองค์ความรู้สมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพแบบองค์รวม (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2551)

4.1 ความหมายของสมาธิและการปฏิบัติสมาธิ

สมาธิ คือ ศิลปะที่อยู่ภายในและการปฏิบัติที่เป็นวิทยาศาสตร์โดยมนุษย์มากกว่าพันปี การปฏิบัติสมาธิพบได้ทุกเชื้อชาติ ศาสนา มีการปฏิบัติสมาธิหลายรูปแบบที่อยู่บนพื้นฐานวัฒนธรรมตะวันออก (Lowenstein, 2002)

สมาธิ หมายถึง การฝึกอบรมจิตใจให้สงบแน่วแน่ มั่นคง เพื่อเป็นจิตใจที่สามารถทำงานหรือใช้การได้ดี โดยเฉพาะในการพิจารณาให้เกิดปัญญา และสามารถใช้อนุญาอย่างได้ผล (สุพล โสฬสชิตกุล, 2544)

การปฏิบัติสมาธิ หมายถึง เทคนิคหรือวิธีการ กระบวนการ ที่ใช้จัดระเบียบ กำกับ ควบคุมการทำงานของระบบประสาทสัมผัสทั้ง ตา หู จมูก ลิ้น และสัมผัส เพื่อปรับสมดุลให้ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบประสาทส่วนปลาย และระบบอื่นๆ ของร่างกาย ให้มีการทำงานอย่างพอดี (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2551)

4.2 กลไกของการปฏิบัติสมาธิต่อสรีรวิทยาของระบบประสาทและสมอง

การปฏิบัติสมาธิมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองจากการศึกษาของ Newberg et al., 2001 ที่ศึกษาการทำงานของสมองโยคีขณะปฏิบัติสมาธิ โดยใช้เทคนิค single photon emission computed tomography (SPECT) หลังการฉีดสีเข้าไปในเส้นเลือดสมองของโยคี พบว่า สมองด้านหน้าทั้งสองซีกของโยคีมีการทำงานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสมองด้านหน้าซีกขวา และบริเวณ cingulate gyrus จะหลั่งสารสื่อประสาท glutamate ซึ่งสารนี้จะไปกระตุ้นสมองบริเวณ thalamus แล้วส่งสัญญาณต่อไปที่สมองส่วนด้านข้างและด้านหลังของ geniculate โดยรับสัญญาณข้อมูลจากการมองเห็นจาก optic tract และ striate cortex จะส่งสัญญาณเกี่ยวกับการรับรู้ผ่านใยประสาท cholinergic ต่อไปที่บริเวณ posterior superior parietal lobule (PSPL) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ทำหน้าที่วิเคราะห์และผสมผสานข้อมูลของการมองเห็น การได้ยิน และการพูด

โดยการจักระบบระเบียบการทำงานระหว่างการปฏิบัติสมาธิ สารสื่อประสาท glutamate จะไปกระตุ้นสมอง thalamus บริเวณ reticular nucleus ทำให้มีการผลิตสารสื่อประสาท คือ γ - aminobutyric acid (GABA) ซึ่งมีหน้าที่ลดสัญญาณที่จะส่งต่อไปบริเวณ PSPL และ geniculate thalamus ทำให้การรับรู้ต่อสิ่งเร้าลดลง ทำให้ผู้ปฏิบัติสมาธิมีจิตใจสงบ

นอกจากนี้สารสื่อประสาท glutamate จะไปกระตุ้นสมองส่วน hypothalamus บริเวณ arcuate nucleus ให้หลังสารสื่อประสาท β -endorphin ทำให้ผู้ปฏิบัติสมาธิมีความสุข ลดอาการตื่นกลัว ลดความวิตกกังวล ลดอาการปวด ทำให้รู้สึกสนุกสนาน เคลิบเคลิ้ม

และสารสื่อประสาท glutamate ยังกระตุ้นสมองส่วน hippocampus ทำให้ลดการตื่นตัว รู้สึกสงบ และกระตุ้นสมองส่วน limbic บริเวณ amygdala ทำให้ลดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก และเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ส่งผลให้การเต้นของหัวใจ และการหายใจลดลง การเผาผลาญออกซิเจนลดลง ทำให้ผู้ที่ปฏิบัติสมาธิมีการผ่อนคลาย และเกิดความสุขสงบ ส่งผลให้สัญญาณประสาทบริเวณ medulla ส่วน paragigantocellular nucleus ลดลง ทำให้การส่งสัญญาณต่อไปที่สมองส่วน pons บริเวณ locus ceruleus ลดลง ลดการหลั่งสารสื่อประสาทชื่อ norepinephrine และกระตุ้นสมอง hypothalamus บริเวณ paraven-tricular nucleus ลดลง ทำให้ผลิตฮอร์โมน cortisol ลดลง เกิดการผ่อนคลาย

การปฏิบัติสมาธิอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความสมดุล ของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก และระบบประสาทพาราซิมพาเทติก มีผลให้ระบบต่างๆของร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ที่ปฏิบัติสมาธิมีสุขภาพกายและจิตใจดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2551)

SKT คือ การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ เป็นการดูแลสุขภาพทางเลือก และการเยียวยาผสมผสานทางการพยาบาล SKT ย่อมาจาก Somporn Kandradudsadi-Triumchaisri (สมพร กันทรดุษฎี - เตรียมชัยศรี, 2551)

SKT หมายถึง เทคนิคคลิชสิทธิ์ ที่รศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทำการวิจัย ค้นคว้า โดยการประยุกต์สมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ (Meditation) และการสร้างเสริมสุขภาพ โดยทดลองปฏิบัติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 และค้นพบนวัตกรรมใหม่ ได้เทคนิคคลิชสิทธิ์ SKT รวม 7 เทคนิค ดังนี้

เทคนิคคลิชสิทธิ์ที่ 1 SKT 1 นั่งผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต
(Sitting Breathing Meditation Exercise)

เทคนิคลิขสิทธิ์ที่ 2 SKT 2 ยืนผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต
(Standing Breathing Meditation Exercise)

เทคนิคลิขสิทธิ์ที่ 3 SKT 3 นั่ง-เหยียดผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต
(Sitting Stretching -Strengthening Meditation
Exercise;SSSME)

เทคนิคลิขสิทธิ์ที่ 4 SKT 4 ก้าวอย่างของไทย เยียวกาย ประสานจิต
(Thai Walking Meditation Healing Exercise; TWMHE)

เทคนิคลิขสิทธิ์ที่ 5 SKT 5 ยืดเหยียดของไทย เยียวกาย ประสานจิต
(Thai Stretching - Strengthening Meditation Healing Exercise;
TSSMHE)

เทคนิคลิขสิทธิ์ที่ 6 SKT 6 การปฏิบัติสมาธิการเยียวยาไทยจินตภาพ
(Thai Imaginary Meditation Healing Exercise; TIMHE)

เทคนิคลิขสิทธิ์ที่ 7 SKT7 การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซี้กง
(Thai Qigong Meditation Exercise;TQME)

เทคนิคลิขสิทธิ์ทั้ง 7 เทคนิค ใช้หลักการเดียวกันคือ การบริหารจัดการหรือการปฏิบัติสมาธิ และใช้เทคนิคการหายใจแบบเดียวกันคือ หายใจเข้า กลั้นหายใจ และหายใจออก แต่มีการใช้ท่า และการเคลื่อนไหวต่างกัน ทุกเทคนิคใช้เวลาในการปฏิบัติประมาณ 20-30 นาทีต่อครั้ง โดยปฏิบัติวันละ 2 ครั้ง ก่อนหรือหลังอาหาร 20-30 นาที เป็นการปฏิบัติสมาธิทั้งในท่านอน ท่านั่ง และท่านยืน จะเห็นได้ว่าบางเทคนิคจะง่ายแต่บางเทคนิคอาจยากทั้งยังเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากการเคลื่อนไหวเพื่อยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และการเกิดอุบัติเหตุต่อผู้สูงอายุที่ปฏิบัติสมาธิ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการปฏิบัติสมาธิ (Thai Stretching-Strengthening Meditation Healing Exercise; TSSMHE) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ทดลองศึกษาและฝึกปฏิบัติ พบว่าเป็นเทคนิคที่เหมาะสม สำหรับนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การปฏิบัติสมาธิ ซึ่งเป็นการผสมผสานองค์ความรู้ของการปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจ และการควบคุมประสาทสัมผัสทางตา และหู การเคลื่อนไหว โยคะ การออกกำลังกายแบบ Stretching-Strengthening (การออกกำลังกายประเภทเพื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ) ซึ่งสมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี, (2551) ได้วิจัยทดลองปฏิบัติและสามารถประยุกต์ทำทางต่างๆ ที่ยุ่งยากใช้เวลานาน ประยุกต์ให้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ต่อการปฏิบัติ แต่ให้ผลดีต่อผู้ปฏิบัติไม่แตกต่างกัน

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดของไทย เป็นการปฏิบัติสมาธิในท่าหนึ่งและมีการเคลื่อนไหวเฉพาะมือ แขน ลำตัว อย่างช้าๆ ซึ่งจะช่วยเหนี่ยวนำผู้ปฏิบัติให้เข้าสู่สมาธิ และอยู่ในสมาธิได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งยังลดความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากการเคลื่อนไหวและการเกิดอุบัติเหตุแก่ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติสมาธิ ดังนั้นการปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดของไทย จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมและง่ายที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ

4.3 ผลของการปฏิบัติสมาธิ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดของไทย เยียวยากาย ประสานจิต (เทคนิค SKT5) เป็นการผสมผสานองค์ความรู้ของการเคลื่อนไหวโยคะ การออกกำลังกายแบบ Stretching-Strengthening เป็นการกำหนดลมหายใจ ให้สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของมือ แขน และลำตัว โดยการควบคุมระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ปาก และการเคลื่อนไหว เพื่อลดสิ่งรบกวนต่อระบบจิตประสาทภูมิคุ้มกันวิทยา (psychoneuroimmunology) ร่วมกับการออกกำลังกาย ในขณะเดียวกันก็กำหนดจิตให้จดจ่ออยู่กับลมหายใจและการเคลื่อนไหวของร่างกาย ก่อให้เกิดสมาธิขึ้นแก่ผู้ปฏิบัติ (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2551) ซึ่งมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย จากการเสื่อมของกระดูกและข้อ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการทรงตัว และด้วยพยาธิสภาพของปอดที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการกิจกรรมได้น้อยลง ง่ายขึ้นง่ายขึ้น เมื่อออกกำลังกาย ดังนั้นการปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดของไทย เยียวยากาย ประสานจิต จึงมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากเป็นการออกกำลังกายแบบ aerobic ขณะเดียวกันการปฏิบัติสมาธิ ช่วยให้เกิดจิตใจสงบ จะทำให้ร่างกายหลั่งสารสื่อประสาทหรือฮอร์โมน endorphin ซึ่งสารนี้จัดอยู่ในกลุ่ม neuropeptide มีคุณสมบัติคล้ายกับมอร์ฟินในร่างกาย ช่วยลดความเครียดและอาการซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น สำหรับกลไกของการปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดของไทย เยียวยากาย ประสานจิต มีความเชื่อมโยงกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของอาการหายใจลำบากที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Jones (1998) ดังนี้

1. ด้านสุขภาพทางกาย การปฏิบัติสมาธิมีรูปแบบการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม ร่วมกับการเคลื่อนไหวของแขนและหน้าอก หายใจเข้าทางจมูกช้าๆ จนท้องป่อง จากนั้นหายใจออกทางปากช้าๆ โดยการห่อปากเล็กน้อย จนท้องยุบ การหายใจช้าๆ หายใจลึกๆ ลมเข้าออกมากขึ้นช่วยเพิ่มความจุปอด กล้ามเนื้อทรวงอกและเนื้อเยื่อปอดขยาย (กระบังลมยกสูงขึ้นดันปอด) ช่องอกมีปริมาตรเพิ่มมากขึ้น ช่วยเพิ่มแรงต้านในทางเดินอากาศเล็กๆ ให้เปิด

ออก ในขณะที่หายใจออก ช่วยลดความดันในทรวงอก ช่วยขับอากาศที่ค้างอยู่ในปอดออกได้มาก เพิ่มการระบายอากาศออก ส่งผลให้ปริมาตรของอากาศที่เข้าออกแต่ละครั้ง เพิ่มมากขึ้น (Spector and Klein, 2003) เพิ่มอัตราการขับคาร์บอนไดออกไซด์และเพิ่มจำนวนออกซิเจนในร่างกาย ลดการใช้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ผู้ป่วยจึงรู้สึกหายใจสะดวกและอาการหายใจลำบากลดลง (Gosselink, 2003) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่นในครอบครัว ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

2. ด้านสุขภาพทางจิตสังคม การปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทย เยียวยากาย ประสานจิต เป็นวิธีการหายใจลึกถึงช่องท้อง โดยผ่านการเคลื่อนไหวของกระบังลมเป็นการกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 ที่เรียกว่า วากัส (vagus nerve) ซึ่งเป็นเส้นประสาทที่มีจุดเริ่มต้นที่ก้านสมองทอดยาวมาตามแนวกระดูกสันหลังลงมาถึงอวัยวะในช่องท้อง โดยได้ส่งแขนงบางส่วนไปยังกล้ามเนื้อกระบังลม การกระตุ้นเส้นประสาท วากัส จะทำให้เกิดการส่งสัญญาณประสาทไปยังก้านสมอง แล้วทำให้มีการตอบสนองมายังอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งมีผลในการผ่อนคลายของอวัยวะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหลอดเลือดฝอย การเคลื่อนไหวของลำไส้ และลดอัตราการเต้นของหัวใจ การปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทย เยียวยากาย ประสานจิต คลื่นไฟฟ้าสมองของผู้ปฏิบัติสมาธิ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงความถี่ลดลงเรื่อยๆ รูปคลื่นเริ่มเรียงตัวเป็นระเบียบไม่สับสนวุ่นวายเหมือนในยามปกติ จะพบว่าคลื่นของหีบสมองด้านหน้า (Frontal lobe) มีคุณภาพเพิ่มขึ้น สมองหีบนี้จะควบคุมการทำงานของอวัยวะภายในและต่อมต่างๆ จะลดน้อยลง อธิบายว่าทำให้การกลั่นกรองสัญญาณของคลื่นสมองที่บริเวณเครือข่ายสมองที่เรียกว่า reticulum เป็นผลให้จิตสงบได้ดี ในสภาวะนี้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ทั้งระบบประสาทซิมพาเทติก ก็มีความไวลดลง แต่ไปเพิ่มความไวของการทำงานของระบบพาราซิมพาเทติก สำหรับกล้ามเนื้ออวัยวะจะมีการคลายตัว การปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทย เยียวยากาย ประสานจิต ต้องทำอย่างช้าๆ จะทำให้เกิดความสมดุลทั้งกายและจิต เป็นการทำสมาธิช่วยสงบจิตใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลในการควบคุมอาการหายใจลำบาก มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กับเพื่อนและครอบครัว ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

4.4 เทคนิคการฝึกปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทย เหยี่ยวายกาย ประสานจิต (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2551)

หลักในการฝึกสมาธิยืดเหยียดอย่างไทย เหยี่ยวายกาย ประสานจิต

การฝึกปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทย เป็นการฝึกที่ควบคุมลมหายใจ ให้สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวอย่างมีสมาธิ โดยระหว่างฝึกต้องมีการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ควรเพิ่มทักษะการฝึกแบบค่อยเป็นค่อยไป จึงจะเกิดประโยชน์ และไม่ควรมีฝึกขณะหิวหรืออิ่มเกินไป ซึ่งจะทำให้การฝึกไม่ประสบผลสำเร็จ (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2551)

1. สวมใส่เสื้อผ้าหลวมๆ ไม่คาดเข็มขัด
2. ผู้ฝึกต้องเคลื่อนไหวช้าๆ นับเลขช้าๆ จะได้ประโยชน์สูงสุด
3. ผู้ฝึกต้องค่อยๆ ก้มลำตัวลง 30 จังหวะ และยกลำตัวขึ้น 30 จังหวะ
4. ปฏิบัติวันละ 2 รอบ ก่อนหรือหลังอาหาร ครั้งละ 20 นาที

ข้อควรระวังในการฝึกสมาธิยืดเหยียดอย่างไทย เหยี่ยวายกาย ประสานจิต

1. การฝึกจะต้องตั้งใจและฝึกอย่างต่อเนื่องทุกวันจึงจะได้ผล
2. ขณะฝึกอาจมีอาการง่วงนอน
3. ถ้ามีอาการอึดอัด หน้ามืด ต้องหยุดการฝึกทันที

ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทย เหยี่ยวายกาย ประสานจิต

1. นั่งกับพื้น (ภาพที่ 2) หรือบนเก้าอี้ทรงต่ำ (ภาพที่ 3) ตัวตรง หลังตรง ในท่าที่สบาย



ภาพที่ 2 ท่านั่งกับพื้น



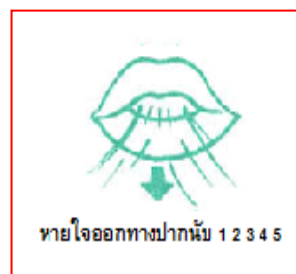
ภาพที่ 3 ท่านั่งบนเก้าอี้ทรงต่ำ

2. แขนทั้งสองวางแนบข้างลำตัว ไม่เกรงแขน
3. ค่อยๆ หลับตาลงช้าๆ

4. ฝึกหายใจเพื่อนำออกซิเจนเข้าปอดด้วยการหายใจเข้าทางจมูก ลึกๆ ช้าๆ นับ หนึ่ง สอง สาม สี่ ห้า ในใจ (ภาพที่ 4)
5. กลั้นลมหายใจไว้ชั่วคราว นับ หนึ่ง สอง สาม ในใจ ช้าๆ
6. เป่าลมหายใจออกทางปาก ช้าๆ นับ หนึ่ง สอง สาม สี่ ห้า (ภาพที่ 5)



ภาพที่ 4 หายใจเข้าทางจมูก



ภาพที่ 5 เป่าลมหายใจออกทางปาก

7. การหายใจเข้า กลั้นหายใจ และหายใจออก นับเป็น 1 รอบ (โดยนับออกเสียง หรือนับในใจ 1 รอบ)
8. ให้ฝึกหายใจเช่นนี้ 5 รอบ
9. นั่งอยู่ในท่าเดิม ค่อยๆ ยกมือ ทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ ฝ่ามือทั้งสองข้างประกบกันในท่าไหว้ (ภาพที่ 6) ข้อศอกตั้ง แขน ข้อศอกเหยียดตั้งแนบใบหู (ภาพที่ 7)



ภาพที่ 6



ภาพที่ 7

10. หายใจเข้า กลั้นหายใจ และหายใจออก 1 ครั้ง นับเป็น 1 รอบ ค่อยๆ ก้มตัวลง ศีรษะ ตัว แขน ลงพร้อมๆ กัน ช้าๆ จังหวะที่ 1
11. หายใจเข้า กลั้นหายใจ และหายใจออก 1 ครั้ง นับเป็น 1 รอบ ค่อยๆ ก้มตัวลง ศีรษะ ตัว แขน ลงพร้อมๆ กัน ช้าๆ จังหวะที่ 2
12. หายใจเข้า กลั้นหายใจ และหายใจออก 1 ครั้ง นับเป็น 1 รอบ ค่อยๆ ก้มตัวลง ศีรษะ ตัว แขน ลงพร้อมๆ กัน ช้าๆ จังหวะที่ 3



ภาพที่ 8



ภาพที่ 9

13. ฝึกซ้ำในจังหวะที่ 4 - 30 ค่อยๆ ก้มศีรษะ ลำตัวลงช้าๆ จนกระทั่งหน้าผากจรดพื้น
เข่าตึง แขนตึง ลำตัวโค้งตึง (ถ้าก้มศีรษะไม่ถึงพื้น ให้จรดเท่าที่จะลงไปได้น้อยที่สุด)
(ภาพที่ 8 - 11)



ภาพที่ 10



ภาพที่ 11

14. หายใจเข้า กลั้นหายใจ และหายใจออก 1 ครั้ง นับเป็น 1 รอบ
ค่อยๆ ยกตัวขึ้น ศีรษะ ลำตัว แขน ยกขึ้นพร้อมๆ กันช้าๆ จังหวะที่ 1 (ภาพที่ 12)



ภาพที่ 12



ภาพที่ 13

15. หายใจเข้า กลั้นหายใจ และหายใจออก 1 ครั้ง นับเป็น 1 รอบ
ค่อยๆ ยกตัวขึ้น ศีรษะ ลำตัว แขน ยกขึ้นพร้อมๆ กันช้าๆ จังหวะที่ 2 (ภาพที่ 13)
16. หายใจเข้า กลั้นหายใจ และหายใจออก 1 ครั้ง นับเป็น 1 รอบ
ค่อยๆ ยกตัวลง ศีรษะ ลำตัว แขน ยกขึ้นพร้อมๆ กันช้าๆ จังหวะที่ 3

17. ฝึกซ้ำในจังหวะที่ 4 – 30 ค่อยๆ ยกแขน ศีรษะ ลำตัว ขึ้นช้าๆ จนกระทั่งก้มกลับมาอยู่ในท่าเดิมคือ แขนชูเหนือศีรษะ (ภาพที่ 14 – 16)



ภาพที่ 14



ภาพที่ 15



ภาพที่ 16

18. หายใจเข้าทางจมูก ลึกๆ ช้าๆ นับ หนึ่ง สอง สาม สี่ ห้า ในใจ กลั้นลมหายใจไว้ชั่วคราว นับ หนึ่ง สอง สาม ในใจช้าๆ เป่าลมหายใจออกทางปาก ช้าๆ นับ หนึ่ง สอง สาม สี่ ห้า (การหายใจเข้า กลั้นหายใจ และหายใจออก นับเป็น 1 รอบ โดยนับออกเสียง หรือนับในใจ 1) ให้หายใจเช่นนี้ 5 รอบ (ภาพที่ 17 – 19)



ภาพที่ 17



ภาพที่ 18



ภาพที่ 19

19. ค่อยๆ อดมือ ทั้งสองข้างเหนือศีรษะลง แขนทั้งสองวางแนบข้างลำตัว ไม่เกรงแขน (ภาพที่ 20 – 21)

20. ค่อยๆ ลืมตา ช้าๆ



ภาพที่ 20



ภาพที่ 21

หมายเหตุ . ขณะทำการฝึกจะมีเหงื่อออกมาก

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการ

จินตนา บัวทอง (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตภาคใต้ตอนล่าง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ยะลา จำนวน 40 ราย โปรแกรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ผู้ป่วยประเมินปัญหาตนเอง 2) วางแผนปฏิบัติและพัฒนาทักษะ และ 3) เป็นการติดตามผลการกำกับตนเอง ผลการวิจัย พบว่า อาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุมลรัตน์ อาจกุล (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง โปรแกรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล การฝึกทักษะปฏิบัติ และการส่งเสริมการดูแลตนเอง ผลการวิจัย พบว่า อาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รจเวช พิมพาภรณ์ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อความวิตกกังวล และการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลย จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม จะมีการรับรู้สมรรถนะตนเอง ในการจัดการกับอาการหายใจลำบากสูงกว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบากได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุก สุวรรณโณ (2548) ศึกษาประสพการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการอาการกับอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอด ห่องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์สงขลาพบว่า ประสพการณ์อาการหายใจลำบาก มีคะแนนการเกิดอาการหายใจลำบากที่รุนแรงที่สุดใน 24 ชั่วโมง อยู่ในระดับมาก การจัดการกับอาการ ที่ผู้ป่วยเลือกใช้บ่อย 3 อันดับแรก คือ ขอความช่วยเหลือและปรึกษานักดูแลรอบข้างเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก อาทิเช่น คนในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ รongลงมาเป็นการรับประทานยา รวมถึงการใช้ยาสูดพ่น และการหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก เช่น ฝุ่นละออง ควันทันไฟ ผลลัพธ์การจัดการกับอาการ พบว่าผู้ป่วยมีสถานะอารมณ์อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาทางระดับดี และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ

ประสบการณ์และการจัดการกับอาการ พบว่า ประวัติการสูบบุหรี่ การมาตรวจตามนัด การรับประทานยา ที่แตกต่างกันทำให้ มีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ด้านสภาวะอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อชฌาณัฐ วังโสม (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิต กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 20 ราย โปรแกรมแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1)ระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการ และให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก และ 2) ระยะที่ผู้ป่วยกลับบ้าน เป็นการติดตามประเมินผล โดยการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1 โทรศัพท์ติดตาม ในสัปดาห์ที่ 3 และ ติดตามประเมินอาการหายใจลำบากในสัปดาห์ที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนการหายใจลำบากลดลง และมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เบญจวรรณ ถิ่นเครือจีน (2554) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบาก ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 ราย ประยุกต์จากโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบาก ซึ่งพัฒนาโดย สินีนาฏ ป้อมเย็น (2547) ประกอบด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบากของตนเอง การให้ความรู้ ฝึกทักษะ และการติดตามผล พบว่าผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอาการหายใจลำบากและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

สินีนาฏ ป้อมเย็น (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 3-4 จำนวน 30 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 20 – 40 นาที เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ได้รับการฝึกทักษะในเรื่องของการจัดทำที่เหมาะสมเมื่อมีอาการหายใจลำบาก การบริหารการหายใจ การไอที่มีประสิทธิภาพ การใช้ยาและสังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา และการออกกำลังกาย เป็นการส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีความเข้าใจในการ

จัดการกับอาการที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และมีความสามารถที่จะดูแลตนเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวันมากขึ้น

รัตตินันท์ เหมวิชัย (2550) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ในการลดอาการหายใจลำบาก และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 3 และระดับ 4 จำนวน 30 ราย เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการปฏิบัติตัว ฝึกปฏิบัติการใช้ยาพ่นชนิดสูด การออกกำลังกาย การใช้เทคนิคสงวนพลังงาน และการจัดทำเมื่อมีอาการหายใจเหนื่อย ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ติดตามผลภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว 1 ปี พบว่า ช่วยลดอาการหายใจลำบากและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อีกทั้งช่วยลดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ถึงร้อยละ 76.67 ช่วยลดการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 46.67

กวรรณ จันทิมพะ และคณะ (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลต่อสมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยชาย ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 ราย ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดหลัก ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การดื่มน้ำอย่างเพียงพอ การใช้ยาได้มีประสิทธิภาพ มีการป้องกันอันตราย และภาวะแทรกซ้อน มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านร่างกาย การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา คือ ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น จำนวนครั้งในการพ่นยาลดลง และตอบสนองต่อภาวะโภชนาการ คือ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น พบว่าทำให้อาการหายใจลำบากลดลง สามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ด้วยการบริหารการหายใจ มีความแข็งแรงของร่างกายเพิ่มขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีอาการเหนื่อยลดลง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เดินได้ไกลมากขึ้น และสามารถรับรู้ได้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อครอบครัว และสังคมมากขึ้น การบำบัดเสริมมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความผาสุก ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดอัตราการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับ ผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ พบว่าผู้ป่วยจะมีความกลัวตายลดลง ผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ผู้ป่วยได้พบปะสังสรรค์กับเพื่อน มีความอบอุ่นเมื่ออยู่ในครอบครัว มีเวลาเป็นส่วนตัวมากขึ้น

เมธิณี จันตียะ (2552) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 75 ราย พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

และคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ความผาสุกทางกายอยู่ในระดับดี ความผาสุกทางด้านจิตใจ การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา และด้านคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ด้านโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง

McSweeny et al. (1982) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะพร่องออกซิเจน 203 ราย และผู้ที่มีสุขภาพดีซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม 73 ราย พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีภาวะพร่องในทุกๆด้าน โดยเฉพาะด้านอารมณ์ พบว่า กลุ่มที่มีภาวะพร่องออกซิเจน มีภาวะซึมเศร้าสูงถึง ร้อยละ 42 กลุ่มสุขภาพดีมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9 อายุ สภาวะเศรษฐกิจ และสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากนี้ พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การเดินทางต่างๆ การนอนหลับ การพักผ่อน และการเคลื่อนไหวร่างกาย ลดลง

Norweg, A. M et. al. (2005) ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายระยะสั้น และระยะยาวต่อความทนต่อการออกกำลังกาย คุณภาพชีวิต อาการหายใจลำบาก จำนวน 43 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม เปรียบเทียบ ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว กลุ่มที่ 2 ออกกำลังกายและทำกิจกรรม กลุ่มที่ 3 ออกกำลังกายและให้ความรู้ ผลการศึกษาพบว่า การผสมผสานกิจกรรมสามารถลดอาการหายใจลำบาก และความอ่อนล้า ได้ดีกว่ากลุ่มที่จัดกิจกรรมเพียงอย่างเดียว ($p=0.05$) เปรียบเทียบระยะเวลาของการทำกิจกรรมในระยะสั้น ที่ผสมผสานสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต ($p<0.05$)

เกศรางค์ เสียงไพโรจน์ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซี่ก ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มควบคุม 20 ราย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก 2) การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 3) ฝึกทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดย 4) การปฏิบัติการในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 5) การประเมินผลการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

โชติยา สังเสวก (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะเวลา 10 สัปดาห์ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว การฝึกออกกำลังกายและการประยุกต์เครื่องดนตรีพื้นบ้านอีสาน (โหวด) มาใช้ร่วมกับการฝึกการบริหารการหายใจ การดูแลด้านจิตใจ ผล

การศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อารีรัตน์ ม่วงไหมทอง (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 25 ราย กลุ่มเดียววัดก่อนหลัง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินประสิทธิผลเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก 2) การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 3) ฝึกทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดย 4) การปฏิบัติการในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 5) การประเมินผลการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ผลการศึกษาพบว่า อาการหายใจลำบาก และระดับความรุนแรงของโรค ลดลง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อันวาร เบ็ญอิสมาแอล (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติ ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทุ่งยางแดง จำนวน 40 ราย ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นแก่ผู้ป่วยและญาติ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การเลิกบุหรี่ และการดูแลด้านจิตสังคม ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ โดยประยุกต์แนวทางการจัดการกับอาการ ของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวทางการปฏิบัติสมาธิ ยืดเหยียดอย่างไทย เยียวายากาย ประสานจิต ของสมพร กันทรดุขฎี - เตริยมชัยศรี (2551) ซึ่งประกอบด้วยการจัดกิจกรรมรายบุคคลและรายกลุ่ม (กลุ่มละ 3-5 คน) ครั้งละประมาณ 45 - 110 นาที การดำเนินการทดลองใช้เวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสิทธิผลการรับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก (10-15 นาที)

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูลโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ ในเรื่อง เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยประเมินความรุนแรงของอาการ การตอบสนองต่ออาการ ผลลัพธ์การจัดการกับอาการ และความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผลกระทบของการเกิดอาการหายใจลำบาก โดยผู้วิจัย

ยอมรับความเป็นบุคคลแสดงท่าที่เป็นกันเอง ยอมรับฟังความคิดเห็นโดยไม่มีข้อโต้แย้ง ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงความแตกต่างของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่ละรายที่มีการปรับตัว และการตอบสนองต่อการเกิดอาการที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยเข้าใจความคิดความต้องการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่ละราย และเกิดการรับรู้ในเรื่องอาการที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ผู้ป่วยเองมีความเข้าใจ เห็นความสำคัญของอาการอย่างจริงจัง ฟังพอใจและให้ความร่วมมือปฏิบัติคำแนะนำ ผู้วิจัยสรุปประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยรับทราบ และเข้าใจประสบการณ์ของตนเอง และผู้วิจัยประเมินสิ่งที่ควรให้ความรู้เพิ่มเติมร่วมกับผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้การจัดการอาการ (ใช้เวลา 60-90 นาที)

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยให้ความรู้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก และการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ความรู้ที่ให้กับผู้ป่วยได้แก่

1. ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ และการรักษา การจัดการอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การใช้ยา การสงวนพลังงาน อาหารที่เหมาะสมกับโรค การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น เทคนิคการไอ

2. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิ เพื่อแก้ไขผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อด้านจิตใจ ซึ่งการปฏิบัติสมาธิ นั้น เป็นการบริหารร่างกายรูปแบบหนึ่งที่ผสมผสานระหว่าง สมาธิลมหายใจและการเคลื่อนไหวช้าๆ เกิดความสมดุลทั้งกายและจิต เป็นการออกกำลังกายที่กระทำพร้อมกันทั้งร่างกายและใจ เป็นการฝึกจิตให้เกิดสมาธิ และเกิดการผ่อนคลาย การหายใจลึกๆ ทำให้ปอดได้รับออกซิเจน และขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้อาการเหนื่อยลดลง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น และนานขึ้น ส่งผลต่อจิตใจทำให้เกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ และกระตุ้นการหลั่ง endorphin ช่วยลดความเครียดและอาการซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล ความรู้ที่ให้ประกอบด้วย ความหมายการปฏิบัติสมาธิ ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติสมาธิ ผลข้างเคียง และประโยชน์ในการฝึกปฏิบัติสมาธิ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย จากนั้นผู้ป่วยร่วมกับผู้วิจัยระบุเป้าหมาย วางแผนในการจัดการกับอาการอย่างเหมาะสมตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้น และมอบคู่มือการจัดการอาการหายใจลำบาก และการปฏิบัติสมาธิ เพื่อประกอบการเรียนรู้และใช้ประกอบในการฝึกปฏิบัติสมาธิ การให้ความรู้ในการจัดการอาการหายใจลำบาก เป็นกลวิธีการจัดการอาการที่มุ่งเน้นไปที่ การปรับประสบการณ์การมีอาการของ

ผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการอาการเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Dodd et al., 2001) และการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้นั้นต้องอาศัยการเรียนรู้ ซึ่งการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร และจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีประสบการณ์หรือปัญหา (สิ่งเร้า) เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะพยายามแก้ไขปัญหามาโดยแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าหลายวิธี โดยการลองผิดลองถูกจนกว่าจะพบวิธีการตอบสนองที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์หรือปัญหา ผู้ป่วยจะนำไปสัมพันธ์เชื่อมโยงกับสิ่งเร้านั้นๆ มีผลทำให้เกิดการเรียนรู้เกิดขึ้น และนำไปใช้ต่อเมื่อสัมผัสกับสิ่งเร้าเดิมอีก (Bernard, 1972) โดยใช้รูปแบบการบรรยาย ร่วมกับคู่มือการจัดการอาการหายใจลำบากและการปฏิบัติสมาธิ และแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิ ที่บ้าน (สำหรับผู้สูงอายุบันทึก)

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการอาการ (ใช้เวลา 60 นาที)

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำการฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติการจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลังจากได้รับความรู้ ทักษะที่ฝึกประกอบด้วย

1. ทักษะการจัดการอาการหายใจลำบาก โดยผู้วิจัยสาธิตให้ผู้ป่วยดู และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามทักษะที่ฝึกมี ดังนี้ ทักษะการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก เทคนิคการไอ และทักษะการใช้ยาสูดพ่น

2. ทักษะการปฏิบัติสมาธิ โดยผู้วิจัยสาธิตให้ผู้ป่วยดู และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนเข้าใจพร้อมผู้วิจัย และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้วิจัยให้การเสริมแรงโดยกล่าวยกย่องชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำได้ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึก การปฏิบัติเช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการจัดการกับอาการด้วยตนเองที่บ้าน โดยผู้ป่วยฝึกปฏิบัติสมาธิ ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ก่อนหรือหลังอาหารครั้งละ 20 นาที คู่มือเพื่อทบทวนการปฏิบัติ และมอบวีซีดีการปฏิบัติสมาธิ ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ส่งเสริมญาติให้กำลังใจช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติสมาธิ โดยให้ปฏิบัติเป็นกิจวัตรซึ่งการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ตามโปรแกรมจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น

การพัฒนาทักษะในการจัดการอาการและทักษะการปฏิบัติสมาธิ โดยการให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติจริงเป็นการปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย โดยการสนับสนุนด้านทักษะที่ถูกต้องในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ลงมือปฏิบัติจริงและหัดทำกิจกรรม รวมถึงการปฏิบัติซ้ำๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การติดตาม ประเมินผล (ใช้เวลา 30 นาที)

การติดตามประเมินผล เป็นกิจกรรมทางการพยาบาลที่ดูแลด้านจิตสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อ ติดตามความก้าวหน้าของผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ รูปแบบการติดตาม ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการนัดติดตาม

การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นบริการเชิงรุก เพื่อติดตามการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนแบบแผนสุขภาพที่ผิดปกติให้ถูกต้อง และเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง สร้างความเป็นกันเอง เชื่อมั่นและศรัทธาต่อพยาบาล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการจัดการกับอาการ

การนัดติดตาม จะทำให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดความตระหนักในหน้าที่และบทบาทการดูแลสุขภาพของตนเองและสนใจเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัวอย่างจริงจัง มีความรู้และทักษะในการจัดการอาการ และมีทักษะในการปฏิบัติสมาธิ ที่ถูกต้อง เหมาะสม ส่งผลให้อาการหายใจลำบากลดลง ลดความเครียด และความวิตกกังวล มีความเชื่อมั่นในตนเองในการจัดการอาการ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบการจัดกิจกรรมให้มีความเหมาะสม กับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 3-5 คน จำนวน 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2), 6 และ 8 จัดกิจกรรมรายบุคคล จำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน มีการประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8 รวมระยะเวลาในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ซึ่งสามารถสรุปแนวคิด กิจกรรม การใช้เครื่องมือหรือสื่อ และระยะเวลาในการทำกิจกรรม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปการประยุกต์ใช้แนวคิด กิจกรรม การใช้เครื่องมือ/สื่อ และระยะเวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

แนวคิด	กิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	ระยะเวลาที่ทำกิจกรรม
แนวคิดการจัดการกับอาการ ของ Dodd et al.,(2001)เน้นการปรับ ประสพการณ์การมีอาการ, กลวิธีการ จัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดจาก ประสพการณ์และกลวิธีการจัดการอาการ เป็นรายบุคคลให้มีประสิทธิภาพ และ ประสิทธิภาพ ที่ให้ความสำคัญถึงความ แตกต่างของแต่ละบุคคล มี 5 ขั้นตอน ดังนี้	ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน ประสพการณ์การรับรู้ เกี่ยวกับอาการหายใจ ลำบาก	1.กระดาษ บันทึก 2.วีดีโอ บันทึกภาพ	สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 (10-15 นาที)
1) การประเมินประสพการณ์เกี่ยวกับ อาการหายใจลำบาก 2) การให้ความรู้ 3) ฝึกทักษะ 4) ปฏิบัติการจัดการกับอาการ 5) การประเมินผล	1. สร้างสัมพันธภาพ 2. ผู้ป่วยเล่าประสพการณ์ 3. ผู้วิจัยสรุปประสพการณ์ การรับรู้ 4. ผู้วิจัยประเมินสิ่งที่ควร ให้ความรู้เพิ่มเติมร่วมกับ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง		
	ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ การจัดการอาการ	1.คู่มือพยาบาล 2.แผนการสอน ความรู้ 3.power point ประกอบการ สอน 4.คู่มือการ จัดการอาการ หายใจลำบาก และการปฏิบัติ สมาธิ 5.วีซีดี การ ปฏิบัติสมาธิ 6.แบบบันทึก การปฏิบัติสมาธิ ที่บ้าน	สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 (60-90 นาที)
	1. ความรู้ในการจัดการกับ อาการหายใจลำบาก ได้แก่ 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุ อาการ การรักษา 1.2 การใช้ยา 1.3 การสงวนพลังงาน 1.4 อาหารที่เหมาะสมกับ โรค 1.5 การหายใจแบบเป่า ปาก 1.6 เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น 1.7 เทคนิคการไอ		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิด	กิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	ระยะเวลาที่ ทำกิจกรรม
แนวคิดการปฏิบัติสมาธิ ของ สมพร กันทรดุष्ฎี-เตรียมชัยศรี (2551) เป็นการออกกำลังกายที่ผสมผสาน ระหว่างลมหายใจ สมาธิ และการ เคลื่อนไหวช้าๆ ทำให้เกิดความสุขทั้ง กายและจิต เป็นการฝึกจิตให้เกิดสมาธิ และเกิดการผ่อนคลาย ลดความเครียด ลดความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า	2. ความรู้เกี่ยวกับการ ปฏิบัติสมาธิ	7.วีดีโอ บันทึกภาพ	
กระบวนการกลุ่ม เป็นกลวิธีที่ช่วย ให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพราะได้รวมเอาประสบการณ์หลาย รูปแบบจากสมาชิกในกลุ่มซึ่งมีทั้งที่ สามารถปฏิบัติตนได้ถูกวิธี และมีทั้ง ข้อบกพร่องในการปฏิบัติตัว ซึ่งจะช่วยให้ กลุ่มสามารถตัดสินใจเลือกวิธีที่ถูกต้อง ใน การนำไปใช้สำหรับตนเอง ก่อให้เกิดการ เรียนรู้ด้วยตนเอง	ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะ การจัดการอาการ 1. ทักษะการจัดการอาการ หายใจลำบาก ได้แก่ 1.1 ทักษะการหายใจแบบ เป่าปาก 1.2 เทคนิคการไอ 1.3 ทักษะการหายใจสุดพ่น 2. ทักษะการปฏิบัติสมาธิ	1.คู่มือพยาบาล 2.แผนการสอน ทักษะ 3.power point ประกอบการ สอน 4.คู่มือการ จัดการอาการ หายใจลำบาก และการปฏิบัติ สมาธิ 5.วีซีดี การ ปฏิบัติสมาธิ 6.แบบบันทึก การปฏิบัติสมาธิ ที่บ้าน 7.วีดีโอ บันทึกภาพ	สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 (60 นาที)
สื่อวีดีโอบันทึกภาพ เป็นเครื่องมือ ที่นำมาใช้ในการการเรียนรู้ แก้ไขปัญหา เรื่องความแตกต่างระหว่างบุคคล ช่วยให้ การเรียนรู้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะสื่อกระตุ้นให้เข้าใจง่าย รวดเร็ว มี การเรียนรู้โดยการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5			

ตารางที่ 1 (ต่อ)

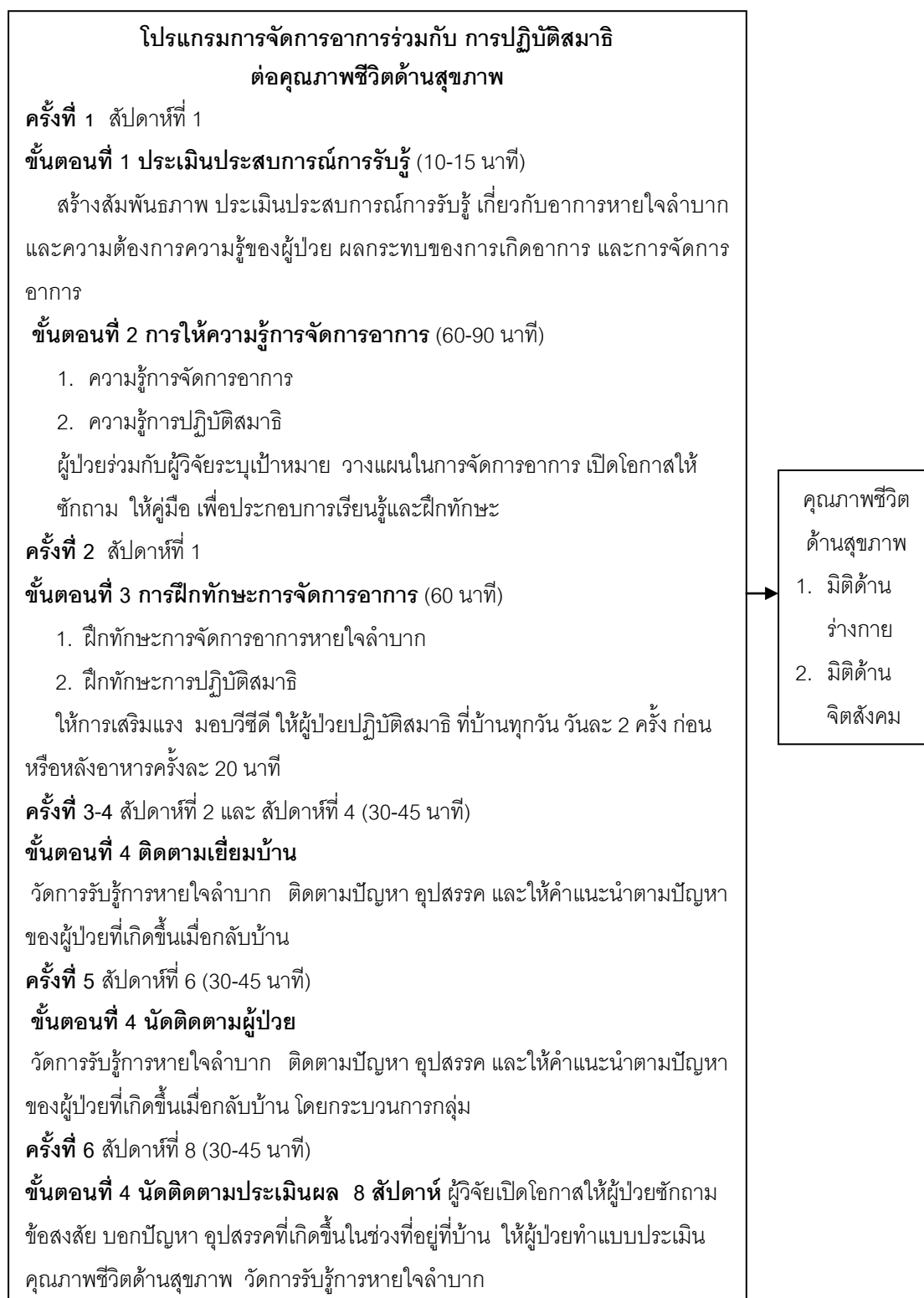
แนวคิด	กิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	ระยะเวลาที่ ทำกิจกรรม
คือ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ทำให้เข้าใจ ในสิ่งที่ป็นนามธรรมออกมาเป็นรูปธรรม (Edgar Dale, 1969) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อการประเมินผลการฝึกทักษะ ด้วย ตนเองแบบการประเมินผลย้อนกลับ(feed back) การเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ทำ ให้ผู้สูงอายุได้ประเมินพฤติกรรมในการฝึก ทักษะของตนเอง และเกิดการปรับเปลี่ยน ทักษะให้ถูกต้องด้วยตนเอง จากการดู วิดีโอบันทึกภาพขณะฝึก			
การติดตาม ประเมินผล เป็น กิจกรรมทางการพยาบาล ที่ดูแลด้านจิต สังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อ ติดตาม ความก้าวหน้าของผลลัพธ์ของโปรแกรม การจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ รูปแบบการติดตาม ได้แก่ การติดตาม เยี่ยมบ้าน และการนัดติดตาม	ขั้นตอนที่ 4 การติดตาม ประเมินผล	1.คู่มือพยาบาล การดำเนินงาน ตามโปรแกรมฯ 2.แบบบันทึก การปฏิบัติสมาธิ ที่บ้าน 3.คู่มือการ จัดการอาการ หายใจลำบาก และการปฏิบัติ สมาธิ 4.วีซีดีการ ปฏิบัติสมาธิ 5.แบบวัดการ รับรู้การหายใจ ลำบาก 6.วีดีโอ บันทึกภาพ	
การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นบริการ เชิงรุก เพื่อติดตามการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนแบบแผนสุขภาพที่ ผิดปกติให้ถูกต้อง และเป็นกำลังใจแก่ ผู้ป่วยในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง สร้างความเป็นกันเอง เชื่อมมันและศรัทธา ต่อพยาบาล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือใน การจัดการกับอาการ	1. การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามผลลัพธ์การ จัดการอาการหลังจากที่ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังนำแนวทางการ จัดการอาการ ไปปฏิบัติ ด้วยตนเองที่บ้าน เป็น กระบวนการเสริมสร้าง ความมั่นใจ และเกิด แรงจูงใจในการตาม โปรแกรมอย่างต่อเนื่อง		สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 (30 นาที) และ สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 4 (30 นาที)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิด	กิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	ระยะเวลาที่ ทำกิจกรรม
การนัดติดตาม จะทำให้ผู้สูงอายุโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดความตระหนักใน หน้าที่และบทบาทการดูแลสุขภาพของ ตนเองและสนใจเข้าร่วมกิจกรรมตาม โปรแกรมอย่างต่อเนื่อง	2. การนัดติดตาม เป็นการ ประเมินกระบวนการและ ผลลัพธ์จากอาการ โดย กระบวนการกลุ่มระหว่าง ผู้วิจัย ผู้สูงอายุโรคปอดอุด กั้นเรื้อรัง และญาติเป็น กระบวนการเสริมสร้าง ความมั่นใจในการปฏิบัติ ทักษะต่างๆ ที่ผู้วิจัยได้ให้ ความรู้และฝึกทักษะที่ ถูกต้อง อย่างต่อเนื่องตาม โปรแกรม	1.แบบบันทึก การปฏิบัติสมาธิ ที่บ้าน 2.แบบวัดการ รับรู้การหายใจ ลำบาก 3.วีดีโอ บันทึกภาพ	สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 5 (30 นาที)
การประเมินผลลัพธ์ ช่วยให้ผู้ป่วย มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีความตระหนัก ถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัวอย่าง จริงจัง มีความรู้และทักษะในการจัดการ อาการและมีทักษะในการปฏิบัติสมาธิ ที่ ถูกต้อง เหมาะสม ส่งผลให้อาการหายใจ ลำบากลดลง ลดความเครียด และความ วิตกกังวล มีความเชื่อมั่นในตนเองในการ จัดการอาการ สามารถทำกิจวัตร ประจำวันได้ตามปกติ ทำให้คุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังดีขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ	3. การประเมินผลลัพธ์ เป็น การประเมินกระบวนการ และผลลัพธ์จากการจัดการ อาการและการปฏิบัติสมาธิ ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ภายหลังสิ้นสุดกระบวนการ ตามโปรแกรม ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง โดยกระบวนการกลุ่ม และประเมินผลลัพธ์การ จัดการอาการรายบุคคล	1.แบบบันทึก การปฏิบัติสมาธิ ที่บ้าน 2.แบบวัดการ รับรู้การหายใจ ลำบาก 3.วีดีโอ บันทึกภาพ 4.แบบวัด คุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพ SF-36	สัปดาห์ที่ 8 ครั้งที่ 6 (30 นาที)

จากการศึกษาแนวคิดการจัดการกับอาการ ของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการปฏิบัติสมาธิ ยืดเหยียดอย่างไทย เยียวยาทาง ประสานจิต ของสมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี (2551) ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ดังแสดงในภาพที่ 2

ภาพที่ 22 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ที่ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีแบบแผนการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง O_1 _____ X _____ O_2
กลุ่มควบคุม O_3 _____ O_4

- X หมายถึง การให้โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ
- O_1 หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ
- O_2 หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ ระยะเวลา 8 สัปดาห์
- O_3 หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O_4 หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2554 ถึง วันที่ 30 ธันวาคม 2554 จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้

1. ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีประวัติว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. มีความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (ALA, 2005) ระดับ 2 และ 3 และอยู่ในระยะสงบของโรค
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ อันเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ตามโปรแกรม และแพทย์เห็นชอบว่าสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้
4. เคยมีประวัติอาการกำเริบเฉียบพลัน อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบปีที่ผ่านมา
5. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ที่พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
6. มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดจากกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณจากค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและนำไปแทนค่าใน Statistical Power Tables มีอำนาจการทดสอบ (power of test) 80% ซึ่งเป็นระดับมาตรฐานที่ยอมรับ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ กลุ่มละ 16 คน แต่เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเข้าใกล้โค้งปกติมากที่สุด มีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มมากขึ้น และมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลง ทำให้ผลการคำนวณทางสถิติที่ได้จากการกลุ่มตัวอย่าง สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn & Grove, 2005) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการทุกวันอังคาร ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลขุนตาล ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าที่กำหนดไว้ โดยการจับคู่ (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศ อายุ และระดับความรุนแรงของโรค ทุกวันอังคารจะมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการประมาณ 35-45 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 เข้ากลุ่มทดลอง และพิจารณาคคนที่ 2 เข้ากลุ่มควบคุมสลับกัน กรณีที่ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะไม่ตรงกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่จัดเข้ากลุ่มได้

แล้ว ผู้วิจัยจะสุ่มผู้ป่วยรายนั้นเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมไว้คอยผู้ป่วยรายต่อไป จนได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองครบ 20 คู่

เกณฑ์พิจารณาคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤต หรือมีอาการรุนแรงมาก ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะเก็บข้อมูล
2. ผู้ป่วยเสียชีวิต
3. ผู้ป่วยประสงค์จะออกจากการศึกษาวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ มีผู้สูงอายุกลุ่มทดลองถูกคัดออกจากการศึกษา 2 ราย เนื่องจากมีอาการกำเริบเฉียบพลัน สาเหตุจากภาวะมลพิษหมอกควันในพื้นที่ภาคเหนือ เดือนกุมภาพันธ์ – เดือนมีนาคม 2555 จากผลการตรวจวัดคุณภาพอากาศในพื้นที่ภาคเหนือ พบปริมาณฝุ่นละออง ขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน (PM₁₀) เฉลี่ย 24 ชั่วโมง มีค่า 470.8 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (ค่ามาตรฐาน PM₁₀ เฉลี่ย 24 ชั่วโมง มีค่า 120 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) คุณภาพอากาศโดยรวม (AQI) อยู่ในระดับอันตราย (สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ, 2555) ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการคัดกลุ่มทดลอง 2 รายดังกล่าวออกจากการศึกษา และคัดกลุ่มควบคุมที่เป็นคู่เปรียบเทียบ ออกจำนวน 2 รายด้วยเช่นกัน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จึงเหลือเพียง 18 คู่ จำนวน 36 คน

ผู้วิจัยได้แสดงการจัดเข้ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังแสดงในตารางที่ 2 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตาม เพศ อายุ และระดับความรุนแรงของโรค

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 20)			กลุ่มทดลอง (n = 20)		
	เพศ	อายุ	ระดับความรุนแรง	เพศ	อายุ	ระดับความรุนแรง
1	หญิง	78	2	หญิง	77	2
2	ชาย	81	2	ชาย	81	2
3	ชาย	74	2	ชาย	72	2
4	ชาย	68	2	ชาย	67	2
5	หญิง	76	2	หญิง	75	2
6	ชาย	79	2	ชาย	79	2
7	หญิง	76	2	หญิง	78	2
8	หญิง	71	2	หญิง	70	2
9	หญิง	81	2	หญิง	80	2
10	หญิง	72	2	หญิง	74	2
11	ชาย	62	2	ชาย	62	2
12	ชาย	66	2	ชาย	63	2
13	หญิง	61	2	หญิง	61	2
14	หญิง	65	2	หญิง	64	2
15	หญิง	65	2	หญิง	66	2
16	หญิง	73	2	หญิง	70	2
17	ชาย	68	2	ชาย	69	2
18	ชาย	75	2	ชาย	78	2
**19	ชาย	78	3	ชาย	78	3
**20	ชาย	79	3	ชาย	79	3

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างรายชื่อที่ 19 และรายชื่อที่ 20 มีอาการกำเริบเฉียบพลันขณะดำเนินการทดลอง ต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล โดยรายชื่อที่ 19 นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ระยะเวลา 13 วัน รายชื่อที่ 20 นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ระยะเวลา 10 วัน ทำให้ต้องทำการคัดออกจากการวิจัย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่นำมาคำนวณ เพียง กลุ่มละ 18 ราย

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 18)		กลุ่มทดลอง (n = 18)		รวม (n = 36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	8	44.4	8	44.4	16	44.44
หญิง	10	55.6	10	55.6	20	55.56
อายุ	($\bar{X}=71.39,SD=6.63$)		($\bar{X}=71.44,SD=6.61$)		($Min=61,Max=81$)	
60 – 69 ปี	7	38.9	7	38.9	14	38.89
70 – 79 ปี	9	50.0	9	50.0	18	50.0
80 ปีขึ้นไป	2	11.1	2	11.1	4	11.1
สถานภาพสมรส						
สมรส	9	50.0	11	61.1	20	55.56
ม่าย	9	50.0	7	38.9	16	44.4
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	3	16.7	4	22.2	7	19.44
ประถมศึกษา	15	83.3	14	77.8	29	80.56
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน	15	83.3	13	72.2	28	77.78
เกษตรกรรม	2	11.1	3	16.7	5	13.89
รับจ้าง	0	0	1	5.6	1	2.78
ค้าขาย	1	5.6	1	5.6	2	5.55
ผู้ดูแล						
ไม่มี	2	11.1	0	0	2	5.56
มีผู้ดูแล	16	88.9	18	100.0	34	94.44

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการสูบบุหรี่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบ มวน/วัน

ข้อมูลการสูบบุหรี่	กลุ่มควบคุม (n = 18)		กลุ่มทดลอง (n = 18)		รวม (n = 36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่						
ไม่เคยสูบบุหรี่	1	5.6	1	5.6	2	5.56
เคยสูบบุหรี่	17	94.4	17	94.4	34	94.4
การสูบบุหรี่ปัจจุบัน						
ไม่เคยสูบบุหรี่	1	5.6	1	5.6	2	5.56
เลิกสูบบุหรี่	17	94.4	15	83.33	32	88.89
ยังคงสูบบุหรี่	0	0	2	11.11	2	11.11
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่						
ไม่เคยสูบบุหรี่	1	5.6	1	5.6	2	5.56
1 – 10 ปี	2	11.1	1	5.6	3	8.33
11 – 20 ปี	12	66.7	14	77.8	26	72.22
21 – 30 ปี	1	5.6	2	11.1	3	8.33
31 – 40 ปี	1	5.6	0	0	1	2.87
41 – 50 ปี	1	5.6	0	0	1	2.87
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่						
ไม่เคยสูบบุหรี่	1	5.6	1	5.6	2	5.56
1 – 10 ปี	1	5.6	0	0	1	2.78
11 – 20 ปี	3	16.7	2	11.1	5	13.89
21 – 30 ปี	4	22.2	2	11.1	6	16.67
31 – 40 ปี	6	33.3	3	16.7	9	25.0
41 – 50 ปี	3	16.7	6	33.3	9	25.0
มากกว่า 50 ปี	0	0	4	22.2	4	11.11

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลการสูบบุหรี่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n = 18)		(n = 18)		(n = 36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน						
ไม่เคยสูบบุหรี่	1	5.6	1	5.6	2	5.56
1 – 10 มวน	15	83.33	15	83.33	30	88.9
11 – 20 มวน	2	11.1	2	11.1	4	11.11

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามระยะเวลาการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของโรค และอาการกำเริบเฉียบพลันในรอบปี

ข้อมูลการรักษา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n = 18)		(n = 18)		(n = 36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง						
1 - 5 ปี	10	55.6	13	72.2	23	63.89
6 - 10 ปี	7	38.9	3	16.7	10	27.78
11 - 15 ปี	1	5.6	2	11.1	3	8.33
ระดับความรุนแรง						
ระดับ 2	18	100.0	18	100.0	36	100.0
อาการกำเริบเฉียบพลันในรอบปีที่ผ่านมา						
1 - 3 ครั้ง	13	72.22	12	66.67	25	69.44
4 - 6 ครั้ง	3	16.67	4	22.22	7	19.44
7 - 9 ครั้ง	2	11.11	2	11.11	4	11.11

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือทดลอง
 - 2.1 เครื่องมือดำเนินการทดลอง
 - 2.2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

ชุดที่ 1 เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ภาคผนวก ข) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม เกี่ยวกับ ชื่อ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ประกอบด้วยข้อคำถาม เกี่ยวกับประวัติ การสูบบุหรี่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบ/วัน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ประกอบด้วยข้อคำถาม เกี่ยวกับ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ และระดับความรุนแรงของโรค

ลักษณะของข้อคำถาม เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อมูลที่ได้รวบรวมไว้เพื่อประโยชน์ในการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลองกับกลุ่ม ควบคุม) และเพื่อการอภิปรายผลการศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Valid)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือรวบรวมข้อมูล ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญ ในด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญในด้านโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เป็นเจ้าของลิขสิทธิ์การปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทย 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในด้านการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเครื่องมือ ผู้ทรงคุณวุฒิจะพิจารณา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของข้อคำถาม ตลอดจนความครอบคลุม ของข้อคำถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องตรงกัน ร้อยละ 80 หรือ 4 ใน 5 ท่าน และนำเสนอ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลขุนตาล จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ระยะเวลาที่ใช้

ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ สามารถสรุปได้ดังนี้

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ ร้อยละ 90 มีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อคำถามที่กำกวม ให้ปรับปรุงข้อคำถามให้สั้น กระชับ และสื่อความหมายให้ชัดเจน เจาะจง และตรงประเด็นของการศึกษา ตัดข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องกับการศึกษาออกไป

ผลการทดลองใช้เครื่องมือ พบว่า ข้อคำถาม สื่อความหมายชัดเจนเข้าใจง่าย ระยะเวลาที่ใช้สอบถามเหมาะสม และผู้ป่วยสามารถตอบข้อคำถามได้

2. **แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ** (ภาคผนวก ข) โดยใช้แบบประเมิน Medical Outcomes Study Short form (SF-36) ฉบับแปลภาษาไทยโดยวัชรီ เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต้ม (2546) โดย แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย และองค์ประกอบด้านจิตสังคม แบ่งออกเป็น 8 มิติ มีข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับระดับสุขภาพทั่วไป 1 ข้อ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านร่างกาย แบ่งออกเป็น 4 มิติ ได้แก่

มิติที่ 1 การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical Functional) ประกอบด้วย 10 ข้อ คำถาม ถามเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน ได้แก่ข้อ 3ก-3ญ

มิติที่ 2 ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย (Role - Physical) ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม ถามเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ข้อ 4ก - 4ง

มิติที่ 3 ความเจ็บปวด (Bodily Pain) ประกอบด้วย 2 ข้อคำถาม ถามเกี่ยวกับ ความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก และผลกระทบของอาการหายใจลำบากต่อ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ข้อ 7, 8

มิติที่ 4 การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception) ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม ถามเกี่ยวกับ ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อสุขภาพ ได้แก่ ข้อ 1, 11ก - 11ง

2. องค์ประกอบด้านจิตสังคม แบ่งออกเป็น 4 มิติ ได้แก่

มิติที่ 5 พลังในร่างกาย (Vitality) ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม ถามเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ ข้อ 9ก, 9จ, 9ซ, 9ณ

มิติที่ 6 การทำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม (Social Functional) ประกอบด้วย 2 ข้อคำถาม ถามเกี่ยวกับสุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อกิจกรรมทางสังคมตามปกติ ได้แก่ข้อ 6, 10

มิติที่ 7 ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต (Role Emotional) ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม ถามเกี่ยวกับสภาพทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อการทำงาน และการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ข้อ 5ก – 5ค

มิติที่ 8 ภาวะสุขภาพจิต (Mental Health) ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม ถามเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ ข้อ 9ข, 9ค, 9ง, 9ฉ และ 9ช

คำถามเกี่ยวกับระดับสุขภาพทั่วไป (Reported health transition) ประกอบด้วย 1 ข้อคำถาม ถามเกี่ยวกับการเปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับในรอบปีที่ผ่านมา ได้แก่ ข้อ 2

ลักษณะของแบบสอบถามเป็น มาตรวัดแบบ Likert - type scale คือขนาดของคำตอบจากน้อยไปมาก

เกณฑ์การแบ่งคะแนน

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแบบประเมิน Medical Outcomes Study Short form (SF-36) ซึ่งมีจำนวน 36 ข้อ การคำนวณจะคิดจากคะแนนดิบ โดยแปลงคะแนน (recode) จากแบบประเมิน จากนั้นนำคะแนนแต่ละคำถามในมิติเดียวกันมารวมกัน และคำนวณโดยใช้สูตรที่ผู้สร้างได้กำหนดไว้ (ดังแสดงไว้ในภาคผนวก ง) คะแนนของแต่ละมิติจะอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 100 ความหมายของคะแนนสูง แสดงถึงการมีสุขภาพดี คะแนนต่ำแสดงถึงระดับสุขภาพที่ต่ำกว่าหรือแย่กว่า มีการเกณฑ์การแบ่งคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ รายละเอียดออกเป็น 2 ระดับ คือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
0 – 49.9	ต่ำกว่าร้อยละ 50	ต่ำ
50 – 100	มากกว่าร้อยละ 50	สูง

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ รวม 8 มิติ มิติละ 100 คะแนน รวม 800 คะแนน ความหมายของคะแนนสูง แสดงถึงการมีสุขภาพดี คะแนนต่ำ แสดงถึงระดับสุขภาพที่ต่ำกว่าหรือแย่กว่า มีการเกณฑ์การแบ่งคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม ออกเป็น 2 ระดับ คือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
0 - 399	ต่ำกว่าร้อยละ 50	ต่ำ
400 - 800	มากกว่าร้อยละ 50	สูง

คำถามข้อที่ 2 ซึ่งถามเกี่ยวกับระดับสุขภาพทั่วไป (Reported Health Transitional) จะไม่นำมาคำนวณคะแนนแต่จะนำมาเปรียบเทียบเป็นร้อยละของผู้ตอบ ข้อเลือกในแต่ละข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Valid)

แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ SF-36 ฉบับแปลภาษาไทยโดยวัชรีย์ เลอमानกุล และ ปารณีย์ มีแต่้ม (2546) เป็นเครื่องมือที่ได้ทำการแปลแบบสอบถามใหม่ ด้วยวิธีแปลไปข้างหน้าและแปลกลับ และผ่านทดสอบความตรงตามเนื้อหา สูงกว่า .70 ทุกมิติ (มิติที่ 1 การทำหน้าที่ด้านร่างกาย, มิติที่ 2 ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย, มิติที่ 3 ความเจ็บปวด มิติที่ 4 การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป มิติที่ 5 พลังในร่างกาย มิติที่ 6 การทำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม มิติที่ 7 ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต และมิติที่ 8 ภาวะสุขภาพจิต เท่ากับ .78, .82, .83, .81, .78, .72, .75 และ .86 ตามลำดับ)

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ SF-36 ฉบับแปลภาษาไทย โดยวัชรีย์ เลอमानกุล และ ปารณีย์ มีแต่้ม (2546) ที่ผ่านการทดสอบความตรงตามโครงสร้างและความเที่ยงสูงกว่า .70 ทุกมิติ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผลการตรวจสอบความเที่ยง สามารถสรุปได้ดังนี้

นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 เป็นค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ พบว่า ข้อคำถามค่อนข้างมาก การตอบแบบสอบถามต้องใช้เวลาผู้สูงอายุในการตอบแบบสอบถาม ข้อคำถามที่เป็นคำถามเชิงลบ ผู้สูงอายุมักจะสับสน เช่น ข้อ 9ก-9ณ, 11ก - 11ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องใช้ภาษาที่กระชับ ชัดเจน ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 16 คน ไม่เข้าใจคำถามผู้วิจัยได้อธิบายเพิ่มเติม และ ยกตัวอย่างประกอบ

ชุดที่ 2 เครื่องมือทดลอง ได้แก่

2.1 เครื่องมือดำเนินการทดลอง

1. โปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ (ภาคผนวก ข) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการปฏิบัติสมาธิ ตามเทคนิคลิขสิทธิ์ของสมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี (2551) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีขั้นตอนในการสร้างโปรแกรม ดังนี้

1.1 ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา วารสารต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการ ของ Dodd et al. (2001) การปฏิบัติสมาธิของ รศ.ดร. สมพร กันทรดุษฎี - เตรียมชัยศรี (2551) และ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

1.2 กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) ประเมินประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก เป็นกระบวนการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบาก ระหว่างผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับผู้วิจัย เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ได้สอดคล้องและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละราย จะมีประสบการณ์และวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่ได้ผลแตกต่างกัน

2) การให้ความรู้การจัดการอาการ การให้ความรู้ เป็นกระบวนการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีความจำเป็นมากสำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งหากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกี่ยวกับการจัดการอาการหายใจลำบาก จะทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ก่อให้เกิดความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของรัตตินันท์ เหมวิชัย (2550); จุก สุวรรณโณ (2548); สุมลรัตน์ อัจกุล (2548); กวรวรรณ จันทพิมพะ และคณะ (2550); เกศรางค์ เสี่ยงไพโรจน์ (2549); โชติยา สังเสวก (2550) และอันนาร์ เบ็ญอิสมาแอล (2554) พบว่าการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การรักษา และวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การฝึกทักษะปฏิบัติต่างๆ เพื่อลดอาการหายใจลำบาก ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอาการหายใจลำบากน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นการให้ความรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรจัดไว้ในโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3) การฝึกทักษะการจัดการ เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสามารถในการจัดการกับอาการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จากการศึกษาของ กมลวรรณ จันตระกูล (2547); จินตนา บัวทอง (2548); ดาราวรรณ รongเมือง (2545); ปิยกานต์ บุญเรือง (2548); สุลี แซ่ซื่อ (2546); รัตนา พรหมบุตร 2550); สีนีนาฏ ป้อมเย็น (2547); สมทรง มั่นถึก (2548) และอัชฌาณัฐ วังโสม (2553) พบว่าการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกี่ยวกับโรค และการฝึกทักษะปฏิบัติต่างๆ เพื่อลดอาการหายใจลำบาก ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอาการหายใจลำบากน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นการฝึกทักษะจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรจัดไว้ในโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4) การติดตามประเมินผล เป็นกระบวนการประเมินผลลัพธ์จากการจัดการอาการ ตามโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ เพื่อติดตามปัญหาอุปสรรคของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจากผ่านกระบวนการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการอาการ เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจ และสร้างแรงจูงใจในการดำเนินการตามโปรแกรม

1.3 สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญให้ครอบคลุมเรื่องการจัดการอาการหายใจลำบาก ที่ส่งผลกระทบด้านร่างกายและด้านจิตใจ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) และแนวคิดการปฏิบัติสมาธิ ของ รศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี – เตรียมชัยศรี (2551)

1.4 สร้างโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกำหนดกิจกรรมทั้งหมด 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้เล่าประสบการณ์ เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ความรุนแรงของอาการ การตอบสนองต่ออาการ ผลลัพธ์การจัดการกับอาการ ผู้วิจัยสรุปประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก และประเมินสิ่งที่ควรให้ความรู้เพิ่มเติมร่วมกับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้การจัดการอาการ ให้ความรู้ตามแผนการสอน เรื่องความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ และการรักษา การจัดการอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การใช้ยา การสงวนพลังงาน อาหารที่

เหมาะสมกับโรค การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น เทคนิคการไอ และ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิ

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการอาการ ประกอบด้วย ทักษะการจัดการอาการหายใจลำบาก ดังนี้ ทักษะการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก เทคนิคการไอ และทักษะการใช้ยาสูดพ่น และทักษะการปฏิบัติสมาธิ

ขั้นตอนที่ 4 การติดตาม ประเมินผล โดยการเยี่ยมบ้านรายบุคคล นัดติดตามโดยใช้ การประเมินผลโดยกระบวนการกลุ่ม และนัดติดตามประเมินผลลัพท์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ในการวิจัยครั้งนี้ มีเครื่องมือและสื่อ ที่ใช้ในการดำเนินการ ดังนี้

1. แผนการสอนการจัดการอาการ จัดทำแผนการสอน เป็น 2 เล่ม คือ

1.1 แผนการสอนความรู้การจัดการอาการ มีเนื้อหาหลัก 2 เรื่อง ดังนี้

1) ความรู้ในการจัดการอาการ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ และการรักษา การจัดการอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การใช้ยา การสงวนพลังงาน อาหารที่เหมาะสมกับโรค

2) ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิ ประกอบด้วย ความหมายการปฏิบัติสมาธิ และประโยชน์ในการฝึกปฏิบัติสมาธิ

1.2 แผนการสอนความรู้และทักษะการจัดการอาการ มีเนื้อหาหลัก 2 เรื่อง ดังนี้

1) ความรู้และทักษะในการจัดการอาการ ประกอบด้วย การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก เทคนิคการไอ เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น

2) ความรู้และทักษะการปฏิบัติสมาธิ ประกอบด้วยขั้นตอนการปฏิบัติสมาธิ ผลข้างเคียงการปฏิบัติสมาธิ

2. คู่มือการจัดการอาการหายใจลำบาก และการปฏิบัติสมาธิ ซึ่งมีเนื้อหา สอดคล้องกับแผนการสอนข้างต้น เนื้อหาประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วนได้แก่

1) ความรู้ในการจัดการอาการ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ และการรักษา การจัดการอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การใช้ยา การสงวนพลังงาน อาหารที่เหมาะสมกับโรค การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก เทคนิคการไอ เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น

2) ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิมีภาพประกอบทุกขั้นตอนประกอบด้วย ความหมายของสมาธิ ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติสมาธิ ผลข้างเคียงการฝึกปฏิบัติสมาธิ และประโยชน์ ในการฝึกปฏิบัติสมาธิ

3. **วีซีดี** เรื่องการปฏิบัติสมาธิ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการปฏิบัติสมาธิของ สมพร กันทรคุชฎี-เตรียมชัยศรี (2551) (แสดงในภาคผนวก ข) ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการ จัดการอาการ โดยการฝึกปฏิบัติสมาธิ มีผู้สูงอายุเป็นตัวแบบ เนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน และคู่มือการจัดการอาการหายใจลำบาก และการปฏิบัติสมาธิ

4. **Power point ประกอบการสอน** มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน และคู่มือ การจัดการอาการหายใจลำบาก และการปฏิบัติสมาธิ ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ไปตรวจสอบความตรง เียงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ดังแสดงรายชื่อ ในภาคผนวก ก) เพื่อพิจารณาความ เหมาะสมของเครื่องมือ ผู้ทรงคุณวุฒิจะพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง เหมาะสมของภาษา ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยถือเกณฑ์ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องตรงกัน ร้อยละ 80 หรือ 4 ใน 5 ท่าน

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติ สมาธิ ได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดว่ามีเนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับแนวคิดที่ เลือกลงใช้ ระยะเวลาที่ใช้โปรแกรมและรูปแบบของกิจกรรมมีความเหมาะสม เท่ากับ ร้อยละ 92 สามารถสรุปได้ดังนี้

1. แผนการสอน เนื้อหาการสอนจำนวนมาก ให้ปรับปรุงเนื้อหาและแบ่งระยะเวลาการ สอนตามแผนการสอนให้เหมาะสม ผู้วิจัยได้แบ่งการสอนเป็น ครั้งละ 10-15 นาที และพัก 1-2 นาที จึงเริ่มทำการสอนในเนื้อหาอื่นต่อไป

2. คู่มือการจัดการอาการหายใจลำบาก และการปฏิบัติสมาธิ เนื้อหาเรื่องการปฏิบัติ สมาธิ รูปภาพที่สื่อเป็นภาพวัยรุ่น ไม่เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ และทำการฝึกปฏิบัติ สมาธิที่เป็นท่าหนึ่งเก้าอี้ทรงสูงมีพนักพิง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ขณะฝึกท่าก้ม ผู้วิจัยแก้ไข รูปภาพในคู่มือดังกล่าว ให้เป็นรูปภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุ และปรับท่านั่งในการฝึกปฏิบัติบนเก้าอี้สูง เป็นท่านั่งกับพื้น หรือนั่งบนเก้าอี้ทรงต่ำ เพื่อความปลอดภัยและป้องกันอุบัติเหตุขณะฝึก ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิผู้เป็นเจ้าของลิขสิทธิ์

3. วิธีดี การปฏิบัติสมาธิ ปรับแก้ไขท่านั่งบนเก้าอี้สูงมีพนักพิง เป็นให้ผู้สูงอายุตัวเบบนั่งกับพื้น หรือนั่งเก้าอี้ทรงต่ำ เพื่อความปลอดภัยและป้องกันอุบัติเหตุขณะฝึก

4. Power point ประกอบการสอน เนื้อหาเรื่องการปฏิบัติสมาธิ รูปภาพประกอบเป็นรูปวัยรุ่นไม่เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ และท่านั่งเก้าอี้สูงมีพนักพิงเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ขณะฝึกท่าก้ม ผู้วิจัยแก้ไขรูปภาพในคู่มือดังกล่าว ให้เป็นรูปผู้สูงอายุ เพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ และแก้ไขท่านั่งในการฝึกปฏิบัติ โดยให้นั่งกับพื้น หรือนั่งเก้าอี้ทรงต่ำ เพื่อความปลอดภัยและป้องกันอุบัติเหตุขณะฝึก ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเที่ยง

การทดลองใช้ โดยการนำเครื่องมือ (โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ) ที่ได้ปรับปรุงความครบถ้วนของเนื้อหาตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลขุนตาล จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา ระยะเวลาที่ใช้ ความเหมาะสมของกิจกรรม

ผลการทดลองใช้เครื่องมือ พบว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความเข้าใจเนื้อหาที่สอนเป็นอย่างดี คู่มือประกอบการสอนมีความเหมาะสมขนาดตัวหนังสือใหญ่ มองเห็นชัดเจนไม่ต้องเพ่ง ภาษาอ่านเข้าใจง่าย มีรูปภาพประกอบทุกขั้นตอนสามารถสื่อความหมายในเนื้อหาได้ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างบางคนไม่ได้เรียนหนังสือ แต่สามารถดูภาพประกอบได้ เข้าใจง่าย ระยะเวลาที่ใช้สอนเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในการเรียนรู้ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้าใจเนื้อหา และสามารถฝึกปฏิบัติได้

2.2 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

1. แบบวัดการรับรู้การหายใจลำบาก (Dyspnea Visual Analogue Scale, DVAS) (ภาคผนวก ข) นำมาใช้เพื่อวัดการรับรู้การหายใจลำบากของกลุ่มตัวอย่างว่าลดลงหรือไม่ กรณีกลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร แนวตั้ง (Vertical Visual Analogue Scale [VVAS]) มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน ที่ตำแหน่ง 0 คะแนน อยู่ทางล่างสุดของแบบวัด หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย ส่วนที่ตำแหน่ง 100 คะแนน ซึ่งอยู่ทางบนสุดของแบบวัดหมายถึง ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ผู้ป่วยจะเป็นผู้กำหนดตำแหน่งบนเส้นตรง โดยการทำเครื่องหมายบน

เส้นตรงแล้วอ่านค่าตัวเลขตรงจุดนั้น แทนค่าอาการหายใจลำบากของตนเอง (Gift, 1989 cited in registered Nurse's Association of Ontario, 2005; Mahler, 2006)

เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคือ คะแนนลดลงจากเดิม อย่างน้อย 20 คะแนน (เกศรางค์ เสี่ยงไพโรจน์, 2549) กรณีที่คะแนนไม่ลดลง ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกันระบุปัญหาที่เกิดขึ้น และหาวิธีให้กลุ่มตัวอย่าง ได้มีการปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ โดยอาจใช้เวลาในการปฏิบัติสมาธิเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งประเมินการปฏิบัติว่ามีส่วนใดที่ทำได้ไม่ถูกต้อง

2. **แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิ** (ภาคผนวก ข) เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อติดตามการปฏิบัติสมาธิของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ โดยกลุ่มตัวอย่าง ชี้ดเครื่องหมาย ✓ ในช่องเวลา เข้าและเย็น ในแต่ละสัปดาห์ ตามที่ได้ปฏิบัติสมาธิจริง กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติสมาธิ วันละ 2 ครั้ง ก่อนหรือหลังอาหาร ครั้งละ 20 นาที เวลาเช้าและเย็นทุกวัน ในสัปดาห์ที่ 1-8

เกณฑ์การประเมิน กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้าและเย็น (สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี, 2551)

เท่ากับหรือมากกว่า 5 วันใน 7 วัน ถือว่า ผ่านเกณฑ์

น้อยกว่า 5 วัน ใน 7 วัน ถือว่า ไม่ผ่านเกณฑ์

ในกรณีที่ไม่มีผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันทบทวนถึงปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาทางแก้ไข และให้การเสริมแรงแก่กลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

1.1 แบบวัดการรับรู้การหายใจลำบาก (DVAS)(ภาคผนวก ข) เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีความเที่ยงตรงสูง โดย Janson-Bjerklie et al. (1986 cite in Gift, 1989:323-325) ได้หาความตรงตามสภาพ (concurrent) จากความตรงตามสภาพปัจจุบัน (criterion-related validity) ซึ่งเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่วัดได้ กับ เกณฑ์ภายนอกของเครื่องมือ โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืด จำนวน 16 ราย เทียบกับค่า PEFR (Peak expiration flow rate) เป็นค่าที่วัดอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก ซึ่งค่านี้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการอุดกั้นของทางเดินหายใจ พบว่ามีความสัมพันธ์กัน เท่ากับ 0.85 (Gift, 1989)

1.2 แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน (ภาคผนวก ข) ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเครื่องมือ โดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 80 หรือ 4 ใน 5 คน

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ ร้อยละ 92 เป็นค่าความตรงที่ยอมรับได้ สามารถสรุปได้ดังนี้

แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน ช่องหมายเหตุ ไม่สามารถสื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจได้ ให้ปรับแก้เป็น ระบุเหตุผลที่ทำได้ และไม่ได้ทำ เพื่อการสื่อความหมายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และบันทึกเหตุผลไว้

2. การตรวจสอบความเที่ยง

ผู้วิจัยนำเครื่องมือ (แบบวัดการรับรู้การหายใจลำบากและแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน) ที่ผ่านการตรวจสอบมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำเครื่องมือที่แก้ไขปรับปรุงสมบูรณ์แล้ว ส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบอีกครั้ง และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 เป็นค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้

และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของการบันทึกจริง ผลการทดลองใช้ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้าใจ สามารถบันทึกได้จริง ไม่สับสน

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1) ขั้นตอนเตรียมการทดลอง 2) ขั้นตอนการทดลอง และ 3) ขั้นตอนประเมินผล ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้ให้ความรู้ เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแก่ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการจัดการกับอาการ ความรู้เรื่องการปฏิบัติสมาธิโดย

1.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการ ของ Dodd et al. (2001) การปฏิบัติสมาธิ ของ รศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี -

เตรียมชัยศรี (2551) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

1.2 สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ

1.3 ฝึกทักษะการปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทย เยียวยากาย ประสานจิต โดย ได้รับการฝึกความรู้และทักษะ ทั้งจากวีดิทัศน์การฝึกสมาธิเคลื่อนไหว และเอกสารคู่มือที่เผยแพร่ และเข้ารับการฝึก พร้อมการประเมินทักษะโดยตรงจาก รศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้เป็นเจ้าของเทคนิคลิขสิทธิ์ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี เป็นระยะเวลา 3 วัน

1.4 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับแปลภาษาไทยโดย วัชรวิเลอมาณฑุ และปราณี มีแต้ม (2546) และ 2) เครื่องมือทดลอง ประกอบด้วย 2.1) เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ที่ประยุกต์แนวคิดการจัดการอาการ ของ Dodd et al. (2001) การปฏิบัติสมาธิของ สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี (2551) ตลอดจนการจัดเตรียมแผนการสอน การจัดทำคู่มือการจัดการอาการและการปฏิบัติสมาธิ Power point ประกอบการสอน และวีซีดีการปฏิบัติสมาธิ และ 2.2) เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการรับรู้การหายใจลำบาก (DVAS) และแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน

2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป และเครื่องมือวิจัย เสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลขุนตาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลขุนตาล และขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอก

3. เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลขุนตาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอน ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลรวมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เริ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งสิ้นสุดการทดลอง

4. สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากทะเบียนประวัติ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขุนตาล และเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในอำเภอขุนตาล ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นจับคู่โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด สุ่มคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละ 1 คู่ จนครบ 20 คู่

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เพื่อคัดกรองความสามารถในการใช้ภาษาและการสื่อสาร และความสมบูรณ์ทางสติปัญญาโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น กรณีผ่านเกณฑ์การทดสอบ ผู้วิจัยคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามเกณฑ์ของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (ALA, 2005) ให้ได้ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 2 และ 3 จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยกำหนดการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีคุณสมบัติเหมือนกันเป็นคู่ (Matched Pair) ในเรื่องเพศเดียวกัน อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี มีความรุนแรงของโรคระดับเดียวกัน ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จนครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

5. ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิ และลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

2. ระยะเวลาในการทดลอง

ผู้วิจัยเริ่มทำการทดลองตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม 2555 ถึง วันที่ 10 เมษายน 2555 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ตามลำดับ ดังนี้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ กล่าวแนะนำตนเอง ทำความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่างและญาติ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิ และลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล วัดการรับรู้การหายใจลำบาก และประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ใช้เวลาทั้งหมด ประมาณ 30-45 นาที

กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการซึ่งเป็นการพยาบาลตามสภาพปัญหาที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลกับพยาบาล ซึ่งเป็นคำแนะนำรายบุคคลประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การใช้ยา การดูแลตนเองเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค การควบคุมอาการหายใจลำบาก การมาตรวจตามนัด โดยผู้วิจัยไม่มีส่วนร่วมในการพยาบาลเหล่านั้น เมื่อเสร็จสิ้นการประเมิน ผู้วิจัยแจ้งผู้ป่วยว่าจะเดินทางมาพบ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพซ้ำอีกครั้ง หลังจากประเมินครั้งแรก 8 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 8 (ครั้งที่ 2) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน พร้อมประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก ให้ความรู้การจัดการอาการ ฝึกทักษะการจัดการอาการ มอบคู่มือการจัดการกับอาการหายใจลำบาก และการปฏิบัติสมาธิ และวีซีดีเรื่อง การปฏิบัติสมาธิให้แก่ผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 60-75 นาที

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 5 คน และนัดทำกิจกรรมรายกลุ่ม โดยใช้กลุ่มเดิมทุกครั้ง (รายละเอียดการคัดเลือกกลุ่มทดลอง ตามขั้นตอนการเตรียมการทดลอง) ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1

เป็นการจัดกิจกรรมรายกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ใช้เวลา 75-90 นาที

1. ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างให้มารวมกันในห้องประชุมขนาดเล็กที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมกลุ่ม สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำให้สมาชิกภายในกลุ่มได้รู้จักกัน เพื่อสร้างความเป็นกันเอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างและญาติให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นอย่างดีทุกราย ใช้เวลา 5 นาที

2. ประเมินประสบการณ์การรับรู้ เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายเล่าถึงประสบการณ์ การรับรู้ เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก สาเหตุของอาการหายใจลำบาก การตอบสนอง และผลลัพธ์การจัดการกับอาการ ใช้เวลา 10-15 นาที ผู้วิจัยประเมินประสบการณ์ การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายพบว่า มีความแตกต่างกัน ทำให้การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการหายใจลำบากแตกต่างกัน ส่งผลให้การจัดการกับอาการแตกต่างกันด้วย กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากว่า เป็นอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ว่าจะเกิดอาการหายใจลำบากขึ้นเมื่อใด แต่จะเกิดเป็นประจำทุกเดือน กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีโอกาสหายจากโรค จึงต้องพยายามทำใจยอมรับสภาพ จนกว่าจะเสียชีวิต กลุ่มตัวอย่างไม่แน่ใจว่าจะมีวิธีใดทำให้อาการหายใจลำบากนี้หายไปหรือดีขึ้นหรือไม่ หลายคนเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในการรักษา โดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ที่เป็นภาวะของคนในครอบครัวเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความมั่นใจที่จะควบคุมอาการหายใจลำบาก กลุ่มตัวอย่างจะแยกตัวออกจากสังคม ลดการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ผู้วิจัยประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผลกระทบของการเกิดอาการ การจัดการอาการหายใจลำบาก

ส่วนการตอบสนองต่ออาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นมีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยการตอบสนองด้านร่างกาย นอกจากมีอาการหายใจลำบากแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังมีอาการไอ จาม มีน้ำมูก ค่อนเพื่อย ขาอ่อนแรง ใจสั่น ปวดหัว เหงื่อออก แน่นท้อง ท้องแข็ง ส่วนการตอบสนองด้านจิตใจ หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่างประเมินว่า อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก กลุ่มตัวอย่างจะตอบสนองโดยการหลีกเลี่ยงสาเหตุและปัจจัยกระตุ้นนั้น เช่น ควันบุหรี่ ควันไฟ ความเครียด การออกกำลังกาย

สำหรับการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย มีความแตกต่างกันตามความเชื่อและประสบการณ์ของแต่ละคน กล่าวโดยสรุปว่า วิธีการจัดการที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ การใช้ยาสูดพ่น รองลงมา คือ การหยุดทำกิจกรรมที่กำลังทำอยู่ขณะนั้นทันที และใช้วิธีการบริหารหายใจแบบเป่าปากร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ ถิ่นเครือจีน (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบาก ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 30 ราย พบว่า ในการจัดการกับอาการหายใจลำบากนั้น กลุ่มตัวอย่างมีกลวิธีจัดการร่วมกันหลายวิธี กลวิธีที่ใช้มากที่สุด 3 อันดับ คือ การใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม (ใช้ได้ผลทุกครั้ง ร้อยละ 86.67) การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก (ใช้ได้ผลทุกครั้ง ร้อยละ 71.43) และการจัดท่าที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก (ใช้ได้ผลทุกครั้ง ร้อยละ 69.23)

จากการสอบถามถึงประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ซึ่งมีความแตกต่างกัน ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจความคิดความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากในมุมมองของผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างเองก็มีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของอาการที่เกิดขึ้นอย่างจริงจัง เกิดความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับอาการระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยให้ความรู้ในการจัดการอาการ ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที โดยการบรรยาย ร่วมกับการใช้คู่มือการจัดการกับอาการหายใจลำบาก และการปฏิบัติสมาธิ และ Power point ประกอบการสอน ตามแผนการสอน 2 เรื่อง คือ

3.1 ความรู้ในการจัดการกับอาการ ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ และการรักษา การจัดการอาการ ได้แก่ การใช้ยา การสงวนพลังงาน อาหารที่เหมาะสมกับโรค การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก เทคนิคการไอ เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น ใช้เวลา 30 นาที

3.2 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิ ประกอบด้วย ความหมายของการปฏิบัติสมาธิ ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติสมาธิ ผลข้างเคียงของการปฏิบัติสมาธิ และประโยชน์ของการฝึกการปฏิบัติสมาธิ ใช้เวลา 15-30 นาที

ผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่าง และญาติร่วมกันวางแผนระบุเป้าหมาย ในการจัดการอาการหายใจ เปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัย มอบคู่มือฯ เพื่อประกอบการเรียนรู้และใช้ประกอบในการฝึกทักษะต่างๆ ที่บ้าน ใช้เวลา 15-30 นาที

3. เปิดโอกาสให้ซักถาม ใช้เวลา 5 นาที

4. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือ พร้อมนัดหมายครั้งต่อไป เพื่อดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 2

สรุป ภายหลังจากจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ให้ความร่วมมือในการประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากของตนเองเป็นอย่างดี ร่วมแสดงความคิดเห็นอย่างหลากหลาย และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากมากขึ้น และมองเห็นความสำคัญของอาการอย่างจริงจัง ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกคน ตั้งใจฟังการบรรยาย มีความกระตือรือร้นในการแสดงความคิดเห็น ตอบคำถาม โดยคู่มือที่ผู้วิจัยมอบให้สามารถช่วยทบทวนการปฏิบัติได้เป็นอย่างดี และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกคนยินดีเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 1 พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2

เป็นขั้นตอนการบรรยายและฝึกทักษะการจัดการอาการ มีการจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 3-5 คน ใช้เวลา 90-110 นาที โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับสมาชิกกลุ่ม กล่าวทักทายด้วยท่าที่เป็นกันเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคยกับผู้วิจัยมากกว่าครั้งที่ 1 ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างบันทึกวิดีโอ

2. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ที่ได้สอนไปในครั้งที่ 1 โดยซักถามกลุ่มตัวอย่างเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ให้กลุ่มตัวอย่างสนทนากันในกลุ่มถึงปัญหาต่างๆ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ พร้อมให้คำแนะนำ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

3. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกันฝึกทักษะการจัดการอาการด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม ดังนี้

3.1 ฝึกทักษะการจัดการอาการ ผู้วิจัยสาธิตแต่ละทักษะให้กลุ่มตัวอย่าง ดู 2 ครั้ง และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติ โดยเริ่มจากการฝึกการหายใจที่ถูกต้อง การบริหารการหายใจแบบ

เป่าปาก เทคนิคการไอ และเทคนิคการหายใจสาธุตพ่น จนกระทั่งสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้วิจัยให้การเสริมแรงโดยกล่าวชมเชย เมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้อง ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

3.2 ฝึกทักษะการปฏิบัติสมาธิ โดยผู้วิจัยสาธิตขั้นตอนการปฏิบัติสมาธิ ให้กลุ่มตัวอย่าง ดู 1 ครั้ง จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติพร้อมผู้วิจัย ผู้วิจัยให้การเสริมแรงโดยกล่าวยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่น ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

4. ดูวีซีดี เรื่องการปฏิบัติสมาธิ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

5. ประเมินผลการฝึกทักษะการปฏิบัติสมาธิ โดยเปิดวิดีโอการฝึกปฏิบัติสมาธิของกลุ่มตัวอย่าง ที่ผู้วิจัยบันทึกไว้ขณะที่ฝึก เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง ชักถามและระบายความรู้สึก ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

6. มอบวีซีดี เรื่องการปฏิบัติสมาธิ ประกอบการเรียนรู้ให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปฝึกที่บ้านทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์

7. อธิบายวิธีการบันทึกผลการปฏิบัติสมาธิ ตามแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิให้กลุ่มตัวอย่าง และญาติ โดยการบรรยายประกอบการใช้แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิ จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างและญาติเข้าใจ

8. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ พร้อมนัดหมายเยี่ยมติดตามที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง ในสัปดาห์ต่อไป ใช้เวลาดำเนินการทั้งหมด 90-110 นาที

ผลการฝึกทักษะการจัดการ กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก เทคนิคการไอ และเทคนิคการหายใจสาธุตพ่น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย สามารถทำได้ถูกต้อง ที่เหลือ จำนวน 18 ราย ทำไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงต้องทบทวนฝึกทักษะทั้ง 3 ทักษะ จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง สำหรับการปฏิบัติสมาธิเป็นทักษะใหม่ที่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยฝึกในการสอนและฝึกปฏิบัติในครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 ราย ทำไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยต้องสอนทักษะนี้ 4 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยสาธิตให้กลุ่มตัวอย่างดู ครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยฝึกปฏิบัติสมาธิร่วมกัน ครั้งที่ 3 ทบทวนโดยการดูวีซีดีการปฏิบัติสมาธิ ที่มีผู้สูงอายุเป็นต้นแบบ และครั้งที่ 4 เป็นขั้นตอนเพิ่มเติมที่ผู้วิจัยนำมาใช้ประเมินผลการฝึกปฏิบัติสมาธิ โดยให้กลุ่มตัวอย่างและญาติ ดูวิดีโอบันทึกภาพการฝึกปฏิบัติสมาธิของกลุ่มตัวอย่าง ที่ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกไว้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินผลการปฏิบัติสมาธิด้วยตนเอง สามารถแก้ไขจุดบกพร่องของตนเองได้ ทำให้ใช้เวลาในการฝึกเพิ่มขึ้นจากเดิมที่ผู้วิจัยคาดการณ์ไว้ประมาณ 45 นาที แต่เมื่อปฏิบัติทักษะจริง ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที บรรยากาศในการฝึกปฏิบัติสมาธิ เป็นกันเอง ไม่เครียด

สัปดาห์ที่ 2 พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 3

หลังจากให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการอาการ 1 สัปดาห์ เป็นขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติสมาธิที่บ้าน ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ก่อนหรือหลังอาหาร เวลาเช้าและเย็น ครั้งละ 20 นาที พร้อมจดบันทึกในตารางบันทึกการฝึกปฏิบัติ โดยการ ชีตเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง วันเวลาที่กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติสมาธิ

ระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติที่บ้าน ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย เพื่อติดตามประเมินผลการฝึกปฏิบัติการจัดการอาการ และการฝึกการปฏิบัติสมาธิ พร้อมทั้งประเมินสภาพจิตใจ เพื่อร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข กับกลุ่มตัวอย่าง ในการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ใช้เวลา 45-60 นาที โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง
2. ผู้วิจัยรับฟังปัญหาและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึก ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวต่างๆ ผู้วิจัยรวมทั้งกลุ่มตัวอย่างและญาติร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างในการจัดการกับอาการ
3. ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจากที่ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ การจัดการอาการ ได้แก่ การใช้ยาและเทคนิคการหายใจ สูดพ่น การสงวนพลังงาน อาหารที่เหมาะสมกับโรค เทคนิคการไอ และการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะรับรู้ถึงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเทียบกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ สามารถจัดการอาการได้อย่างมั่นใจ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามในสิ่งที่ผู้วิจัยให้ข้อมูล
4. ผู้วิจัยวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก โดยใช้แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก เพื่อประเมินผลโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ จากการรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 ราย มีคะแนนอาการหายใจลำบากลดลง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 ราย ลดลงไม่ถึง 20 คะแนน ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและญาติ วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค และหาแนวทางแก้ไข พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิไม่ถูกต้อง คือ การหายใจไม่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของลำตัว และปฏิบัติสมาธิไม่ต่อเนื่อง ใช้เวลาไม่ถึง 20 นาที การแก้ไข ผู้วิจัยพูดคุย ให้กำลังใจกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้ให้เห็นถึงผลของการปฏิบัติสมาธิที่ถูกต้อง
5. ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิ โดยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติให้ผู้วิจัยดู 1 ครั้ง ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติสมาธิ ของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวยกย่องชมเชยให้การเสริมแรง

ผู้วิจัยสาธิตวิธีการปฏิบัติสมาธิให้กลุ่มตัวอย่างดู 1 ครั้ง และให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพร้อมกับผู้วิจัยอีก 1 ครั้ง ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติสมาธิ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้คู่วิธีการฝึกปฏิบัติสมาธิ ของกลุ่มตัวอย่างขณะทำการฝึกปฏิบัติสมาธิ ที่ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกไว้ 1 ครั้ง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินผลการปฏิบัติสมาธิด้วยตนเอง ผู้วิจัยกล่าวชมเชยให้กำลังใจในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้อง พร้อมทั้งตรวจสอบแบบบันทึกปฏิบัติสมาธิที่บ้าน ของกลุ่มตัวอย่าง ให้กำลังใจ และเน้นย้ำถึงการปฏิบัติสมาธิ อย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทุกวัน วันละ 2 ครั้งก่อนหรือหลังอาหาร และเวลา เช้าและเย็น ครั้งละประมาณ 20 นาที

6. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 4 ที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง

สรุป ผู้วิจัยเดินทางไปพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เพื่อติดตามกลุ่มตัวอย่างว่า ได้นำความรู้ และทักษะในการจัดการอาการไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติสมาธิ ไม่ถูกต้อง คือ การหายใจเข้า-ออกไม่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของลำตัวและแขน กลุ่มตัวอย่างลืมความรู้และทักษะที่สอน ทำให้ขาดความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยต้องทบทวนความรู้และทักษะการปฏิบัติสมาธิใหม่ทุกราย ที่ติดตามเยี่ยมบ้าน จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และมั่นใจในการปฏิบัติสมาธิ ซึ่งผู้วิจัยกล่าวยกย่องชมเชยให้การเสริมแรง และให้ญาติมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ปัญหาที่พบบ่อยต่อมา คือ การลงบันทึกการปฏิบัติสมาธิ ในแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิไม่ครบถ้วน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายไม่รู้หนังสือ การแก้ไข ผู้วิจัยพูดคุยกับญาติและขอความร่วมมือจากญาติในการลงบันทึกตามความเป็นจริง

สัปดาห์ที่ 4 พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 4

เป็นขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างฝึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้านทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ก่อนหรือหลังอาหาร เวลาเช้าและเย็น ครั้งละ 20 นาที พร้อมจดบันทึกในตารางบันทึกการฝึกปฏิบัติ

ระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติที่บ้าน ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย เพื่อติดตามประเมินผลการฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งประเมินสภาพจิตใจ ร่วมกันหาแนวทางกับกลุ่มตัวอย่างในการแก้ไข การเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ใช้เวลา 45-60 นาที โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง
2. ผู้วิจัยรับฟังปัญหาและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึก ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวต่างๆ ผู้วิจัยรวมทั้งกลุ่มตัวอย่างและญาติร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไข

ปัญหาที่เกิดขึ้น ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง และสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างในการจัดการอาหาร

3. ผู้วิจัยพบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาหาร

4. ผู้วิจัยวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก โดยใช้แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก เพื่อประเมินผลโปรแกรมการจัดการอาหาร ร่วมกับวิธีการปฏิบัติสมาธิ จากการรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 ราย มีคะแนนอาการหายใจลำบากลดลง ลดลงมากกว่า 20 คะแนน จำนวน 18 ราย ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ กลุ่มตัวอย่าง อีก 2 รายที่เหลือ มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลขุนตาล 1 ราย และโรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่ประชาชนเคราะห์ 1 ราย ผู้วิจัยจึงทำการคัดกลุ่มตัวอย่างออก จำนวน 2 ราย จึงเหลือเพียง 18 ราย

5. ผู้วิจัยพบทวนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิ โดยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติให้ผู้วิจัยดู 1 ครั้ง ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติสมาธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ดูวิดีโอการฝึกปฏิบัติสมาธิของกลุ่มตัวอย่างขณะทำการฝึกปฏิบัติสมาธิ ที่ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกไว้ 1 ครั้ง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินผลการปฏิบัติสมาธิด้วยตนเอง ผู้วิจัยกล่าวชมเชยให้กำลังใจในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้อง พร้อมทั้งตรวจสอบแบบบันทึกปฏิบัติสมาธิ ของกลุ่มตัวอย่าง ให้กำลังใจและเน้นย้ำถึงการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน อย่างต่อเนื่องทุกวัน วันละ 2 ครั้งก่อนหรือหลังอาหาร เวลาเช้าและเย็น ครั้งละ 20 นาที

6. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว และนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 6 ที่โรงพยาบาลขุนตาล

สรุป ผู้วิจัยเดินทางไปพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เพื่อติดตามผลการจัดการอาหาร โดยการฝึกปฏิบัติสมาธิที่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติสมาธิได้อย่างถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างมีสมาธิในการปฏิบัติสมาธิเพิ่มมากขึ้น การหายใจเข้า – ออก สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหว เกิดความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยกล่าววยกย่องชมเชยให้การเสริมแรงในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้อง และให้ญาติมีส่วนร่วม ในการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิที่บ้าน อย่างต่อเนื่อง ยังคงพบปัญหาการลงบันทึกในแบบบันทึกที่ยังไม่ครบถ้วนบางราย เนื่องจากลืมบันทึก วิธีการแก้ไข ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกด้วยตนเอง และขอความร่วมมือจากญาติตรวจสอบการลงบันทึกตามความเป็นจริง ในการติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างและญาติมีความพึงพอใจมาก ให้การต้อนรับผู้วิจัยเป็นอย่างดี มีความยินดีที่จะให้ผู้วิจัยไปเยี่ยมบ้าน บรรยากาศเป็นกันเองสามารถพูดคุยกันได้อย่างเปิดเผย ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างทุกคนให้ความใส่ใจในการดูแลกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น

ญาติของกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลเพิ่มเติม คือ กลุ่มตัวอย่างมีอาการไอลดลง ไม่มีอาการกำเริบ การใช้ยาสูดพ่นเวลาหายใจเหนื่อยหอบลดลง

ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล เดือนกุมภาพันธ์-เดือนมีนาคม พบว่าจังหวัดเชียงรายมีปริมาณฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน (PM₁₀) เฉลี่ย 24 ชั่วโมง เท่ากับ 470.8 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (ซึ่งค่ามาตรฐาน PM₁₀ เฉลี่ย 24 ชั่วโมง เท่ากับ 120 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) คุณภาพอากาศโดยรวม (AQI) อยู่ในเกณฑ์อันตรายมีผลกระทบต่อสุขภาพ (สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ, 2555) ส่งผลให้มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการกำเริบเฉียบพลัน ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลขุนตาล จำนวน 19 ราย และในจำนวนนั้นเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 2 ราย ที่มีระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 3 อายุ 85 ปี และ 89 ปี มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลขุนตาล 1 ราย และส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ 1 ราย) และกลุ่มควบคุม จำนวน 7 ราย

ดังนั้นผู้วิจัยเน้นย้ำและให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่าง เรื่องการหลีกเลี่ยงการออกนอกบ้าน หรือการออกไปอยู่ในที่โล่งแจ้งโดยไม่จำเป็น และให้สวมใส่หน้ากากอนามัย ภายในห้องให้ใช้ผ้าชุบน้ำบิดให้หมาดซึ่งไว้บริเวณหน้าต่างไว้เพื่อป้องกันฝุ่นละอองที่ปลิวเข้ามา ผู้วิจัยได้นำหน้ากากอนามัยไปให้กลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เมื่อกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 รายที่ป่วยและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลับมานอนพักที่บ้าน ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 ราย เป็นตัวแทนไปเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยทั้ง 2 รายที่บ้าน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลือได้ส่งกำลังใจไปเยี่ยมผ่านการบันทึกวีดีโอ โดยผู้วิจัยนำไปเปิดให้ผู้ป่วยดูที่บ้าน และในการนัดหมายทำกิจกรรมครั้งที่ 6 ที่โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการคัดออก จำนวน 2 ราย มาร่วมกิจกรรม แต่ผู้วิจัยไม่ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์

สัปดาห์ที่ 6 พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 5

เป็นขั้นตอนการติดตามและประเมินผล มีการจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ใช้เวลา 30-45 นาที โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างทุกคนด้วยท่าที่เป็นกันเอง
2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย เล่าถึงประสบการณ์การจัดการอากาศ โดยการปฏิบัติตัวตามโปรแกรมการจัดการอากาศร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ และผลลัพธ์ในการจัดการอากาศ ใช้เวลา 10-15 นาที ผู้วิจัยรวมทั้งกลุ่มตัวอย่างและญาติร่วมกันสรุป
3. ผู้วิจัยวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก โดยใช้แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก เพื่อประเมินผลโปรแกรมการจัดการอากาศร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ จากการรวบรวมข้อมูล กลุ่ม

ตัวอย่างทั้ง 18 ราย มีคะแนนอาการหายใจลำบากลดลง ลดลงมากกว่า 20 คะแนน ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่ระบุไว้

4. ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิ โดยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิพร้อมกัน ให้ผู้วิจัยดู 1 ครั้ง ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกวีดีโอขณะฝึก ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและญาติ ร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติสมาธิ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ดูวีดีโอบันทึกภาพ 1 ครั้ง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินผลการปฏิบัติสมาธิด้วยตนเอง ผู้วิจัยกล่าวชมเชยให้กำลังใจในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้อง พร้อมทั้งตรวจสอบแบบบันทึกปฏิบัติสมาธิที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ให้กำลังใจและเน้นย้ำถึงการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน อย่างต่อเนื่องทุกวัน วันละ 2 ครั้งก่อนหรือหลังอาหาร เวลาเช้าและเย็น ครั้งละ 20 นาที ทบทวนการปฏิบัติสมาธิโดยให้กลุ่มตัวอย่าง ดูวีซีดีการปฏิบัติสมาธิเป็นเวลา 15 นาที

5. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว และนัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 8 ที่โรงพยาบาลขุนตาล

สรุปผล กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวให้ความสนใจ ใส่ใจ และให้ความร่วมมือ พร้อมกับเปิดเผยข้อมูล ข้อเสนอแนะในการดำเนินการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้นในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น แม้ว่าเหตุการณ์มลพิษจากหมอกควันที่เกิดขึ้นนั้น กลุ่มตัวอย่างทั้ง 18 ราย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ โดยไม่มีอาการหายใจลำบาก หรืออาการกำเริบเฉียบพลัน ทำให้สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตัวตามโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ได้เป็นอย่างดี

กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้วิจัย ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลองทั้ง 18 คน) รวมตัวกันจัดตั้งทีมจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยการปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทยขึ้น ดำเนินกิจกรรมโดยทีมจิตอาสา จำนวน 18 คน มีการประชุมติดตามการดำเนินงานทุก 2 เดือน 2) เสนอให้จัดการฝึกอบรมผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรุ่นต่อไป ตามโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ภายใต้ชื่อโครงการเพื่อนคู่หู ซึ่งมีทีมจิตอาสาคอยช่วยเหลือเมื่อจัดกิจกรรม 3) กำหนดบทบาทหน้าที่จิตอาสา ดังนี้ 3.1 เป็นพี่เลี้ยงช่วยเหลือทีมสุขภาพในการถ่ายทอดประสบการณ์ 3.2 ประชาสัมพันธ์กิจกรรมตามโครงการ และ 3.3 ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายในชุมชน

ผู้วิจัยได้รายงานความก้าวหน้าของผลการวิจัยให้แพทย์ประจำคลินิกโรคปอด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลรับทราบแล้ว และวางแผนงานที่จะดำเนินการในลำดับต่อไป ปัจจุบันได้

ดำเนินการจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์กิจกรรมในโครงการเพื่อนคู่หู และติดป้ายประชาสัมพันธ์กิจกรรมในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้ว

สัปดาห์ที่ 8 พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 6

เป็นขั้นตอนการติดตามและประเมินผล มีการจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 3-5 คน ใช้เวลา 30-45 นาที โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างทุกคนด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง
2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายเล่าถึงประสบการณ์การจัดการอาการ โดยการปฏิบัติตัวตามโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับวิธีการปฏิบัติสมาธิ และผลลัพธ์ในการจัดการอาการเพิ่มเติมจากที่เคยเล่าประสบการณ์ครั้งก่อน ใช้เวลา 10-15 นาที ผู้วิจัยรวมทั้งกลุ่มตัวอย่างและญาติร่วมกันสรุป
3. ผู้วิจัยวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก โดยใช้แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก เพื่อประเมินผลโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับวิธีการปฏิบัติสมาธิ จากการรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 18 ราย มีคะแนนอาการหายใจลำบากลดลง ลดลงมากกว่า 20 คะแนน ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ ผลการประเมิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 รายไม่มีอาการหายใจลำบากเลย คะแนน เท่ากับ 0 ติดต่อกันอย่างต่อเนื่อง ส่วนที่เหลืออีก 9 ราย อยู่ในระดับคะแนน 10-30 คะแนน คะแนนเฉลี่ยการหายใจลำบากหลังการทดลอง เท่ากับ 13.33 (ตารางที่ 14 ภาคผนวก จ)
4. ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิ โดยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิ พร้อมกัน ให้ผู้วิจัยดู 1 ครั้ง ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกวีดีโอ ขณะฝึก ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและญาติ ร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติสมาธิ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ดูวีดีโอบันทึกภาพ 1 ครั้ง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินผลการปฏิบัติสมาธิด้วยตนเอง ผู้วิจัยกล่าวชมเชยให้กำลังใจในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้อง พร้อมทั้งตรวจสอบแบบบันทึกปฏิบัติสมาธิที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ให้กำลังใจและเน้นย้ำถึงการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน อย่างต่อเนื่อง วันละ 2 ครั้งก่อนหรือหลังอาหาร เวลาเช้าและเย็น ครั้งละ 20 นาที
5. ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ SF-36
6. ผู้วิจัยให้ข้อมูลในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการความรู้เพิ่มเติม อาทิเช่น เรื่องผลการตรวจวัดคุณภาพอากาศ
7. ผู้วิจัยกล่าวปิดการเข้าร่วมโปรแกรม และชี้แจงให้ทราบถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จไปได้ด้วยดี

สรุป กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวร่วมกันประเมินความพึงพอใจ ในการเข้าร่วมกิจกรรม การวิจัย ผลความพึงพอใจโดยรวม ร้อยละ 92.59 กลุ่มตัวอย่างกล่าวความรู้สึกในการเข้าร่วม โปรแกรม เน้นให้ผู้วิจัยนัดติดตามกลุ่มอย่างต่อเนื่อง 2 เดือนต่อครั้ง เพื่อทบทวนความรู้และทักษะ การจัดการอาการ และพบปะกับกลุ่มตัวอย่างที่เคยร่วมทำกิจกรรมด้วยกันตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงเร่งรัดการดำเนินโครงการเพื่อนำกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวกล่าว ขอบคุณผู้วิจัยที่นำสิ่งดีๆ มามอบให้

การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยมีวิธีการกำกับการทดลอง โดยการเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล ทุกราย รายละ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 นัดติดตาม รายละ 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 6 และนัด ประเมินผลลัพธ์การจัดการ รายละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 8 โดยมีขั้นตอนในการกำกับการทดลองโดยใช้ ตารางการบันทึกการติดตาม ประกอบด้วย

1. แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก
2. แบบบันทึกวิธีการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน ผู้วิจัยติดตามโดยดูจากตารางการบันทึกการ ปฏิบัติสมาธิรายสัปดาห์ และสอบถามการฝึกปฏิบัติหลังจากการบันทึก ในสัปดาห์ที่ 1 – 8 เกณฑ์ การประเมิน กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้าและเย็น อย่างน้อย 5 วันขึ้นไปใน 7 วัน ถือว่าผ่านเกณฑ์ ถ้าปฏิบัติสมาธิวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้าและเย็น น้อยกว่า 5 วัน ใน 7 วัน ถือว่าไม่ผ่าน เกณฑ์ แยกเป็นรายสัปดาห์ รวมทั้งหมด ระยะเวลา 8 สัปดาห์

สรุป จากการกำกับการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย ปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่าง 2 รายไม่สามารถฝึกปฏิบัติสมาธิ ได้ครบ 8 สัปดาห์ เนื่องจากเกิดอาการกำเริบ ฉียบพลันต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลขุนตาล 1 ราย เป็นเวลา 1 สัปดาห์ และโรงพยาบาล ศูนย์เชี่ยวชาญประชาชนนครราชสีมา 1 รายเป็นเวลา 10 วัน ดังนั้นข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์จะเป็นกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวน 18 ราย

3 ชั้นประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้ประเมิน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตามรายละเอียดกิจกรรมครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 8 ดังที่กล่าวมาแล้ว

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมการวิจัย และได้รับความเห็นชอบจาก แพทย์เจ้าของไข้ ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้าง

สัมพันธภาพ ชี้แจงให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการบริการพยาบาล นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการบริการพยาบาล ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวม พร้อมทั้งจะนำประโยชน์ไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น หากมีข้อสงสัยหรือคำถามต่างๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากกลุ่มตัวอย่างได้รับความผิดปกติเนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย โดยต้องแจ้งความผิดปกติให้ผู้ทำการวิจัยทราบโดยทันที หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามลงในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

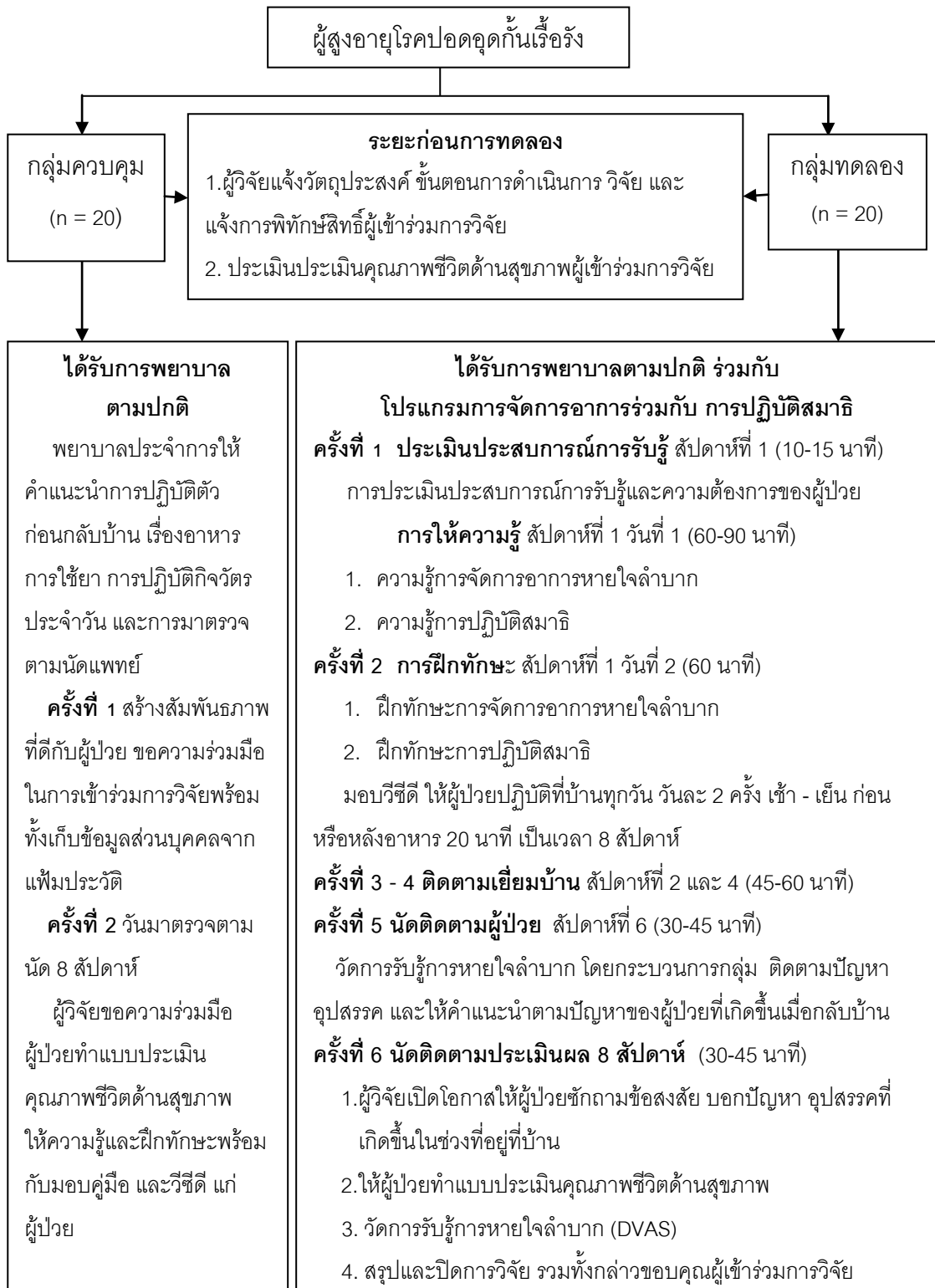
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for windows) version 11.5 ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแล โดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรม 8 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทดสอบที (dependent t-test)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรม 8 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

จากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) และแนวคิดการปฏิบัติสมาธิ ของ รศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี (2551) สามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 23

ภาพที่ 23 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ที่ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research design) มีวัตถุประสงค์หลัก 2 ข้อ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ 2) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

ดำเนินการวิจัยโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาและวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในเขตพื้นที่อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย โดยผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 18 คน และกลุ่มทดลอง 18 คน ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ ของกลุ่มควบคุม และก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ของกลุ่มทดลอง นำเสนอผลในตารางที่ 7

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ ของกลุ่มควบคุม และก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ของกลุ่มทดลอง แยกรายมิติ นำเสนอผลในตารางที่ 8 และตารางที่ 9

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ นำเสนอผลในตารางที่ 10

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ แยกรายมิติ นำเสนอผลในตารางที่ 11

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ ของกลุ่มควบคุม และก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง รายชื่อ	กลุ่มควบคุม (n = 18)		กลุ่มทดลอง (n = 18)	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	249.83	303.83	509.0	581.5
2	423.5	527.5	482.0	505.0
3	439.0	335.67	596.5	660.0
4	242.5	374.33	347.0	644.2
5	438.5	396.67	433.5	658.0
6	530.0	307.0	474.0	715.0
7	287.67	320.0	488.0	606.0
8	448.83	384.33	381.8	511.5
9	495.0	300.83	442.0	581.0
10	514.0	379.33	591.5	595.0
11	418.17	474.67	257.0	697.0
12	225.33	104.5	281.0	648.7
13	231.83	264.5	460.0	780.0
14	505.0	496.67	268.3	745.0
15	359.93	399.33	391.8	577.5
16	398.83	434.83	123.5	702.0
17	546.5	431.33	525.5	540.5
18	439.33	383.33	543.7	659.0
\bar{x}	399.65	370.20	422.0	633.71
SD	108.36	101.88	126.69	77.63

จากตารางที่ 6 ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ SF – 36 ฉบับแปลภาษาโดยวัชรီ เลอมานกุล และปารณีย์ มีแต่้ม (2546) คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ รวม 8 มิติ มิติละ 100 คะแนน รวม 800 คะแนน ความหมายของคะแนนสูง (400-800 คะแนน) แสดงถึงการมีสุขภาพดี คะแนนต่ำ (0-399 คะแนน) แสดงถึงระดับสุขภาพที่ต่ำกว่าหรือแย่กว่า พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความใกล้เคียงกัน ($\bar{X}_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 422.0$, $SD = 126.69$, $\bar{X}_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 399.65$, $SD = 108.36$) ส่วนหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น เท่ากับ 633.71 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับสูง ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง เท่ากับ 370.20 ซึ่งแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ระดับต่ำ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ ของกลุ่มควบคุม และ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ของกลุ่มทดลอง

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	\bar{X}	SD	df	t	P – value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	399.65	108.36	17	1.187	.251
หลังการทดลอง	370.20	101.88			
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	422.00	126.69	17	5.285	.000
หลังการทดลอง	633.71	77.63			

จากตารางที่ 7 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีค่าเท่ากับ 399.65 และหลังการทดลองมีค่าลดลงเท่ากับ 370.20 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 2 ครั้ง มาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Pair t – test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีค่าเท่ากับ 422.0 และหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 633.71 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 2 ครั้ง มาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Pair t – test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ ของกลุ่มควบคุม และก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ของกลุ่มทดลอง แยกรายมิติ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แยกรายมิติ

คะแนนคุณภาพชีวิต	n	\bar{X}	SD	df	t	P - value
ด้านสุขภาพ กลุ่มควบคุม						
มิติที่ 1 การทำหน้าที่ด้านร่างกาย						
ก่อนการทดลอง	18	45.83	17.34	17	2.449	0.013
หลังการทดลอง	18	38.61	21.34			
มิติที่ 2 ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย						
ก่อนการทดลอง	18	7.22	14.27	17	0.787	0.221
หลังการทดลอง	18	13.33	21.00			
มิติที่ 3 การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป						
ก่อนการทดลอง	18	36.11	20.69	17	1.974	0.032
หลังการทดลอง	18	27.78	12.97			
มิติที่ 4 ความเจ็บปวด						
ก่อนการทดลอง	18	53.33	21.693	17	0.134	0.448
หลังการทดลอง	18	52.78	21.91			
มิติที่ 5 พลังในร่างกาย						
ก่อนการทดลอง	18	51.11	13.00	17	0.852	0.203
หลังการทดลอง	18	47.22	18.00			
มิติที่ 6 การทำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม						
ก่อนการทดลอง	18	65.0	26.54	17	0.265	0.397
หลังการทดลอง	18	63.19	20.32			
มิติที่ 7 ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต						
ก่อนการทดลอง	18	62.96	34.09	17	0.372	0.357
หลังการทดลอง	18	55.55	74.10			
มิติที่ 8 ภาวะสุขภาพจิต						
ก่อนการทดลอง	18	61.50	19.63	17	1.049	0.154
หลังการทดลอง	18	99.33	148.21			

ตารางที่ 8 (ต่อ)

คะแนนคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพ รายด้าน	n	\bar{X}	SD	df	t	P - value
โดยรวมคะแนนคุณภาพชีวิต						
ก่อนการทดลอง	18	399.65	108.36	17	1.187	0.251
หลังการทดลอง	18	370.20	101.88			

จากตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เมื่อพิจารณาแยกรายมิติ ทั้ง 8 มิติ พบว่า มิติที่ 2 ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย มิติที่ 4 ความเจ็บปวด มิติที่ 5 พลังในร่างกาย มิติที่ 6 การทำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม มิติที่ 7 ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต และมิติที่ 8 ภาวะสุขภาพจิต ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นมิติที่ 1 การทำหน้าที่ด้านร่างกาย เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน และมิติที่ 3 การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ แยกรายมิติ

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ กลุ่มทดลอง	n	\bar{X}	SD	df	t	P - value
มิติที่ 1 การทำหน้าที่ด้านร่างกาย						
ก่อนการทดลอง	18	46.94	18.32	17	3.984	0.000
หลังการทดลอง	18	67.50	17.00			
มิติที่ 2 ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย						
ก่อนการทดลอง	18	12.50	26.08	17	7.382	0.000
หลังการทดลอง	18	80.56	27.86			
มิติที่ 3 การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป						
ก่อนการทดลอง	18	33.89	19.29	17	2.918	0.005
หลังการทดลอง	18	55.28	19.36			
มิติที่ 4 ความเจ็บปวด						
ก่อนการทดลอง	18	58.33	24.55	17	1.641	0.064
หลังการทดลอง	18	71.11	24.71			
มิติที่ 5 พลังในร่างกาย						
ก่อนการทดลอง	18	56.94	18.48	17	3.868	0.001
หลังการทดลอง	18	78.61	13.37			
มิติที่ 6 การทำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม						
ก่อนการทดลอง	18	68.53	24.53	17	3.794	0.001
หลังการทดลอง	18	90.97	17.05			
มิติที่ 7 ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต						
ก่อนการทดลอง	18	64.81	43.50	17	3.449	0.002
หลังการทดลอง	18	96.30	10.78			
มิติที่ 8 ภาวะสุขภาพจิต						
ก่อนการทดลอง	18	67.331	20.95	17	3.137	0.003
หลังการทดลอง	18	84.06	21.53			
โดยรวมคะแนนคุณภาพชีวิต						
ก่อนการทดลอง	18	422.00	126.69	17	5.285	.000
หลังการทดลอง	18	633.71	77.63			

จากตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณาแยกรายมิติ ทั้ง 8 มิติ พบว่า มิติที่ 1 การทำหน้าที่ด้านร่างกาย เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน มิติที่ 2 ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย มิติที่ 3 การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป มิติที่ 5 พลังในร่างกาย มิติที่ 6 การทำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม มิติที่ 7 ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต และมิติที่ 8 ภาวะสุขภาพจิต ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นมิติที่ 4 ความเจ็บปวด ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	\bar{X}	SD	df	t	P - value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	399.65	108.36			
กลุ่มทดลอง	422.01	126.69			
			34	0.569	.287
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	370.20	101.88			
กลุ่มทดลอง	633.71	77.63			
			34	8.728	.000

จากตารางที่ 10 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 399.65 และกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 422.01 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 2 กลุ่ม มาเปรียบเทียบกับกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t – test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 370.20 และกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 633.71 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 2 กลุ่ม มาเปรียบเทียบกับกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t – test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ แยกรายมิติ

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แยกรายมิติ

คะแนนคุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		df	t	P - value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ด้านสุขภาพ แยกรายมิติ							
มิติที่ 1 การทำหน้าที่ด้านร่างกาย							
ก่อนการทดลอง	46.94	18.32	45.85	17.34	34	0.187	0.426
หลังการทดลอง	67.50	17.0	38.61	21.34	34	4.493	0.000
มิติที่ 2 ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย							
ก่อนการทดลอง	12.50	26.08	8.61	14.73	34	0.551	0.293
หลังการทดลอง	80.56	27.86	13.33	21.00	34	8.174	0.000
มิติที่ 3 การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป							
ก่อนการทดลอง	33.89	19.29	37.50	18.88	34	0.567	0.287
หลังการทดลอง	55.28	19.36	27.48	12.97	34	5.006	0.000
มิติที่ 4 ความเจ็บปวด							
ก่อนการทดลอง	58.33	24.55	53.33	21.69	34	0.647	0.261
หลังการทดลอง	71.11	24.71	52.78	21.91	34	2.335	0.012
มิติที่ 5 พลังในร่างกาย							
ก่อนการทดลอง	56.94	18.48	51.11	10.92	34	1.153	0.129
หลังการทดลอง	78.61	13.37	47.22	18.80	34	5.771	0.000
มิติที่ 6 การทำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม							
ก่อนการทดลอง	68.53	24.53	65.00	26.54	34	0.414	0.341
หลังการทดลอง	90.97	17.05	63.19	20.32	34	4.443	0.000
มิติที่ 7 ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต							
ก่อนการทดลอง	64.81	43.50	62.96	34.09	34	0.142	0.444
หลังการทดลอง	96.30	10.78	55.55	74.10	18	2.309	0.017

ตารางที่ 11 (ต่อ)

คะแนนคุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		df	t	P - value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ด้านสุขภาพ รายด้าน							
มิติที่ 8 ภาวะสุขภาพจิต							
ก่อนการทดลอง	67.33	20.95	61.50	19.63	34	0.862	0.197
หลังการทดลอง	84.06	21.53	99.33	148.21	18	0.433	0.335
โดยรวมคะแนนคุณภาพชีวิต							
ก่อนการทดลอง	422.01	126.69	399.65	108.36	34	0.569	0.287
หลังการทดลอง	633.71	77.63	370.20	101.80	34	8.728	0.000

จากตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่ภายหลังการทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เมื่อพิจารณาแยกรายมิติ ทั้ง 8 มิติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ทั้ง 8 มิติแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และภายหลังการทดลอง พบว่า มิติที่ 1 การทำหน้าที่ด้านร่างกาย เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน มิติที่ 2 ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย มิติที่ 3 การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป มิติที่ 4 ความเจ็บปวด มิติที่ 5 พลังในร่างกาย มิติที่ 6 การทำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม และมิติที่ 7 ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้น มิติที่ 8 ภาวะสุขภาพจิต แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ที่ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research design) แบบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest control group design)

กลุ่มทดลอง เป็นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ

กลุ่มควบคุม เป็นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเข้ารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2554 ถึงวันที่ 30 ธันวาคม 2554 จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้

1. ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีประวัติว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. มีความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (ALA, 2005) ระดับ 2 และ 3 และอยู่ในระยะสงบของโรค
 - 2.1 ความรุนแรงระดับ 2 คือ มีข้อจำกัดเล็กน้อยถึงปานกลางในการทำกิจกรรม สามารถเดินทางราบแต่ไม่กระฉับกระเฉงเท่าคนปกติ และไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันไดได้เท่าคนวัยเดียวกัน แต่สามารถขึ้นตึกสูง 1 ชั้น โดยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ
 - 2.2 ความรุนแรงระดับ 3 คือ มีข้อจำกัดที่ชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่สามารถช่วยตนเองหรือดูแลตนเองได้ ไม่สามารถเดินทางราบได้เท่าคนวัยเดียว มีอาการเหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 2 ชั้น ยังสามารถดูแลตนเองได้
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ อันเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ตามโปรแกรม และแพทย์เห็นชอบว่าสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้
4. เคยมีประวัติอาการกำเริบเฉียบพลัน อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปีที่ผ่านมา
5. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ที่พัฒนาโดย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
6. มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดจากกลุ่มตัวอย่างด้วยการจากค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและนำไปแทนค่าใน Statistical Power Tables มีอำนาจการทดสอบ (power of test) 80% ซึ่งเป็นระดับมาตรฐานที่ยอมรับ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ กลุ่มละ 16 คน แต่เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเข้าใกล้ได้ดังปกติมากขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกวันอังคาร ของโรงพยาบาลขุนตาล ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าที่กำหนดไว้ โดยการจับคู่ (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนและความเท่าเทียมของการทดลอง โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมี

คุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่องของ เพศ อายุ และระดับความรุนแรงของโรค หากผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 เข้ากลุ่มทดลอง และพิจารณาคนที่ 2 เข้ากลุ่มควบคุม สลับกัน กรณีที่ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะไม่ตรงกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่จัดเข้ากลุ่มไว้แล้ว ผู้วิจัยจะสุ่มผู้ป่วยรายนั้นเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมไว้คอยผู้ป่วยรายต่อไป จนได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองครบ 20 คู่ ผู้วิจัยใช้เวลาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประมาณ 2 เดือน และจัดกลุ่มทดลองแบ่งกลุ่มย่อย 4 กลุ่มๆ ละ 5 คน เข้ารับโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในขณะที่ทำการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย มีอาการกำเริบเฉียบพลันต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองได้ ผู้วิจัยจึงทำการคัดกลุ่มตัวอย่างออก จำนวน 2 คู่ จึงเหลือเพียง 18 คู่

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 36 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.56 มีอายุอยู่ระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ($\bar{X}_{ควบคุม} = 71.39, SD=6.63, \bar{X}_{ทดลอง} = 71.44, SD=6.61$) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80.56 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 55.56 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 77.78 และส่วนใหญ่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 94.44

ประวัติการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 คน ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 88.89 ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างยังที่พฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.56 (กลุ่มทดลอง 2 คน) และไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.56

ประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 63.89 เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1-5 ปี ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 100 อาการกำเริบเฉียบพลันในรอบปีที่ผ่านมาของกลุ่มควบคุม ร้อยละ 72.22 เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน 1-3 ครั้งต่อปี และร้อยละ 66.67 ของกลุ่มทดลองที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันในรอบปีที่ผ่านมา 1-3 ครั้ง ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

2. เครื่องมือทดลอง

2.1 โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ

2.2 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย 2 แบบ

- 1) แบบวัดการรับรู้การหายใจลำบาก
- 2) แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิ

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และขั้นตอนตามโปรแกรม โดยการจับคู่เรื่อง อายุ เพศ และระดับความรุนแรงของโรค
2. ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และประเมินอาการหายใจลำบาก ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง
3. ดำเนินการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลขุนตาล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล วัดการรับรู้การหายใจลำบาก และประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากนั้นวัดการรับรู้การหายใจลำบาก และประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพซ้ำอีกครั้ง หลังจากประเมินครั้งแรก 8 สัปดาห์ พร้อมกับให้ความรู้ ฝึกทักษะ และมอบคู่มือการจัดการกับอาการหายใจลำบาก และการปฏิบัติสมาธิ และวีซีดี เรื่องการปฏิบัติสมาธิ

กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินประสบการณ์การรับรู้ เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการ 3) การฝึกทักษะการจัดการอาการ และ 4) นัดติดตามประเมินผล สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมรายกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ประเมินประสบการณ์การรับรู้ เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ให้ความรู้ในการจัดการอาการหายใจลำบาก เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ และการรักษา การจัดการอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การใช้ยา การสงวนพลังงาน อาหารที่เหมาะสมกับโรค ฝึกทักษะการจัดการอาการ ได้แก่ การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก เทคนิคการไอ เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิ ดูวีซีดี เรื่องการปฏิบัติสมาธิ มอบคู่มือและวีซีดี เพื่อประกอบการเรียนรู้และให้ประกอบในการฝึกทักษะที่บ้านให้กลุ่มตัวอย่าง กลับไปฝึกที่บ้านทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 20 นาทีเป็นเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ผู้วิจัยทำการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย เพื่อติดตาม

ประเมินผลการฝึกปฏิบัติการจัดการกับอาการ และการฝึกการปฏิบัติสมาธิ ผู้วิจัยวัดการรับรู้ อาการหายใจลำบาก โดยใช้แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก เพื่อประเมินผลโปรแกรม สัปดาห์ที่ 6 จัดกิจกรรมรายกลุ่มนัดติดตามและประเมินผล ผู้วิจัยวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก โดยใช้แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก และประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for windows) version 11.5 ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนได้รับ โปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรม 8 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทดสอบที (dependent t-test)
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรม 8 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 7)
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 10)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ในผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อภิปรายผลได้ ดังนี้

โปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ เป็นกิจกรรมทางการแพทย์ที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสามารถในการจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ด้วยตนเอง โดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ที่ให้ความสำคัญต่อการประเมินอาการของผู้ป่วยแต่ละราย และการรายงานอาการซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะแต่ละบุคคลที่มีการรับรู้ความรุนแรง แตกต่างกันไป สำหรับการจัดการกับอาการผู้ป่วยจะเลือกใช้วิธีที่ดีที่สุดที่สามารถจัดการกับอาการของตนเองได้ อาจมีมากกว่า 1 วิธี ซึ่งหากได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น และแนวคิดการปฏิบัติสมาธิ ของ สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี (2551) ซึ่งเป็นการจัดการอาการที่เป็นผลมาจากจิตใจ ซึ่งการปฏิบัติสมาธิทำให้จิตใจสงบ ร่างกายหลังฮอโมน endorphin ช่วยลดความเครียดและอาการซึมเศร้า ส่งผลให้ผลลัพธ์ในการศึกษาครั้งนี้ คือคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น

จากแนวคิดการจัดการอาการ อาการเป็นการรับรู้ประสบการณ์ที่เป็นผลสะท้อนของการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางจิตสังคม และเป็นการรับรู้หรือตระหนักรู้ของแต่ละบุคคล อาการเป็นสิ่งสำคัญที่บอกแนวทางที่ทำให้เข้าใจปัญหาของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งอาการและอาการแสดงจะเป็นสิ่งสำคัญที่บ่งบอกถึงแนวทางในการรักษา ดังนั้นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับการสอนเรื่องความสำคัญของอาการ ผู้วิจัยมีบทบาททำให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเห็นความสำคัญของอาการ โดยให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ค่อยๆ ผ่านเข้าสู่กระบวนการตระหนักรู้ จนกระทั่งผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถให้ความหมายของอาการและความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุของอาการจนเกิดความเข้าใจ และสามารถจัดการกับอาการได้อย่างเหมาะสม พบว่าการรักษาที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุ ตามแนวคิดทางการแพทย์นั้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการ และอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กัน (Dodd et al., 2001) ซึ่งโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับแนวคิดการปฏิบัติสมาธิ ประกอบด้วย กิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์การรับรู้ เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก เริ่มต้นจากผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการเปิดเผยข้อมูล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก การประเมินความรุนแรงของอาการ การตอบสนองต่ออาการ หรือกลวิธีการจัดการอาการ ผลลัพธ์การจัดการอาการ และผลกระทบของการเกิดอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยยอมรับความเป็นบุคคลโดยแสดงท่าทีที่เป็นกันเอง และยอมรับฟังความคิดเห็นโดยไม่มีข้อโต้แย้ง ซึ่งเป็นการให้ความสนใจกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น สำหรับประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการ นำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ จากที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต (Dodd et al., 2001)

จากการประเมินประสบการณ์การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้ว่าอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด แต่จะเกิดเป็นประจำทุกเดือน กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีโอกาสหายจากโรค จึงต้องพยายามทำใจยอมรับสภาพจนกว่าจะเสียชีวิต กลุ่มตัวอย่างไม่แน่ใจว่าจะมีวิธีใดทำให้อาการหายใจลำบากนี้หายไปหรือดีขึ้นหรือไม่ หลายคนเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังในการรักษา โดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ที่เป็นภาระของคนในครอบครัว เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความมั่นใจที่จะควบคุมอาการหายใจลำบาก กลุ่มตัวอย่างจะแยกตัวออกจากสังคม ลดการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ผู้วิจัยประเมินความต้องการ ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผลกระทบของการเกิดอาการ การจัดการอาการหายใจลำบาก ซึ่งผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประเมินอาการได้จาก การสังเกตว่าการไอเพื่อขับเสมหะติดต่อกันนานๆ การสูดดมกลิ่นควัน ควันบุหรี่ ฝุ่นละออง และการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากเกินไป เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก และเมื่อเกิดอาการหายใจลำบากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะรู้สึกทรมาน และรู้สึกกลัวตายทุกครั้งที่เกิดอาการหายใจลำบากรุนแรงจนต้องมาโรงพยาบาล

การตอบสนองต่ออาการ เป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อาการด้านร่างกายนอกจากมีอาการหายใจลำบากแล้ว ยังมีอาการไอ จาม มีน้ำมูก อ่อนเพลีย ขาอ่อนแรง ใจสั่น ปวดหัว เหนื่อยออก แน่นท้อง ท้องแข็ง อาการด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล การตอบสนองต่ออาการหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่า อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก กลุ่มตัวอย่างจะตอบสนองโดย การหลีกเลี่ยงสาเหตุและปัจจัยกระตุ้นนั้น เช่น ควันบุหรี่

ควันทันที ความเครียด การออกแรงทำกิจกรรม ดังนั้นการเข้าใจสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญเพื่อจะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งถ้ามีการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องตรงกันปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม และการจัดการกับอาการต้องเริ่มด้วย การประเมินประสบการณ์การมีอาการจากมุมมองของแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่กลวิธีในการจัดการ (Dodd et al., 2001)

จากการเล่าประสบการณ์การจัดการกับอาการ พบว่า วิธีการบรรเทาอาการหายใจลำบากที่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเลือกใช้มากที่สุด ได้แก่ การใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม รองลงมา คือ การหยุดทำกิจกรรมนั้นๆ ขณะมีอาการ และการหายใจแบบเป่าปาก ผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการคือ อาการหายใจลำบากทุเลาลง หากอาการไม่ทุเลาจะใช้วิธีมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ ถิ่นเครือจีน (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบาก ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีกลวิธีจัดการร่วมกันหลายวิธี กลวิธีที่ใช้มากที่สุด 3 อันดับ คือ การใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และการจัดทำที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก

ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า การพ่นยาขยายหลอดลม เป็นวิธีที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำการเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก แต่เมื่อผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสาธิตวิธีการพ่นยาขยายหลอดลมให้ดู พบว่า ส่วนใหญ่พ่นยาไม่ถูกวิธี ทำให้ได้รับปริมาณยาที่ไม่เหมาะสมต่อการรักษา การหยุดทำกิจกรรมและนั่งพักนั้น จากการสอบถามผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ทราบว่า การหยุดทำกิจกรรมและนั่งพักแล้ว อาการหายใจลำบากลดลงได้อย่างไร แต่เมื่อนั่งพักแล้วอาการหายใจลำบากลดลง ก็ปฏิบัติต่อเนื่องมา สำหรับการหายใจแบบเป่าปาก ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก็ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ทำให้กลวิธีจัดการอาการที่ผ่านมายังไม่มีประสิทธิภาพ

กลวิธีจัดการกับอาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบาก พบว่า วิธีที่เลือกใช้มากที่สุด คือ การรับประทานยา ร่วมกับการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมตามแผนการรักษาของแพทย์ รองลงมา คือ การมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง และการหลีกเลี่ยงจากปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก เป็นวิธีการที่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยพยายามจดจำและหลีกเลี่ยงจากการสัมผัสกับปัจจัยกระตุ้นเหล่านั้น วิธีที่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเลือกใช้น้อยที่สุด คือ การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรง ร่วมกับการสงวนพลังงาน โดยผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทราบว่า การออกกำลังกายทำให้ร่างกายแข็งแรง แต่

ไม่กล้าออกกำลังกายเพราะกลัวจะทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ ถิ่นเครือจีน (2554) พบว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่รู้จักรักษาอาการที่ เหมาะสม และมีพฤติกรรมออกกำลังกายน้อย

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการกับอาการเพื่อป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบาก คือ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดอาการหายใจลำบากตั้งแต่ 1-4 ครั้งต่อเดือน เฉลี่ย 2 ครั้งต่อเดือนต่อคน แต่ใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมก็ทุเลา

ดังนั้นการประเมินประสิทธิผลการจัดการเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รับรู้ถึงความแตกต่างของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่ละรายที่มีการปรับตัว และการตอบสนองต่อการเกิดอาการที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยเข้าใจความคิดความต้องการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่ละราย และเกิดการรับรู้ในเรื่องอาการที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเองมีความเข้าใจในอาการของตนเอง เห็นความสำคัญของอาการอย่างจริงจัง ฟังพอใจและให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้

เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากของตนเอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการกับอาการ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมโดยการให้ความรู้ในการจัดการอาการ ร่วมกับการสอนทักษะการจัดการอาการเพิ่มเติมจากประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบากเดิม โดยให้ความรู้และคำแนะนำตามแผนการสอน ความรู้ที่ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการและการรักษา การจัดการอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การใช้ยา การสงวนพลังงาน อาหารที่เหมาะสมกับโรค การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก เทคนิคการไอ เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิ กล่าวโดยสรุปว่า เป็นความรู้ที่ครอบคลุมการจัดการอาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความสำคัญของการให้ความรู้ มีดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ และการรักษา เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความเข้าใจถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก เกิดความตระหนักว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถควบคุมอาการได้ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปรับตัวและเกิดการยอมรับความเจ็บป่วยของตนเอง

2. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา ยาที่ใช้ในการรักษา ประกอบด้วย ยาขยายหลอดลม ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ และยาอื่นๆ ยาขยายหลอดลมเป็นยาสำหรับช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบาก และช่วยให้สมรรถภาพการทำงานของปอดดีขึ้นผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ อាកการสั้น ปากแห้ง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และชีพจรเต้นเร็ว การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และการสังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับปริมาณยาที่เหมาะสม สามารถลดการเกิดอาการหายใจลำบากได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น

3. ความรู้เกี่ยวกับการสงวนพลังงาน เป็นการวางแผนการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การให้ความรู้ในการวางแผนการจัดกิจกรรมมีประโยชน์ คือ ลดการสูญเสียพลังงานของร่างกาย ลดอาการหายใจลำบากขณะปฏิบัติกิจกรรม

4. ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรค ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น เพื่อใช้ในการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับประทานอาหารได้น้อย จากพยาธิสรีระภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกระบวนการชราภาพ ส่งผลให้อากาศค้างในปอด ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ต้นกะบังลมให้เคลื่อนต่ำเบียดกระเพาะอาหารทำให้ผู้ป่วยอึดเร็ว และจากประสบการณ์อาการหายใจลำบากขณะรับประทานอาหาร ความอ่อนล้าของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ ความเหนื่อยล้า ไอ มีเสมหะ ปากแห้ง ทำให้ความรู้สึกลอยจากอาหาร การรับรสและการรับกลิ่นลดลง ผู้สูงอายุจะรู้สึกเบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อยลง และจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ได้รับ ได้แก่ ยาขยายหลอดลม และยาสเตียรอยด์ ทำให้ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน การรับรสของอาหารเปลี่ยนไป ดังนั้นการให้คำแนะนำด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นโดยผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับสารอาหารที่ดีมีประโยชน์ ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับพลังงานจากสารอาหารคาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน ในสัดส่วนที่เหมาะสมร่วมกับผัก ผลไม้ ที่มีกากใยรับประทานอ่อน ย่อยง่าย ครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง จำนวนมื้ออาหาร อาจเป็น 5-6 มื้อต่อวัน ไม่รับประทานอาหารอึดเกินไปเพราะมีผลต่อการเคลื่อนไหวของกระบังลม หลีกเลียงการดื่มชา กาแฟ สุรา อาหารที่ทำให้เกิดก๊าซในกระเพาะอาหารเช่น หัวหอม ถั่ว กระหล่ำปลี (อัมพรพรรณ ธีรานบุตร, 2542) ดื่มน้ำอุ่นให้เพียงพอวันละ 2-3 ลิตร (ถ้าไม่มีข้อจำกัด) การให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรค จะทำให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ

เมื่อผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถนำความรู้ทางทฤษฎีในการจัดการอาการไปใช้ในการปฏิบัติ ก็สามารถลดอาการหายใจลำบากได้ กลวิธีการจัดการกับอาการ มีเป้าหมายเพื่อเบี่ยงเบน หรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยกลวิธีการจัดการมุ่งไปที่การปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องให้ความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการจัดการกับอาการ ให้การสนับสนุนด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Dodd et al., 2001)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับความรู้เรื่อง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ และการรักษา ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการ ได้แก่การใช้ยา การสังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา การสงวนพลังงาน อาหารที่เหมาะสมกับโรค และการปฏิบัติสมาธิ ซึ่งเป็นกลวิธีการจัดการกับอาการที่มุ่งไปที่การปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการสนับสนุนด้านความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง

การที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้นั้น ต้องอาศัยการเรียนรู้ การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร ซึ่งการเรียนรู้เกิดขึ้นได้ เมื่อบุคคลได้รับความรู้ ข้อมูล หรือประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลไตร่ตรองสิ่งเหล่านั้น เมื่อเห็นว่าเกิดผลดีกับตนเองก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตามความรู้ใหม่ที่ได้รับ (Bernard, 1972) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสอนให้ความรู้แก่ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการสอนแบบบรรยายตามเนื้อหา มีการใช้สื่อการสอนต่างๆ ที่เหมาะสม สอดคล้องกับเนื้อหา เข้าใจง่าย ได้แก่ 1) Power point ประกอบการสอน เรื่อง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ และการรักษา ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการ ได้แก่การใช้ยา การสังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา ความรู้เกี่ยวกับการสงวนพลังงาน ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรค และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิ 2) คู่มือการจัดการกับอาการหายใจลำบาก และการปฏิบัติสมาธิ 3) ตัวอย่างยาของจริงที่ใช้ในการรักษา ทั้งชนิดรับประทาน และยาสูดพ่นขยายหลอดลม ซึ่งสิ่งเร้าที่ส่งผ่านอวัยวะสัมผัสหลายๆ ทาง ทำให้เกิดผลต่อการเรียนรู้ที่มากกว่าสิ่งเร้าที่ส่งผ่านอวัยวะสัมผัสเพียงทางเดียว การเรียนรู้โดยการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ทำให้เข้าใจในสิ่งที่เป็นนามธรรมออกมาเป็นรูปธรรม (Edgar Dale, 1969) ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ได้รับความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ และเกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมที่ทำให้

อาการหายใจลำบากลดลงหรือหมดไป ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะในการจัดการอาการ ประกอบด้วย การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก เทคนิคการไอ เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น และการปฏิบัติสมาธิ โดยการให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ปฏิบัติจริง เป็นการปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยการสนับสนุนด้านทักษะที่ถูกต้องในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ลงมือปฏิบัติจริง การปฏิบัติซ้ำๆ ทำให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ความสำคัญของการฝึกทักษะมีดังนี้

1. การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก (pursed-lips breathing) มีกลไกในการบรรเทาและควบคุมอาการหายใจลำบากคือ ขณะหายใจแบบเป่าปาก เพดานอ่อน (soft palate) จะปิดกั้นนาสอพาริงซ์ (nasopharynx) จึงไม่มีการหายใจออกทางจมูก ทำให้ลดการไหลออกของอากาศและเพิ่มความดันในทางเดินหายใจ ทำให้เกิดความดันในทางเดินหายใจ มีแรงดันในหลอดลมเพิ่มขึ้น ขณะสิ้นสุดการหายใจออก (end-expiratory pressure) ทำให้ระยะเวลาการหายใจออกและการหายใจทั้งหมด ยาวนานขึ้น (Spahija & Grassino, 1996) ลดการหดตัวและแรงต้านของทางเดินหายใจจึงเป็นการเปิดทางเดินหายใจ และรักษาความยืดหยุ่นของทางเดินหายใจระหว่างการหายใจออก ช่วยต้านแรงดันจากช่องเยื่อหุ้มปอดมีผลทำให้ถุงลมและหลอดลมหดตัวกลับช้าลง เป็นการเพิ่มปริมาณของอากาศที่หายใจออกเพิ่มขึ้น เพิ่มอัตราการขับคาร์บอนไดออกไซด์ และเพิ่มจำนวนออกซิเจนในร่างกาย อากาศที่ค้างอยู่ในปอดจึงลดน้อยลง ทำให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ถุงลมเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีระดับของออกซิเจนในเลือดแดงเพิ่มขึ้นและระดับของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงลดลง ทำให้อาการหายใจลำบากลดลง (Bianchi et al., 2004)

ผลของการบริหารการหายใจอย่างถูกวิธีจะทำให้ปอดมีการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น กล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อทรวงอกทำงานได้ดีขึ้น ปริมาตรอากาศขณะหายใจออกเพิ่มขึ้นและลดพลังงานที่ใช้ในการหายใจ การบริหารการหายใจสามารถทำได้ทั้งขณะพักและขณะที่มีกิจกรรมหรือออกกำลังกาย เพราะจะทำให้ปอดมีการระบายอากาศดีขึ้น และสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้นานขึ้น ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ลดการพึ่งพาคนในครอบครัว ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรจิรา วิรัช (2544) พบว่าการหายใจแบบเป่าปาก วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น ครั้งละ 20-30 นาที เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราอาการหายใจลำบากลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. การใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมที่ถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับปริมาณยาที่เหมาะสม ยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นยาขยายหลอดลมชนิดยาสูดพ่น เพราะได้ผลดีกว่า อาการข้างเคียงต่ำกว่ายาชนิดรับประทาน แต่ในทางปฏิบัติมักพบปัญหามากกว่า เพราะการใช้ยาสูดจะค่อนข้างยุ่งยาก การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องทำให้ยาไม่เข้าไปถึงหลอดลม ส่งผลให้การรักษาไม่ได้ผลและเป็นการสิ้นเปลืองยา

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เรียนรู้เทคนิคการใช้ยาสูดพ่นอย่างถูกต้อง พร้อมกับสาธิตวิธีการใช้ยาสูดพ่นที่ถูกต้อง และให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสาธิตย้อนกลับ และให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างดู วิดีโอการฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่นที่ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกไว้ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างประเมินผลการฝึกทักษะด้วยตนเอง และปรับปรุงแก้ไขทักษะด้วยตนเอง จนผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถพ่นยาได้อย่างถูกต้อง เป็นผลให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดอาการหายใจลำบากได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Barrons, Pegram, & Borries (2011) ที่ศึกษาเรื่องการให้ความรู้ และทักษะด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการใช้ยาโดยเฉพาะยาสูดพ่น เนื่องจากปัญหาด้านการเรียนรู้ ความจำ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือในการกดยา ดังนั้นจึงควรมีการฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาพ่นสูดชนิดต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาพ่นสูดชนิดต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและสามารถที่จะควบคุมอาการหายใจลำบากได้

3. เทคนิคการไอที่ถูกต้อง การไอที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถผลัดดินเสมหะที่คั่งค้างอยู่ในทางเดินหายใจ ทำให้ทางเดินหายใจโล่งขึ้น ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยน้อยลง

4. การปฏิบัติสมาธิ เป็นเทคนิคการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวเพื่อควบคุมการทำงานของระบบประสาททั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ปาก และการเคลื่อนไหว เพื่อลดสิ่งเร้าต่อระบบจิตประสาท ภูมิคุ้มกันวิทยา พร้อมกับการออกกำลังกาย โดยกำหนดลมหายใจให้สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของมือ แขน และลำตัว ทำให้เกิดสมาธิ และผ่อนคลาย การหายใจลึกๆ ทำให้ปอดได้รับออกซิเจน และขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้อาการเหนื่อยลดลง ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น และนานขึ้น ส่งผลต่อจิตใจทำให้เกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ และกระตุ้นการหลั่ง endorphin ช่วยลดความเครียดและอาการ

ซีมีเศร่า ลดความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆกับเพื่อนและครอบครัว ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2551)

ตามแนวคิดการจัดการกับอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ มีเป้าหมายเพื่อเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยกลวิธีในการจัดการมุ่งไปที่ การปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องให้ความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการจัดการกับอาการ ให้การสนับสนุนด้วยวิธีการต่างๆเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Dodd et al., 2001)

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการพัฒนาทักษะ คือ การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก เทคนิคการไอ เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น และการปฏิบัติสมาธิ จนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นกลวิธีในการจัดการกับอาการที่มุ่งเน้นการปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการสนับสนุนด้านทักษะที่ถูกต้องในการจัดการกับอาการ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีทักษะ และความสามารถในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง และการที่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ลงมือปฏิบัติจริง ทำให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ฝึกหัด ซึ่งการได้ฝึกหัดหรือกระทำซ้ำๆ ทำให้ผู้เรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้ก่อนที่จะทำพฤติกรรมซ้ำๆ ต้องเกิดความเข้าใจในเหตุผลอย่างแท้จริงเสียก่อนจึงเกิดการเรียนรู้ที่มั่นคง (Bernard, 1972) การที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอน มีการฝึกกระทำพฤติกรรมต่างๆ และลองผิดลองถูกในสิ่งที่ไม่เกิดอันตรายจะเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเรียนรู้ และจดจำได้แม่นยำมากขึ้น เสริมความมั่นใจในการปฏิบัติ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามประเมินผล เป็นการประเมินกระบวนการและความก้าวหน้าของผลลัพธ์จากอาการ ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ระยะสั้นและระยะยาว รูปแบบการติดตามผล ประกอบด้วย

1. การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นการประเมินอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนำแนวทางการจัดการอาการไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับคำแนะนำตามสภาพปัญหาที่แท้จริง เป็นกระบวนการเสริมสร้างความมั่นใจ และเกิดแรงจูงใจในการตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

การจัดการกับอาการที่ได้ผลลัพธ์ที่ดีนั้น ต้องมีการจัดการกับอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอาการและควบคุมอาการที่จะเกิดขึ้น (Dodd et al., 2001) ดังนั้นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ปฏิบัติสมาธิอย่างต่อเนื่องที่บ้าน สามารถลดอาการหายใจลำบาก และป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบากที่จะเกิดขึ้นได้ โดยผู้วิจัยมีการประเมินผลการปฏิบัติ พร้อมให้การเสริมแรง ในการพบกันครั้งต่อไปหากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถดำเนินการจัดการกับอาการหายใจ

ลำบากได้ดี โดยการปฏิบัติสมาธิอย่างสม่ำเสมอ และปฏิบัติสมาธิได้ถูกต้อง ผู้วิจัยให้การเสริมแรง โดยการให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติสมาธิอย่างสม่ำเสมอต่อไป แต่หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดำเนินการจัดการกับอาการหายใจลำบากไม่ถูกต้อง และไม่สม่ำเสมอ ผู้วิจัยและผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกันประเมินปัญหาของการจัดการกับอาการ และแก้ไข้ปัญหาเพื่อให้เกิดการจัดการกับอาการอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดอาการหายใจลำบาก ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น

2. การนัดติดตามเป็นการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์จากอาการ โดยกระบวนการกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการที่เกิดขึ้น ระหว่างผู้วิจัย ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและญาติ กระบวนการกลุ่มเป็นกลวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพราะได้รวมเอาประสบการณ์หลายรูปแบบจากสมาชิกในกลุ่มซึ่งมีทั้งที่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกวิธี และมีทั้งข้อบกพร่องในการปฏิบัติตัว ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มสามารถตัดสินใจเลือกวิธีที่ถูกต้อง ในการนำไปใช้สำหรับตนเอง ก่อให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นกระบวนการเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะต่างๆ ที่ผู้วิจัยได้ให้ความรู้และฝึกทักษะที่ถูกต้อง อย่างต่อเนื่องตามโปรแกรม

3. การประเมินผลลัพธ์ เป็นการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์จากการจัดการอาการ และการปฏิบัติสมาธิ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นภายหลังสิ้นสุดกระบวนการตามโปรแกรม ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในสัปดาห์ที่ 8

จากเหตุผลดังกล่าวมาแล้วทั้งหมด เมื่อผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีอาการหายใจลำบากลดลง (ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนหายใจลำบาก เท่ากับ 58.33, SD = 22.029, หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนหายใจลำบาก เท่ากับ 13.33, SD = 17.15 ดังแสดงในตารางที่ 14 ภาคผนวก ๑) และเมื่อผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้ว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้โดยไม่มีอาการหายใจลำบาก จึงเกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เพิ่มมากขึ้น ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แยกรายมิติ หลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้น (ตารางที่ 9) ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลองดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง

จะเห็นได้ว่า การนำแนวคิดการจัดการอาการ ของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิของ สมพรกันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี (2551) มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสิ่งทดลอง (Intervention) คือ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ สามารถทำให้ผู้สูงอายุโรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (ตารางที่ 7)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อภิปรายได้ดังนี้

ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ เป็นกลุ่มที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ เห็นความสำคัญของอาการอย่างจริงจัง มีความรู้และทักษะในการจัดการอาการได้อย่างถูกต้อง และสามารถปฏิบัติการจัดการอาการได้ด้วยตนเอง ดังเหตุผลที่ได้อภิปรายในสมมติฐานข้อที่ 1 ทำให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 10)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้ง 2 กลุ่ม จะเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีค่าเท่ากับ 399.65 และกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 422.01 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 2 กลุ่ม มาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 370.20 และกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ 633.71 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 2 กลุ่ม มาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง มากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 10)

เมื่อพิจารณาในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จะได้รับการพยาบาลตามสภาพปัญหาที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลกับพยาบาล ซึ่งเป็นคำแนะนำรายบุคคลประกอบด้วย ความรู้เรื่อง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การใช้ยา การดูแลตนเองเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค การควบคุมอาการหายใจลำบาก การมาตรวจตามนัด จะเห็นว่าความรู้ที่ให้นั้น ส่วนใหญ่เป็นความรู้ที่เน้นเรื่องการจัดการด้านร่างกายเพียงด้านเดียว ยังขาดความรู้เรื่องการจัดการอาการด้านจิตใจ รวมถึงการปฏิบัติทักษะการจัดการทั้งด้านร่างกาย ที่เน้นการออกกำลังกายที่เหมาะสม และทักษะการจัดการด้านจิตใจ ซึ่งการได้รับข้อมูลความรู้เพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอสำหรับการจัดการอาการด้วยตนเอง (Bourbeau et al., 2004) และไม่มีการฝึกทักษะต่างๆ นอกจากนี้ข้อมูลนี้ผู้ป่วยได้รับไม่ตอบสนองและแก้ไขปัญหาผู้ป่วย เนื่องจากไม่มีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

จากการสอบถามเพิ่มเติม พบว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มควบคุมบางรายมีการออกกำลังกายในแต่ละวันบ้าง แต่รูปแบบของการออกกำลังกายขาดประสิทธิภาพ ประกอบกับไม่ได้ฝึกออกกำลังกายทุกวันอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้กล้ามเนื้อในการหายใจไม่ได้รับการฟื้นฟูให้แข็งแรงและยืดหยุ่นดีขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงยังคงมีปัญหาในการใช้ออกซิเจนไม่สมดุล กับการเกิดคาร์บอนไดออกไซด์ในขณะออกแรง หรือทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ และกรดแลคติก ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะรู้สึกปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และเหนื่อยเร็วขึ้นเมื่อออกแรง เกิดอาการหายใจลำบากได้ง่าย และรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้ความสามารถในชีวิตประจำวันต่างๆ ลดลง (ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนหายใจลำบาก เท่ากับ 49.44, SD = 22.353, หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนหายใจลำบาก เท่ากับ 51.67, SD = 20.073 ดังแสดงในตารางที่ 15 ภาคผนวก จ) ดังนั้นภายหลังการทดลองจึงพบว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง (ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เท่ากับ 399.65, SD = 108.36, หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เท่ากับ 370.2, SD = 101.88 ดังแสดงในตารางที่ 10)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการบ่งบอกถึงความสามารถในการจัดการกับ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะของโรค จากการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง แสดงถึงการมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 10) สอดคล้องกับการตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ข้อคำถามที่ 2 ถามเกี่ยวกับระดับสุขภาพโดยทั่วไปเมื่อเทียบกับปีที่แล้ว โดยการเปรียบเทียบเป็นร้อยละของผู้ตอบเลือกในแต่ละข้อ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองเลือกตอบ ข้อที่ 1 คือ สุขภาพตอนนี้ดีกว่าเมื่อปีที่แล้วมาก มากที่สุดถึง ร้อยละ 61.1 ส่วนกลุ่มควบคุมเลือกตอบ ข้อที่ 2 คือ สุขภาพตอนนี้ดีกว่าเมื่อปีที่แล้วบ้าง

มากที่สุด ร้อยละ 50.0 (ตารางที่ 13 ในภาคผนวก จ) เมื่อนำผลการทดลองทั้ง 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมาเปรียบเทียบกัน (ตารางที่ 10) จะเห็นว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนานั้นนั้นเป็นโปรแกรมที่สมบรูณ์ครอบคลุมการจัดการอาการที่เกิดจากผลกระทบทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของ Jones (1998)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ที่ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินประสบการณ์การรับรู้ 2) การให้ความรู้การจัดการอาการ 3) การฝึกทักษะในการจัดการอาการ รวมถึงการปฏิบัติทักษะการจัดการอาการด้วยตนเองที่บ้าน และ 4) การติดตามประเมินผล โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อสังเกตจากการวิจัย

นอกจากนี้ในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ มีข้อสังเกตในการดำเนินโปรแกรม ดังนี้

ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรู้สึกกว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 ซึ่งผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่มีอาการหายใจลำบาก ในช่วงระยะเวลาที่ภาคเหนือมีภาวะมลพิษจากหมอกควัน และลดการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดความมั่นใจในตนเองที่จะจัดการกับอาการหายใจลำบาก สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ จนเพื่อนบ้านสังเกต และสอบถามถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติตัวตามโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรจัดโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเกิดประโยชน์อย่างแท้จริงกับผู้ป่วย
2. การเผยแพร่ความรู้การจัดการกิจกรรมโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ และผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองจำนวนหนึ่งยินดีที่จะเล่าประสบการณ์ที่ดี แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอื่นๆ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายอื่นๆ ในการร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

3. ควรมีการจัดทีมจิตอาสาช่วยเหลือกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

4. ควรจัดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเล่าประสบการณ์การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเพื่อป้องกันไม่ให้โรคกำเริบ นอกจากนี้ยังเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มเห็นคุณค่าในตนเอง ได้รับการให้เกียรติ ความเคารพ ยกย่อง

5. เสนอแนะให้มีการประเมินผล โดยการใช้สื่อวีดิโอบันทึกภาพ ทำให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เห็นข้อบกพร่องของตนเอง และแก้ไขข้อบกพร่องนั้นได้ตรงประเด็น เกิดการเรียนรู้ที่รวดเร็ว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ช่วยลดการทำงานของพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพในระยะยาว

1.2 การปฏิบัติสมาธิ เป็นรูปแบบการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ง่าย สะดวก และประหยัด สามารถปฏิบัติได้ทุกที่ ทุกเวลา ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ ควรขยายเครือข่ายที่มงาน โดยสนับสนุนให้มีทีมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นในชุมชน

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดอบรมให้บุคลากรทางการพยาบาล ให้มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการตามโปรแกรม และนำโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ มาวางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

3. ด้านการศึกษา

ควรสนับสนุนให้มีการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสนับสนุนให้มีการวิจัยโดยการนำโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในชุมชนอื่นๆ เพื่อพัฒนาโปรแกรมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรสนับสนุนให้มีการวิจัยโดยใช้โปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ความทนทานในการออกกำลังกาย และการส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน
2. ควรมีการติดตามศึกษาผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ต่อเนื่องและใช้ระยะเวลาในการศึกษาเพิ่มขึ้น เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการอาการ เช่น ติดตามจำนวนครั้งในการรักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แยกรายมิติ
3. ควรสนับสนุนให้มีการศึกษาการเสริมพลังอำนาจจิตอาสาในการนำโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นในชุมชน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กมลวรรณ จันตระกูล. 2547. ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กวรรณ จันทพิมพ์. 2550. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลต่อสมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

เกศรางค์ เสียงไพโรจน์. 2549. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยการเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศนิกันต์ ศรีมณี. 2554. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1. 2554.
(เอกสารอัดสำเนา)

จินตนา บัวทองจันทร์. 2548. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตภาคใต้ตอนล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันทร์จิรา วิรัช. 2544 ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จุก สุวรรณโณ. 2549. ประสพการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

โชติยา สังเสวก. 2550. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดาราวรรณ รongเมือง. 2545. ผลของการบริหารการหายใจต่อสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ธิดารัตน์ เกตุสุริยา. 2547. แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. 2547. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต
- บุศรา เอี้ยวสกุล. 2545. หลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน พัชรียา ไชยลังกา, ทิพมาส ชินวงศ์, และ นवलจันทร์ รมณารักษ์ (บรรณาธิการ), ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (อายุรศาสตร์) เล่ม 1 (หน้า149-162). สงขลา: เอส ซี วี บิสสิเนสส์.
- เบญจวรรณ ถิ่นเครือจีน. 2554. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอาการการจัดการหายใจลำบากต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยกานต์ บุญเรือง. 2548. ผลของโปรแกรมการฝึกบริหารแนวซึ่งร่วมกับการให้ความรู้ต่ออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพรัช เกตุรัตนกุล. 2549. Disease modification in COPD. ในสมศักดิ์ ลัทธิกุล, สุดสวาท เลหาวิณีจ, ทศนีย์ กิตอำนวยพงษ์, กำธร ลีลามาละลิ, และสูงชัย อังธรรารักษ์ (บรรณาธิการ), อายุรศาสตร์ 2006 Current concepts and update treatment (1) (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 89-104). กรุงเทพฯ: ซีดีพีรินทร์.
- ไพรวลัย โคตรตะ. 2547. ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. 2007. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, Vol. 2 No. 3, Sep. – Dec. 2007.
- เมธิณี จันตียะ, พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อ และมุสดี คุณาพันธ์. 2552. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2552. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: ทีคิวพี.

- รจเรข พิมพากรณ์. 2550. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง ต่อความวิตกกังวล และการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตนา พรหมบุตร. 2550. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตตินันท์ เหมวิชัย. 2550. การใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ถ้าปางเวชสาร 30(1): 9 – 17.
- ลินจง โปธิบาล. 2539. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ในลินจง โปธิบาล, วารุณี ฟองแก้ว และศิริรัตน์ เปลี่ยนบางยาง. (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ (หน้า 79-101). เชียงใหม่: ธารบรรณการพิมพ์.
- เวชระเบียงและสถิติ. 2554. โรงพยาบาลขุนตาล ปี 2554. เชียงราย: โรงพยาบาลขุนตาล.
- วัชรวิ นุญสวัสดิ์. 2548. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. เอกสารคำสอน วิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (เอกสารอัดสำเนา)
- วัชรวิ เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต่้ม. 2546. การทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทย ฉบับแปลใหม่. ไทยเภสัชสาร 29(1-2):69 - 88.
- สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. 2551. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2551: สำนักงานเลขาธิการ.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2552. ผลการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์ด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ ในเทศบาลตำบลยางฮอม อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2553. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: ยูเนียนอุลตราไวโอเล็ต.
- สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียง. 2555. สถานการณ์มลพิษหมอกควันในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย มีนาคม 2555. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมมลพิษ, 2555. (อัดสำเนา)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2553). สรุปสถิติที่สำคัญ. กรุงเทพมหานคร: ผู้เขียน.

สำเริง แหงกระโทก. 2545. คู่มือการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน. นครราชสีมา:

โชคเจริญมาเกิดตั้ง.

สมเกียรติ วงษ์ทิม. 2546. การดูแลผู้ป่วย COPD ในโรงพยาบาล. ใน วีรพันธุ์ โชวิฑูรกิจ และ

ธานินทร์ อินทรกำธรชัย (บรรณาธิการ), เวชปฏิบัติผู้ป่วยใน (หน้า 216-241).

กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การพยาบาล: ศาสตร์ของการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร:

วี. เจ. พรินต์ติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, ดวงใจ ณีภูษิตกุล และ บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์. 2545.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2 (หน้า 243-268). กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พรินต์ติ้ง.

สมทรง มั่งถึก. 2548. ผลของการออกกำลังกายแบบไท่ จี้ ซึ่งต่อสมรรถภาพปอดและอาการ

หายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี. 2551. เอกสารการอบรมการปฏิบัติสมาธิการเยียวยาองค์รวม.

14-15 สิงหาคม พ.ศ. 2552 ณ. โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่.

สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี. 2551. การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 7.

กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.

สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี. 2551. การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 8.

กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สินีนางู ป้อมเย็น. 2547. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. 2548. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้น

ในประเทศไทย. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล.

ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

สุพล โล่หิตกุล. 2544. ไท่เก๊ก โยคะ สมาธิ อุบายวิธีสู่ความสงบเย็น. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพมหานคร: เอมี เทรดตั้ง.

- สุมลรัตน์ อากกุล. 2548. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่ออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวเกียรติ อาชานานุภาพ. 2551. ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ฤๅลมโป่งพอง ตำราการตรวจโรคทั่วไป 2 (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 432-436). กรุงเทพฯ:พิมพ์ดี.
- สุลี แซ่ชื่อ และคณะ. 2546. ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย และสมรรถนะปอดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หน่วยยุทธศาสตร์สาธารณสุข สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. 2552. สถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. เอกสารไม่ตีพิมพ์.
- อาภรณ์พรรณ สุนทรจตุรวิทย์. 2546. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อารีรัตน์ ม่วงไหมทอง. 2551. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อัทธมาณัฐ วังโสม. 2553. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต.
- อันวารีย์ เบ็ญอุสิมาแอล. 2554. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
- อัมพรพรรณ ธีรานุตร. 2542. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.

ภาษาอังกฤษ

- Anderson, K.L. 1995. The effect of chronic obstructive pulmonary disease on quality of life. Research in Nursing and Health, 18(6):547 – 556.

- American Lung Association [ALA]. 2001. Confronting COPD in America: Executive Summary. [Online] Available from <http://www.lungusa.org/> [2011, July 11]
- American Lung Association. 2003. **Breathless in America: COPD Treatment** [online] Available from: <http://www.carchula.ac.th> [2011, February 11]
- American Lung Association. 2005. COPD [online] Available from: <http://www.lungusa.org>. [2011, February 11]
- American Lung Association. 2007. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). [Online] Available from: <http://www.lungusa.org/> [2011, February 11]
- American Thoracic Society. 2005. Epidemiology, Risk factors and Natural History, [Online] Available from: <http://www.carchula.ac.th> [2011, February 11]
- American Thoracic Society. 2007. What is chronic obstructive pulmonary disease ? (COPD). [Online] Available from <http://www.thoracic.org/sections/copd/forpatients/what-is-chronic-obstructive-pulmona.html> [2011, February 20]
- Bailey, P.H. 2004. The dyspnea-anxiety- dyspnea cycle COPD tients, stories of breathlessness: it's scary/when you can't vreath. Qualitative Health Research, 14(6), 780-778.
- Barrons, R., Pegram, A., & Borries, A. 2011. Inhaler device selection: Special considerations in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. American Journal of Health-system Pharmacy 68(13), 1221-1232.
- Bernard, H.W. 1972. Physiology of Learning and Teaching. U.S.A.: McGraw-Hill.
- Barnett, M. 2006. Chronic obstructive pulmonary disease in primary care. England: John Wiley & Sons.
- Bianchi, R., Gigliotti, F., Romagnoli, I., Lanini, B., Castellani, C., Grazzini, M., et al. 2004. Chest wall kinematics and breathlessness during pursed-lip breathing in patients with COPD. Chest 125(2), 459-465.
- Bourbeau, J Nault, D. and Tan, T. 2004. Self-management and behavior modification in chronic obstructive pulmonary disease. Patient Education and Counseling 52: 271-277.

- Brashers, V. L. (2006). Alterations of pulmonary function. In K. L. McCance, & S. E. Huether (Eds.), Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children (5th ed., pp. 1205-1248). Missouri: Mosby.
- Burns, N., & Grove, S. K. 2005. The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization (5th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Carrieri-Kohlman, V., & Stulbarg, M. S. 2000. Dyspnea: Assessment and management. In J. E. Hodgkin, B. R. Celli, & G. L. Connors (Eds.), Pulmonary rehabilitation: Guidelines to success, (3th ed., pp. 57-89). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dale, Edgar. 1969. Audiovisual Methods in Teaching. 3rd ed. [n.p.]: Holf, Rinehart and Winston.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, J., Faucett, J., Froelicher, E., Humphreys, J. et al. 2001. Nursing Theory and concept development: Advancing the science of symptom management. Journal of Advance Nursing 33 (5): 668 - 676.
- Dodd, M., and others. 2001. Symptom cluster and their effect on the functional status of patients with cancer. Oncology Nursing Forum 28 (3): 465 – 470.
- Dudley, et al. 1980. Psychosocial concomitants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Part 1 psychosocial and psychosocial consideration. Chest 77(3) : 413-420
- Dudley, L.D., Glasser, M.E., Jorgenson, N.B., & Logan, L.D. 1980b. Psychosocial committants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease : Part 2 psychosocial treatment. Chest 77(4) : 544-551
- Enright, P. L. 1999. Aging of the respiratory system. In W. R. Hazzard, J. P. Blass, W. H. Ettinger Jr., J. B. Halter, & J. G. Ouslander (Eds.), Principles of geriatric medicine and gerontology (4th ed., pp. 721-728). New York: McGraw-Hill.
- Frank – Stromborg, M. 1992. Single instrument measuring quality of life. In M. Frank – Stromborg (Ed.), Instrument for nursing research, pp. (79-95): New York: Jones & Bartlett.

- Fraser, R. S., Colman, N., Muller, N. L., & Pare, P. D. 1999. Chronic obstructive pulmonary disease. In R. S. Fraser, N. Colman, N. L. Muller, & P. D. Pare, (Eds.), Diagnosis of disease of the chest, (pp. 2168-2243). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Gift, A. G. (1989). Validation of vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. Rehabilitation Nursing 14(6), 323-325.
- Gift, A. G., Cahill, C.A., and Ariz, T. 1990. Psychosocial aspects of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study. Heart & Lung 19: 252-257.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2007. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: Clinical guideline for the management of COPD. [Online] Available from: <http://www.Goldcopd.org> [2011, February 20]
- Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2010. Global strategy for the diagnosis, management, and Prevention of chronic obstructive pulmonary disease. [Online] Available from: <http://www.goldcopd.com> [2011, February 24]
- Godoy, D. V., & Godoy, R. F. 2003. A randomized controlled trial of the effect of psychotherapy on anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease patient. Achieves Physical Medicine Rehabilitation 84, 1154-1157.
- Gosselink, R. 2003. Controlled breathing and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Rehabilitation Research 40(5): 25.
- Guyatt et al. 1992. Health care directives in the elderly and health care utilization controlled clinical trials. Geriatric Nursing 13(5): 432
- Hall, W.J. 1998. Pulmonary disorders. In E.H. Duthrie & P.R. Katz (Eds), Practice of geriatrics (pp 494 - 504). Philadelphia: Saunders.
- Harrell, J. S. 1997. Age-related changes in the respiratory system. In M. N. Morgan & S. Singh (Eds.), Gerontological Nursing: Concepts and Practice (2nd ed., pp. 256-281). Philadelphia: W. B. Saunders.

- Hideki Katsura et al., 2003. Long – term effectiveness of an inpatient pulmonary rehabilitation program for elderly COPD patients : Comparison between young – elderly and old – elderly groups. Respirology 9: 230 – 236.
- Honig, E. G., & Ingram, R. H. 2001. Chronic bronchitis emphysema and airways obstruction. In A. S. Braunald, D. L. Fauci, S. L. Kaspin, D. L. Hauser, J. Longo, & L. Jameson (Eds.), Harrison's principle of internal medicine (15th ed., pp. 1491-1499). New York: McGraw-Hill.
- Jadwiga, A., & Wedzicha, E. 2002. Exacerbation: Etiology and pathophysiologic mechanism. Chest, 121(5), 136s-141s.
- Jaffe, M. 1996. Geriatric nursing care plans. Aurora: Skidmore Roth.
- Janson-Bjerklie, S., Carrieri, V. K., & Hudes, M. 1986. The sensations of pulmonary dyspnea. Nursing Research 35, 154-159.
- Jie Hu, & Paula Meek. 2005. Health-related quality of life in individuals with COPD. Health & Lung 34(6): 415–422
- Jones Paul W. 1998. Dyspnea and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. In : Mahler DA, ed. Dyspnea, New York: Marcel Dekker, Inc; p: 199–220
- Koseoglu, N., Koseoglu, H., Ceylan, E., Cimrin, H., Ozalerli, S., & Esen, A. 2005. Erectile dysfunction prevalence and sexual function status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. The Journal of Urology, 174(1), 249-252.
- Light, R., Merrill, E., Despars, J., Gordon, G., & Mutalipassi, R. 1985. Prevalence of depression and anxiety in patients with COPD. Relationship to functional capacity. Chest 87, 35-38.
- Lowenstein. K. C. 2002. Meditation and self-regulatory techniques. In Shannon, S. (Ed.). Handbook of complementary and alternative therapies in mental health (pp. 159-181). San Diego: Academic press.
- Mahler, D. A. 2000. How Should Health-Related Quality of Life Be Assessed in Patients With COPD. Chest 117, 54-57.

- Mahler, D. A. 2006. Mechanisms and Measurement of Dyspnea in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Proceeding American Thoracic Society 3, 234-238.
- McAnaw, M. B. 2001. Activity-exercise pattern: Normal changes with aging. In M. L. Maas, K. C. Buckwalter, M. D. Haraly, T. Tripp-reimer, M. G. Title, & J. P. Spocht (Eds.), Nursing care of older adults: Diagnosis, outcomes & interventions (pp. 281-284). St. Louis: Mosby.
- McDonald, R. E. 1995. Quality of Life form the patient's perspection. Journal of Neuroscience Nurse 27(4), 22-223
- McSweeny, A. J., Grant, I., Heaton, R. K., Adams, and Timms, R. M. 1982. Life quality of patient with chronic obstructive pulmonary disease. Archives of Internal Medicine. 142: 473-478
- Miravittles, M., Anzueto, A., Legnani, D., Forstmeier, L., & Fargel, M. 2007. Psychological care in trauma Patients, perception of exacerbation of COPD the PERCEIVE study. Respiratory Medicine, 107(3), 453-460.
- Moons, P. 2004. Why call it health related quality of life when you mean perceived health status. European Jurnal of Cardiovascular Nursing 3:275-277.
- Norweg, A. M. , Whiteson, J., Malgady R. Mola A, & Rey M., 2005. The Effectiveness of Different Combinations of Pulmonary Rehabilitation Program Components: A Rrandomized Control Trial. [Online] Available from: <http://chestjournal.chestpubs.org>. [2011, February 11]
- Ozalevli, S., & Ucan, E. S. 2005. The comparison of different dyspnea scales in patients with COPD. Journal of Evaluation in Clinical Practice 12, 532-538.
- Registered Nurses Association of Ontario. 2002. Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines. [Online] Available from: <http://www.mao.org/> [2011, November 9]
- Registered Nurse's Association of Ontario. 2005. Nursing care of dyspnea: The 6th vital signs in individuals with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). [Online] Available from: <http://www.rnao.org./bestpractices.html>

[2011, February 20]

Reishtein, J. L. 2005. Relationship Between Symptoms and Functional Performance in COPD. Research in Nursing & Health 28: 39-47.

Rochester, C. L. 2003. Exercise training in chronic obstructive pulmonary disease [Electronic version]. Journal of Rehabilitation Research & Development 40(5), 59-80.

Sassi-Dambron, D. E., Eakin, E. G., Ries, A. L., & Kaplan, R. M. 1995. Treatment of dyspnea in COPD: A controlled clinical trial of dyspnea management strategies. Chest 101, 754-729.

Sheahan, S. L., & Musialowski, R. 2001. Clinical implications of respiratory system changes in aging. Journal of Gerontological Nursing 27(5): 26-34

Spector, N. and Klein. 2003. Assessing and managing dyspnea. Nursing spectrum Career Fitness. [Online] Available from: <http://www.car.chula.ac.th>

[2011, May 30]

Theander, W., & Unosson, M. 2004. Fatigue in patients with chronic obstructive Pulmonary disease. Journal of Advanced Nursing 45(2), 172-177.

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. 1992. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. Medical Care 30(6), 473-483.

Wedzicha, J. A., & Seemungal, T. A. R. 2007. COPD exacerbation: defining their cause and prevention. Lancet 370, 786-796.

Wilson, I. B., Cleary, P. D. 1995. Linking clinical variables with HRQOL: A conceptual model of outcome. Journal of American Heart Association 273(1): 59-65.

ภาคผนวก

- ภาคผนวก ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ
- ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- ภาคผนวก ค ใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้การวิจัย
- ภาคผนวก จ ตารางเพิ่มเติม
- ภาคผนวก ฉ หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
หนังสือขอความร่วมมือในการใช้เครื่องมือ
และการเก็บรวบรวมข้อมูล
- ภาคผนวก ช ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน
โปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการ
การปฏิบัติสมาธิ

ภาคผนวก ก

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ศ.นพ.ประเสริฐ ธิสสันตชัย	ศาสตราจารย์ หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและ ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี	อาจารย์พยาบาล หัวหน้าภาควิชาการพยาบาล สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.รัชณี มิติภิตติ	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
นางสาวสุลี แซ่ชื่อ	พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านผู้สูงอายุ แผนกอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- เครื่องมือรวบรวมข้อมูล
- เครื่องมือทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
2. เครื่องมือทดลอง
 - 2.1 โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ
 - 2.2 เครื่องมือกำกับการทดลอง
 - 1) แบบวัดการรับรู้การหายใจลำบาก
 - 2) แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิ

กลุ่ม () ความคุม

กลุ่ม () ทดลอง

รายชื่อ.....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง สำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และการเจ็บป่วยโดยผู้สูงอายุเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกเอง และทำการบันทึกข้อมูลลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บ () หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลส่วนตัวของท่านตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่ () ม่าย () หย่าหรือแยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา () ประกาศนียบัตร หรืออนุปริญญา
() ปริญญาตรี () อื่นๆ.....
5. อาชีพ
() ไม่ได้ทำงาน () เกษตรกรรม
() รับจ้าง () ค้าขาย / ทำธุรกิจ
() อื่นๆ ระบุ.....
6. ผู้ดูแลหลัก
() ไม่มี
() มี ระบุความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

1. ประวัติการสูบบุหรี่

() ไม่สูบบุหรี่ (ไม่ต้องตอบข้อ 2)

() สูบบุหรี่

อายุที่เริ่มสูบบุหรี่.....ปี

ระยะเวลาในการสูบบุหรี่.....ปี

จำนวนบุหรี่ที่สูบ.....มวน / วัน

2. ปัจจุบัน ถ้าท่านสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบ.....มวน / วัน

เลิกสูบบุหรี่แล้ว ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่.....ปี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการรักษา

คำชี้แจง: ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์และจากแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....ปี

2. ในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมาท่านเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย ระบุจำนวนครั้งในการรักษา.....ครั้ง

3. ระดับความรุนแรงของโรค อยู่ระดับ.....

ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ตามความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (ALA, 2005)

ข้อคำถาม	คำตอบ		ระดับความรุนแรงของโรค
	ใช่	ไม่ใช่	
1. ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ใช่หรือไม่			ระดับที่ 1
2. ท่านไม่สามารถเดินบนพื้นราบได้ กระฉับกระเฉงเท่าคนปกติ และไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือเดินขึ้นบันไดได้เท่ากับคนในวัยเดียวกัน และจะมีอาการเหนื่อยหอบเมื่อขึ้นตึกสูง 1 ชั้น (ความสูงประมาณ 3-4 เมตร) ใช่หรือไม่			ระดับที่ 2
3. ท่านไม่สามารถทำงานหนักหรือทำงานที่ย่างยากได้ และไม่สามารถเดินบนพื้นราบได้เท่ากับคนในวัยเดียวกัน มีอาการเหนื่อยหอบและต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 2 ชั้น (ความสูงประมาณ 6-8 เมตร) ใช่หรือไม่			ระดับที่ 3
4. ท่านมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้นโดยไม่สามารถทำงานได้และเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัด ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่ยังสามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ใช่หรือไม่			ระดับที่ 4
5. ท่านมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมาก เมื่อเดินเพียง 2-3 ก้าว หรือลุกนั่ง ก็รู้สึกเหนื่อย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีอาการเหนื่อยหอบ แม้ขณะที่พูด หรือแต่งตัว ใช่หรือไม่			ระดับที่ 5

4. การรักษาและยาที่ได้รับ

.....

.....

.....

.....

กลุ่ม () ความคุม

กลุ่ม () ทดลอง

รายที่..... ครั้งที่..... วันเดือนปีที่ประเมิน.....

แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (SF-36)

คำชี้แจง : แบบสอบถามฉบับนี้ สอบถามความคิดเห็นของคุณเกี่ยวกับสุขภาพของคุณเอง
ข้อมูลนี้จะช่วยติดตามว่าคุณรู้สึกอย่างไร และสามารถทำกิจกรรมปกติต่างๆของ
คุณ ได้ดีแค่ไหน

โปรดตอบคำถามทุกคำถาม โดยกา X ที่ตัวเลข 1 ถึง 5 ข้อใดข้อหนึ่ง
หากไม่แน่ใจว่าจะตอบอย่างไรดีให้เลือกคำตอบ ที่คุณคิดว่าใกล้เคียงที่สุด

1. โดยทั่วไป คุณพูดได้ว่า สุขภาพของคุณเป็นอย่างไร

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ดีที่สุด.....1
ดีมาก.....2
ดี.....3
พอใช้ได้.....4
ไม่ดี.....5

2. เปรียบเทียบกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว (ตั้งแต่ มกราคม 2554 – ธันวาคม 2554)

คุณพูดได้ว่า สุขภาพของคุณโดยทั่วไป ตอนนี้ เป็นอย่างไร

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว มาก.....1
ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว เล็กน้อย.....2
พอ ๆ กัน กับ..เมื่อหนึ่งปีที่แล้ว..... 3
ตอนนี้แยกว่า..เมื่อหนึ่งปีที่แล้ว เล็กน้อย..... 4
ตอนนี้แยกว่า..เมื่อหนึ่งปีที่แล้ว มาก.....5

3. คำถามต่อไปนี้เป็นการถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่คุณทำในแต่ละวัน คุณคิดว่า สุขภาพของคุณ ในตอนนี้ มีผลทำให้คุณไม่สามารถทำกิจกรรมต่อไปนี้ได้อย่างเต็มที่ หรือไม่ ถ้ามีผล มีแค่ไหน

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

กิจกรรม	ทำได้ น้อยลงมาก	ทำได้ เล็กน้อย	ทำได้ เต็มที่
ก. กิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก เช่น การวิ่ง ยกของหนัก การเล่นเกมกีฬาที่ต้องออกแรงมาก	1	2	3
ข. กิจกรรมที่ต้องใช้แรงพอควร เช่น การย้ายโต๊ะ ตู้บ้านด้วยไม้ถูพื้น เดินเร็วๆ หรือเดินไกลๆ	1	2	3
ค. ยกหรือถือของเมื่อไปจ่ายตลาด	1	2	3
ง. ขึ้นบันไดหลายๆชั้น	1	2	3
จ. ขึ้นบันไดชั้นเดียว	1	2	3
ฉ. ก้ม คู้เข่า หรือโค้งค้ำ	1	2	3
ช. เดินมากกว่า หนึ่งกิโลเมตร	1	2	3
ซ. เดินครึ่งกิโลเมตร	1	2	3
ฌ. เดินหนึ่งร้อยเมตร	1	2	3
ฎ. อาบน้ำหรือแต่งตัว สวมเสื้อผ้าเอง	1	2	3

4. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายของคุณ ทำให้คุณมีปัญหาต่อไปนี้ ในการทำงาน หรือ ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆของคุณ หรือไม่

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

กิจกรรม	มี	ไม่มี
ก. ทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆได้ ไม่นานเท่าที่เคยทำ	1	2
ข. ทำงานเสร็จได้น้อยกว่าที่อยากทำ	1	2
ค. ไม่สามารถทำงาน หรือทำกิจกรรมบางอย่างได้อย่างที่เคยทำ	1	2
ง. ทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยความลำบาก (เช่น ต้องใช้ความพยายามมากขึ้น)	1	2

5. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ปัญหาทางอารมณ์ของคุณ (เช่น รู้สึกหดหู่ หรือวิตกกังวล) ทำให้คุณมีปัญหาในการทำงานหรือกิจกรรมปกติประจำวัน หรือไม่ ?

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

กิจกรรม	มี	ไม่มี
ก. ทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ได้ไม่นานเท่าที่เคยทำ	1	2
ข. ทำงานเสร็จ ได้น้อยกว่าที่อยากจะทำ	1	2
ค. ทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ โดย ไม่ระมัดระวัง อย่างที่เคยทำ	1	2

6. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของคุณ รบกวนการทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติของคุณ เช่น การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้านมากน้อยแค่ไหน

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ไม่เลย.....1
 เล็กน้อย.....2
 ปานกลาง.....3
 ค่อนข้างมาก.....4
 มากอย่างยิ่ง.....5

7. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา คุณมี อากา รหายใจลำบาก รุนแรงแค่ไหน

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ไม่มีอาการเลย.....1
 มีอาการน้อยมาก.....2
 มีอาการเล็กน้อย.....3
 มีอาการปานกลาง.....4
 มีอาการรุนแรง.....5
 มีอาการรุนแรงมาก.....6

8. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา อาการหายใจลำบาก ของคุณรบกวนการทำงานตามปกติของคุณ (ทั้งงานที่ทำงานและงานบ้าน) แค่ไหน

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ไม่เลย.....	1
เล็กน้อย.....	2
ปานกลาง.....	3
ค่อนข้างมาก.....	4
มากอย่างยิ่ง.....	5

9. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา คุณมีความรู้สึกต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน

โปรดตอบคำถามแต่ละข้อ โดยให้คำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

กิจกรรม	ทุกวัน	เกือบทุกวัน	> 3 วัน	< 3 วัน	1 ครั้ง	ไม่เลย
ก. คุณมีความรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า หรือไม่	1	2	3	4	5	6
ข. คุณรู้สึกวิตกกังวล หรือไม่	1	2	3	4	5	6
ค. คุณรู้สึกหุดหู่ เศร้าซึมมากจนไม่มีอะไร ทำให้คุณรู้สึกดีขึ้นได้ หรือไม่	1	2	3	4	5	6
ง. คุณรู้สึกสงบสบาย หรือไม่	1	2	3	4	5	6
จ. คุณมีเรี่ยวแรงมากมาย หรือไม่	1	2	3	4	5	6
ฉ. คุณรู้สึกท้อแท้ และหดหู่ใจ หรือไม่	1	2	3	4	5	6
ช. คุณรู้สึกหมดเรี่ยวแรง หรือไม่	1	2	3	4	5	6
ซ. คุณเป็นคนที่มีความสุข หรือไม่	1	2	3	4	5	6
ฅ. คุณรู้สึกเหนื่อย หรือไม่	1	2	3	4	5	6

10. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของคุณ รบกวน
การทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติของคุณ เช่น การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว เพื่อนฝูง
หรือเพื่อนบ้าน บ่อยแค่ไหน

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ตลอดเวลา.....1
เกือบตลอดเวลา.....2
บางครั้ง.....3
นานๆครั้ง.....4
ไม่เลย.....5

11. ข้อความ แต่ละข้อความ ต่อไปนี้ ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง มากน้อยแค่ไหนสำหรับคุณ

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

กิจกรรม	เห็น ด้วย ที่สุด	เห็นด้วย	ไม่ทราบ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยมาก
ก. ฉันดูเหมือนจะไม่สบายง่าย กว่าคนอื่น	1	2	3	4	5
ข. ฉันมีสุขภาพแข็งแรงดีพอกับคนอื่นที่ ฉันรู้จัก	1	2	3	4	5
ค. ฉันคิดว่าสุขภาพของตัวเอง จะแย่งลง	1	2	3	4	5
ง. สุขภาพของฉันดีเยี่ยม	1	2	3	4	5

ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม



คู่มือสำหรับพยาบาล : การ
ดำเนินการ
ตามโปรแกรมการจัดการอาการ
ร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ



ชีวิตด้านสุขภาพ

ปลอดภัยกันเร็ว



โดย



**คู่มือสำหรับพยาบาล : การดำเนินการ
ตามโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ
การปฏิบัติสมาธิ
ต่อคุณความดีชีวิตด้วยสติ**

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
รศ. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา**

โดย

นางกฤษณา พุทธวงศ์



โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จัดเป็นอันดับ 5 รองจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะซึมเศร้า อุบัติเหตุจราจร และโรคหลอดเลือดสมอง (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2010) สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอัตรา 457.4, 498.16 และ 493.20 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2551, 2552 และ 2553 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) สถิติของโรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงรายพบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2552 จำนวน 295 คนเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 79.79, พ.ศ. 2553 จำนวน 335 คน เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 81.08 และ พ.ศ. 2554 จำนวน 381 คน เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 85.80 ตามลำดับ (โรงพยาบาลขุนตาล, 2554) พบว่าปี พ.ศ. 2553 อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 1.24 อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนในปี พ.ศ. 2552 ร้อยละ 10.77 และเพิ่มขึ้นเป็น



ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการกับอาการ ของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการปฏิบัติสมาธิยึดเหยียดอย่างไทย เฝียวายากาย ประสานจิต ของสมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัย ศรี (2551) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 2 วัน จำนวน 2 ครั้ง
ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การประเมิน
ประสบการณ์การรับรู้

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 3 ฝึกทักษะ

สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 1 วัน จำนวน 1 ครั้ง
ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 4 การติดตาม
ประเมินผล (ติดตามเยี่ยมบ้าน)

สัปดาห์ที่ 4 ระยะเวลา 1 วัน จำนวน 1 ครั้ง
ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 4 การติดตาม
ประเมินผล (ติดตามเยี่ยมบ้าน)

สัปดาห์ที่ 6 ระยะเวลา 1 วัน จำนวน 1 ครั้ง



คู่มือ : การจัดการกับอาการหายใจลำบาก

และ

การปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทย เย็นวโยกาย ประสาธจิต

(สำหรับผู้ป่วยอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)



จัดทำโดย : นางกฤษณา มุทรวงศ์ ผลิตปริญญามหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ.ดร. จิราพร เกศมิชฌวัญวัฒนา

คำนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นภาวะที่มีการอุดกั้นของ การระบายอากาศในระบบทางเดินหายใจ อย่างเรื้อรังและถาวร การดำเนินของโรคมักเลวลงอย่างต่อเนื่อง พยาธิสภาพของโรคจะ ไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพปกติได้ ส่งผลให้คุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดต่ำลง

คู่มือนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับกลวิธีการจัดการกับอาการ ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจด้วยตนเองอย่าง ถูกต้อง นอกจากนี้ยังใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามและกระตุ้น เตือน ให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมและการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับโรคได้อย่างมีความสุข

กฤษณา พุทธวงศ์

ผู้จัดทำ

โครงสร้างและหน้าที่ของปอด



1

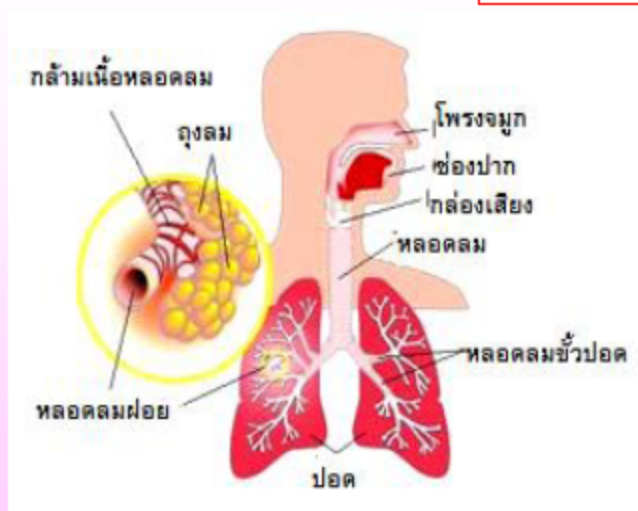
ปอดอยู่ในทรวงอก

ลักษณะเหมือนฟองน้ำ

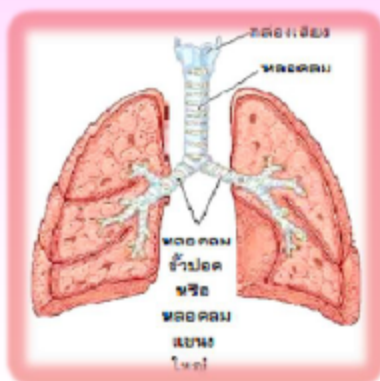
มี 2 ข้าง ซ้ายและขวา

ยึด - หดได้ ตามจังหวะ

การหายใจเข้า-ออก



เมื่อคนเราหายใจเข้า อากาศผ่านโครงสร้างของร่างกายไปสู่ปอด โดยอากาศผ่านจมูก หลอดคอ กล่องเสียง หลอดลม ผ่านขั้วปอดข้างซ้ายและข้างขวา เข้าปอดแต่ละข้าง ภายในปอดมีท่อลมเล็กๆ และมีถุงลมจำนวนมาก ผนังถุงลมจะมีเส้นเลือดฝอยปกคลุมอยู่ เป็นบริเวณที่แลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ระหว่างเลือดและอากาศที่ผ่านเข้าสู่ปอด โดยขณะหายใจเข้า ก๊าซออกซิเจนจะเข้าร่างกายและขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่ร่างกายไม่ต้องการออกขณะหายใจออก

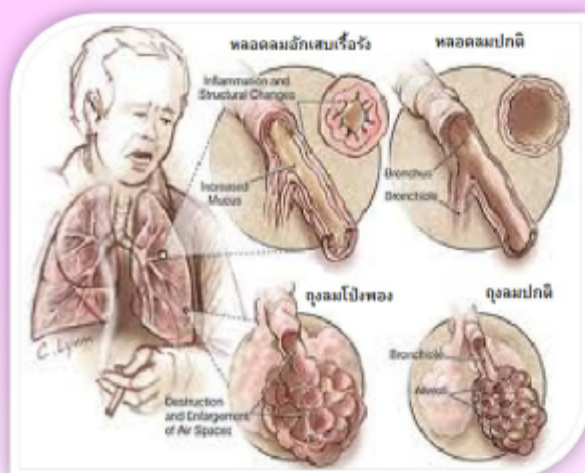
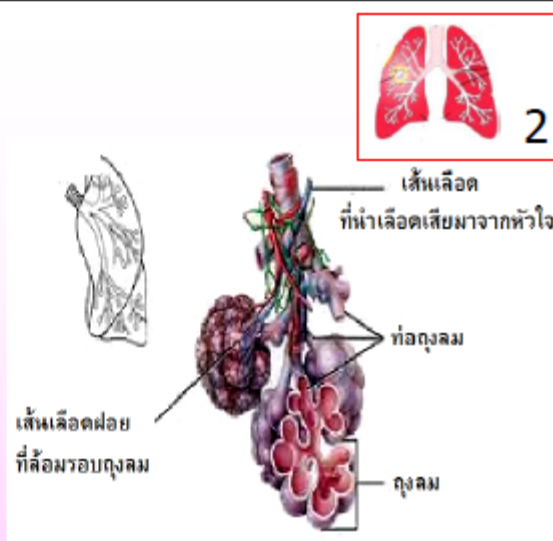


หลอดลม

เป็นส่วนของท่อทางเดินหายใจที่ต่อมาจากกล่องเสียงมีลักษณะเป็นท่อตรงทอดยาวแตกแขนงออกเป็น หลอดลมซ้ายปอด ต่อกับซ้ายและตักขวา ซึ่งอยู่ตำแหน่งอกของเนื้อเยื่อปอดมีผนัง 3 ชั้น ชั้นในเป็นเยื่อเมือกที่มีเซลล์ที่มีขน เรียงตัวกันอยู่ ทำหน้าที่ขับสารเมือกออกมาเมื่อเกิดการไอ

ถุงลมปอด

อยู่ติดกับหลอดเลือดเล็กส่วนปลายสุด มีลักษณะเป็นเยื่อบางใสมีความเหนียวยืดหยุ่นอากาศซึมผ่านได้ดีถุงลมจะขยายออกเมื่อหายใจเข้าและจะหดเล็กลง เมื่อหายใจออก ปอด 2 ข้างมีถุงลมเล็กๆ รวมถึง 300 ล้านถุง เป็นบริเวณแลกเปลี่ยนของก๊าซออกซิเจนและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ระหว่างเลือดและอากาศที่ผ่านเข้าสู่ปอด



โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

หมายถึง ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจโดยมีการอุดกั้นของทางเดินลมหายใจอย่างถาวร เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดลมหรือในเนื้อปอด ทำให้หลอดลมตีบแคบลง การ

ตีบแคบของโรคจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ค่อยเป็นค่อยไป โดยไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ อัตราการไหลของอากาศขณะหายใจออกจะช้าลง และลำบากกว่าหายใจเข้า สาเหตุ ที่สำคัญที่สุด คือ ควันบุหรี่ โดยทั่วไปมักมีความหมายรวมถึง โรค 2 โรค คือ

1. โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง
2. โรคถุงลมโป่งพอง

**การปฏิบัติสมาธิยึดเหยียดอย่างไทย
เหยียดวากาย ประสานจิต**



ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติสมาธิ ยิตเหยียดอย่างไทยๆ ท่าหนึ่งกับพิน

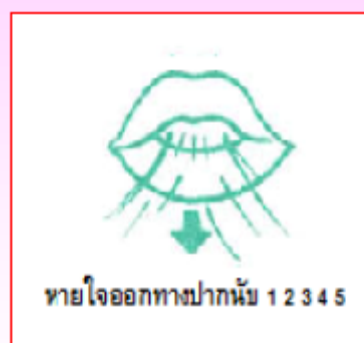


1. ท่าหนึ่ง แยกขาเล็กน้อย ตัวตรง หลังตรง เน่าเหยียดตรง ใจเท่าที่สบาย



2. แขนทั้งสองวางแนบข้างลำตัว
ไม่เกรงแขน
3. ค่อยๆ หลับตาลง ช้าๆ

4. ฝึกหายใจเพื่อให้ออกซิเจนเข้าปอดด้วยการหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ช้าๆ
นับ 1 2 3 4 5 ใจใจ
5. กลั้นลมหายใจไว้ชั่วครู่ นับ 1 2 3 ใจใจ ช้าๆ
6. เป่าลมหายใจออกทางปาก ช้าๆ นับ 1 2 3 4 5
7. การหายใจเข้ากลั้นหายใจ และหายใจออก นับเป่าลม 1 รอบ
ฝึกหายใจ 5 รอบ



ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติสมาธิ ยืดเหยียดอย่างไทยๆ



๙. นั่งอยู่ในท่าเตม ค่อยๆ ยกมือ ทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ ฝ่ามือทั้งสองข้างประกบกันไว้เหนือ ข้อศอกตั้ง แขนง ข้อศอกเหยียดตั้งแนบไปหู



10. หายใจเข้า หายใจออก 1 ครั้ง
ค่อยๆ ก้มตัวลง ศีรษะ ต้ว แขนงลง
พร้อมๆ กัน ช้าๆ จังหวะที่ 1



11. หายใจเข้า หายใจออก 1 ครั้ง
ค่อยๆ ก้มตัวลง ศีรษะ ต้ว แขนงลง
พร้อมๆ กัน ช้าๆ จังหวะที่ 2

12. หายใจเข้า หายใจออก 1 ครั้ง
ค่อยๆ ก้มตัวลง ศีรษะ ต้ว แขนงลง
พร้อมๆ กัน ช้าๆ จังหวะที่ 3



ตัวอย่าง

แบบบันทึก

การปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทย เยาวายากาย ประสานจิต

(สำหรับผู้สูงอายุโรคปวดออดก้นเรื้อรัง บันทึก)



ชื่อ.....สกุล.....

ที่อยู่.....

มีใบญาการศึกษา : นางกฤษณา พุทธวงศ์
โทรศัพท์ : 081-2877053

ตัวอย่าง

บันทึกการปฏิบัติสมาธิยัตถะอย่างไทย ฯ



สัปดาห์ที่ 1 เริ่มวันที่.....ถึงสัปดาห์ที่ 8 วันที่.....

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง ให้ตรงกับช่อง วันที่ และช่วงเวลา
ที่ท่านปฏิบัติสมาธิยัตถะอย่างไทยฯ ที่บ้าน
เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของการฝึก

เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ควรปฏิบัติสมาธิยัตถะอย่างไทยฯ ในแต่ละวันดังนี้

ปฏิบัติวันละ 2 ครั้ง
เวลาเช้า และเย็น
ก่อน หรือ หลังอาหาร
20 นาที ทุกวัน

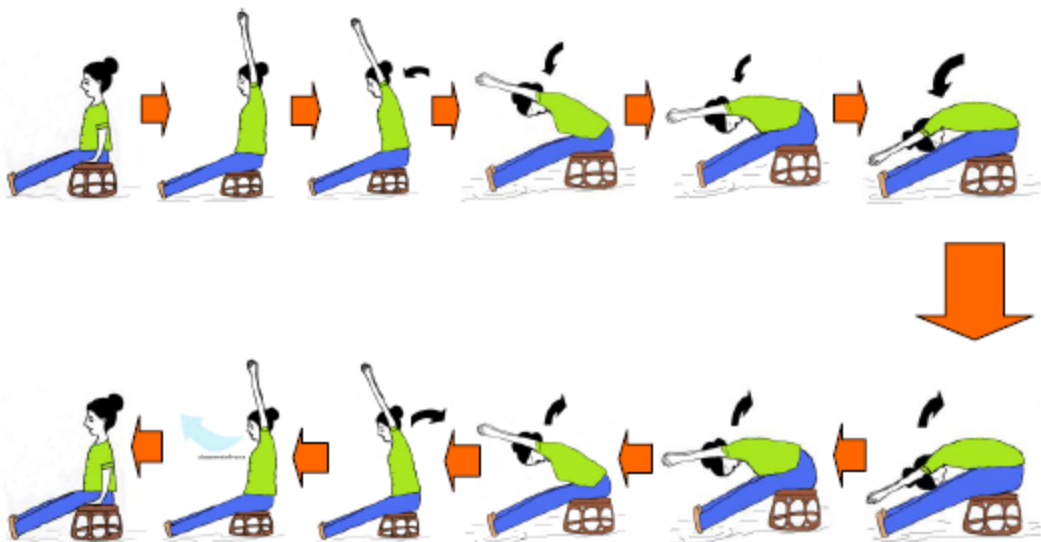
ภาพ : การปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดของไทย
 เที่ยวยากาย ประสานจิต



ทำนั่งบนพื้น



ทำนั่งบนเก้าอี้



ตัวอย่าง

บันทึกการปฏิบัติสมาธิยี่ดเหยียดอย่างไทยๆ ที่บ้าน



“วันนี้ท่านปฏิบัติสมาธิยี่ดเหยียดอย่างไทยๆ ที่บ้านแล้วหรือยัง”

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง ในวันที่ และ ช่วงเวลา
ที่ท่านปฏิบัติสมาธิยี่ดเหยียดอย่างไทย ๆ ที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 1

วันที่	เช้า	เย็น	ระบุเหตุผลที่ ทำได้ และ ทำไม่ได้
วันอังคารที่ 7 กุมภาพันธ์ 2555			
วันพุธ ที่ 8 กุมภาพันธ์ 2555			
วันพฤหัสบดี ที่ 9 กุมภาพันธ์ 2555			
วันศุกร์ ที่ 10 กุมภาพันธ์ 2555			
วันเสาร์ ที่ 11 กุมภาพันธ์ 2555			
วันอาทิตย์ ที่ 12 กุมภาพันธ์ 2555			
วันจันทร์ ที่ 13 กุมภาพันธ์ 2555			

ตัวอย่าง

เกณฑ์การประเมินการปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทยๆ ที่บ้าน



คำชี้แจง: เกณฑ์การประเมิน การปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทยๆ แต่ละสัปดาห์

ผ่าน เกณฑ์ หมายถึง สามารถปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทยๆ ได้มากกว่า 5 วันใน 1 สัปดาห์ โดยปฏิบัติวันละ 2 ครั้ง เช้า และ เย็น ก่อนหรือหลังอาหาร

ไม่ผ่านเกณฑ์ หมายถึง สามารถปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทยๆ ได้น้อยกว่า 5 วันใน 1 สัปดาห์ โดยปฏิบัติวันละ 2 ครั้ง เช้า และ เย็น ก่อนหรือหลังอาหาร

สัปดาห์	ผ่าน เกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์	หมายเหตุ
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
รวม			

วีซีดี เรื่อง การปฏิบัติสมาธิ สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

วิธีดี : การปฏิบัติสมาธิยืด



นางกฤษณา พุทธวงศ์ คณะพยาบาลศาสตร์

ความ
ยาว

ตัวอย่าง
แผนการสอนความรู้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เรื่อง	ความรู้ในการจัดการอาการหายใจลำบาก และการปฏิบัติสมาธิ
ผู้สอน	นางกฤษณา พุทธวงศ์
ผู้เรียน	ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
เวลาที่สอน	60 นาที
วิธีสอน	สอนเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 3 – 5 คน
วัตถุประสงค์	ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถ
	<ol style="list-style-type: none">1. อธิบายโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของปอด และความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง2. อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการ การรักษา ได้ถูกต้อง3. อธิบายเกี่ยวกับการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยการใช้อา เทคนิคการสงวนพลังงาน และโภชนาการที่เหมาะสม ได้ถูกต้อง4. อธิบายเกี่ยวกับความหมายของการปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทยๆ ประโยชน์ และผลข้างเคียงการฝึกปฏิบัติสมาธิ ได้ถูกต้อง

เนื้อหาความรู้ที่ให้ เกี่ยวกับ

1. ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีเนื้อหาเกี่ยวกับ
 - 1) โครงสร้างและหน้าที่การทำงานของปอด
 - 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 3) สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก
 - 4) การรักษา
 - 1.2 การจัดการกับอาการ ได้แก่
 - 1) การใช้ยา
 - 2) การสงวนพลังงาน
 - 3) อาหารที่เหมาะสม
2. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิ ประกอบด้วย
 - 2.1 ความหมายการปฏิบัติสมาธิ
 - 2.2 ผลข้างเคียงการปฏิบัติสมาธิ
 - 2.3 ประโยชน์ของการฝึกปฏิบัติสมาธิ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมิน
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้สอน</p> <p>2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่จะสอนให้ผู้สูงอายุทราบ</p>	<p>ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>วัตถุประสงค์ของการให้ความรู้ในการจัดการอาการหายใจลำบาก และ การปฏิบัติสมาธิ</p> <p>ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถ</p> <ol style="list-style-type: none"> อธิบายโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของปอด และลักษณะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างคร่าวๆได้ อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรักษา อธิบายเกี่ยวกับการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยการใช้อาการสงวนพลังงาน และโภชนาการที่เหมาะสม ได้อย่างถูกต้อง อธิบายเกี่ยวกับความหมายของการปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทย ประโยชน์ และผลข้างเคียงการฝึกปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทยฯ ได้อย่างถูกต้อง 	<ol style="list-style-type: none"> ผู้สอนและผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั่งหันหน้าเป็นวงกลม ทุกคนติดป้ายชื่อ ผู้สอนกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและอบอุ่น จากนั้นให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแนะนำตนเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ โดยการซักถามความเป็นอยู่ โดยทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ ผู้สอนชี้แจงวัตถุประสงค์ถึงการเข้าร่วมรับฟังการให้ความรู้ในการจัดการอาการหายใจลำบาก และการปฏิบัติสมาธิ 	<ul style="list-style-type: none"> ● แก้วน้ำ ● ป้ายชื่อ <p>จัดเป็นวงกลม</p> <p>ประมาณ 3-5 คน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● การสังเกตพฤติกรรม/ท่าทางที่แสดงออก ● การซักถาม/ร่วมแสดงความคิดเห็น ● การตอบคำถาม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมิน
<ul style="list-style-type: none"> ● เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้าใจถึงโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของปอดได้อย่างถูกต้อง 	<p><u>ความรู้ที่จะให้ได้แก่</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โครงสร้างและหน้าที่การทำงานของปอด สาเหตุและการเกิดโรค อาการ การรักษา ความรู้เรื่องการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาการหายใจลำบาก ได้แก่ การใช้ยา เทคนิค การสงวนพลังงาน อาหารที่เหมาะสมกับโรค 2. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทยๆ ประกอบด้วย ความหมายของการปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทยๆ ผลข้างเคียงของการฝึก และประโยชน์การปฏิบัติสมาธิยืดเหยียดอย่างไทยๆ <p><u>ขั้นสูบทเรียน</u></p> <p>การที่เราจะทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น ก่อนอื่นเราควรเริ่มจากการเรียนรู้เกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของปอดก่อนนะคะ ทุกท่านทราบไหมคะว่า ปอดมีหน้าที่และมีความสำคัญอย่างไรกับมนุษย์เรา</p> <p><u>1.1 ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของปอด</u></p> <p>ปอด อยู่ในทรวงอก มีลักษณะเหมือนฟองน้ำ มี 2 ข้าง ซ้ายและขวาสามารถยืด-หดได้ตามจังหวะการหายใจเข้า-ออก</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. ผู้สอนชี้แจงเนื้อหาที่จะสอนให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทราบ 6. เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม <p>- ผู้สอนอธิบายเกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของปอดให้ผู้สูงอายุ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● โปรแกรมนำเสนอภาพนิ่งเรื่อง 	<p>-ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถ</p>

แบบวัดการรับรู้การหายใจลำบาก

สำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

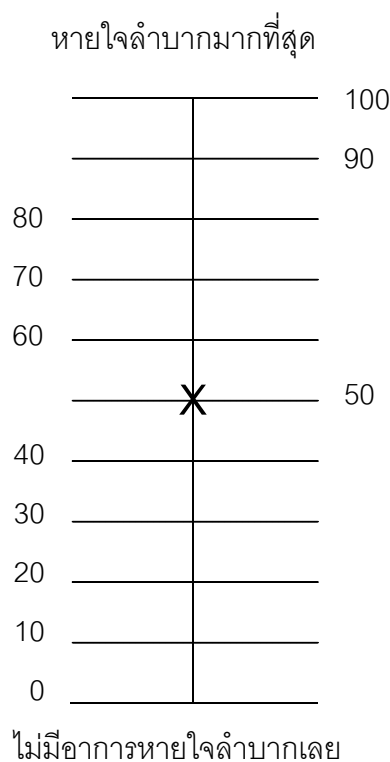
คำชี้แจง แบบวัดการรับรู้การหายใจลำบาก เป็นมาตรฐานแสดงการรับรู้การหายใจลำบากของท่าน
ในขณะนี้ มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร

ทางบนสุด ที่ตำแหน่ง 100 มิลลิเมตร หมายถึง ท่านมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด
ส่วนล่างสุด ที่ตำแหน่ง 0 มิลลิเมตร หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย และ
ตรงกึ่งกลาง ที่ตำแหน่ง 50 มิลลิเมตร หมายถึง ท่านมีอาการหายใจลำบากปานกลาง

ขอให้ท่านขีดเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนเส้นตรง

ณ จุดที่บ่งบอกถึงอาการหายใจลำบากของท่านในขณะนี้จริงๆ

ตัวอย่าง



การทำเครื่องหมาย X ที่จุด 50 เซนติเมตร นี้ แสดงว่า ผู้ตอบมีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับปานกลาง ไม่ว่าจะขีดเครื่องหมายกากบาทที่ตำแหน่งใด จะไม่มีการถูกผิดหรือดีเลย และจะไม่มีผลกระทบต่อกรับบริการรักษาพยาบาลของท่าน แต่อย่างไรก็ตาม เพราะเป็นการรับรู้อาการหายใจลำบากของท่านเองในขณะนั้น ตำแหน่งที่ถูกต้องมีเพียงตำแหน่งเดียวนั้น คือ ตำแหน่งที่ท่านกากบาท ตรงกับอาการของท่านจริงๆ

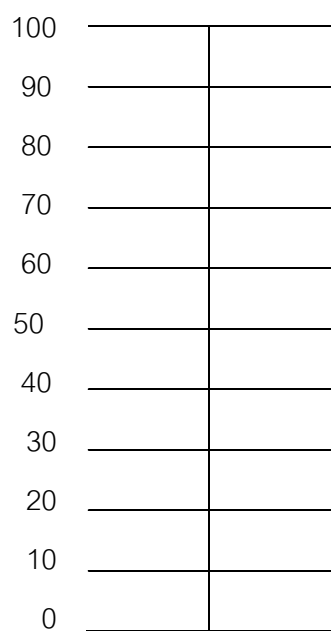
กลุ่ม () ความคุม

กลุ่ม () ทดลอง

รายชื่อ..... ครั้งที่..... วันเดือนปีที่ประเมิน.....

อาการหายใจลำบากของท่านขณะนี้

หายใจลำบากมากที่สุด



ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย

ภาคผนวก ค

ใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่เดือน..... พ.ศ.

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ

ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้

ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อผู้วิจัย นางกฤษณา พุทธวงศ์

ที่อยู่ติดต่อ โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

ถ.เทิง-เชียงของ ต.ยางฮ่อม อ.ขุนตาล จ.เชียงราย 57340

โทรศัพท์ 081-2877053 E-mail: kai_put@hotmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยเข้าร่วมกิจกรรมรายบุคคลและรายกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที ติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที การปฏิบัติสมาธิที่บ้าน ครั้งละ 20 นาทีทุกวัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และเข้าร่วมการสรุปและประเมินผล 1 ครั้ง รวมกิจกรรม 6 ครั้ง และตอบแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิ

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้า ตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดย

จะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้า ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางกฤษณา พุทธวงศ์)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ

ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ชื่อผู้วิจัย นางกฤษณา พุทธวงศ์

ตำแหน่ง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลขุนตาล อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย 57340

(ที่บ้าน) 5 หมู่ 15 ตำบลยางฮอม อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย 57340

โทรศัพท์มือถือ 081-2877053 E-mail: kai_put@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้น เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยที่เปรียบเทียบได้กับการวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ

3.2 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีประวัติว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งเพศชายและหญิง
2. ได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ว่าสามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯได้
3. เป็นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 2 และ 3 ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (ALA, 2005) และเคยมีประวัติความรุนแรงของอาการกำเริบ (Exacerbation) ในรอบปีที่ผ่านมา
4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

5. การแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มย่อย

โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม จำนวน 20 คน รวมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 40 คน กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยผู้ดำเนินการวิจัย คือ นางกฤษณา พุทธวงศ์ ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับ การปฏิบัติสมาธิ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ศึกษาในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย จำนวน 40 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม จำนวน 20 คน จัดกิจกรรมรายบุคคลรวม 6 ครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรมการสอนการจัดการกับอาการ การสอนสาริต และการฝึกปฏิบัติสมาธิ การติดตามเยี่ยมบ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบวัดการรับรู้การหายใจลำบาก แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิ คู่มือการจัดการอาการหายใจลำบาก และการปฏิบัติสมาธิ วิดีโอเรื่อง การปฏิบัติสมาธิ

6. การคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตามคุณสมบัติ เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่แต่ประการใด

8. การใช้เวชระเบียน ได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลขุนตาล และจากตัวผู้สูงอายุเอง

9. การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้านการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่ถูกต้อง

10. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยติดต่อกับผู้วิจัย คือ

นางกฤษณา พุทธรังค์ ได้ตลอดเวลา **หมายเลขโทรศัพท์ 081-2877053** และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยรวดเร็ว

11. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

12. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ภาคผนวก ง
สถิติที่ใช้การวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

(อ้างอิงจาก: บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

1. ค่าร้อยละ ใช้สูตร

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ความถี่}}{\text{จำนวนรวมทั้งหมด}} \times 100$$

2. คำนวณค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตร

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{n}$$

$$\bar{x} = \text{ค่าเฉลี่ย}$$

$$\sum x = \text{ผลรวมของคะแนนทั้งหมด}$$

$$N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}$$

3. คำนวณหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สูตร

$$S.D. = \sqrt{\frac{\sum (x - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

$$S.D. = \text{ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน}$$

$$X = \text{ค่าแต่ละจำนวน}$$

$$\bar{x} = \text{ค่าเฉลี่ยของข้อมูลชุดนั้น}$$

$$n = \text{จำนวนข้อมูลของข้อมูลชุดนั้น}$$

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาหาร ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ โดยใช้สถิติ Pair t – test

$$t = \frac{D - \mu_D}{S_D}$$

$$D = \text{ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม}$$

$$\mu_D = \text{ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างประชากร 2 กลุ่ม}$$

$$S_D = \text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม}$$

$$n = \text{จำนวนคู่ของกลุ่มตัวอย่าง}$$

$$df = \text{จำนวนค่าที่มีอิสระ } n - 1$$

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

โดยใช้สถิติ Independent t – test

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{S_p \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$$

$$\bar{x}_i = \text{ค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างที่ } i; i = 1, 2$$

$$n_i = \text{ขนาดตัวอย่างของกลุ่มที่ } i; i = 1, 2$$

$$S_p = \text{ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตัวอย่างรวมจากตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม}$$

$$df = \text{จำนวนค่าที่มีอิสระ}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

6. การคำนวณหาขนาดอิทธิพล

$$ES = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{SD}$$

$$ES = \text{ขนาดอิทธิพล}$$

$$x_i = \text{ค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างที่ } i; i = 1, 2$$

(กลุ่มควบคุม, กลุ่มทดลอง)

$$SD = \text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม}$$

$$ES = 0.2 \text{ “ขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก”}$$

$$ES = 0.5 \text{ “ขนาดอิทธิพลขนาดกลาง”}$$

$$ES = 0.8 \text{ “ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่”}$$

7. สูตรและตัวอย่างการแปลงค่าคะแนนแบบสอบถาม SF-36

ด้าน	ข้อ	คะแนน ต่ำ – สูง	ค่าคะแนน Possible Raw score range
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	3ก – 3ญ	10 , 30	20
ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม เนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย	4ก – 4ง	4 , 8	4
ความเจ็บปวด	7 , 8	2 , 12	10
การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป	1 , 11ก – 11ง	5 , 25	20
พลังในร่างกาย	9ก , 9จ , 9ช , 9ฉ	4 , 24	20
การทำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม	6 , 10	2 , 10	8
ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต	5ก – 5ค	3 , 6	3
ภาวะสุขภาพจิต	9ข, 9ค, 9ง, 9ฉ, 9ช	5 , 30	25

$$\text{การแปลงค่าคะแนน} = \left[\frac{\text{ค่าคะแนนรวมจริง} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ค่าคะแนน Possible raw score range}} \right] \times 100$$

ตัวอย่าง : พลังในร่างกาย คะแนนรวมจริงเท่ากับ 18 คะแนน

$$\text{การแปลงค่าคะแนน} = \left[\frac{18 - 4}{20} \right] \times 100 = 70$$

ภาคผนวก จ

- ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม
- ตารางเกณฑ์การคิดคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ SF-36
- ความหมายของคะแนนสูง และต่ำของแบบสอบถาม SF-36 แยกรายมิติ

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับในรอบปีที่ผ่านมา ก่อนการทดลอง
ของกลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลอง

ระดับสุขภาพ ก่อนการทดลอง	กลุ่มควบคุม (n = 18)		กลุ่มทดลอง (n = 18)		รวม (n = 36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับในรอบปีที่ผ่านมา						
ดีกว่า... มาก	2	11.11	3	16.67	5	13.89
ดีกว่า... เล็กน้อย	7	38.89	8	44.44	15	41.67
พอ ๆ กัน	3	16.67	5	27.78	8	22.22
ตอนนี้แย่กว่า... เล็กน้อย	4	22.22	1	5.56	5	13.89
ตอนนี้แย่กว่า... มาก	2	11.11	1	5.56	3	8.33

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับในรอบปีที่ผ่านมา หลังการทดลอง
ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ระดับสุขภาพ หลังการทดลอง	กลุ่มควบคุม (n = 18)		กลุ่มทดลอง (n = 18)		รวม (n = 36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับในรอบปีที่ผ่านมา						
ดีกว่า... มาก	2	11.11	11	61.11	13	36.11
ดีกว่า... เล็กน้อย	9	50.0	4	22.22	13	36.11
พอ ๆ กัน	1	5.56	1	5.56	2	5.56
ตอนนี้แย่กว่า... เล็กน้อย	5	27.78	0	0.0	5	13.89
ตอนนี้แย่กว่า... มาก	1	5.56	2	11.11	3	8.33

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าคะแนนหายใจลำบาก ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ ของกลุ่มควบคุม และ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติ สมาธิ ของกลุ่มทดลอง

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	\bar{X}	SD	df	t	P - value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	49.44	22.353	17	0.455	.328
หลังการทดลอง	51.67	20.073			
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	58.33	22.029	17	7.700	.000
หลังการทดลอง	13.33	17.150			

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนหายใจลำบาก ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการ อาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	\bar{X}	SD	df	t	P - value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	49.44	22.353	34	1.202	.119
กลุ่มทดลอง	58.33	22.029			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	51.67	20.073	34	6.160	.000
กลุ่มทดลอง	13.33	17.150			

ตารางที่ 16 เกณฑ์การคิดคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ SF-36

คำถามด้าน	ข้อคำถามที่	การคิดคะแนน
คำถามเกี่ยวกับระดับสุขภาพทั่วไป (Reported Health Transition) จำนวน 1 ข้อ	ข้อ 2	คำถามที่ 2 ไม่นำมาคำนวณคะแนน แต่จะนำมาเปรียบเทียบ เป็นร้อยละของผู้ตอบ แต่ละข้อ
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical Functional) จำนวน 10 ข้อ	ข้อ 3ก- 3ญ	คำถามที่ 3ก- 3ญ ทำได้น้อยลงมาก หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมได้น้อยลง ให้ 1 คะแนน ทำได้บ้าง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมได้บ้าง ให้ 2 คะแนน ทำได้เต็มที่ หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมได้เต็มที่ ให้ 3 คะแนน
ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหา สุขภาพทางกาย (Role -Physical) จำนวน 4 ข้อ	ข้อ 4ก - 4ง	มี หมายถึง สุขภาพกายของท่าน ส่งผลต่อการทำงาน หรือกิจวัตรประจำวัน ให้ 1 คะแนน ไม่มี หมายถึง สุขภาพกายของท่าน ไม่ส่งผลต่อการทำงาน หรือกิจวัตรประจำวัน ให้ 2 คะแนน
ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต (Role Emotional) จำนวน 3 ข้อ	ข้อ 5ก - 5ค	คำถามที่ 5ก - 5ค มี หมายถึง ปัญหาด้านอารมณ์ (รู้สึกหดหู่หรือวิตกกังวล) ของท่าน ส่งผลต่อการทำงาน หรือกิจวัตรประจำวัน ให้ 1 คะแนน ไม่มี หมายถึง ปัญหาด้านอารมณ์ (รู้สึกหดหู่หรือวิตกกังวล) ของท่าน ไม่ส่งผลต่อการทำงาน หรือกิจวัตรประจำวัน ให้ 2 คะแนน

ตารางที่ 16 (ต่อ)

คำถามด้าน	ข้อคำถามที่	การคิดค่าคะแนน
การทำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม (Social Functional) จำนวน 2 ข้อ	ข้อ 6 และข้อ 10	<p>คำถามที่ 6</p> <p>ไม่เลย หมายถึง สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของท่าน ไม่รบกวน การทำกิจกรรมทางสังคม ให้ 5 คะแนน</p> <p>เล็กน้อย หมายถึง สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของท่านรบกวน การทำกิจกรรมทางสังคมเล็กน้อย ให้ 4 คะแนน</p> <p>ปานกลาง หมายถึง สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของท่านรบกวน การทำกิจกรรมทางสังคมปานกลาง ให้ 3 คะแนน</p> <p>ค่อนข้างมาก หมายถึง สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของท่านรบกวน การทำกิจกรรมทางสังคมค่อนข้างมาก ให้ 2 คะแนน</p> <p>มากอย่างยิ่ง หมายถึง สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของท่านรบกวน การทำกิจกรรมทางสังคมมากที่สุด ให้ 1 คะแนน</p>
การทำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม (Social Functional) จำนวน 2 ข้อ (ต่อ)	ข้อ 6 และข้อ 10	<p>คำถามที่ 10</p> <p>ตลอดเวลา หมายถึง สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของท่าน ทำให้ ไม่สามารถทำ กิจกรรมทางสังคมตลอดเวลา ให้ 1 คะแนน</p> <p>เกือบตลอดเวลา หมายถึง สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของท่าน ทำให้ ไม่สามารถทำ กิจกรรมทางสังคมได้เกือบตลอดเวลา หรือเกือบทุกวัน ให้ 2 คะแนน</p> <p>บางครั้ง หมายถึง สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของท่าน ทำให้ ไม่สามารถทำ กิจกรรมทางสังคมได้บางเวลาให้ 3 คะแนน</p>

ตารางที่ 16 (ต่อ)

คำถามด้าน	ข้อคำถามที่	การคิดคะแนน
		<p>นานๆครั้ง หมายถึง สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของท่าน ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมทางสังคมได้บางวัน หรือน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้ 4 คะแนน</p> <p>ไม่เลย หมายถึง สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของท่าน ไม่ผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคม ให้ 5 คะแนน</p>
<p>ภาวะสุขภาพจิต (Mental Health) จำนวน 5 ข้อ</p>	<p>ข้อ 9ข, 9ค, 9ง, 9ฉ และ 9ช</p>	<p>คำถามที่ 9ข, 9ค, 9ง, 9ฉ และ 9ช</p> <p>ข้อ 9ข, 9ค และ 9ฉ เป็นข้อคำถามเชิงลบ (Negative) การให้คะแนนจะตรงข้ามกับการให้คะแนนคำถามเชิงบวก</p> <p>ตลอดเวลา หมายถึง ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้ตลอดเวลา หรือทุกวัน ให้ 6 คะแนน</p> <p>เกือบตลอดเวลา หมายถึง ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้เกือบตลอดเวลา หรือเกือบทุกวัน ให้ 5 คะแนน</p> <p>บ่อย ๆ หมายถึง ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้เป็นส่วนมาก หรือ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ขึ้นไป แต่ไม่ได้รู้สึกทุกวัน ให้ 4 คะแนน</p> <p>บางครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้เป็นบางครั้ง หรือน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้ 3 คะแนน</p> <p>นานๆครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สักในเรื่องนี้เป็นส่วนน้อย หรือน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้ 2 คะแนน</p> <p>ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สักในเรื่องนี้เลย ให้ 1 คะแนน</p>

ตารางที่ 16 (ต่อ)

คำถามด้าน	ข้อคำถามที่	การคิดค่าคะแนน
พลังในร่างกาย (Vitality) จำนวน 4 ข้อ	ข้อ 9ก, 9จ, 9ช, 9ฉ	<p>คำถามที่ 9ก, 9จ, 9ช, 9ฉ</p> <p>ข้อ 9ช, 9ฉ เป็นข้อคำถามเชิงลบ (Negative) การให้คะแนนจะตรงข้ามกับการให้คะแนนคำถามเชิงบวก</p> <p>ตลอดเวลา หมายถึง ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้ตลอดเวลา หรือทุกวัน ให้ 6 คะแนน</p> <p>เกือบตลอดเวลา หมายถึง ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้เกือบตลอดเวลา หรือเกือบทุกวัน ให้ 5 คะแนน</p> <p>บ่อย ๆ หมายถึง ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้เป็นส่วนมาก หรือ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ขึ้นไป แต่ไม่ได้รู้สึกทุกวัน ให้ 4 คะแนน</p> <p>บางครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้ในเรื่องนี้เป็นบางครั้ง หรือน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้ 3 คะแนน</p> <p>นานๆครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกในเรื่องนี้เป็นส่วนน้อย หรือน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้ 2 คะแนน</p> <p>ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกในเรื่องนี้เลย ให้ 1 คะแนน</p>
การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception) จำนวน 5 ข้อ	ข้อ 1, 11ก – 11ง	<p>คำถามที่ 1</p> <p>ข้อ 11ก, 11ค เป็นข้อคำถามเชิงลบ (Negative) การให้คะแนนจะตรงข้ามกับการให้คะแนนคำถามเชิงบวก</p> <p>ดีเลิศ หมายถึง สุขภาพของท่านดีที่สุด ให้ 5 คะแนน</p> <p>ดีมาก หมายถึง สุขภาพของท่านดีมาก ให้ 4 คะแนน</p> <p>ดี หมายถึง สุขภาพของท่านดีที่สุด ให้ 3 คะแนน</p> <p>พอใช้ได้ หมายถึง สุขภาพของท่านพอใช้ได้ ให้ 2 คะแนน</p> <p>ไม่ดี หมายถึง สุขภาพของท่านไม่ดี ให้ 1 คะแนน</p>

ตารางที่ 16 (ต่อ)

คำถามด้าน	ข้อคำถามที่	การคิดค่าคะแนน
การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception) จำนวน 5 ข้อ	ข้อ 1, 11ก – 11ง	คำถามที่ 11ก – 11ง ถูกต้องอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ค่อนข้างถูกต้อง หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยมาก ให้ 4 คะแนน ไม่รู้ หมายถึง ท่านรู้สึกไม่ทราบ ให้ 3 คะแนน ค่อนข้างจะถูกต้อง หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยมาก ให้ 2 คะแนน ไม่ถูกต้องเลย หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 1 คะแนน
ความเจ็บปวด (Bodily Pain) จำนวน 2 ข้อ	ข้อ 7 และ ข้อ 8	คำถามที่ 7 ไม่มีอาการเลย หมายถึง ในช่วง 1 เดือนท่านไม่มีอาการหายใจลำบากเลย ให้ 6 คะแนน มีอาการน้อยมาก หมายถึง ในช่วง 1 เดือนท่านแทบไม่มีอาการหายใจลำบากเลย ให้ 5 คะแนน มีอาการเล็กน้อย หมายถึง ในช่วง 1 เดือนท่านมีอาการหายใจลำบากเล็กน้อย ให้ 4 คะแนน มีอาการปานกลาง หมายถึง ในช่วง 1 เดือนท่านมีอาการหายใจลำบากปานกลาง ให้ 3 คะแนน มีอาการรุนแรง หมายถึง ในช่วง 1 เดือนท่านมีอาการหายใจลำบากมาก ให้ 2 คะแนน มีอาการรุนแรงมาก หมายถึง ในช่วง 1 เดือนท่านมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ให้ 1 คะแนน คำถามที่ 8 ไม่เลย หมายถึง อาการเจ็บปวดไม่ได้รับกวนการทำงานตามปกติเลย ให้ 5 คะแนน เล็กน้อย หมายถึง อาการเจ็บปวดรบกวนการทำงานตามปกติเล็กน้อย ให้ 4 คะแนน ปานกลาง หมายถึง อาการเจ็บปวดรบกวนการทำงานตามปกติปานกลาง ให้ 3 คะแนน ค่อนข้างมาก หมายถึง อาการเจ็บปวดรบกวนการทำงานตามปกติค่อนข้างมาก ให้ 2 คะแนน มากอย่างยิ่ง หมายถึง อาการเจ็บปวดรบกวนการทำงานตามปกติมากที่สุด ให้ 1 คะแนน

ตารางที่ 17 ความหมายของคะแนนสูง และต่ำของแบบสอบถาม SF-36 แยกรายมิติ

คำถามด้าน	จำนวนข้อ	ความหมายของคะแนนต่ำ	ความหมายของคะแนนสูง
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical Functional)	10	<ul style="list-style-type: none"> ● มีปัญหาในการทำกิจกรรมต่างๆทางร่างกายทั้งหมดรวมทั้งการอาบน้ำแต่งตัว 	<ul style="list-style-type: none"> ● ทำกิจกรรมต่างๆทางร่างกายทั้งหมดรวมทั้งที่ต้องใช้แรงอย่างมากโดยไม่มีปัญหาเนื่องจากสุขภาพ
ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย (Role – Physical)	4	<ul style="list-style-type: none"> ● มีปัญหากับการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่นๆเนื่องจากสุขภาพร่างกาย 	<ul style="list-style-type: none"> ● ไม่มีปัญหากับการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่นๆเนื่องจากสุขภาพร่างกายในระหว่างหนึ่งเดือนที่แล้ว
การทำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม (Social Functional)	2	<ul style="list-style-type: none"> ● ปัญหาทางร่างกายและอารมณ์มีผลกระทบอย่างมากและบ่อยๆในการทำกิจกรรมทางสังคม 	<ul style="list-style-type: none"> ● ทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติได้โดยไม่มีผลกระทบจากปัญหาทางร่างกายและอารมณ์ในระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา
ข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต (Role Emotional)	3	<ul style="list-style-type: none"> ● มีปัญหากับการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่นๆเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ไม่มีปัญหากับการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่นๆเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ในระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา
ความเจ็บปวด (Bodily Pain)	2	<ul style="list-style-type: none"> ● มีอาการหายใจลำบากที่รุนแรงมากและทำให้เกิดปัญหาอย่างมากในการทำสิ่งต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ไม่มีอาการหายใจลำบากหรือไม่มีปัญหาจากอาการหายใจลำบาก ในระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา

ตารางที่ 17 (ต่อ)

คำถามด้าน	จำนวนข้อ	ความหมายของคะแนนต่ำ	ความหมายของคะแนนสูง
ภาวะสุขภาพจิต (Mental Health)	5	<ul style="list-style-type: none"> ● มีความรู้สึกวิตกกังวลและหดหู่ตลอดเวลา 	<ul style="list-style-type: none"> ● รู้สึกสงบ สบาย มีความสุขตลอดเวลาในระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา
พลังในร่างกาย (Vitality)	4	<ul style="list-style-type: none"> ● รู้สึกเหนื่อยและหมดแรงตลอดเวลา 	<ul style="list-style-type: none"> ● รู้สึกเต็มไปด้วยความกระตือรือร้นและพลังตลอดเวลาในระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา
การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception)	5	<ul style="list-style-type: none"> ● เชื่อว่าสุขภาพส่วนตัวแย่มากและจะแย่ลงไปอีก 	<ul style="list-style-type: none"> ● เชื่อว่าสุขภาพส่วนตัวดีเยี่ยม

ภาคผนวก จ หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
หนังสือขอความร่วมมือในการใช้เครื่องมือ
และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ที่ ศธ 0512.11/ 2380



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ ธันวาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางกฤษณา พุทธวงค์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ประเสริฐ อัสสันตชัย หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์พยาบาลป้องกันและครอบครัว เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ประเสริฐ อัสสันตชัย

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางกฤษณา พุทธวงค์ โทร 081 - 2877053



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ สร 0512.11/ 23๙๐

วันที่ 26 ธันวาคม 2554

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางกฤษณา พุทธวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางกฤษณา พุทธวงศ์ โทร 081 - 2877053

ที่ ศษ 0512.11/ 2380



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

26 ธันวาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางกฤษณา พุทรวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโท นิสิตชั้นปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. สมพร กันทรดุขฎีเตรียมชัยศรี หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรกรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. สมพร กันทรดุขฎีเตรียมชัยศรี

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต นางกฤษณา พุทรวงศ์ โทร 081-2877053

ที่ ศธ 0512.11/ 2360



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีสศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

26 ธันวาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางกฤษณา พุทธวงค์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. รัชณี มิตกิตติ อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. รัชณี มิตกิตติ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางกฤษณา พุทธวงค์ โทร 081 – 2877053

ที่ ศธ 0512.11/๒38๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ ธันวาคม 2554

เรื่อง ขอลงนามตีบुकลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางกฤษณา พุทธวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุตี แซ่ชื่อพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวสุตี แซ่ชื่อ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ข้อนิสิต

นางกฤษณา พุทธวงศ์ โทร 081 - 2877053

ที่ ศบ 0512.11/ 04/2



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

5 พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้
เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขุนตาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางกฤษณา พุทธวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์ขอเสนอ โครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 60 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ SF - 36 โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิเทคนิค SKT 5 แบบวัดการรับรู้การหายใจลำบาก (DVAS) และแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิเทคนิค SKT 5 ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางกฤษณา พุทธวงศ์ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรกรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
นางกฤษณา พุทธวงศ์ โทร 081 - 2877053

ภาคผนวก ช ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน
โปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ

กิจกรรมการดำเนินงานโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ
ภาพที่ 24 ชั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์การรับรู้ อาการหายใจลำบาก



เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเล่า ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก



เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเล่า ประสบการณ์การจัดการกับอาการหายใจลำบาก



เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเล่า ผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก

กิจกรรมการดำเนินงานโปรแกรมการจัดการอากาศ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ
ภาพที่ 25 ชั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้การจัดการอากาศ



ให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



ให้ความรู้เรื่องการใช้ยา



ให้ความรู้เรื่องการสงวนพลังงาน

ให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรค

กิจกรรมการดำเนินงานโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ
ภาพที่ 26 ชั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการอาการ



ฝึกทักษะการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก



ฝึกทักษะการไอที่ถูกต้องวิธี



ฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่น



ฝึกทักษะการปฏิบัติสมาธิ



ฝึกลงบันทึกการปฏิบัติสมาธิ

กิจกรรมการดำเนินงานโปรแกรมการจัดการอากาศ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ
ภาพที่ 27 ชั้นตอนที่ 4 การติดตาม ประเมินผล



ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามปัญหาอุปสรรคในการฝึกทักษะ



ให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปฏิบัติสมาธิ ให้ผู้วิจัยดู



ทบทวนความรู้และทักษะการจัดการอากาศหายใจลำบาก

ภาพที่ 28 ภาพกิจกรรมต่อเนื่องจากงานวิจัย
โปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ



กลุ่มตัวอย่างที่สามารถลดการใช้ home oxygen กลุ่มตัวอย่างที่สามารถลดการใช้ยาสูดพ่น



กลุ่มตัวอย่างที่สามารถลดการใช้ยาสูดพ่นได้ติดต่อกันในระยะเวลา 2 เดือน



กลุ่มตัวอย่างที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

ภาพที่ 28 (ต่อ)ภาพกิจกรรมต่อเนื่องจากงานวิจัย
โปรแกรมการจัดการอากาศ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ



จัดตั้งทีมจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยสมาธิยืดเหยียดอย่างไทยฯ



จัดนิทรรศการนอกสถานที่ เพื่อเผยแพร่กิจกรรมโดยทีมจิตอาสา

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางกฤษณา พุทวงศ์ เกิดเมื่อวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2509 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก ในปีการศึกษา 2531 บรรจุในตำแหน่งพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

เข้ารับการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2552

ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย