

รายการอ้างอิง



ภาษาไทย

- จรัสศรี อินทรสมหวัง. 2543. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์จิรา วิรัช. 2544. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. 2537. การสร้างพลังอำนาจ: กลยุทธ์ในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ราชบัณฑิตยบาลสาร. 3(2): 200-208.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. 2541. ผลของการฝึก อีเอ็มจี ไบโอฟีดแบค ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสตีฟ ต่อความวิตกกังวล การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นัยนา อินทรประสิทธิ์. 2544. ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. 2545. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล. 1000 เล่ม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พงษ์ ชูลีลัง. 2542. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพรวลัย โศตรตะ. 2545. การจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ ในรายงานประกอบการศึกษาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (เอกสารไม่ตีพิมพ์).
- ยูล สุขสอาด. 2541. ประสบการณ์การมีอาการ ผลจากอาการ และวิธีจัดการกับอาการจับหืดของผู้ป่วยโรคหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลสงฆ์. 2545. สถิติโรงพยาบาลสงฆ์ปีงบประมาณ 2545 (ม.ป.ท.). กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การพยาบาล: ศาสตร์ของการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วีเจ พรินติ้ง.

- สมพล วิมาลา. 2540. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมองค์ วงศรี. 2528. ผลของการบริหารการหายใจต่อสมรรถภาพในการทำงานของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. 2539. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย. (ม.ป.ท.).
- สินีนาด มีเจริญ. 2541. ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความสบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาพ สุวรรณเวช. 2542. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะหอบ. ราชบัณฑิตยสาร 6(1): 6-19.
- อารยา ดันสกุล และนุกูล ตะบูนพงศ์. 2537. ผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ออาการหายใจลำบากและความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 14(2): 38-47.
- โอภาส การย์กวินพงศ์ และ รุ่งทิพย์ คุปดิธรรมมา. 2543. ผลการให้ความรู้และการสอนสาธิตการใช้ผลิตภัณฑ์รูปแบบสูดพ่น ในผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลอำนาจเจริญ. วารสารวัฒนธรรมและโรคทรวงอก. 21(4): 177-182.

ภาษาอังกฤษ

- American Lung Association. 2001. Breathless in America: new survey reveals impact of chronic obstructive pulmonary Disease[Online] Available from: <http://www.Lungusa.org>[2002,October 8].
- American Lung Association.2001. Managing COPD: Breathing techniques[Online] Available from: http://www.Lungsandiego.org/opd/adults_manage_breath.asp [2003 September, 31].
- American Lung Association 2003. Breathless in America: COPD Treatment [Online]Available from: <http://www.carchula.ac.th>[2003,Apri4].

- Berry, M. J.; Rejeski, W. J.; Adair, N.E.; Ettinger, W. H.; and Zaccaro, D. J and Seick, M. A. A randomized controlled trial comparing long term and short term exercise in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation. 23:60-68.
- Caroci, Ade. S et al. 2004. Descriptors of dyspnea by patients with chronic obstructive pulmonary disease versus congestive heart failure. Heart and Lung33:102-110.
- Carrieri, K. ; Janson-Bjerklie, S.; and Hudes, M. 1986. The sensation of pulmonary dyspnea. Nursing Research35(3):154-159.
- Carrieri-Kohlman, V.; Douglas, M. K.; Gormley, J. M.; and Stulberg, M.S. 1996. Desensitization and guided mastery: Treatment approaches for the management of dyspnea. Heart Lung. 22:226-234.
- Cleveland Clinic Health System. 2003. Nutritional guideline for people with COPD , [Online] Available from: <http://www.car.chula.ac.th> [2004, February 28].
- Dahln, L., and Janson, C. 2002. Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with Obstrutive Pulmonary Disease. Chest. [Online] Available from: <http://www.carchula.ac.th>[2003, April 22].
- DeVito, A. J. 1990. Dyspnea during hospitalizations for acute phase of illness as recalled by patients with chronic obstructive pulmonary disease. Heart&Lung 19(2): 186-191.
- Dodd, M. et al. 2001. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing. 33 (5): 668-676.
- Dudley, D. L et al. 1980. Psychosocial Concomitants to Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Chest. 77(4):545-551.
- Dunn, N.A, 2001. Keeping COPD patients out of the ED. RN. 64(2)[Online]. Available from: <http://www.rnweb.com>[2003, September 15].
- Empowering Caregivers. 2003. Chronic obstructive pulmonary disease-COPD Treatment, coping with COPD& Research Part2. [Online] Available from: <http://www.care-givers.com>. [2003, April 6].
- Esmond, G. 2001. Respiratory nursing. 1st ed . London: Bailliere Tindall.
- Falk-Rafael, A. R. 2001. Empowerment as a process of evolving Consciousness : A Model of Empowered Caring. Advance Nursing Science . 24(1):1-16.

- Fuchs-liment, D.; LeGallais, D.; Varray, A.; Desplan, J.; Cadopi, M. ; and Prefat, C. 2001. Factor analysis of quality of life dyspnea and physiologic Variables in Patient with chronic obstructive pulmonary disease before and after rehabilitation. Am J Phys Med Rehabil. 80:113-120.
- Gibson, H. C. 1991. A concept analysis of empowerment. Journal of Advance Nursing. 16: 354-361.
- Gift, A. G.; Plaut, M., and Jacox, A. 1986. Psychologic and physiologic factors related to dyspnea in subjects with chronic obstructive pulmonary disease. Heart&Lung. 15(6): 595-601.
- Gift, A. G. 1989. Validation of a vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. Rehabilitation Nursing .14(6): 323-325.
- Gift, A. G. 1990. Dyspnea. Nursing Clinics of North America 25(4): 955-965.
- Gift, A. G, Trellis, M.; and Soeken, K. 1992. Relaxation to reduce dyspnea and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease patients. Nursing Research 41(4): 242-246.
- Gift, A. G. 1993. Therapies for dyspnea relief. Holistic Nurse Practice. 7(2): 57-63.
- Gift, A. G.; and Pugh, L. C. 1993. Dyspnea and fatigue. Nursing Clinics of North America 28(2) : 373-384.
- Gilmartin, M. 1993. Pulmonary rehabilitation medical sciencetific Update[Online]. Available from: <http://www.car.chula.ac.th>[2003, October 11].
- Gosselink, R. 2003. Controlled Breathing and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease Journal of Rehabilitation Researchs and Development[Online]. Available from: <http://www.carchula.ac.th>[2003, August 10].
- Heffner, J. E. 2002. Chronic obstructive pulmonary disease: On an exponential curve Progress. Respirary Care 47(5): 586-607.
- Hospice and Palliative Nurse Association. 2002. Management dyspnea. [Online]. Available from: http://www.hpna.org/webconf_Sep02.asp[2003, November 11].
- Hull, S.; Barnes, N., and Robson, J. 2003. Fast-track summary guideline: Chronic obstructive Pulmonary disease(COPD). [Online]. Available from: <http://www.smd.qmul.ac.uk/gp/ceg.html>[2003, May 19].

- Janson-Bjerklie, S.; Carrieri, K.; and Hudes, M. 1986. The sensation of pulmonary dyspnea. Nursing Research35(3): 154-159.
- Kigin, C. M. 1990. Breathing exercise for the medical patients: the art and the science. Phvs Ther.70: 700-706.
- Larson, P. J. 1994 . A model for symptom management . IMAGE:Journal of Nursing Scholarship. 26(4): 272-276.
- Larson, J. L. 1998. Chronic obstructive pulmonary disease: Strategies to improve functional status. Annual Review of Nursing research 16: 254-285 .
- Larson, P. et al, 1999. An integrated approach to symptom management. Nursing and Health Sciences .1: 203-210.
- Larson, J. L.; and Leidy, N. K. 2001. Chronic obstructive pulmonary disease: Strategies to improve functional status. Annual Review of Nursing Research: 254-285.
- Lenz ,E. R. et al. 1997. The middle –range theory of unpleasant symptoms: An update. Advance in Nursing Science 19(3): 14-27.
- Lomas, D.A. 2002. Chronic obstructive pulmonary disease: Introduction. Thorax57: 735.
- Manen, J. G., Bindles, PJE.; Dekker, FW.; Jermans, CJ.; and Schade, V.D. 2002. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinations. Thorax 58: 412-416.
- Martinez, J. A. et al. 2000. Dyspnea scale in the assessment of illiterate patients with Chronic obstructive pulmonary disease. Am J Med Sci320(4): 240-243.
- McCarley, C. 1999. A model of chronic dyspnea. Image Journal of Nursing Scholarship. 31(3): 231-236.
- Meek, M. P et al. 2003. Are self-reports of breathing effort and breathing distress stable and valid measures among persons with asthma, person with COPD , and healthy persons Heart and Lung.32(5): 335-346.
- National Emphysema Foundation. 2003. Pulmonary exercise care. [Online]Avaiable from: <http://www.car.chula.ac.th>[2004,January22].
- Nield, M. 2000. Dyspnea self- management in African Americans with chronic lung disease. Heart Lung29:50-55.

- O'Neill, E. S.; and Massachuetts, D. 2002. Illness representations and coping of women with chronic obstructive pulmonary disease : A pilot study. Heart&Lung31(4):295.
- Osman, L.M. 2003. Delivery of care in COPD[Online] Available from: <http://www.carchula.ac.th/2003.April6>].
- Papaporn Chukumnerd .1999. Effects of collabolative patient and a nurse management between an essential hypertensive patient and a nurse . Master's Thesis, Nursing Science (Adult Nursing) Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Piyathida Duangjai . 1999. Effects of collabolative svmptom management between an Asthmatic patient and a nurse. Master's Thesis, Nursing Science (Adult Nursing) Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Polit, D.F.;and Beck, .T.2004. Nursing research: Principles and methods. 7 th ed . Philadelphia A Wolters Kluwer Company.
- Queen Mary's School of Medicine and Dentistry. Fast-track summary guideline: Chronic obstructive pulmonary disease(COPD)[Online]. Available From : <http://www.smd.qmul.a.uk/gp/ceg.html>[2003. April 26].
- Reardon, J.; Normandin, E.;Clark, B.; and ZuWallack, R. 1994. The Effect of comprehensive outpatient pulmonary rehabilitation on dyspnea. Chest105:1046-1052.
- Ripamonti, C.; and Bruera, E. 1997. Dyspnea: Pathophysiology and assessment. Journal of Pain and Svmpptom Management. 13(4):220-232.
- RN.com.2003. Chronic obstructive pulmonary disease , [online]Available from <http://www.rn.com> [2003,October5].
- Rungrawee Navicharern. 1999. Effect of collaborative svmptom management between a patient with non-insulin dependent Diabetes mellitus and nurse. Master's Thesis, Nursing Science (Adult Nursing) Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Sandford,A.J.. Silverman,E.K. 2002. Chronic obstructive pulmonary disease : Susceptibility factors for COPD the genotype- environment interaction. Thorax 57: 736-741.
- Sassi-Damborn, D. E.;Eakin, E. G.; Ries.; and Kaplan, R. M. 1995. Treatment of dyspnea in COPD a controlled clinical trial of dyspnea management strategies. Chest107: 724-729.

- Simon, M.P. 1990. Distinguishable types of dyspnea in patients with shortness of breath. American Review Respiratory Disease. 142: 1009-1014.
- Spector, N and Klein, 2003. Assessing and managing dyspnea. Nursing spectrum Career Fitness[online] Available from: <http://www.car.chula.ac.th>[2003, April 24].
- Steel, B.; and Shaver, J. 1992. The dyspnea experience: Nociceptive properties and a model for research and practice. Advances in Nursing Science 15(1):64-76.
- Stulbarg, M., S. et al. 2002. Exercise training improves outcomes of a dyspnea self-management program. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation. 22:109-121.
- Supaluck Parinyavutichai. 2001. Effect of nursing therapeutic on dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Master's Thesis, Adult Nursing Faculty of Graduate Studies. Mahidol University.
- Supapron Duangpaeng, 2002. Chronic dyspnea management of Thai adults with chronic obstructive pulmonary disease. Dissertation, Doctoral dissertation, Nursing Science Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Supapron Inthisang. 1999. Effects of collaborative symptom management between a patients with peptic ulcer or ulcer-like dyspepsia and nurse. Master's Thesis, Adult Nursing Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Supatra Buatee. 2001. The effect of feminist process approach on dyspnea management in patients with valvular heart disease. Master's Thesis, Adult Nursing Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Sureporn Thanasilp. 2001. Effectiveness of the symptom management program on symptom status and quality of life among persons with pneumocystis carinii pneumonia. Dissertation, Doctoral dissertation, Nursing Science Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Suvimon Tanpradech. 2000. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Master's Thesis, Science (Biostatistics) Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Syrett, E and Taylor, J. 2003. Non pharmacological management of breathlessness: a collaborative nurse-physiotherapist approach. International Journal of Palliative Nursing 9(4):150-156.

- The Merck Manual of Geriatrics Chapter82. 2002. Pulmonary rehabilitation. [Online].available from http://www.merk.com/pubs/_geriatrics/sec10/ch82.htm8 May,2002].
- Truesdell, S. 2000. Helping patients with COPD manage episodes of acute shortness of Breath. Medsurg Nursing 9(4): 178-182.
- Weiner, P et al. 2000. The Cumulative effect of long – acting bronchodilators exercise and inspiratory muscle training on the perception of dyspnea in patients with advanced COPD. Chest. 118: 672-678.
- Woo, K. 2000. A pilot study to examine the relationships of dyspnea physical activity and fatigue in patients with COPD. Journal of Clinical Nursing 9: 526-533.
- Zimmerman, B.W.; Brown, S.T and Bowman, J.M. 1996. A self-management program for chronic obstructive pulmonary disease: Relationship to dyspnea and self-efficacy. Rehabilitation Nursing21(5): 253-257.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือขอความร่วมมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง	สังกัด
1. รศ.ประคอง อินทรสมบัติ	อาจารย์พยาบาล	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ
2. อ.ดร.สุภาภรณ์ ค้วงแพง	อาจารย์พยาบาล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3.รศ.พ.ต.ต.หญิงดร.พวงเพ็ญ ชูณหปราณ	อาจารย์พยาบาล	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4.ผศ.ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ	อาจารย์พยาบาล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. พญ. ไพรัตน์ แสงศิษฐ์	นายแพทย์ 8 วช.	โรงพยาบาลสงฆ์

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ชื่อผู้วิจัย น.ส. ไพรวลัย โคตรตะ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จ. อุบลราชธานี
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....-..... โทรศัพท์ที่บ้าน.....02-6444551.....
วิทยุติดตามตัว.....-..... โทรศัพท์เคลื่อนที่.....-.....
E-mail : Paiwan.K@student.chula.ac.th.....
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ที่ให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้
 - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง และเพื่อเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
 - 4.3 การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่เกิดความเสี่ยงใดๆกับพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจจะได้รับผลกระทบจากการที่ต้องเสียเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองโดยตลอด โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองจะต้องใช้เวลาประมาณ 45 นาทีในการพบกับผู้ป่วยครั้งที่ 1 และใช้เวลาประมาณ 20 นาทีในการพบกับผู้ป่วยในครั้งที่ 2 และ 3 โดยผู้วิจัยจะพบกับผู้เข้าร่วมวิจัย 3 ครั้งในสัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5
 - 4.4 ข้อมูลจะไม่มีชื่อของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปรากฏ โดยรวบรวมข้อมูลตามหมายเลขที่สัมพันธ์ และผลการวิจัยจะไม่มีชื่อของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในงานวิจัยนี้คัดเลือกพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้
 - 5.1 ก่อนการทดลองพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดย

กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลโดยการใส่โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

5.2 ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยจะทำการวัดระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลองโดยใช้แบบวัดอาการหายใจลำบากซึ่งเป็นมาตรวัดระดับอาการหายใจลำบาก สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ซึ่งในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติและนัดมาอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อทำการวัดระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากหลังการทดลอง ส่วนในกลุ่มทดลองภายหลังวัดความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบากแล้วผู้วิจัยจะให้โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยจำนวน 3 ครั้ง โดยในการพบผู้ป่วยแต่ละครั้งจะมีพยาบาลช่วยด้วยตลอดเวลา และทุกครั้งที่พบกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดโปรแกรม โดยในสัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 โดยจะดำเนินการตาม 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1. ขั้นตอนการประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ใช้เวลา 10 นาที 2. การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 10 นาที 3. ขั้นตอนการพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ใช้เวลา 15 นาที 4. ผู้ป่วยปฏิบัติการในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง โดยในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะปฏิบัติด้วยตนเองขณะอยู่ที่วัด และ 5. การประเมินผลการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ใช้เวลา 10 นาที รวมเวลาทั้งสิ้นประมาณ 45 นาที ในการพบกับผู้ป่วยครั้งที่ 1

5.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ ได้โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองที่ผ่านการทดสอบกับพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ และ เป็นการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบากอย่างเป็นองค์รวม

6. ในหนังสือยินยอม โดยได้รับคำบอกกล่าวด้วยความยินดีและเต็มใจผู้วิจัยได้เขียนข้อความที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า การเข้าร่วมเป็นประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในโครงการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องได้รับโทษ หรือสูญเสียประโยชน์ซึ่งพึงได้รับ

7. ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและคณะกรรมการ ที่เกี่ยวข้อง สามารถเข้าไป ตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนในการวิจัยทางคลินิก และข้อมูลอื่นๆ โดยไม่ล่วงละเมิดสิทธิในการปิดบังข้อมูลของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตามกฎหมาย และ กฎระเบียบได้อนุญาตไว้ นอกจากนี้โดยการเห็นให้ความยินยอมประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หรือผู้แทนตามกฎหมายจะมีสิทธิตรวจสอบ และมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลเช่นกัน

8. ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการปกปิด ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้ โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้ ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างในการวิจัยหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้แทนตามกฎหมายจะได้รับแจ้งโดยทันท่วงที ในกรณีที่มิมีข้อมูลใหม่ซึ่งอาจใช้ประกอบการตัดสินใจของประชากร ตัวอย่างในการวิจัยหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยว่าจะยังคงเข้าร่วมในโครงการวิจัยต่อไปได้
9. ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์ 02-6444551 และสามารถไม่เข้าร่วมวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้
10. ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่พระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะได้รับแต่ประการใด
11. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย
12. จำนวนของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 40 คน

ภาคผนวก ข

**จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และใบคำขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย**

ที่ ทบ 0342 /

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวันกรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วยนางสาวไพรวลัย โศครตะ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีใคร่ขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายการศึกษา

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ โทร. 02-21898010

ชื่อนิสิต นางสาวไพรวลัย โศครตะ โทร 02-6444551



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....
 ที่.....วันที่.....
 เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
 กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบคำขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 2. โครงร่างการวิจัย จำนวน 14 ชุด

ด้วยข้าพเจ้านางสาวไพรวลัย โศตรตะ นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วย
 ตนเอง ต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และประสงค์จะเสนอขอรับการ
 พิจารณาจริยธรรมฯ ทั้งนี้โครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณา Relevant & Scientific Merit และการ
 คัดกรองงานวิจัยเพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาคำเนินการให้ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

.....
 (นางสาวไพรวลัย โศตรตะ)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่...../...../.....

(ลงนาม).....

(รองศาสตราจารย์ดร. จินตนา บุญพันธ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ภาคผนวก ก**เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย**

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ

ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ต่ออาการหายใจลำบากของ พระภิกษุ
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ น.ส. ไพรวลัย โคตรตะ

ที่อยู่ 424/766 อาคารสงเคราะห์กองทัพบก(ส่วนกลาง)พญาไท ถ. ราชวิถี เขต ราชเทวี
กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10400 โทรศัพท์ 02-6444551

ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการใช้โปรแกรมการจั
ดการกับอาการด้วยตนเองในการทดลองครั้งนี้ รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจ
เกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการทดลองดังกล่าวนี้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการทดลองในการวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้า
ร่วมทดลองนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และยอมรับผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจ
เกิดขึ้น และจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ทำการวิจัยว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจากการทดลอง
ในการทดลองครั้งนี้ ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย และจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันที ใน
กรณีที่มีได้แจ้งให้ผู้ทำการวิจัยทราบในทันทีถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ จะถือว่าข้าพเจ้าทำให้การ
คุ้มครองความปลอดภัยเป็นโมฆะ (ตามที่กฎหมายกำหนด)

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการทดลองวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการทดลองนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

สถานที่ / วันที่

ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

.....

(.....)

สถานที่ / วันที่

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

.....

(.....)

สถานที่/วันที่

ลงนามพยาน

.....

.....

(.....)

ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 7 คุณสมบัติของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำแนกตาม ระดับความรุนแรงของโรคและประเภทของยาที่ได้รับ

คู่มือ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ประเภทของยาที่ได้รับ	ระดับความรุนแรงของโรค	ประเภทของยาที่ได้รับ	ระดับความรุนแรงของโรค
1	ยาขยายหลอดลม	2	ยาขยายหลอดลม	2
2	ยาขยายหลอดลม+ สเตียรอยด์	3	ยาขยายหลอดลม+ สเตียรอยด์	3
3	ยาขยายหลอดลม	3	ยาขยายหลอดลม	3
4	ยาขยายหลอดลม	3	ยาขยายหลอดลม	3
5	ยาขยายหลอดลม+ สเตียรอยด์	3	ยาขยายหลอดลม + สเตียรอยด์	3
6	ยาขยายหลอดลม	2	ยาขยายหลอดลม	2
7	ยาขยายหลอดลม	2	ยาขยายหลอดลม	2
8	ยาขยายหลอดลม	2	ยาขยายหลอดลม	2
9	ยาขยายหลอดลม	2	ยาขยายหลอดลม	2
10	ยาขยายหลอดลม	2	ยาขยายหลอดลม	2
11	ยาขยายหลอดลม	2	ยาขยายหลอดลม	2
12	ยาขยายหลอดลม + สเตียรอยด์	3	ยาขยายหลอดลม + สเตียรอยด์	3
13	ยาขยายหลอดลม	3	ยาขยายหลอดลม	3
14	ยาขยายหลอดลม	3	ยาขยายหลอดลม	3
15	ยาขยายหลอดลม	3	ยาขยายหลอดลม	3
16	ยาขยายหลอดลม+สเตียรอยด์	3	ยาขยายหลอดลม + สเตียรอยด์	3
17	ยาขยายหลอดลม	2	ยาขยายหลอดลม	2
18	ยาขยายหลอดลม	3	ยาขยายหลอดลม	3
19	ยาขยายหลอดลม+สเตียรอยด์	3	ยาขยายหลอดลม +สเตียรอยด์	3
20	ยาขยายหลอดลม	3	ยาขยายหลอดลม	3

ตารางที่ 8 คะแนนอาการหายใจลำบาก ของก่อนและหลังการทดลองของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คู่ที่	อาการหายใจลำบาก			
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	65	54	52	22
2	64	32	70	45
3	66	95	60	46
4	75	80	85	48
5	58	43	52	50
6	63	55	50	0
7	48	34	48	0
8	50	55	60	46
9	45	34	37	70
10	70	75	60	34
11	25	8	80	60
12	53	50	46	20
13	40	90	20	5
14	55	48	50	0
15	10	43	77	32
16	65	20	46	52
17	80	82	54	20
18	100	80	73	36
19	24	37	80	64
20	25	50	60	46

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

ปัญหา

อาการหายใจลำบากเป็นอาการสำคัญมากที่สุดในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ (McCarley, 1999: 231) และพบว่าอาการหายใจลำบากเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทำให้คุณภาพชีวิตลดลงและเพิ่มอัตราเสี่ยงในการเสียชีวิต ซึ่งกลวิธีในการบรรเทาอาการหายใจลำบากหลายวิธีทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น อาการหายใจลำบากลดลง โดยเฉพาะการบริหารการหายใจแบบเป่าปากซึ่งเป็นกลวิธีในการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใดๆช่วย และผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคทุกระดับสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่ผู้ป่วยอาจมีการลองผิดลองถูกเพื่อหากลวิธีต่างๆที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับช่วงที่มีอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจเมื่อตระหนักและรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถควบคุมการหายใจได้ เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง

อาการหายใจลำบากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมายทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ลักษณะการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม จึงทำให้อาการหายใจลำบากมีระดับที่แตกต่างกัน (Steel and Shaver, 1992: 72) และเนื่องจากอาการหายใจลำบากเป็นการรับรู้ของบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลก็จะมี ความแตกต่างกัน เมื่อผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากไม่ถูกต้อง รับรู้ถึงการควบคุมอาการไม่ได้ และรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ผู้ป่วยจึงไม่เกิดการตระหนักรู้ (cognitive) และไม่มี ความหวังที่จะควบคุมอาการให้ลดลง ทำให้มีผลต่อสภาวะอารมณ์ เช่น เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า ซึ่งจะยิ่งส่งผลให้อาการหายใจลำบากรุนแรงมากขึ้นและอาการของโรคก็จะรุนแรงมากยิ่งขึ้นด้วย (Dahlb and Janson, 2003)

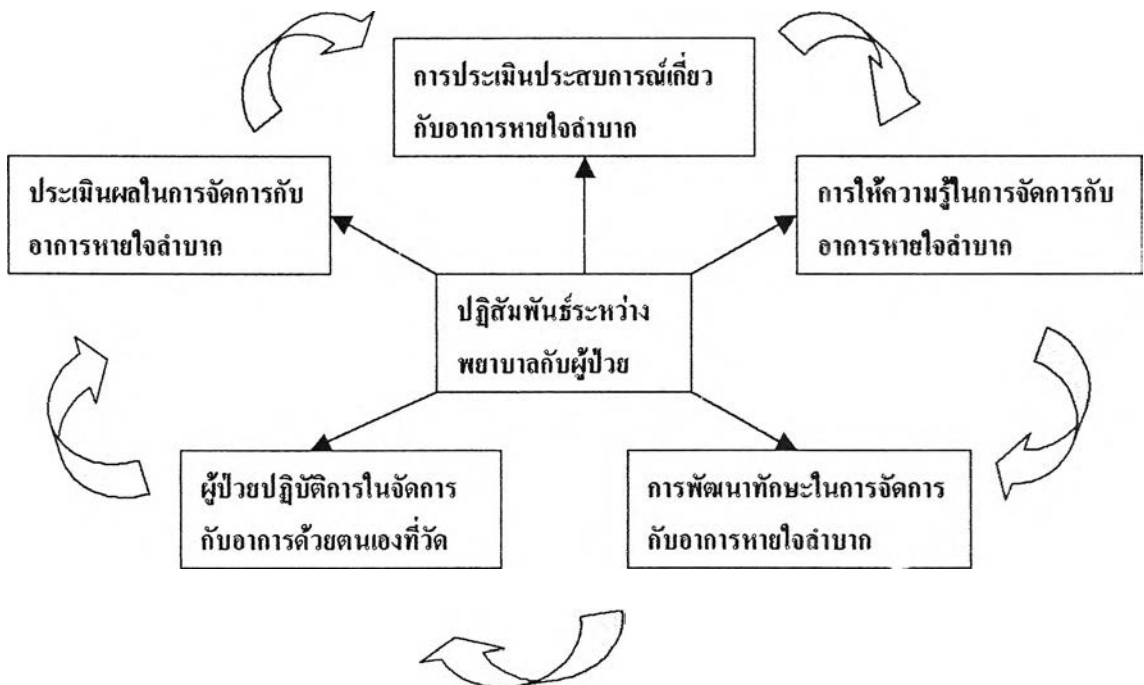
ปรัชญา

การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วย การประเมินสภาพหรือปัญหาของผู้ป่วย การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล ทั้งนี้ในการประเมินปัญหานั้นเน้นที่การประเมินประสิทธิภาพการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วย พยาบาลวางแผนให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถ

พัฒนาความสามารถในการจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ด้วยตนเอง และให้ผู้ป่วยนำวิธีการไปจัดการกับอาการด้วยตนเองขณะอยู่วัด จากนั้นพยาบาลจะติดตามประเมินผลการปฏิบัติของผู้ป่วย

โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง (Self-symptom Management Program) เป็นกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีระบบที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดความสามารถในการควบคุมและป้องกันอาการหายใจลำบากได้ด้วยตนเองได้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการ (symptom management) ของ Dodd (2001) ประกอบด้วย ขั้นตอน 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก 2) การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 3) การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 4) ผู้ป่วยปฏิบัติการในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองที่วัด และ 5) การประเมินผลการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ดังไดอะแกรมข้างล่าง



กระบวนการในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก

คู่มือการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง
ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



จัดทำโดย

น.ส.ไพรวลัย โศตรตะ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.สุรพร ธนศิลป์

สารบัญ

	หน้า
■ ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1
■ ความหมายและพยาธิสภาพของโรค	2
■ สาเหตุ อาการ และความหมายของอาการหายใจลำบาก	3
■ ปัจจัยที่อาจมีผลต่อการเกิดอาการหายใจลำบาก หรือทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น	4
■ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบาก	5-13
■ การป้องกันไม่ให้เกิดอาการหายใจลำบากในขณะที่เดิน หรือยกสิ่งของ	14
■ การป้องกันไม่ให้เกิดอาการหายใจลำบากในขณะที่ รับประทานอาหาร	15
■ การควบคุมอาการหายใจลำบาก	16-17

การดูแลตนเองเพื่อป้องกันกรเกิด อาการหายใจลำบาก

5

1. การบริหารการหายใจโดยการห่อปาก

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โครงสร้างต่างๆ ของปอดจะถูกทำลายและมี
หลอดลมแฟบ ดังนั้นจึงมีอากาศค้างในถุงลมมาก การหายใจแบบเป่าปากจะ
ช่วยเพิ่มแรงต้านทานในขณะที่หายใจออก หลอดลมจึงแฟบช้ากว่าปกติ ทำให้มี
เวลาถ่ายเทลมหายใจมากขึ้นส่งผลให้อัตราการหายใจช้าลง ช่วยลดการทำงานของ
ของการหายใจ ช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดี และระบายอากาศที่ค้างในปอดได้
โดยท่านสามารถปฏิบัติเวลาใดก็ได้ที่ท่านต้องการ ทุกสถานที่ ทุกเวลา และทุก
อิริยาบถ โดยมีวิธีปฏิบัติดังนี้

♥หายใจเข้าช้าๆทางจมูก

ห่อปากทำท่าเหมือนเตรียมจะเป่าเทียน

♥หายใจออกช้าๆ ผ่านริมฝีปาก เหมือนกับการเป่า
เทียนแต่ไม่ให้ดับ โดยให้มีระยะเวลาอย่างน้อย
น้อย 2 เท่าของของระยะเวลาในการหายใจเข้า



แบบวัดความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก

แบบวัดความรู้ฉบับนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดการกับอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขอให้ท่านทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องที่ท่านคิดว่าถูกต้อง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
<ol style="list-style-type: none"> 1. การสัมผัสกับฝุ่น สีทาบ้าน การจราจรที่แออัดอาจทำให้อาการหายใจลำบากของท่านรุนแรงมากขึ้น 2. การหายใจเข้าช้าๆและลึกๆทางจมูกแล้วปล่อยลมหายใจออกทางปากช้าๆจะช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบากของท่านได้ 3. สภาวะด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัวไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการหายใจลำบาก 4. การดื่มน้ำมากๆอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้วทำให้เสมหะขับออกง่ายขึ้น 5. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ นม และไข่ 6. ท่านไม่ควรเข้าไปอยู่ในสถานที่อับชื้น หรืออยู่ในที่มีอากาศหนาวจัดหรือร้อนจัด 7. การเรียนรู้วิธีพ่นยาให้ถูกต้องเป็นสิ่งที่ไม่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 8. ถ้าท่านไอมีเสมหะเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเสมหะเปลี่ยนเป็นสีเขียวหรือสีเหลือง หรือมีไข้ ท่านควรจะไปพบแพทย์ 9. การรับประทานอาหารที่มีก๊าซมาก เช่น ถั่วต่างๆ กระหล่ำปลี ไม่ส่งผลต่ออาการหายใจลำบาก 10. การงดสูบบุหรี่จะทำให้อาการหายใจลำบากของท่านดีขึ้น 		



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวไพรวลัย โศตรตะ เกิดวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2513 ที่จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1) จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2541 และเข้ารับราชการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ ระหว่าง พ.ศ. 2541- 2545 ขณะปฏิบัติหน้าที่ที่โรงพยาบาลสงฆ์ ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐานการให้บริการปรึกษาแนะแนวทางการแพทย์และสังคม จากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ. 2543 และได้สำเร็จการฝึกอบรมตามหลักสูตร โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ: ระเบียบวิธีวิจัย (พัฒนาสร้างผลงานวิจัยทางการพยาบาล) ของโรงพยาบาลสงฆ์ เมื่อ พ.ศ. 2544 จากนั้นเข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2545 ปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่อยู่ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี