

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ง  
ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

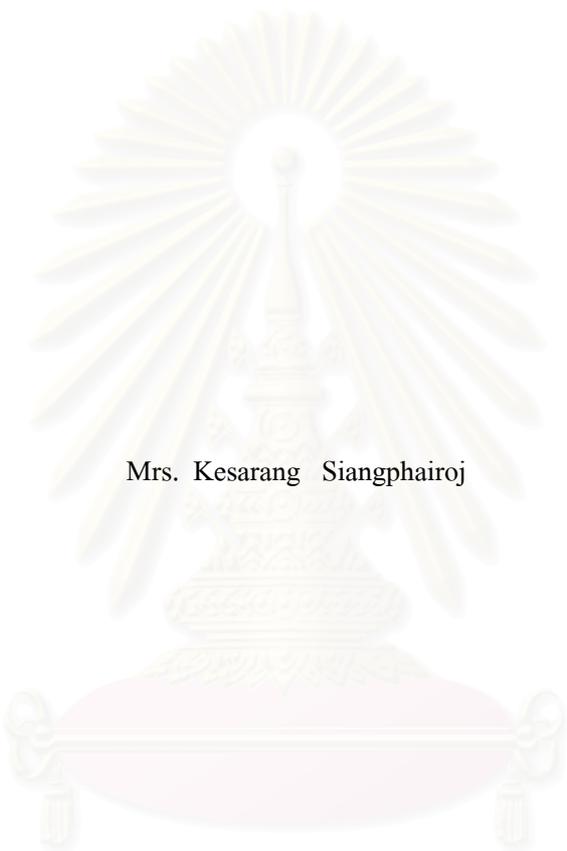


นางเกสรรงค์ เสียงไพโรจน์

## สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2549  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF DYSPNEA MANAGEMENT FOCUSING ON QIGONG PRACTICE PROGRAM ON  
QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE



Mrs. Kesarang Siangphairoj

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

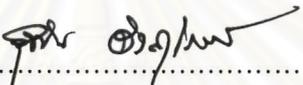
Academic Year 2006

Copyright of Chulalongkorn University

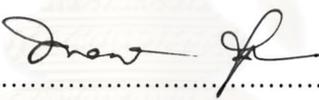
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหาร  
กาย – จิตด้วยซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง  
โดย นางเกศราภรณ์ เสี่ยงไพโรจน์  
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์  
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ชนศิลป์  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์

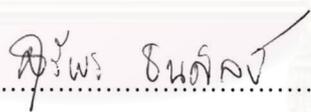
---

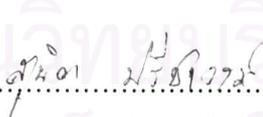
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

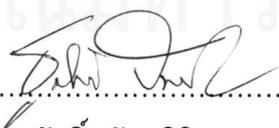
  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ชนศิลป์)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(อาจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)

  
..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

เกศรางค์ เสียงไพโรจน์: ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย- จิตด้วยซึ้งงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (THE EFFECT OF DYSPNEA MANAGEMENT FOCUSING ON QIGONG PRACTICE PROGRAM ON QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)  
 อ.ที่ปรึกษา: รศ. ดร. สุวีพร ธนศิลป์ อ. ที่ปรึกษาร่วม: อ. ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์, 148 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลของ โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยเน้นการบริหารกาย – จิตด้วยซึ้งงต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในชุมชนอำเภอพนมสารคาม และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยให้แต่ละกลุ่ม มีเพศ และระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับเท่ากัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งง ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินประสพการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก 2) การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 3) การฝึกทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 4) การปฏิบัติการในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง 5) การประเมินผลการจัดการกับอาการหายใจลำบาก เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .72 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\bar{X}$  ก่อนทดลอง = 54.09,  $\bar{X}$  หลังทดลอง = 66.73,  $t = 11.25$ ,  $p < .05$ )
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\bar{X}$  กลุ่มทดลอง = 66.73,  $\bar{X}$  กลุ่มควบคุม = 54.16,  $t = 4.93$ ,  $p < .05$ )

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....  
 ปีการศึกษา.....2549.....

ลายมือชื่อนิสิต..... เกศรางค์ เสียงไพโรจน์  
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... สุวีพร ธนศิลป์  
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม..... สุนิดา ปรีชาวงษ์

## 4877554036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: DYSPNEA MANAGEMENT PROGRAM /QIGONG / QUALITY OF LIFE /  
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

KESARANG SIANGPHAIROJ: THE EFFECT OF DYSPNEA MANAGEMENT  
FOCUSING ON QIGONG PRACTICE PROGRAM ON QUALITY OF LIFE AMONG  
PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE. THESIS  
ADVISOR: ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., THESIS  
COADVISOR: SUNIDA PRECHAWONG, Ph.D, 148 pp.

This quasi-experimental research aimed to test the effect of the Management Program focusing on Qigong practice on Dyspnea. The sample included 40 patients with COPD at Phanomsaracam district. Twenty patients were assigned to a control group and another twenty were assigned to experimented group. The groups were matched in terms of gender and disease severity. The control group received routine nursing care while the experimental group received the Dyspnea Management focusing Qigong Practice Program, based on the Symptom Management Model and complementary concepts, which comprised of five sessions: a) assessment patient's symptom experience b) knowledge providing c) skill development d) self-symptom management e) evaluation. The instrument for collecting data was Quality of Life Index (QOL) and was tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient of .72. Data were analyzed using descriptive statistic and t-tests.

The major findings were as follows:

1. The posttest mean score of quality of life of the experimental group was significantly higher than at the pretest phase ( $\bar{X}_{pre} = 54.09$ ,  $\bar{X}_{post} = 66.73$ ,  $t = 11.25$ ,  $p < .05$ ).
2. The posttest mean score of quality of life of the experimental group was significantly higher than that of the control group ( $\bar{X}_{experimental} = 66.73$ ,  $\bar{X}_{control} = 54.16$ ,  $t = 4.93$ ,  $p < .05$ ).

Field of study.....Nursing Science..  
Academic year.....2006.....

Student's signature .....*Kesarang Siangphairoj*.....  
Advisor's signature.....*Sureeporn Thanasilp*.....  
Co-advisor's signature.....*Sunida Prechawong*.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ ซึ่งได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิด ข้อเสนอแนะและแก้ไขข้อบกพร่องและการให้กำลังใจ ตลอดจนกรรมการสอบ ทุกๆท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น และข้อคิดต่างๆ ที่เป็นประโยชน์สำหรับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ที่เคารพทุกท่านที่มีส่วนในการถ่ายทอดความรู้ คำแนะนำ การให้คำปรึกษาและให้กำลังใจทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมทั้งการให้แนะนำ ข้อคิดเห็นต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ ตลอดทั้งความปรารถนาดี ทำให้งานวิจัยสำเร็จได้ตามเป้าหมาย

ขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและมีส่วนในการศึกษาที่สละเวลา ให้ความสำคัญ และยินดีที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพนมสารคามและสาธารณสุขอำเภอพนมสารคาม ที่อนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลตลอดทั้งแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณมารดาและบุคคลที่เป็นที่รักของผู้วิจัย โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนช่วยเหลือในการศึกษา ให้ความหวังใจ และเป็นกำลังใจ ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นในการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จ รวมทั้งเพื่อนๆ ที่รักทุกคนที่คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือและข้อคิดเห็นต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณด้วยใจจริง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	23
บทบาทพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	29
รูปแบบการจัดการกับอาการ.....	30
แนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง.....	35
โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง.....	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
การดำเนินการทดลอง.....	52
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	58
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	59

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	71
ผลการวิจัย.....	74
อภิปรายผล.....	74
ข้อเสนอแนะ.....	83
รายการอ้างอิง.....	84
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	93
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	95
ภาคผนวก ค หนังสืออนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง.....	100
ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมและการแจกแจงข้อมูล.....	108
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องที่ใช้ในการวิจัย.....	113
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	148

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามเพศ และระดับความรุนแรงของโรค .....47
2	การทำกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการ บริหารกาย-จิตด้วยชีกงของกลุ่มทดลองตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์.....57
3	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิการรักษาในโรงพยาบาล.....61
4	ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....63
5	ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา.....65
6	ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....66
7	ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม.....67
8	ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....68
9	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต แยกเป็นรายด้านของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม .....69
10	จำนวนครั้งของการฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง ของกลุ่มตัวอย่าง ตลอด 6 สัปดาห์.....70
11	คะแนนคุณภาพชีวิตและระดับอาการหายใจลำบากของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง.....109
12	ระดับอาการหายใจลำบากของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลอง.....110
13	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต รายข้อและรายด้าน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....111
14	การแจกแจงข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษา.....112

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 ความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ .....	31
2 กรอบแนวคิด.....	45
3 สรุปลักษณะการดำเนินการวิจัย.....	59
4 แผนภูมิกำหนดแนวเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน และหลังการทดลอง.....	66
5 แผนภูมิกำหนดแนวเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	68
6 ขั้นตอนของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง .....	115

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน จากสถิติปี ค.ศ. 2004 พบว่าเป็นโรคที่มีสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 4 ของประชากรทั่วโลก (World Health Report, 2006) และมีการคาดการณ์ว่าปี ค.ศ. 2020 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นโรคที่มีสาเหตุของการตายอันดับ 3 (Murray and Lopes, 1997) และเป็นภาระของโรคอันดับที่ 5 (Murray and Lopes, 1996, cited in Kara, 2005: 127) สำหรับในประเทศไทยปัจจุบัน โรคทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรังนับว่าเป็นสาเหตุหนึ่งในสิบของประชากรที่เสียชีวิตเนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถิติ พ.ศ. 2545 พบว่ามีอัตราการป่วย ประมาณ 232.96 ต่อประชากรแสนคน ผู้ชายมีจำนวนของการเสียชีวิตมากกว่าผู้หญิงถึง 3 เท่า (สำนักงานระบาดวิทยา, 2547) นอกจากนี้โรคเรื้อรังของระบบหายใจส่วนล่างเช่นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่เป็นภาระของโรคอันดับเจ็ดของเพศชาย (สำนักงานระบาดวิทยา, 2547) ในประเทศไทยคาดว่าสัดส่วนของผู้ที่เป็นโรคดังกล่าวมีประมาณ 1 ล้านคนในจำนวนประชากร 60 ล้านคน

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมอย่างถาวร พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนสู่ปกติได้ การดำเนินโรคจะค่อยเป็นค่อยไป อาการหายใจลำบากเป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาพบแพทย์มากที่สุด (สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2545) อาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นจะรุนแรงและเรื้อรัง โดยความรุนแรงของอาการจะเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและมีอาการคงที่ตลอดไป ทำให้ผู้ป่วยลดกิจกรรมทางกาย กล้ามเนื้ออ่อนแรงและความทนในการออกกำลังกายลดลง (Larson and Leidy, 2001) การที่ผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรมทางกายทำให้ผู้ป่วยแยกตัวเองจากสังคม การพบปะเพื่อนฝูงลดลงส่งผลต่อภาวะจิตใจมีความรู้สึกซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลมาก ยิ่งทำให้เกิดอาการหายใจลำบากมากขึ้น (Gift, 1991 cited in Gift, 1993: 377; Pauwels et al., 2005: 74) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในวงจรของการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นและเป็นเรื้อรังไม่สามารถรักษาหายขาดได้ ส่งผลกระทบทั้งทางด้านจิตใจ สังคม ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง (Agle et al., 1973 cited in Fuche – liment et al., 2001: 119)

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนต่อสุขภาพ ความพึงพอใจของชีวิต

และความรู้สึกที่ว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม (Padilla and Grant, 1985) ในผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือผู้ป่วยประเภทเรื้อรัง อาการของโรคเป็นอาการที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ส่งผลทำให้ผู้ป่วยรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ทั้งหมด 6 ด้านคือ 1) ความผาสุกทางด้านร่างกาย (Physical well-being) 2) ความผาสุกทางด้านจิตใจ (Psychological well-being) 3) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (Body image concerns) 4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม (Social concerns) 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา (Diagnosis / treatment response) และ 6) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่รุนแรงและเรื้อรังที่คุกคามคุณภาพชีวิตอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถ และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด (American Thoracic Society, 1999; Hill et al., 2006) โดยมีผลกระทบต่อความผาสุกทางด้านร่างกาย นั่นคือความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยลดลง มีความอ่อนล้า เหนื่อยง่าย ผลกระทบต่อความผาสุกด้านจิตใจ กล่าวคือผู้ป่วยขาดความสุขในชีวิต ผลกระทบในด้านการคิดคำนึงถึงภาพลักษณ์ กล่าวคือผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวอยู่กับโรค และไม่สนใจดูแลตนเอง ผลกระทบต่อความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ได้แก่ การมีอาการหายใจลำบากทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม การดำรงบทบาทต่างๆ ในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนไป ส่วนผลกระทบต่อการสนองตอบการวินิจฉัยและรักษา อาการหายใจลำบากทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์บ่อยครั้ง การบรรเทาอาการโดยการใช้อาหารและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม สำหรับผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ นั่นคือผู้ป่วยมีความอยากอาหารลดลง เป็นผลจากการได้รับยาขยายหลอดลมและยาสเตียรอยด์ที่ผู้ป่วยได้รับร่วมกับความอ่อนล้า อุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างรับประทานอาหารควบคู่กับความพยายามในการหายใจส่งผลทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับพลังงานที่ใช้ไป ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยซูบผอม

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงคืออาการหายใจลำบาก มีงานวิจัยหลายงานวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตลดลง ดังงานวิจัยของ McSweeney et al. (1982) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะพร่องออกซิเจนจำนวน 203 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความเครียด โกรธ ลับสน อ่อนล้า รู้สึกอ่อนแอ ซึมเศร้า และมีคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Pang et al. (2005) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบาก โดยมึระดับความรุนแรงของโรคระดับ 3 ขึ้นไปทั้งหมด 108 ราย พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง โดยผู้ป่วยรายงานว่ามีความไม่สุขสบายเนื่องจากอาการหายใจเหนื่อยร้อยละ 77.8 ปัญหาด้านระบบย่อยอาหารร้อยละ 5.6 จากการไอร้อยละ 4.6 และจากการศึกษาของ อารมณ์พรรณ สุนทรจตุรวิทย์ (2546) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าอาการหายใจลำบากส่งผลกระทบต่อความแข็งแรงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความรู้สึกที่ดีในชีวิตทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ใน 3 ลักษณะ คือมีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมานมีชีวิตอยู่กับความ

ไม่แน่นอน และมีชีวิตที่ล่อแหลมอยู่กับความตาย จะเห็นได้ว่าอาการหายใจลำบากเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งหากอาการหายใจลำบากลดลงจะทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทโดยตรง ที่ใช้รูปแบบหรือกลวิธีที่เหมาะสมเพื่อจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี

รูปแบบที่ใช้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบากในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีหลายวิธี เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (จันจิรา วิรัช, 2544) การออกกำลังกาย (อัมพรพรรณ ตั้งจิตพิทักษ์, 2531) การบริหารการหายใจ (สมองค์ วงศรี, 2528) การบริหารแนวซึ่งรวมกับการให้ความรู้ (ปิยกานต์ บุญเรือง, 2548) แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยยังมีอาการหายใจลำบากที่รบกวนชีวิตโดยพบว่าผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบากอยู่ จากการศึกษาของ Cicutto and Brooks (2005) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมด 353 ราย ข้อมูลจากการรายงานของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยไม่เคยได้รับการแนะนำในการเรื่องการบริหารการหายใจร้อยละ 38 การใช้ยาสูดพ่นพบว่าผู้ป่วยลิ้มใช้ยาถึงร้อยละ 40 และไม่เคยได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายร้อยละ 35 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 44 ซึ่งภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยอยู่ในวงจรของการหายใจลำบาก และพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากหากได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ ดังนั้นเห็นได้ว่าอาการหายใจลำบากยังเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการจัดการกับอาการอย่างถูกต้องตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้น และหากได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ในปัจจุบันรูปแบบการบริการสุขภาพเปลี่ยนไป โดยอดีตที่ผ่านมาการดูแลสุขภาพเน้นการดูแลผู้ป่วยที่สถานพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาลต่างๆ ที่รัฐจัดให้ ปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนจำกัด แต่ผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้น แพทย์จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ทั้งที่อาการของโรคยังคงรบกวนผู้ป่วยอยู่ ผู้ป่วยบางรายขาดความรู้ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ การรักษาขาดความต่อเนื่องทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพในชุมชนจึงมีความสำคัญ นอกจากจะทำให้ลดความรุนแรงของอาการที่ทุกข์ทรมานยังมุ่งส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังนั้น อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยอาจเกิดขึ้นได้หากขาดการจัดการกับอาการที่เหมาะสม ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนให้สามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตัวเองจึงมีความสำคัญ ที่ช่วยป้องกันการเกิดอาการและลดความรุนแรงของอาการได้ หากการจัดการกับอาการมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะลดความทุกข์ทรมานในชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ของปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยนัผู้ป่วยและคู่สมรสจำนวน 30 คู่ เข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 7 สัปดาห์ โดยในโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับปอดและการทำงานของปอด ความรู้ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยาที่ใช้ การออกกำลังกาย โดยการชี้จรรยาบรรณ การหมั่นใช้กำลังแขน การยกน้ำหนัก การสร้างสัมพันธ์ภาพ พร้อมทั้งการให้คำปรึกษา ผลของการศึกษาพบว่าการทำหน้าที่ของปอด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Ashmore et al., 2005)

การจัดการกับอาการตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) เป็นรูปแบบหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและได้ผลดีซึ่งประกอบด้วยหลักการที่สำคัญ 3 แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของอาการ โดยการจัดการกับอาการอาศัยการบอกเล่าถึงประสบการณ์ของอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกับพยาบาล และการจัดการกับอาการนั้นต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ทำให้การจัดการกับอาการมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาของ Duangjai (1999) ที่ศึกษาผลของการจัดการกับอาการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยหอบหืดกับพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหอบหืด จำนวน 35 ราย เป็นการวิจัยแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง โดยโปรแกรมประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย 2) การวินิจฉัยอาการร่วมกันเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ สภาวะเศรษฐกิจ ระบบบริการสุขภาพ สภาวะอารมณ์และการทำหน้าที่ของร่างกาย 3) การตั้งเป้าหมายร่วมกันในการควบคุมโรค 4) การประเมินผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผลการวิจัยพบว่าผลของการจัดการกับอาการร่วมกันเพิ่มระดับความพึงพอใจ และการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นหากนำรูปแบบการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) น่าจะเป็นวิธีการจัดการที่มีประสิทธิภาพผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และเกิดผลลัพธ์คือทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นแต่การจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพนั้นอาจใช้มากกว่าหนึ่งวิธี

จากการศึกษา ซึ่งเป็นการบริหารร่างกายรูปแบบหนึ่งที่ผสมผสานกันระหว่างสมาธิ ลมหายใจ และการเคลื่อนไหว เป็นการออกกำลังกายที่กระทำพร้อมกันทั้งร่างกายและจิตใจทำให้กระดูกและกล้ามเนื้อมีความแข็งแรง มีรูปแบบการหายใจโดยใช้หน้าท้องและกะบังลมร่วมกับการเคลื่อนไหวของแขนและหน้าอก (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2547) การฝึกหายใจเข้าท้องพองหายใจออกท้องยุบ ในระหว่างฝึกจะช่วยให้หายใจได้ลึก ปอดได้รับออกซิเจน ขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกซึ่งกันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และปรับการทำงานของประสาทควบคุมอวัยวะภายใน ทำให้กระเพาะและลำไส้ทำงานได้ดีกว่าเดิม ช่วยการขับเคลื่อนอาหารในกระเพาะและลำไส้ได้เป็นอย่างดี และสร้างความสมดุลของร่างกาย จิตใจ เป็นการทำสมาธิจึงช่วยสงบจิตใจ เกิดการผ่อนคลาย และสามารถลดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ (ปิยกานต์ บุญเรือง, 2548) ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลจากแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับให้ผู้ป่วยฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งง ซึ่งเป็นการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการหายใจลำบากลดลง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกที่ไร้คุณค่าและลดความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นลง เกิดผลดีทั้ง

ร่างกาย อารมณ์ และสังคม สามารถมีชีวิตอยู่กับโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ปัญหาการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

### แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

อาการ เป็นประสบการณ์ที่เป็นความรู้สึกส่วนบุคคล บุคคลทั่วไปจะมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัย หรือองค์ประกอบหลายประการ ขั้นตอนสำคัญของการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพคือ การประเมินอาการและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การเลือกวิธีการจัดการกับอาการที่ดีที่สุด การติดตามการประเมินผล และการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามความเหมาะสม พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ ที่จะช่วยพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการจัดการกับอาการด้วยตัวเอง

รูปแบบการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) มุ่งเน้นแนวคิดหลักที่สำคัญ 3 แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กัน คือประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของอาการ ในการจัดการกับอาการควรเลือกใช้วิธีที่ดีที่สุด อาจมีมากกว่า 1 วิธีก็ได้ ซึ่งจะส่งต่อค่าใช้จ่าย (Cost) สถานะอารมณ์ (Emotional status) การดูแลตนเอง (Self care) ภาวะการดำเนินงานที่ (Functional Status) อัตราการเกิดโรค และปัจจัยร่วมในการเกิดโรค (Morbidly

และ co morbidity) อัตราการตาย (Mortality) คุณภาพชีวิต (Quality of life) และความรุนแรงของอาการ (Symptom status)

ซึ่ง เป็นการออกกำลังกายชนิดหนึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างสมาธิ ลมหายใจ และการเคลื่อนไหว ซึ่งมีรูปแบบการหายใจโดยใช้หน้าท้องและกะบังลม การฝึกหายใจเข้าท้องพองหายใจออกท้องยุบ ระหว่างฝึกจะช่วยให้ออกใจได้ลึก ปอดได้รับออกซิเจน ขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกซึ่งกันนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสร้างความสมดุลของร่างกายจิตใจ เป็นการทำสมาธิ ช่วยให้สงบจิตใจเกิดการผ่อนคลาย จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งกัน เป็นการออกกำลังกายที่ส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและจิต (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2547) การบริหารร่างกายด้วยซึ่งกันสามารถลดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ (ปิยกานต์ บุญเรือง, 2548)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากจากรูปแบบการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งกัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการลดอาการหายใจลำบากด้วยตนเองขณะอยู่บ้านได้

โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งกันประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินประสพการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสพการณ์ เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก การรับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยได้ประเมิน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจะรับฟังด้วยด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง โดยตระหนักถึงอาการเป็นประสพการณ์ที่เป็นความรู้สึกร่วมบุคคล คนทั่วไปมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประสพการณ์การมีอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจประสพการณ์ของตนเองและผู้วิจัยประเมินสิ่งสมควรให้ความรู้เพิ่มเติมร่วมกับผู้ป่วย

2. การให้ความรู้ในการจัดการอาการหายใจลำบาก ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตัวเองสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก และปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น ความรู้ที่ให้ ได้แก่ หน้าที่และโครงสร้างของระบบทางเดินหายใจ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในเรื่องสาเหตุ อาการและการรักษา การจัดการกับอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การบริหารการหายใจ การใช้ยาและเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น การสงวนพลังงาน การโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค โดยผู้ป่วยจะรับรู้และสามารถเปรียบเทียบสาเหตุของการเกิดโรค แนวทางในการจัดการต่ออาการผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยมีประสพการณ์จาก

ตัวเอง และรับรู้ได้ว่าการปฏิบัติในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นถูกต้องหรือไม่ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังให้ความรู้เรื่องซึ่กง เนื่องจากอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่เกิดจากสาเหตุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่กงเป็นการบริหารกายและจิต เป็นการออกกำลังกายร่วมกับการหายใจโดยใช้กะบังลมและฝึกจิตเพื่อให้เกิดสมาธิและผ่อนคลายไปพร้อมๆ กัน การเคลื่อนไหวของร่างกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ดีกว่าปกติ กล้ามเนื้อไม่เกิดการเหนื่อยล้าจากการมีกรดแลคติกคั่งลดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ พร้อมให้คู่มือความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กง เพื่อใช้ในการประกอบการฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กง

3. การฝึกทักษะในการจัดการอาการหายใจลำบาก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติการจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลังจากให้ความรู้แล้ว ผู้วิจัยฝึกเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก ผู้วิจัยสาธิตการใช้ยาสูดพ่น โดยผู้วิจัยสาธิตให้ผู้ป่วยดู 2 ครั้ง ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามจนผู้ป่วยทำได้ถูกต้อง และให้ผู้ป่วยฝึกการบริหารกาย-จิต ด้วยซึ่กงร่วมกับการชมวีซีดีซึ่กงที่จัดทำขึ้นโดย นพ. เทอดศักดิ์ เดชคง (2547) ซึ่งมีทั้งหมด 4 ท่า และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัย การปฏิบัติเช่นนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณค่า และมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้นในการปฏิบัติที่จะจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ด้วยตนเอง

4. การปฏิบัติในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยได้ฝึกซึ่กงที่บ้านวันละ 20-30 นาทีเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กงนี้เป็นการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตัวเอง ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะช่วยป้องกันและลดอาการหายใจลำบาก เมื่ออาการหายใจลำบากลดลงผู้ป่วยจะลดความทุกข์ทรมานและสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

5. การประเมินผลการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมประเมินผลและวางแผนร่วมกันในการควบคุมอาการหายใจลำบากต่อไป การจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองนี้จะเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมของผู้ป่วยแต่ละราย

### สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

## ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ก ต่อคุณภาพชีวิต โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับ 2-4 อายุ 40-59 ปี ที่อยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้ง 6 หน่วยในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีประวัติรับการรักษาที่โรงพยาบาลพนมสารคาม

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ก

2.2 ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ก หมายถึงการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอนที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการลดอาการหายใจลำบากด้วยตนเองขณะอยู่บ้าน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

1) การประเมินประสพการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสพการณ์ของอาการหายใจลำบากของตนเอง การประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากและการตอบสนองต่ออาการหายใจลำบาก ทักษะการจัดการกับอาการ

2) การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก หลังจากการประเมินประสพการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้ว ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ของระบบทางเดินหายใจ ความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในเรื่องสาเหตุอาการ การรักษา การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก และการจัดการกับอาการหายใจลำบากได้แก่การบริหารการหายใจ ความรู้เรื่องยา/เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น การสงวนพลังงาน การโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค ความรู้เรื่องซึ่ก และให้คู่มือความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ก

3) การฝึกทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยฝึกการใช้ยาสูดพ่น การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง ฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้งด้วยตัวผู้ป่วยเองซึ่งมีทั้งหมด 4 ท่า ได้แก่ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า ท่าที่ 4 ลมปราณชานกษา

4) การปฏิบัติการในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบริหารกาย-จิตด้วยซิ้งทุกวัน โดยใช้เวลาฝึกครั้งละ 20-30 นาที เวลาเช้าหรือเย็น

5) การประเมินผล เป็นการประเมินการปฏิบัติตามโปรแกรมและให้ข้อมูลในส่วนที่ผู้ป่วยยังขาดอยู่และในสิ่งที่เป็นความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยทั้งหมด 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 3, 6, 8 ในการพบผู้ป่วยแต่ละครั้งจะใช้เวลา ในการพบกับผู้ป่วยโดยครั้งแรกใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ครั้งที่ 3 ใช้เวลา 40 นาที และครั้งที่ 4 ใช้เวลา 30 นาที

**2. คุณภาพชีวิต** หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทักษะคิดของตนเองต่อภาวะสุขภาพ และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

1) ความผาสุกทางด้านร่างกาย หมายถึง ความแข็งแรง ความเมื่อยล้า ความสามารถในการทำงาน สุขภาพและการรับรู้ประโยชน์

2) ความผาสุกทางด้านจิตใจ หมายถึง ความสุข ความพึงพอใจ ความสนุก คุณภาพชีวิตทั่วไปความพึงพอใจในการนอนหลับ

3) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ หมายถึง ความสามารถในการดูแล ความเป็นห่วง ความสามารถในการปรับตัว และความสามารถในการมีชีวิตอยู่กับอาการของโรค

4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม หมายถึง การแยกตัวออกจากสังคม การติดต่อกับสังคม และความต้องการความเป็นส่วนตัว

5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา หมายถึง ความสามารถในการมีกิจกรรมทางเพศ และความบอ้ยและความรุนแรงของอาการ

6) ด้านภาวะโภชนาการ หมายถึง น้ำหนักร่างกาย และการรับประทานอาหารที่เพียงพอ

ประเมินโดยแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต (Quality of life index) ที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของจันจิรา วิรัช (2544) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ คะแนนรวมมากหมายถึงคุณภาพชีวิตดี

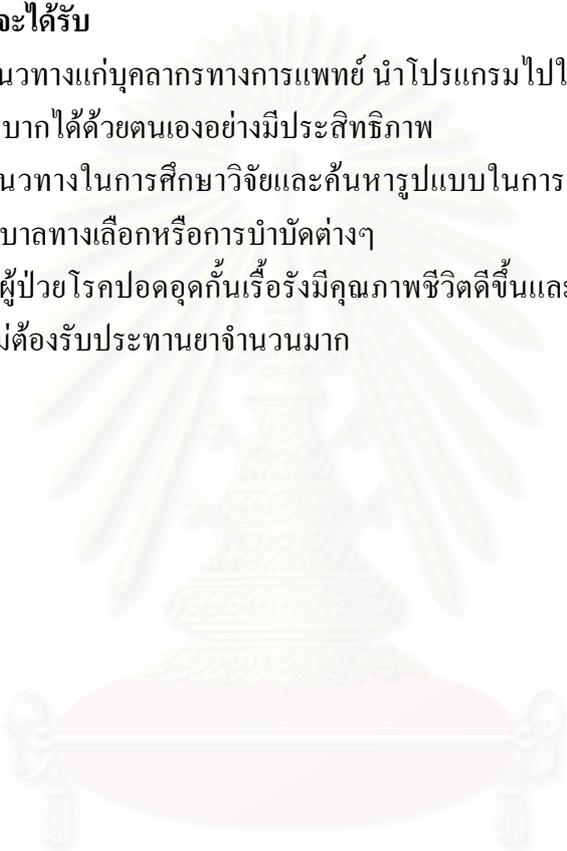
**3. การพยาบาลตามปกติ** หมายถึงคำแนะนำต่างๆ ที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับจากเจ้าหน้าที่พยาบาล โรงพยาบาลพนมสารคามและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำรายบุคคลโดยไม่มีสื่อใดๆ ได้แก่คำแนะนำทั่วไป

เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การใช้ยา การดูแลตนเองเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค การควบคุมอาการหายใจลำบากเป็นต้น

4. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน มีประวัติรับการรักษาจากโรงพยาบาลพนมสารคาม อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. 2547-2549

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการแพทย์ นำโปรแกรมไปใช้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและค้นหารูปแบบในการปฏิบัติการพยาบาล ที่มีการผสมผสานการพยาบาลทางเลือกหรือการบำบัดต่างๆ
3. ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและลดความทุกข์จากการหายใจลำบากลดลงและไม่ต้องรับประทานยาจำนวนมาก



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผู้วิจัยได้ค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
3. บทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. รูปแบบการจัดการกับอาการ
5. แนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์
6. โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease) หรือ chronic obstructive airway disease) หมายถึง กลุ่มโรคที่มีความผิดปกติที่สำคัญ คือ มีการอุดกั้นของหลอดลมเนื่องจากโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) และโรคหลอดลมโป่งพอง (Pulmonary emphysema) ทำให้ผู้ป่วยขับลมออกจากปอดได้ช้ากว่าปกติหรือไม่สามารถขับลมออกจากปอดจากความจุปอดของปอดทั้งหมด (Total lung capacity) ภายในเวลาที่กำหนด ซึ่งจะทราบได้จากการทดสอบสมรรถภาพของปอด โดยทั่วไปโรคนี้มีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ (Progressive) โดยอาจมีภาวะของหลอดลมไวต่อการตอบสนอง (Airway hyper responsiveness) และมีภาวะของหลอดลมอุดกั้นซึ่งดีขึ้นได้บางส่วน

โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) เป็นชื่อโรคซึ่งนิยามขึ้นมาจากอาการทางคลินิกกล่าวคือผู้ป่วยมีอาการไอและมีเสมหะเรื้อรัง โดยมีอาการเป็นๆ หายๆ ปีละอย่างน้อย 3 เดือน และผู้ป่วยจะมีอาการในลักษณะนี้ เป็นระยะเวลาติดต่อกันประมาณ 2 ปี หรือมากกว่านั้น โดยไม่มีสาเหตุอื่น

โรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary emphysema) เป็นชื่อโรคชนิดหนึ่งที่นิยามขึ้นมาจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพที่ถุงลมและส่วนปลายสุดของหลอดลม กล่าวคือบริเวณถุงลมและส่วน

ปลายสุดของหลอดลมจะมีการขยายตัวโป่งพอง ซึ่งมีผลทำให้การถ่ายเทแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติไป โดยปกติทั่วไป เรามักจะพบโรคทั้งสองชนิดดังกล่าวอยู่ร่วมกัน ซึ่งจะแยกออกจากกันได้ยากมาก ดังนั้นจึงมักเรียกควบโรคทั้งสองชนิดนี้ว่า COPD (สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2545)

สาเหตุและกลไกการเกิดโรคที่แท้จริงนั้น แม้ได้ศึกษากันมากแต่ยังไม่ทราบแน่ชัด ที่ได้รับความสนใจในขณะนี้ คือ บุหรี่ มีหลักฐานที่ค่อนข้างน่าเชื่อถือว่าการสูบบุหรี่มีบทบาทสำคัญในการก่อให้เกิดโรค คือ พบพยาธิสภาพของการอักเสบที่หลอดลมเล็กขนาดน้อยกว่า 2 มิลลิเมตร ลงไปถึงระดับบรอนchioles และถุงลม ทำให้ถุงลมถูกทำลายและขาดแรงยึดเหนี่ยวกับหลอดลมเล็ก ความผิดปกตินี้พบในคนสูบบุหรี่มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ พบว่าทำให้เกิดการอุดกั้นของหลอดลม ความผิดปกตินี้จะค่อยๆ มากขึ้น เมื่อหยุดสูบบุหรี่ ความผิดปกติจะลดลง ถ้ายังสูบบุหรี่ต่อ ความผิดปกติที่มากขึ้นนี้จะมากพอที่จะทำให้เกิดอาการและเกิดโรค สาเหตุอื่นๆ เช่น การติดเชื้อในระบบหายใจส่วนบน มลพิษจากบรรยากาศ สิ่งแวดล้อม และกรรมพันธุ์โดยพบว่าการพร่องของสารพันธุกรรมที่เรียกว่า อัลฟาวันแอนตี้ทริปซิน (Alpha-1 anti-trypsin) เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อัลฟาวันแอนตี้ทริปซินนี้เป็นโปรตีนเล็กๆ ในร่างกายเป็นเอนไซม์ที่ไปยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ทริปซิน โดยที่เอนไซม์ทริปซินนี้สามารถที่จะทำลายเนื้อเยื่อในปอดได้ถ้ามันถูกผลิตออกมามากกว่าปกติ ดังนั้นถ้าร่างกายมีจำนวนของอัลฟาวันแอนตี้ทริปซินลดลงเอนไซม์ทริปซินก็จะสามารถทำลายปอดได้ (Sandford and Silverman, 2002: 57)

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพยาธิสภาพของหลอดลมอักเสบเรื้อรังร่วมกับถุงลมโป่งพอง ในสัดส่วนต่างๆ กัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีลักษณะของโรคต่างกันขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพ เนื่องจากลักษณะของโรคทำให้ทางเดินอากาศส่วนล่างมีการตีบแคบลงหรือมีการอุดกั้นทางเดินอากาศหายใจ การหดตัวของปอดเสียไปจากการทำลายเยื่อหุ้มของปอดและหลอดลมฝอย เกิดการตีบตันได้ง่ายขณะหายใจออก การตีบแคบของหลอดลมขณะหายใจออกอย่างแรงอาจบรรเทาได้ด้วยการหายใจออกแบบเป่าปาก (Pursed lip)

อาการในระยะแรกอาจไม่ปรากฏความผิดปกติ แต่ในระยะต่อมาเมื่อปอดถูกทำลายมากขึ้นจะมีอาการไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย อาการไอเรื้อรังมักจะเป็นมากในตอนเช้าและเสมหะมักมีสีขาว ถ้ามีการติดเชื้อร่วมด้วย เสมหะอาจจะเปลี่ยนเป็นสีเขียวหรือสีเหลือง อาการหอบเหนื่อยมักเกิดขึ้นบ่อย แต่จะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปและผู้ป่วยจะมีอาการเลวลงเรื่อยๆ การไอเป็นเลือดนั้นไม่ค่อยพบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Lung Association, 2005) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามระดับการเสียหายที่ของร่างกายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยแบ่งได้ 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดใดๆ ในการทำกิจกรรม ทำกิจกรรมได้ตามปกติ โดยไม่เหนื่อยหอบ

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยถึงปานกลางในการทำกิจกรรมคือยังสามารถทำงานได้ แต่ไม่สามารถทำงานที่หนักหรือยุ่งยากบางอย่างได้ สามารถเดินทางราบแต่ไม่กระชับกระเฉงเท่าคนปกติ ไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือบันไดได้เท่าคนวัยเดียวกันแต่สามารถขึ้นตึกสูง 1 ชั้น โดยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ต้องเริ่มปรับแผนการดำเนินชีวิต

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่สามารถช่วยตนเองหรือดูแลตนเองได้ ไม่สามารถเดินทางบนพื้นราบได้เท่ากับวัยเดียวกัน เหนื่อยหอบเมื่อขึ้นตึกสูง 1 ชั้น ยังดูแลตนเองได้

ระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด เดินทางบนพื้นราบมากกว่า 100 หลาไม่ได้ ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่ยังสามารถดูแลตัวเองได้

ระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างมาก การเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัด ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ เดินเพียง 2-3 ก้าว หรือลุกนั่งก็เหนื่อย เดินอย่างช้ามาก ๆ ได้ 100 หลาก็มีอาการเหนื่อยหอบมาก เหนื่อยหอบเมื่อแต่งตัวหรือพูด

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถวินิจฉัยโรคได้โดยพิจารณาจาก การซักประวัติตรวจร่างกาย การถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญได้แก่ การตรวจสมรรถภาพของปอด สำหรับการดำเนินของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า อาการเหนื่อยและไอซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปช้าๆ เมื่อเริ่มมีอาการแล้วนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่การเปลี่ยนแปลงเป็นไปช้าๆ โดยมากขึ้นเรื่อยๆ หรือ ขึ้นๆ ลงๆ เป็นระยะเวลานานและทรุดลงในระยะสั้นๆ แต่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจมีการตอบสนองที่ดีต่อการรักษาและมีการพยากรณ์โรคที่ดี อย่างไรก็ตามการพยากรณ์โรคว่ามีแนวโน้มไปทางด้านไหน ขึ้นอยู่กับอายุ ความรุนแรงของการอุดกั้นเรื้อรัง หลอดลม การคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ และ การตอบสนองต่อยาขยายหลอดลมด้วย (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2539)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว (Cor-pulmonale) เนื่องมาจากการที่มี pulmonary hypertension เกิดขึ้น จากการมีภาวะพร่องออกซิเจนเป็นเวลานาน ทำให้หลอดเลือดแดง pulmonary เกิดการบีบรัดตัว และมีแรงดันสูงขึ้นเมื่อตรวจร่างกายผู้ป่วย จะพบว่า มีหน้าแข็งบวม มี jugular venous pressure สูง และบางรายอาจตรวจพบตับโต ลักษณะของคลื่นหัวใจอาจมี right axis deviation, right ventricular hypertrophy และ right atrial hypertrophy

การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือการบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง ป้องกันภาวะ exacerbation และเพื่อคงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้ หรือให้เสื่อมลงช้าที่สุด ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ส่วนอาการที่พบบ่อยและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต

ลดลงโดยทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานได้แก่อาการหายใจลำบาก (อาการพรรณ  
สุนทรจตุรวิทย์, 2546)

อาการหายใจลำบาก เป็นอาการที่ผู้ป่วยบอกเล่าถึงการรับรู้ต่อการหายใจที่ไม่ปกติและ  
หายใจไม่โล่ง ไม่เต็มปอด เป็นความรู้สึกที่ต้องพยายามใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น ซึ่งปกติแล้ว  
ร่างกายจะหายใจโดยการรับรู้ของจิตได้สำนึก และไม่มีความรู้สึกต้องใช้เวลาใดๆ ซึ่งอาการเช่นนี้  
อาจจะเกิดขึ้นสัมพันธ์กับการออกแรงหรือขณะอยู่เฉยๆ ก็ได้ มีผู้ให้ความหมายของอาการหายใจ  
ลำบากไว้ดังนี้

Gift (1990) ได้ให้ความหมายของอาการหายใจลำบากว่าเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยในการ  
ยากที่จะหายใจหรือไม่สุขสบายจากการหายใจ เป็นการบอกเล่าของผู้ที่มีประสบการณ์ในความรู้สึก  
นั้น ไม่สามารถที่จะกำหนดโดยผู้สังเกต

Kohlman and Janso – Bjerklie (1993) กล่าวว่าอาการหายใจลำบาก เป็นความรู้สึกของ  
ผู้ป่วยถึงความไม่สุขสบายความลำบากในการที่ต้องใช้แรง และกล้ามเนื้อในการหายใจมากขึ้น และ  
รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถหายใจได้อย่างเต็มที่ให้พอกับความต้องการ

Luckmann (1997) ได้กล่าวถึงภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไว้ว่า  
เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีช่วงการหายใจเข้าที่ไม่เต็มที่และต้องใช้เวลาช่วยในการหายใจเป็นอย่างมาก  
จึงเรียกอาการหายใจลำบากในลักษณะนี้ว่า หายใจสั้น (Shortness of breath)

กล่าวโดยสรุปแล้วคำนิยามของอาการหายใจลำบาก โดยสภาพรวมแล้วมีความหมาย  
คล้ายคลึงกันคือ เป็นความรู้สึกที่ไม่สบายจากการหายใจลำบาก และความรู้สึกที่ต้องออกแรงใน  
การหายใจมากกว่าปกติร่วมกับการใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ

### อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาการหายใจลำบากเป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาพบแพทย์มากที่สุด  
(สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2545) อาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นจะรุนแรงและเรื้อรัง ความรุนแรงของ  
อาการจะเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และมีอาการคงที่ตลอดไป เนื่องจากหลอดลมถูกทำลายอย่าง  
ถาวรจากการทำลายเยื่อหุ้มของปอด ทางเดินอากาศส่วนล่างมีการตีบแคบลงหรือมีการอุดกั้น  
ทางเดินหายใจทำให้ขณะหายใจออกผ่านแรงต้านที่เพิ่มขึ้นในหลอดลม เกิดการหายใจลำบาก  
ส่งผลให้ผู้ป่วยค่อยๆ ลดกิจกรรมทางกาย แบบแผนชีวิตจะอยู่ในท่านั่ง กล้ามเนื้ออ่อนแรงความทน  
ในการออกกำลังกายลดลง ซึ่งสามารถบรรเทาโดยการหายใจแบบเป่าปาก และการปฏิบัติตัวที่  
เหมาะสม จากการศึกษาของ Graydon et al. (1995) ที่ใช้ระยะเวลาในการศึกษานาน 2 ปี  
เพื่อทำการศึกษาปัจจัยที่พยากรณ์ความสามารถการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยโรคปอด  
อุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 71 ราย โดยทำการประเมินปัจจัยต่างๆ เช่นสภาวะทางอารมณ์ การสนับสนุน

ทางสังคม สมรรถภาพการทำงานของปอดและอาการของโรค ผลการศึกษาพบว่าอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยสูงเป็นอันดับหนึ่ง และเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายระดับความสามารถในการทำหน้าที่และ กิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยได้ดีที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการหายใจลำบาก

Steele and Shaver (1992) ได้อธิบายว่าปัจจัยอาจมีผลต่อการเกิด หรือความรุนแรงของอาการหายใจลำบากนั้นสามารถแบ่งได้เป็น 2 ปัจจัยหลักคือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล

1. **ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม** จากการศึกษาของ Viegi et al. (2000) ที่ศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1,727 ราย อายุมากกว่า 25 ปีระยะเวลาศึกษา 3 ปีตั้งแต่ ค.ศ.1988 - 1991 พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากเนื่องมาจาก สถานแวดล้อมที่อยู่อาศัย และลักษณะของสถานที่ทำงาน เช่น สถานที่ของครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวอยู่กันหลายคนในห้องที่แคบ จำกัดไม่มีที่ระบายอากาศ และ ผู้ที่ทำงานอยู่ในสถานที่ชุมชนที่ผู้คนพลุกพล่าน เป็นต้น

2. **ปัจจัยส่วนบุคคล** เป็นสิ่งแวดล้อมภายในตัวบุคคลที่ทำให้อาการหายใจลำบากดีขึ้นหรือเลวลง ได้แก่ พยาธิสภาพและระยะเวลาที่เป็นโรค ความรุนแรงของโรคหรืออาการ เพศ สถานะทางอารมณ์

2.1 พยาธิสภาพและระยะเวลาที่เป็นโรค ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการหายใจลำบากที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และพบว่าเมื่อผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเวลา มากกว่า 10 ปีจะมีผู้รอดชีวิตประมาณ 50 % และหนึ่งในสามของจำนวนที่เสียชีวิตนั้นมีสาเหตุการเสียชีวิตจากอาการหายใจลำบาก (Anto, Vermeire, Vestbo, and Sunyer, 2001)

2.2 ระดับความรุนแรงหรืออาการ จากการศึกษาของ Nishimura et al. (2002) ที่ศึกษาเปรียบเทียบระดับของอาการหายใจ และความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 183 คน เป็นเวลา 5 ปี ตามการแบ่งระดับความรุนแรงของโรค American Thoracic society พบว่าระดับของอาการหายใจลำบากมีระดับต่างๆ กับซึ่งแปรผันตามความรุนแรงของการอุดกั้นของทางเดินหายใจ

2.3 อายุ อาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มว่าจะเลวลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นจนบางครั้งต้องให้ออกซิเจนอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นโรคที่มีความก้าวหน้าของโรคไปเรื่อยๆ แต่ก็มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (45 ถึง 54 ปี) จะรายงานอาการรุนแรงและบ่อยกว่าของอาการหายใจลำบากมากกว่าและมีผลกระทบด้านจิตใจมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าจะมีความ

ตระหนักในอาการของตนเองมากกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุจะมีความเคยชินกับอาการของตนเองหรือไม่ก็สามารถที่จะจำกัดกิจกรรม เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงปัญหาในการหายใจได้ (American Lung Association, 2003; ไพรวลัย โศตรตะ, 2547) ดังนั้นอายุไม่ใช่ปัจจัยที่มีผลต่ออาการหายใจลำบาก

2.4 เพศ พบว่าเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างด้านสรีระ กล่าวคือ ไม่ว่าจะเป็นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจและสมรรถภาพในการทำงานของปอดนั้น เพศหญิงมีน้อยกว่าเพศชาย (Berry et al., 2000) สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Janson-Bjerklie et al. (1986) ศึกษารายงานความรู้สึกถึงอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอด ซึ่งประกอบด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหืดและโรคปอดที่มีข้อจำกัดในการขยายตัวของทรวงอก การศึกษาพบว่าในด้านข้อมูลส่วนบุคคลมีเพียงความแตกต่างระหว่างเพศเท่านั้น ที่มีผลต่ออาการหายใจลำบากอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ความได้เปรียบทางด้านกายภาพ และความสามารถที่ทนต่อการทำกิจกรรมที่เพศชายมีความแตกต่างจากเพศหญิงอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เพศหญิงมีอาการหายใจลำบากได้ง่ายกว่า

2.5 สภาวะทางอารมณ์ จากการศึกษาของ Marco et al. (2006) ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 202 รายที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี ที่มีคะแนนความวิตกกังวลและความซึมเศร้าแตกต่างกัน 2 กลุ่ม เปรียบเทียบพบว่ากลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลและความซึมเศร้าที่ระดับสูงมีอาการหายใจลำบาก และความรุนแรงของโรคมมากกว่ากลุ่มที่มีระดับภาวะวิตกกังวลและความซึมเศร้าที่ต่ำกว่ากลุ่มแรกอย่างมีนัยสำคัญ

### การประเมินอาการหายใจลำบาก

อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่มีหลายมิติ (Multidimensional) Steel and Shaver (1992 cited in Truesdell, 2000: 179) ซึ่งเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอาจจะชักนำให้เกิดการตอบสนองทางด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยจิตใจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรายงานอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยแต่ละราย (Truesdell, 2000: 179) การประเมินอาการหายใจลำบากได้มีผู้กล่าวถึงมากมาย สามารถสรุปได้เป็น 2 ประการคือการประเมินโดยตรงเป็นการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก และการประเมินโดยอ้อมเป็นการประเมินพยาธิสรีรภาพของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก

### 1. การประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก

1.1 การประเมินโดยใช้ Visual Analogue Scale (VAS) แบบวัดอาการหายใจลำบาก นี้พัฒนามาจากแบบวัดทางจิตวิทยาที่ใช้ทดสอบทางด้านความรู้สึก ซึ่งได้มีการอธิบายครั้งแรกในปี 1921 โดย Hayes and Patterson ซึ่งได้กล่าวว่า VAS เป็นมาตรวัดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงซึ่งจะแทนระดับความรู้สึกต่างๆ ของมนุษย์ได้ดี แบบวัดนี้นำมาใช้ในการวัดอาการหายใจลำบากเริ่มแรกในปี ค.ศ. 1969 โดย Aitken โดยนำมาประเมินอาการหายใจลำบากในระหว่างการออกกำลังกาย (Ripamonti and Bruera, 1997: 226) ซึ่งการใช้แบบวัด VAS นี้มีประโยชน์มากในการประเมิน

ถึงการรักษาและการบำบัดอื่นๆ สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเมื่อมีการนำเอา VAS มาใช้ในการวัดอาการหายใจลำบากจึงเรียกว่า Dyspnea Visual Analog Scale (DVAS) (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541: 30) นอกจากนี้ยังได้นำแบบวัดชนิดนี้ไปใช้วัดอาการหายใจลำบากในกลุ่มคนปกติที่ได้รับการกระตุ้นการหายใจ (Adams et al., 1985; Stark et al., 1981 cited in Ripamonti and Bruera, 1997: 227) และในผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ (Stark, et al., 1982; Gift et al., 1986; Gift et al., 1989 cited in Ripamonti and Bruera, 1997: 227)

แบบวัด Visual analogue Scale (VAS) เป็นแบบวัดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงอยู่ในแนวนอน (horizontal) หรือเป็นเส้นตรงในแนวตั้งตรง (Vertical) (Ripamonti and Bruera, 1997: 226) ลักษณะของแบบวัดนี้จะเป็นเส้นตรงที่ยาว 100 มิลลิเมตร (10 เซนติเมตร) ทุกๆ ตำแหน่งที่อยู่บนเส้นตรงนี้จะแสดงถึงความรู้สึกของอาการหายใจลำบากในระดับที่แตกต่างกันที่ตำแหน่ง 0 ซึ่งอยู่บนซ้ายสุดของเส้นตรงหรืออยู่ด้านล่าง หมายถึงผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบากเลย ที่ตำแหน่ง 100 ซึ่งอยู่ขวาสุดหรือด้านบนสุด หมายถึงผู้ป่วยรู้สึกมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ตัวผู้ป่วยจะเป็นผู้กำหนดตำแหน่งบนเส้นตรงนี้เพื่อเป็นเครื่องหมายที่แสดงถึงความรู้สึกหอบเหนื่อย หายใจลำบากของตนที่เกิดขึ้นในขณะนั้นๆ (Janson – Bjerklie et al., 1986: 155 อ้างถึงใน ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541: 31)

การหาความตรง (Validity) โดย Janson-Bjerklie et al. (1986 cited in Gift, 1989: 323-325) ได้หาความตรงตามสภาพ (Concurrent) จากความตรงตามสภาพปัจจุบัน (Criterion-related validity) ซึ่งเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่วัดได้กับเกณฑ์ภายนอกของเครื่องมือโดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 16 รายที่มีอาการหายใจลำบากในระดับสูง โดยใช้แบบวัด DVAS ทั้งในแนวตั้งและแนวราบ เทียบกับค่า PEFR (Peak Expiratory Flow Rate) ซึ่งเป็นค่าที่วัดอัตราการไหลของอากาศสูงสุดในช่วงที่หายใจออกโดยเร็ว และแรงเต็มที่ภายหลังหายใจเข้าเต็มที่ ซึ่งค่านี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับการอุดกั้นของทางเดินหายใจ โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation ผลการศึกษาพบว่า แบบวัด DVAS แนวตั้งและแนวนอนมีความสัมพันธ์กัน = 0.97 แบบวัด DVAS ในแนวตั้งมีความสัมพันธ์กับ PEFR = - 0.85 แบบวัด DVAS ในแนวนอนมีความสัมพันธ์กับ PEFR = - 0.71 และพบว่าแบบวัด DVAS ในแนวตั้งมีความสะดวกในการใช้มากกว่าแบบวัดในแนวนอน นอกจากนี้ยังมีการหาความตรงตามภาวะสันนิษฐาน (Construct validity) ของแบบวัดอาการหายใจลำบากในแนวตั้ง โดยความตรงตามภาวะสันนิษฐานเป็นระดับความสามารถของเครื่องมือว่าเครื่องมือสามารถวัดคุณลักษณะภายใต้การทดสอบนี้ได้มากน้อยเพียงใด (Bausell, 1986 cited in Gift, 1989: 324) ในที่นี้คือคุณลักษณะของอาการหายใจลำบากซึ่งเป็นความรู้สึกยากลำบากในการหายใจ หรือต้องออกแรงในการหายใจของบุคคลนั้นๆ โดยใช้เทคนิคของการศึกษาในกลุ่มที่มีความตรงข้ามกัน คือกลุ่มที่มีอาการหายใจลำบากมากกว่าและกลุ่มที่มีอาการหายใจลำบากน้อยกว่าโดยใช้ค่า PEFR เป็นตัวบ่งชี้

ของอาการหายใจลำบาก โดยถ้าค่า PEFR มากกว่า 150 lpm ถือว่ามีอาการหายใจลำบากมากกว่า และถ้าค่า PEFR น้อยกว่า 150 lpm ถือว่ามีอาการหายใจลำบากน้อยกว่า ทำการทดสอบโดยใช้สถิติ paired t - test ภายในกลุ่มเดียวกันของผู้ป่วยในแต่ละโรค ทั้งในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 ราย และผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 16 ราย พบว่าค่า t - score ในผู้ป่วยหอบหืด = 12.03 ( $p < .01$ ) และค่า t - score ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง = 9.73 ( $p < .01$ ) ซึ่งอาการหายใจลำบากภายในกลุ่มโรคเดียวกันของทั้งสองโรคนี้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากผลของความตรงตามภาวะสันนิษฐานของแบบวัดอาการหายใจลำบากชนิดแนวดิ่ง แสดงว่าแบบวัดนี้สามารถวัดอาการหายใจลำบากได้ทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหายใจลำบากชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรัง (Gift, 1989: 324)

นอกจากนี้ยังมีอำนาจในการจำแนก (Discriminate) ซึ่งสามารถจำแนกความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง โดย Joyce et al. (1975 cited in Gift, 1989) ได้เปรียบเทียบระดับอาการปวดจากการใช้ VAS และการได้รับยาบรรเทาปวดระหว่างผู้ป่วยที่เคยมีอาการปวดและเคยได้รับยาบรรเทาอาการปวดมาแล้ว และ Gift (1989) ได้นำไปหาอำนาจในการจำแนกโดยใช้ระดับการ อุดกั้นของทางเดินหายใจและระดับคะแนนของการมีอาการหายใจลำบาก และได้หาความเที่ยงของ VAS หลายวิธีโดยมีการหาความคงที่ (Stability) โดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (Test - retest) พบว่าอัตราการวัดซ้ำหลังจาก 1 ชั่วโมงมีค่าความเที่ยงสูงกว่าอัตราการวัดซ้ำหลังจาก 2 สัปดาห์ และพบว่ามาตรวัด VAS มีความไวในการวัดความรู้สึกของบุคคลมากกว่ามาตรวัดที่เป็น 4 สเกล (Joyce et al., 1975 cited in Gift, 1989)

**1.2 การประเมินโดยใช้ Borg's scale** หลังจากได้มีการใช้ DVAS กันอย่างแพร่หลายแล้ว Borg ได้ปรับปรุงสเกลเพื่อลดจุดบกพร่องของสเกลเปิดซึ่งไม่ค่อยเฉพาะเจาะจง โดยใช้สเกลตั้งแต่ 0 - 10 มีการจัดอันดับ 12 อันดับ โดยไม่มีอาการหายใจลำบาก จะให้ลำดับ = 0 มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด = 10 ระหว่าง 0 ถึง 10 ก็จะมีการจัดอันดับความรุนแรงตั้งแต่น้อยไปหามาก โดยมีข้อความอธิบายถึงความรู้สึกในลำดับต่างๆ (Carrieri-Kohlman, 1991: 464 อ้างถึงใน ควงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541: 31)

**1.3 การประเมินโดยใช้ Medical Research Council Dyspnea Scale (MRC)** เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยสเกลที่มีการวัดระดับของอาการหายใจลำบากใน 5 ระดับในแต่ละระดับแสดงถึงกิจกรรมต่างๆ ที่ก่อให้เกิดอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยจะต้องอ่านรายละเอียดในแต่ละระดับ แล้วเลือกระดับที่เหมาะสมกับการหายใจลำบากของตนเองมากที่สุด 1 ระดับ แต่เป็นสเกลที่ค่อนข้างหายากจึงมีข้อจำกัดในการเปลี่ยนแปลงของอาการหายใจลำบาก (Mahler, 1988: 581 อ้างถึงใน ควงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541: 31)

**1.4 การประเมินโดยใช้ Oxygen-Cost Diagram (OCD)** มีความยาว 100 มิลลิเมตร ระหว่างสเกลในจุดต่างๆ จะมีข้อความแสดงถึงความต้องการใช้ออกซิเจนในขณะที่มีกิจกรรมต่างๆ ด้านบนสุดของสเกล หมายถึงไม่มีอาการหายใจลำบาก ด้านล่างสุดหมายถึงมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ผู้ป่วยจะได้รับการแนะนำให้กำหนดตำแหน่งหนึ่งตำแหน่งในบนเส้นตรงนี้เพื่อแสดงระดับของอาการหายใจลำบากในขณะนั้น (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541: 31)

**1.5 การประเมินโดยใช้ Baseline Dyspnea Index (BDI)** BDI ประกอบด้วยการวัด 3 ส่วน ได้แก่ การเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรม และความสามารถในการใช้ความพยายามออกแรง (Magnitude of effort) โดยในแต่ละส่วนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ การที่จะให้ระดับคะแนนได้ จะต้องใช้ในการสังเกตและสัมภาษณ์โดยการใช้คำถามปลายปิด ถามถึงอาการของผู้ป่วย แล้วจึงมุ่งเน้นไปที่การถามความรุนแรงของอาการหายใจลำบากตามลำดับต่างๆ ในแต่ละส่วนซึ่งจะมีการจัดลำดับตั้งแต่ 0-4 นอกจากนี้ยังมีคำถามเพิ่มอีก 3 ลำดับ ถ้ารายละเอียดของผู้ป่วยไม่ตรงกับข้อ 0-4 ที่ได้ระบุไว้ คะแนนของแบบประเมินจะอยู่ในช่วง 0-12 คะแนน (Mahler, 1988: 586-588 อ้างถึงใน ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541: 34)

**2. การประเมินพยาธิสรีรภาพของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับอาการหายใจลำบาก** อาการหายใจลำบากสามารถวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาซึ่งสามารถสังเกตและประเมินได้จากอาการแสดงต่างๆ เช่น อัตราการหายใจ โดยผู้ป่วยจะมีอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น มีลักษณะการหายใจเร็วและตื้น ระยะเวลาหายใจเข้ายาว และหายใจออกสั้นมีการใช้กล้ามเนื้อที่ช่วยการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อสเตอร์โนมาสตอยด์ (sterno mastoid) กล้ามเนื้อเพคทอราลิส (pectoralis) มีอาการของการขาดออกซิเจน รูปแบบการหายใจเปลี่ยนไป การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหน้าท้องในขณะที่หายใจที่ไม่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของทรวงอก (Carrieri-Kohlman, 1991: 465 อ้างถึงใน ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541: 37)

จากการที่อาการหายใจลำบากเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลจึงต้องมองจากมุมมองของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรวัดในการแยกแยะระดับของความรู้สึกหายใจไม่สะดวกหรือหายใจไม่อิ่มที่เกิดขึ้นและใช้ติดตามคุณภาพของการปฏิบัติพยาบาล ทำให้มองเห็นการอธิบายระดับของอาการหายใจลำบากจากตัวผู้ป่วยเอง (Hospice and Palliative Nurses Association, 2002) ซึ่งใช้บ่อยทั้งในการศึกษาการบำบัดทางคลินิกและในการศึกษากลไกด้านกายภาพ เพื่อวัดความรู้สึกของอาการหายใจลำบาก (Ripamonti and Bruera, 1997: 227) และยังคงคล้องกับรูปแบบการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ซึ่งเน้นการรับรู้อาการของผู้ป่วย ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินอาการหายใจลำบากแบบ DVAS ในแนวตั้ง เนื่องจากมีงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นว่าเป็นแบบประเมินที่สะดวกในการใช้ และเป็นที่ยอมรับประกอบกับแบบประเมินนี้ได้ถูกนำไปประเมินในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างแพร่หลาย และ

ไวต่ออาการหายใจลำบากในระดับสูง นอกจากนั้นยังมีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ เพราะว่าจะเน้นที่ได้จากการใช้แบบวัดชนิด VAS ก่อนและหลังการวัดปริมาณความจุปอดระหว่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนอาการหายใจลำบากใกล้เคียงกัน (Martinez et al., 2000 )

### **บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก**

พยาบาลเป็นการกระทำในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการของโรคและการลุกลามของโรค (สภากาพยาบาล, 2528) ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่รุนแรงและเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลนอกจากจะบำบัดอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้ว พยาบาลต้องมีความรู้และสามารถถ่ายทอดและนำวิธีการจัดการกับอาการมาใช้ให้เหมาะสม เพื่อทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้และมีทักษะในการดูแลตนเอง ดำรงไว้ซึ่งความผาสุกทางร่างกาย จิตใจ และคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้แก่

#### **1. การให้ความรู้**

การให้ความรู้จำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความเข้าใจถึงสาเหตุ อาการและสามารถนำความรู้ที่ช่วยในการดูแลตนเองการปฏิบัติเพื่อควบคุมอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงหน้าที่การทำงานของปอด ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรู้เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การหยุดสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงสถานที่แออัดที่มีควันบุหรี่ หลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคืองทางเดินหายใจ เช่น ฝุ่นบ้าน เกสรดอกไม้ ควันไฟ ขนสัตว์ เกสรดอกไม้ นอกจากนี้ควรให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยใช้เพื่อรู้จักใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม สอนวิธีการดูแลตนเอง เช่น การจัดทำที่ช่วยให้อาการหายใจลำบากขณะประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งทำต่างๆ ผู้ป่วยต้องมีการบริหารการหายใจร่วมด้วย และการให้ความรู้ในการออกกำลังกาย (Christenbery, 2005) และจากการศึกษาของ Sassi-Dambrown et al. (1995) พบว่าการให้ความรู้แต่เพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยลดอาการหายใจลำบากได้ การให้ความรู้ควรควบคู่กับการพัฒนาทักษะจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้

#### **2. บทบาทในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก**

**2.1 ให้ยาตามแผนการรักษา ยาที่ใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นยาขยายหลอดลมและยาในกลุ่ม Steroids ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังบางรายมีการใช้ยาขยายหลอดลมชนิด**

รับประทานคู่กับการใช้ยาสูดพ่น และผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดร่วมกันอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ถึงฤทธิ์ของยา วิธีการใช้ยา อาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์เพื่อสามารถสังเกตและประเมินตลอดทั้งสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น

**2.2 การให้ออกซิเจน** ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะมีอาการขาดออกซิเจนเสมอ การให้ออกซิเจนโดยปกติต้องการ  $\text{FiO}_2$  ที่ไม่สูงมากนัก ดังนั้นสามารถให้โดยใช้ nasal canular โดยจะให้ 2-3 ลิตร/นาทีก แล้วตรวจเช็คคว่าคนไข้ได้ออกซิเจนพอหรือยัง เป้าหมายที่เราต้องการคือให้  $\text{PaO}_2 > 60$  มม.ปรอท หรือ หรือค่าระดับความอิ่มตัวของฮีโมโกลบินในหลอดเลือดแดง (Oxygen saturation) 90% การให้ออกซิเจนต้องระวังอย่าให้มากเกินไป เนื่องจากว่าอาจจะทำให้ค่าแรงดันในหลอดเลือดแดง ( $\text{PaCO}_2$ ) สูงเกินไป (วัชรนา บุญสวัสดิ์, 2543)

### 2.3 สอนและฝึกทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก

- **เทคนิคการหายใจและการบริหารการหายใจ** (Breathing retraining techniques or breathing exercise) ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าจะตายได้จากการหายใจไม่ออก ความรู้สึกกลัวเกิดขึ้นทำให้เกิดความวิตกกังวลและใช้ความพยายามที่จะหายใจมากที่สุด แต่ความพยายามเหล่านั้นเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นเทคนิคการหายใจและฝึกการบริหารการหายใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้กล้ามเนื้อกะบังลมในการหายใจเข้าแล้วยังทำให้ปอดแข็งแรง การระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดดีขึ้น

- **เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น** ยาสูดพ่นขยายหลอดลมออกฤทธิ์ที่ปอด ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องกดพ่นยาออกมาให้พร้อมกับการหายใจเข้ามากที่สุด และขณะที่พ่นยาต้องแน่ใจว่าละอองยาไม่ปลิวลมออกมาจากปากหรือกระบอกยา ซึ่งหากผู้ป่วยไม่มีทักษะในการใช้ยาสูดพ่นที่ถูกต้องนอกจากจะสิ้นเปลืองยาแล้วยังไม่สามารถทำให้อาการเหนื่อยลดลงได้ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลควรสอนเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นและประเมินผลการปฏิบัติของผู้ป่วย

- **เทคนิคการสงวนพลังงาน** (Energy conservation technique) หมายถึงการวางแผนการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เทคนิคการสงวนพลังงานนั้นมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน เช่น ลดอาการหายใจลำบากขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดอาการเหนื่อยล้าในการทำงานต่างๆ ดังนั้นพยาบาลควรสอนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติทำที่เหมาะสมเพื่อลดอาการเหนื่อยได้แก่ ท่าที่ 1 ท่านั่ง: นั่งที่ริมเตียง และพุบบนโต๊ะโดยใช้หมอน 2-3 ใบรองรับศีรษะ ท่าที่ 2 ท่านั่ง: นั่งบนเก้าอี้ เอนตัวมาข้างหน้าเล็กน้อย วางศอกทั้งสองข้างไว้บนเก้าอี้โดยที่ปลายเท้าแยกจากกันเล็กน้อย แขนและมือทั้งสองข้างผ่อนคลาย ท่าที่ 3 ท่ายืน: ยืนหันหลังให้หลังและสะโพกพิงฝาผนัง โดยยื่นเท้าห่างจากฝาผนังประมาณ 1 ฟุต (12 นิ้ว) หัวไหล่ผ่อนคลายและก้มศีรษะมาทางด้านหน้าเล็กน้อย แขนทั้ง 2 ข้างวางแนบลำตัว (Ignatavicius and Bayne, 1991 อ้างถึงใน อัมพรพรรณ ธีรานุตร และคณะ, 2540: 215)

- **การออกกำลังกาย** การออกกำลังกายเป็นหัวใจสำคัญที่ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจำกัดหรือหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายเนื่องจากกลัวว่าจะเกิดการหายใจลำบากเกิดขึ้น แต่การออกกำลังกายนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญและมีประโยชน์ เพราะการออกกำลังกายช่วยรักษาความตึงตัวของกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ ให้มีการเคลื่อนไหว นอกจากนี้การออกกำลังกายช่วยให้การแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดดีขึ้นอย่างมาก (Zeng and Zhang, 1992)

- **เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique)** การผ่อนคลาย หมายถึง ปฏิบัติภายในร่างกายที่ตรงกันข้ามกับปฏิกิริยาสู้หรือถอย เป็นผลจากการทำงานของสมองส่วนไฮโปธาลามัสทำให้มีการลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งเกิดในภาวะสุดท้ายของการผ่อนคลายต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทำให้ลดการใช้ออกซิเจน ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและความดันโลหิต ลดกรดแลคติกในหลอดเลือดแดง หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัว อุณหภูมิของผิวหนังที่อวัยวะส่วนปลายสูงขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมองเป็นแอลฟา ซึ่งคลื่นสมองแบบแอลฟาทำให้รู้สึกผ่อนคลาย (Benson, 1975; Motto, 1984; Fakouri and Jones, 1987) วิธีฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation technique) มีหลายวิธีทุกวิธีทำให้เกิดปฏิกิริยาการผ่อนคลายเหมือนกัน เช่นวิธีการคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนของร่างกาย (Progressive muscle relaxation) การออกคำสั่งให้กับตนเอง การนำไปให้เกิดจินตนาการ และการฝึกสมาธิ

- **การมีภาวะโภชนาการที่ดี** เมื่อผู้ป่วยใช้พลังงานมากผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยมากนอกจากนี้พบว่าผลลัพธ์ในกระบวนการเมตาโบลิซึมที่จะเผาผลาญอาหาร นอกจากได้พลังงานแล้วยังเกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย อาหารคาร์โบไฮเดรตถึงแม้จะเกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์แต่ก็พบว่ามีประโยชน์ในการให้พลังงานสูง ดังนั้นอาหารที่เหมาะสมควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย และเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น คาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซในกระเพาะอาหาร ได้แก่ ฟักทอง หอมใหญ่ มะม่วงดิบ และควรชั่งน้ำหนักตัวอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง จากการศึกษาพบว่าหากน้ำหนักของผู้ป่วยน้อยโดยวัดจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI คัดจาก Weight device by square of height in matter) ถ้าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 21 จะมีอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Pauwels et al., 2005) ผู้ป่วยบางรายที่ใช้ยา steroid เป็นระยะเวลานานมากกว่า 2-3 ปีจะเกิดกระดูกผุ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับอาหารที่มีแคลเซียมสูง

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิต เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนพึงปรารถนาไม่ว่าจะอยู่ในสภาวะปกติหรือสภาวะที่มีการเจ็บป่วย ในปัจจุบันคุณภาพชีวิต เป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพประชากร ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ จึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรค ได้แก่ อาการและความผิดปกติต่างๆ มีการยอมรับศักยภาพของตน สามารถดูแลตนเองได้และใช้ชีวิตอยู่ด้วยความพึงพอใจ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตให้ชัดเจนและครอบคลุมทั้งในด้านความหมายหรือองค์ประกอบ (Diminution) ปัจจัยที่มีผล การวัดหรือเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต รวมถึงบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต

Padilla and Grant (1985) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนต่อสุขภาพ ความพึงพอใจของชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

Zhan (1992) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตคือระดับความพึงพอใจซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคน

Ferrel (1995 อ้างถึงใน มนสิน แยมสกุล, 2542) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความผาสุกของบุคคลด้านร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ

WHO (1995 cited in Mandzuk and McMillan, 2005) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตว่าเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลต่อการดำเนินชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระ ไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

จากความหมายของคุณภาพชีวิตพบว่ามีได้หลายความหมาย ความหมายของคุณภาพชีวิตที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าได้ใช้ตามความหมายของ Padilla and Grant (1985) เนื่องจากว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ ซึ่งภาวะสุขภาพจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนั้นเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่

### องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมายซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกัน ตามทัศนะของแต่ละบุคคล หรือแต่ละสังคม

Ferrans and Powers (1992) ได้พิจารณาว่าองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจกรรมต่างๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการรับผิดชอบครอบครัว สุขภาพตนเอง ความเครียด หรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคลประกอบด้วยมาตรฐานการดำเนินชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ เพื่อนบ้าน สภาพทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและการศึกษา

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological / Spiritual) เป็นสภาพการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่างในชีวิต ประกอบด้วยความพึงพอใจในชีวิต ความสุขต่างๆ ไป ความพึงพอใจในตนเอง การประสบความสำเร็จตามจุดหมาย ความสงบในใจ

4. ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัว ของบุคคล ประกอบด้วยความสุขในครอบครัว บุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัว / คู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

WHO QOL Group (1993 อ้างถึงใน มลสิน แยมสกุล, 2542) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตกว้างๆ เป็น 4 หมวด ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) ประกอบด้วยความรู้สึเจ็บปวดและไม่สุขสบาย การนอนหลับพักผ่อน

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) ประกอบด้วยความรู้สึด้านบวก จิตวิญญาณ ความเชื่อส่วนบุคคล ศาสนา ความคิด การเรียนรู้ ความจำและสมาธิ

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) ประกอบด้วยความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมทางเพศ

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ประกอบด้วยอิสรภาพ การได้รับความคุ้มครอง มลภาวะและระบบขนส่งมวลชน ความพึงพอใจในสถานที่ทำงาน

Ferrel (1996) ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบคือ

1. ความผาสุกด้านร่างกายและอาการทางกาย (Physical well-being and symptoms) ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความเหนื่อยล้า การพักผ่อนนอนหลับ

2. ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) เป็นความสามารถในการควบคุม ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความกลัว และการรับรู้

3. ความผาสุกทางสังคม (Social well-being) เป็นความสามารถในการควบคุมความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ ความสามารถในการดำรงอยู่ในสังคมได้ตามปกติ การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว

4. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เป็นความรู้สึกรับรู้ถึงการมีความหวัง เช่น การมีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต การมีความรู้สึกและความเชื่อในทางที่ดี

Padilla and Grant (1985) ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

1. ความผาสุกทางด้านร่างกาย กำหนดความหมายโดย ความแข็งแรง ความเมื่อยล้า ความสามารถในการทำงาน สุขภาพและการรับรู้ประโยชน์

2. ความผาสุกทางด้านจิตใจ กำหนดความหมายโดย ความสุข ความพึงพอใจ ความสนุก คุณภาพชีวิตต่างๆ ไป ความพึงพอใจในการนอนหลับ

3. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ กำหนดความหมายโดย ความสามารถในการดูแล ความเป็นห่วง ความสามารถในการปรับตัว และความสามารถในการมีชีวิตอยู่กับอาการของโรค

4. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม กำหนดความหมายโดย การแยกตัวออกจากสังคม การติดต่อกับสังคม และความต้องการความเป็นส่วนตัว

5. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา กำหนดความหมายโดย ความสามารถในการมีกิจกรรมทางเพศ และความบอ้ยและความรุนแรงของความเจ็บปวด

6. ด้านภาวะโภชนาการ กำหนดความหมายโดย น้ำหนักร่างกาย และการรับประทาน อาหารที่เพียงพอ

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาองค์ประกอบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตตามแนวคิด ของ Padilla and Grant (1985) แนวคิดนี้มองว่าการรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีอาการของโรคเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะ สุขภาพ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ คุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนั้นเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ การวัดคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดดังกล่าวเป็นการรับรู้ด้วยตัวของผู้ป่วยเองถึงความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตาม สภาวะสุขภาพในขณะนั้น จึงน่าที่จะทำให้เข้าใจถึงสภาพความเป็นอยู่ของตนเองในขณะนั้น ได้ อย่างแท้จริง นอกจากจะศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแล้ว การประเมินคุณภาพชีวิตก็มีความสำคัญเพื่อที่จะได้นำมาใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตให้ถูกต้องตรงกับวัตถุประสงค์ที่ศึกษา

#### **ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับบุคคลและสิ่งแวดล้อมรวมถึงบริบทต่างๆ (Zhan, 1992) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต มีทั้งปัจจัยทางบวกและทางลบ อาจเป็นคุณสมบัติส่วนตัว หรือสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลเปลี่ยนแปลง จากการศึกษา ค้นคว้าวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีหลายประการ สรุปได้ดังนี้

1. เพศ การศึกษาการดูแลตนเองและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าเพศชายมีการดูแลตนเองและมีการรับรู้ความผาสุกในชีวิตดีกว่าเพศหญิง (นาฏอนงค์

สุวรรณจิตต์, 2537 อ้างถึงใน อภรณ์พรรณ สุนทรจตุรวิทย์, 2546) อธิบายได้ว่าเพศชายถูกกำหนดทางสังคมว่าเป็นผู้เข้มแข็งเป็นหัวหน้าครอบครัว ในขณะที่เพศหญิงมีบทบาทจะเป็นผู้ดูแลให้การช่วยเหลือทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและเกิดความพึงพอใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า จากการศึกษาของ จารุณี บันลือ (2542) ที่ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ พบว่าเพศมีอิทธิพลในทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญ และจากการศึกษาของ Foy et al. (2001) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 140 คน พบว่าเพศหญิงมีการพัฒนาอาการหายใจลำบากแตกต่างจากเพศชาย และเพศมีผลต่อคุณภาพชีวิตระดับปานกลางและเสนอว่าในการศึกษาคุณภาพชีวิตควรนำเพศมาพิจารณาด้วย

2. **ระดับความรุนแรงของโรคหรืออาการ** ระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยบ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพซึ่งมีอิทธิพลต่อระดับความสามารถในการทำกิจกรรมเป็นอย่างมาก จากการศึกษาของ วรณระวี อัครนิจ (2534: 51) ได้ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 100 คน ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้มีระดับความรุนแรงของโรคมักจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้จำกัด สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี บันลือ (2542) พบว่าระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยหอบมีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่และพบว่าความรุนแรงของโรกระดับที่ 2 - 4 มีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญตามลำดับ

3. **แรงสนับสนุนทางสังคม** เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของ เขียน เขมยง (2540) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 73 คน คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลของซาน มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์เชียงใหม่ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant (1985) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับทุกมิติของคุณภาพชีวิต ( $P < .05$ ) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คุณภาพชีวิตจะดีกว่าผู้มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำกว่า ยกเว้นมิติด้านภาพลักษณ์ เหตุผลเพราะว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากคู่สมรส และบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้ดูแลด้านสุขภาพ และได้รับการดูแลจากรัฐบาล โดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล

4. **สภาวะทางอารมณ์** มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต McSweeny et al. (1982) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะพร่องออกซิเจนจำนวน 203 รายและผู้ที่มีสุขภาพดีเป็นกลุ่มควบคุม 73 ราย โดยใช้แบบสอบถามประเมินคุณภาพใน 4 มิติ คือ 1) ภาวะทางอารมณ์และทางจิต 2) บทบาททางสังคมรวมทั้งการประกอบอาชีพ การทำงานบ้านการทำกิจวัตร

ประจำวัน และสัมพันธ์ภาพของครอบครัว 3) การประกอบกิจวัตรประจำวัน 4) การทำงานอดิเรก และการพักผ่อนหย่อนใจ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตลดลงทุกมิติเมื่อเทียบกับผู้มีสุขภาพดี ยกเว้นบทบาททางสังคมและการประกอบอาชีพเนื่องจากว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ และอารมณ์ซึมเศร้าพบว่าเป็นอารมณ์ที่เด่นที่สุดในความผิดปกติด้านอารมณ์

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ ระดับความรุนแรงของโรคหรืออาการ แรงสนับสนุนทางสังคม สภาวะทางอารมณ์ ดังนั้นใน โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก ได้มีขั้นตอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่รวมทั้งมีการสอนและสาธิตการบริหารการหายใจ การใช้ยาสูดพ่น และการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก จะเป็นการช่วยผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการดูแลตัวเอง ลดความวิตกกังวลในโรคที่เป็นอยู่ ช่วยสนับสนุนทางสภาวะอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง และการฝึกซิงกนอกจากเป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ประสานกับการหายใจที่ถูกต้องโดยการหายใจที่ใช้กะบังลมแล้วขณะฝึกซิงกก่อให้เกิดสมาธิ ช่วยผ่อนคลายซึ่งทำให้มีสภาวะอารมณ์ที่ปกติสงบ ส่งผลต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยลดลงอีกด้วย ในการสนับสนุนทางด้านสังคม พยายามให้คู่มือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก เพื่อให้ผู้ป่วยไปใช้ประกอบการศึกษา และฝึกการบริหารร่างกายที่บ้านถือเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ปัจจัยด้านเพศ และระดับความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยได้นำมาจับคู่ (Matched pair) เพื่อเลือกประชากรเข้ากลุ่มตัวอย่างเพื่อลดการเกิดตัวแปรแทรกซ้อนในงานวิจัย

### การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตยังไม่มีข้อตกลงที่แน่นอน มีนักวิชาการหลายท่านได้แบ่งไว้โดยอาศัยตัวบ่งชี้ในการประเมินดังนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO) (1980 cited Meeberg, 1993; 36-37; Zhan, 1992: 796; Ferrans and Powers, 1985: 16) ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้เป็น 2 ประเภทคือ

1. ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุ (Objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็น นับได้วัดได้ เช่น รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา อัตราการเป็นโรค และลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรม หรือลักษณะของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นจริง (Factual information)

2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก เจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อ

สภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตรวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เช่น ความพึงพอใจของชีวิต ความผาสุก ภาวะสุขภาพ ความสุข ความมีคุณค่าในตนเอง ความหมายของชีวิต บทบาทหน้าที่ ฯลฯ

Frank and Stromberg (1998) ได้แบ่งเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยคือ

1. การประเมินด้านวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นเชิงปริมาณ (Objective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์หรือนุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ
2. การประเมินด้านจิตวิสัยโดยวัดเป็นเชิงปริมาณ (Subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง
3. การประเมินด้านจิตวิสัย โดยวัดเป็นเชิงคุณภาพ (Subjective scale yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

ปัญหาในการประเมินคุณภาพชีวิตคือ การเลือกใช้แบบวัดที่เหมาะสม โดยควรจะประเมินทั้งวัตถุวิสัยและจิตวิสัย (Zhan, 1992) หรือควรจะประเมินทางด้านจิตวิสัย ซึ่งเป็นการประเมินสิ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเท่านั้น (Campbell, 1981 cited in Ferran and Power, 1985) นอกจากนี้การประเมินคุณภาพชีวิตอาจพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิตดังนี้

1. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วย โครงสร้างมิติเดียว ซึ่งนิยมกันมากในอดีต โดยใช้คำถามเดียว สรุปลึ้นคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด ซึ่งถือว่าการประเมินที่เที่ยงตรงและเชื่อถือได้ (Cantril, 1985 cited in Hanucharunkul, 1988)
2. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย โครงสร้างหลายมิติ (Multidimensional) การประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้โครงสร้างหลายมิติ อาจเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เพราะช่วยให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วย ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมด แนวคิดนี้นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในบุคคลที่เจ็บป่วย โดยเชื่อว่าจะประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้เหมาะสม ถูกต้องตามสภาพความเป็นจริงมากกว่าการประเมินจากมิติเดียว (Zhan, 1992; Padilla and Grant, 1985; Ferrans, 1990)

การประเมินคุณภาพชีวิตแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย แต่ในด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยการประเมินคุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่ประเมินเชิงจิตวิสัยมากกว่าวัตถุวิสัย ซึ่งเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยเองถึงคุณภาพชีวิตของตนเมื่อเจ็บป่วย ทำให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วย และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าการประเมินโดยบุคคลอื่น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติในเชิงจิตวิสัย มีข้อมูลเป็นเชิงปริมาณ ตามแนวคิดของ Padilla and Grant (1985) เนื่องจากการประเมินคุณภาพชีวิตตามการรับรู้หรือประสบการณ์ด้วยตัวผู้ป่วยเอง และเป็นการศึกษาประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย ดังนั้นการประเมินโครงสร้างหลายมิติน่าจะมีความเหมาะสมเนื่องจากคุณภาพชีวิตของบุคคลขึ้นอยู่กับหลายสิ่งประกอบกัน แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) สร้างโดย Padilla and Grant ในปี ค.ศ. 1983 และปรับปรุงใน

ปี ค.ศ. 1985 เพื่อใช้ในผู้ป่วยผ่าตัดโคลอสโตมีย์ (colostomy) แบบวัดนี้ สมจิต หนูเจริญกุล (2536) ได้แปลและดัดแปลงใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยตัดข้อคำถามเกี่ยวกับการผ่าตัดโคลอสโตมีย์ออกเหลือข้อคำถาม 22 ข้อ และ นิรามย์ ใช้เทียมวงษ์ (2535) นำมาดัดแปลงให้เหมาะสมใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อมา จันทรจิรา วิรัช (2544) ได้นำแบบวัดที่นิรามย์ ใช้เทียมวงษ์ ดัดแปลงแล้ว มาวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เครื่องมือนี้วัดการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตทั้ง 6 ด้าน คือ 1) ความผาสุกทางด้านร่างกาย 2) ความผาสุกทางด้านจิตใจ 3) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ 4) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสังคม 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา 6) ด้านภาวะโภชนาการ จำนวนข้อคำถามมี 23 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามในด้านบวก 16 ข้อ และข้อคำถามในด้านลบ 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Linear analogue scale) มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนนบนเส้นตรง คะแนนเท่ากับ 0 หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเลย คะแนนเท่ากับ 100 หมายถึงคุณภาพชีวิตดีมาก ลักษณะการตอบผู้ป่วยจะเป็นผู้ประมาณค่าตามการรับรู้ของตนเองว่าคะแนนอยู่ในช่วงใด ผู้วิจัยจะเป็นผู้เขียนเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรงและระบุคะแนนกำกับกับการให้คะแนนข้อคำถามในด้านลบ จะกลับคะแนนก่อนนำมารวมคะแนนกับข้อคำถามในด้านบวก เมื่อได้คะแนนรวมทั้งหมดแล้ว นำคะแนนของผู้ป่วยแต่ละรายหารด้วยจำนวนข้อคือ 23 ข้อ เพื่อหาค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย

การพิจารณาระดับคะแนนคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ มาลี วรลัคนากุล (2535) ที่ใช้แบ่งระดับคุณภาพดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0-33	มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับต่ำ
> 33 – 66	มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
> 66 -100	มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับสูง

### 3. บทบาทพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การพยาบาลเป็นการกระทำในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการและการลุกลามของโรค (สภาการพยาบาล, 2528) ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่รุนแรงและเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลนอกจากจะบำบัดอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้ว ควรส่งเสริมการดำรงไว้ซึ่งความผาสุกทางร่างกาย จิตใจ และคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้แก่

1. บทบาทการให้ความรู้และการฝึกทักษะ ความรู้และทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองที่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยได้มีความเข้าใจถึงสาเหตุ อาการและสามารถนำความรู้ที่ช่วยใน

การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมอาการ โดยเฉพาะอาการหายใจลำบาก ซึ่งถือเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตลดลง การให้ความรู้ที่จำเป็นยังพบว่ามีข้อจำกัดเนื่องจากอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นบ่อย ซึ่งพยาบาลไม่ได้หาสาเหตุที่เกิดขึ้นจริงทำให้การแก้ปัญหาไม่ตรงจุด การให้ความรู้ควรจะใช้ร่วมกับการรับรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วยตัวผู้ป่วยเอง พยาบาลต้องรับฟังปัญหาและแก้ไขโดยให้ความรู้ที่ผู้ป่วยต้องการ (Christenbery, 2005)

**2. บทบาทด้านงานวิจัย (Researcher)** เป็นผู้ทำการวิจัยหรือมีส่วนร่วมในการวิจัย ติดตามงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โดยเผยแพร่และนำผลงานวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ ปัจจุบันมีงานวิจัยหลายงานวิจัย ที่ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังงานวิจัยของ จันทรจิรา วิรัช (2544) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง งานวิจัยของ อภรณ์พรรณ สุนทรจตุรวิทย์ (2546) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น

**3. บทบาทด้านการให้คำปรึกษา (Consultation)** การเป็นที่ปรึกษา เป็นการแสดงบทบาทในการเป็นแหล่งประโยชน์ด้านความรู้ความชำนาญในด้านคลินิกในสาขาที่เกี่ยวข้องชาญ โดยการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ และการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการบำบัดทางการพยาบาลแก่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งการวางแผนหรือเข้าร่วมในการประชุมปรึกษาหารือ หรือตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยกับพยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพ และกระตุ้นเตือนการเข้าโปรแกรมตลอดทั้งให้คำปรึกษาเพื่อหาแนวทาง ขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการทำกิจกรรมตามโปรแกรมตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย

**บทสรุป** คุณภาพชีวิตสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับเวลาและสถานการณ์ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับปรากฏการณ์ทางจิตวิสัย และจิตวิสัยของบุคคลโดยเฉพาะ เช่น สภาพของร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ด้านร่างกาย จิตสังคม และการรับรู้ความสุขในชีวิต บุคคลที่มีประสบการณ์ชีวิตโดยตรงเพียงผู้เดียว เป็นผู้ที่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของตนเองได้ ถูกต้องทั้งหมด ดังนั้นการที่พยาบาลจะรับรู้และเข้าใจคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการแต่ละรายได้อย่างลึกซึ้งและถูกต้องนั้นจำเป็นต้องประเมินจากคำบอกเล่าของผู้รับบริการโดยตรง

#### **4. รูปแบบการจัดการกับอาการ (Symptom management model)**

อาการ เป็นประสบการณ์ที่เป็นความรู้สึกส่วนบุคคล คนทั่วไปจะมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัย หรือองค์ประกอบหลายประการ ถึงแม้ว่าจะได้รับหรือมีสิ่งกระตุ้น ที่ทำให้เกิดอาการเหล่านั้นเหมือนกัน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะมีอาการต่างๆ เกิดขึ้น



**ประสบการณ์กับอาการ** เป็นการแสดงออกของบุคคลต่อสภาวะการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ การรักษา มีลักษณะเป็นพลวัตรเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของ

1. การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (Perception of symptom) บุคคลมีการรับรู้ต่ออาการแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล (เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะพัฒนาการ สภาพจิต ความสามารถในการเผชิญปัญหา ฐานะทางเศรษฐกิจ) ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (เช่น ความรุนแรง ระยะของโรค และการรักษาที่ได้รับ) และปัจจัยแวดล้อมอย่างอื่น (เช่น สภาพความเป็นอยู่ในบ้าน/โรงพยาบาล สัมพันธภาพในครอบครัว เครือข่ายสนับสนุน ระบบการให้คุณค่าความเชื่อ)

2. การประเมินอาการ (Evaluation of symptom) การประเมินของบุคคลต่ออาการ ตำแหน่ง เวลา ความถี่ของการเกิดอาการ รูปแบบของการเกิดอาการ เพียงชั่วคราวหรือถาวร และอาการนั้นคุกคามต่อชีวิต ทำให้เป็นอันตราย หรือทำให้เกิดความพิการหรือไม่ คาดหวัง

3. การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptom) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่ออาการหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การตอบสนองต่ออาการประกอบด้วย การตอบสนองทางสรีระ เป็นการตอบสนองทางกาย เช่น การเปลี่ยนแปลงของอัตราการหายใจ การตอบสนองทางจิต เช่น ภาวะทางอารมณ์ที่เปลี่ยนไป หรือการตอบสนองทางพฤติกรรม

**การจัดการกับอาการ** กลวิธีในการจัดการกับอาการ ในรูปแบบนี้มีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการ คือการป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางลบ หรือเป็นการชะลอผลลัพธ์ทางลบให้เกิดช้าที่สุด ด้วยการใช้กลยุทธ์ในการดูแลตนเอง กลยุทธ์ที่อาศัยบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการกับอาการ เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ต้องการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ตลอดเวลา ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องยินยอมในการใช้กลยุทธ์นั้นๆ และมีความเฉพาะเจาะจงว่าใช้กลวิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ใช้ที่ไหน ทำไมจึงต้องใช้ ใช้มากน้อยเท่าไร ใช้กับใคร และใช้อย่างไร โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลที่ประกอบด้วย การประเมินประสบการณ์การมีอาการจากมุมมองของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อนำไปสู่กลวิธีจัดการกับอาการ พยาบาลและผู้ป่วยร่วมมือหากลวิธีในการควบคุมอาการ พยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลเพื่อลดความรุนแรงของอาการ นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อควบคุมอาการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการดูแลตนเอง

**ผลลัพธ์จากอาการ (Symptom outcome)** ผลลัพธ์ของอาการ เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และเป็นผลจากกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ โดยผลลัพธ์จะประกอบด้วย 8 ด้าน ดังนี้ 1) ค่าใช้จ่าย (Costs) โดยจะรวมถึงรายได้ฐานะทางเศรษฐกิจและระบบบริการสุขภาพหรือเงินทดแทนจากการทำงาน รวมถึงรายได้ที่ลดลงจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลทำให้เสียโอกาสในการทำงาน 2) ภาวะอารมณ์ (Emotional status) 3) การดูแลตนเอง (Self care) 4) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) 5) คุณภาพชีวิต (Quality of life) 6) อัตราการเกิดโรค และ เกิดโรคร่วม

(Morbidity and co-morbidity) 7) อัตราการตาย (Mortality) และ 8) ความรุนแรงของอาการ (Symptom status)

นอกจากนั้นรูปแบบนี้ตระหนักในมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์ ที่ประกอบไปด้วยบุคคล (Person) สุขภาพและการเจ็บป่วย (Health and illness) และสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อมโนทัศน์ของรูปแบบการจัดการกับอาการซึ่งประกอบด้วยประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการประกอบด้วย

1. บุคคล ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic) ได้แก่ลักษณะทั่วไปของบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส จิตใจ (Psychological) ได้แก่ลักษณะทางบุคลิกภาพ ความสามารถในการรู้คิด และแรงจูงใจ สังคม (Sociological) ได้แก่ครอบครัว วัฒนธรรม ศาสนา และสรีรวิทยา (Physiological) ได้แก่แบบแผนการพักผ่อน การปฏิบัติกิจกรรม และความสามารถของร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลมีมุมมองและตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการ รวมทั้งมีผลต่อระดับของการพัฒนาการในแต่ละบุคคลและมีผลต่อภาวะด้วย

2. สุขภาพและการเจ็บป่วย มโนทัศน์ของสุขภาพและความเจ็บป่วยประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บ หรือความพิการ มีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการกับอาการ ตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดแต่ละชนิดมีประสบการณ์อาการหายใจลำบากแตกต่างกันทั้งในเรื่องคุณภาพและปริมาณของอาการหายใจลำบาก (Janson-Bjerklie, Carrieria, and Hudes, 1986 cited in Dodd et al., 2001)

3. สภาพแวดล้อม หมายถึง สภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการ โดยสภาพแวดล้อม ประกอบด้วยสภาพร่างกาย (Physical) สังคม และวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพจะรวมถึงบ้าน ที่ทำงานและโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคมจะรวมทั้งเครือข่ายทางสังคม (Social support network) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและวัฒนธรรมซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ป่วย และเป็นการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างเดียวกันในกลุ่มชนหรือเชื้อชาตินั้นๆ ซึ่งสถานที่ที่มีผลต่อวิธีการในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเช่นผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษามะเร็ง และเมื่อเชื่อบุภายในช่องปากอักเสบก็จะได้รับคำแนะนำ และวิธีการดูแลตนเองในการจัดการอาการดังกล่าวที่บ้าน มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหอบหืดที่ได้รับการสอนการจัดการด้วยตนเอง (Self-management) เป็นรายบุคคลจะมีการยึดติดในการรักษาเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการสอนแบบกลุ่ม แต่การสอนแบบกลุ่มจะทำให้มีทักษะในการใช้ยาเพิ่มขึ้นกว่าการสอนเป็นรายบุคคล (Wilson et al., 1999 cited in Dodd et al., 2001)

### **ประสบการณ์อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

อาการเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยรู้สึกและตระหนักถึงสภาพการณ์เปลี่ยนแปลง จากการเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการรักษา จากการศึกษาประสบการณ์กับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยรับรู้อาการหายใจลำบากซึ่งประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งประสบการณ์ของแต่ละคนแตกต่างกัน การรับรู้แตกต่างกันทำให้การตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นไม่เท่ากันจากการศึกษาของ Maragon et al. (2005) ศึกษาการรับรู้อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 93 ราย พบว่าแต่ละรายมีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพื้นฐานของโรค การทำหน้าที่ของปอด ระดับความรุนแรงของอาการ และความทนต่อระดับความเจ็บปวดของแต่ละคน พบว่าผู้ป่วยที่ไปรักษาที่ห้องฉุกเฉินจะรับรู้ว่าการหายใจลำบากจะเกิดขึ้น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมถึงร้อยละ 63 และในภาวะที่ปกติอาการหายใจลำบากจะคงที่ นอกจากนี้ผู้ป่วยร้อยละ 24 รับรู้ถึงความวิตกกังวล และการใช้ยาจะมีผลต่อการเกิดอาการหายใจลำบาก และอาการหายใจลำบากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากจากการศึกษาของ สุภาพ สุวรรณเดโช (2543) ซึ่งศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะหอบเหนื่อย จากกลุ่มตัวอย่าง 96 ราย พบว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากโดยรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยร้อยละ 87.50 บอกว่าอาการหายใจลำบากทำให้รู้สึกแน่นหน้าอก ร้อยละ 80.40 จะรู้สึกคอแห้งและแน่นท้อง ร้อยละ 79.16 มีเหงื่อออกมากกว่าปกติ ร้อยละ 2.08 มีอาการคันใบหน้า เจ็บคอ เสียงดังในหู เรอและเสียดท้อง และขณะที่ผู้ป่วยมีอาการหอบนั้นมีความต้องการ 5 อันดับที่เกิดขึ้นได้แก่ผู้ป่วยร้อยละ 60.14 ต้องการยาช่วย ร้อยละ 18.75 ต้องการน้ำเกลือ ร้อยละ 18.75 ต้องการออกซิเจน ร้อยละ 16.66 ต้องการเพื่อนมาอยู่ด้วย และร้อยละ 10.41 ต้องการอยู่อย่างสงบไม่ให้ใครมารบกวน

#### กลวิธีการจัดการกับอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลวิธีจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จุดประสงค์เพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์โดยอาศัยกลยุทธ์ กลวิธีการดูแลตนเอง การใช้ยา หรืออาศัยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งกลวิธีอาจใช้ร่วมกันหลายวิธีก็ได้ สำหรับกลวิธีในการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปัจจุบันสามารถทำได้หลายวิธีคือ 1. การจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตัวเอง (ไพรวัลย์ โคตรตะ, 2547 และสินินาฏ ป้อมเย็น, 2547) 2. การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541) 3. การบำบัดการพยาบาล (ศุภลักษณ์ ปริญาวุฒิชัย, 2544) และ 4. การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (จันจิรา วิรัช, 2544)

#### ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากงานวิจัยที่ผ่านมาสรุปลงได้ว่าหลังจากการบำบัดด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อลดอาการหายใจลำบากพบว่าส่วนใหญ่สามารถทำให้อาการหายใจลำบากลดลงได้ (จันจิรา วิรัช, 2544; ไพรวัลย์ โคตรตะ, 2547; ปิยกานต์ บุญเรือง, 2548; Sassi-dambrom et al., 1993) เพิ่มคุณภาพชีวิต (จันจิรา วิรัช, 2544; สินินาฏ ป้อมเย็น, 2547) มีความทนต่อการออกกำลังกาย (Bendstrup et al., 2003)

## 5. แนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกง

ในปัจจุบันรูปแบบบริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไป และการดูแลสุขภาพนอกจากการรักษาโรคให้หายจากความเจ็บป่วยยังมุ่งส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิต โดยใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (Alternative medicine or complementary therapy) หรือแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีหลากหลายและได้รับความสนใจมากในปัจจุบัน ซิงกงถือเป็นการแพทย์ทางเลือกรูปแบบหนึ่งที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545)

### ความหมายของซิงกง

ซิงกง หรือ การฝึกการหายใจ ซึ่งมีประวัติศาสตร์อันยาวนานในประเทศจีนได้ถูกบันทึกไว้ในตำราการแพทย์นับตั้งแต่สมัยโบราณ และเป็นองค์ประกอบสำคัญของการแพทย์แผนโบราณของจีน การฝึกฝนร่างกายด้วยท่าต่างๆ การกำหนดลมหายใจและจิตใจจะทำให้คนสามารถบ่มเพาะพลังชีวิตขึ้นมาบำบัดรักษาความเจ็บป่วย และทำให้มีสุขภาพดีขึ้น (กองการแพทย์ทางเลือก, 2550) ได้มีผู้ให้ความหมายของซิงกงไว้หลายท่านดังนี้

จว้อต้าหง (2542) ให้ความหมายว่า เป็นการบริหารการหายใจ หรือการบริหารให้กระปรี้กระเปร่า เป็นการบริหารที่รวมการหายใจเข้ากับสมาธิและการผ่อนคลาย โดย ซิง หมายถึง อากาศที่เราหายใจเข้า ออก และกง หมายถึง การบริหาร ความชำนาญหรือการฝึก

เพชรพงษ์ พรายมณี (2542) ให้ความหมายว่า เป็นการฝึกพลังของลมปราณ ซึ่งเป็นวิธีการโบราณที่เชื่อมั่นว่าจะทำให้คนอายุยืน มีสุขภาพแข็งแรง

เทอดศักดิ์ เดชคง (2547) ซิง หมายถึงพลังชีวิตซึ่งมีอยู่ในมนุษย์ทุกคนในรูปแบบที่แตกต่างกัน กง คือการกระทำที่นำไปสู่พลังชีวิต ดังนั้น ซิงกงหมายถึงการฝึกฝนที่เพิ่มพลังชีวิตในร่างกาย

Dorcac and Yung (2003) ให้ความหมายว่า ซิงกงคือรูปแบบการออกกำลังกายที่พัฒนามาจากศาสตร์ของจีนที่ช่วยป้องกันการเจ็บป่วยทำให้ ร่างกายแข็งแรงและ สุขภาพจิตใจดี

สรุป ซิงกง หมายถึง การฝึกฝนให้เกิดพลังเพื่อทำให้ร่างกายมีสุขภาพดี

### ทฤษฎีพื้นฐานของซิงกง

McCaffrey and Fowler (2003) ได้กล่าวถึงทฤษฎีพื้นฐานของซิงกงว่า สัมพันธ์กับทฤษฎีการแพทย์แผนจีน คือ หลักหยินหยาง ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างอวัยวะกลาง และอวัยวะภายใน (Zang – Fu) และทฤษฎีเส้นโคจรเลือดลม 20 เส้น

1. ซิงกงและทฤษฎีหยินหยาง ทฤษฎีหยินหยางเป็นหลักปรัชญาเบื้องต้นของวิถีเต๋า กล่าวถึงด้านของสรรพสิ่งที่ตรงข้ามกัน ขัดแย้งกัน และกลมกลืนกันในสากลจักรวาล รวมทั้งภายใน

ร่างกายคนเรา หมายถึงว่าด้านทั้งสองนี้จะต่อต้านกัน ขณะเดียวกันก็ควบคุมและเป็นเอกภาพแก่กัน คนมีผู้ชาย และผู้หญิง ร่างกายมีฮอร์โมนระบบเสริมสร้างและระบบเผาผลาญประสาทมีเร่งรัดและผ่อนคลาย เซลล์มีเติบโต แบ่งตัว และมีเสื่อมสลาย ลมหายใจมีเข้าและมือออก สิ่งที่ตรงข้ามที่ขัดแย้ง และอยู่ร่วมกันต่างสอดผสมผสานกันด้วยพลังอย่างหนึ่ง คือ พลังแห่งชีวิต ถ้าจำแนกรายละเอียด ลมหายใจเข้าถือเป็น หยิน ขณะหายใจออกถือเป็น หยาง การหายใจเข้าเป็นการสูดรับชี หรือปราณ จากภายนอกเข้าสู่ตัวเรา การหายใจออกเป็นการปลดปล่อยชีของเราสู่สากลจักรวาล การฝึกซึ้ง ส่วนที่เกี่ยวกับลมหายใจ จึงเน้นให้ผู้มีสังกัดธาตุ หยินหรือมีธาตุไฟรุนแรงควรสนใจในลมหายใจ ออก ส่วนผู้ที่ขาดธาตุหยินหรือ พร่องพลังลมปราณ ให้เน้นหนักที่ลมหายใจเข้า

ความเข้าใจในหยินหยาง น่าจะสรุปด้วยคำว่า “สมดุล” สภาพสมดุลของหยินหยาง หมายถึง ร่างกายของคนทั้งภายในและภายนอก ตลอดจนความสัมพันธ์ของอวัยวะภายในอยู่ใน ภาวะสมดุลคงที่ การที่จะสามารถอยู่ในสมดุลได้ต้องอาศัยพลังอย่างหนึ่งในการผสมผสานความ สมดุล นั่นคือพลังแห่งชีวิต หรือซึ้ง บทสรุปสำหรับความสมดุลของผู้ฝึกพลังซึ้ง ก็คือสมดุลของ การนิ่งและการเคลื่อนไหว สมดุลของอารมณ์ไม่สุขหรือทุกข์มากเกินไป สมดุลของการให้และ การรับ และสุดท้ายสมดุลของอาหารการกินไม่น้อยจนซุบผอม กินอาหารที่หลากหลายสารอาหาร และรสชาติ

2. ซึ้งและทฤษฎีเส้น โจรของเลือดลม การแพทย์แผนจีนเชื่อว่าร่างกายมีเส้น โจรของ เลือดลมที่จัดวางไว้ 12 เส้นหลัก และเส้นพิเศษอีก 8 เส้น เส้นที่ 12 นั้นเชื่อมต่อระหว่างอวัยวะ ภายในกับผิวหนังภายนอกอวัยวะจะสมบูรณ์แข็งแรงก็ด้วยได้รับการหล่อเลี้ยงจากธาตุภายนอกเข้า มาผสมผสาน กับธาตุภายในผ่านเส้น โจรทั้ง 12 ขณะเดียวกันการแปรปรวนของลมฟ้าอากาศ ภายนอก ก็อาจกระทบสมดุลของธาตุที่ประกอบขึ้นเป็นอวัยวะภายใน โดยผ่านเส้น โจรเหล่านี้

ซึ้งเป็นพลังปราณที่หมุนเวียนไปตามเส้น โจรเหล่านี้ การเดินลมปราณถือหลัก หมุนเวียนลมปราณในวงจรเบื้องบน เคลื่อนปราณขึ้นและลง เปิดและปิดแล้วคล่อง ซึ่งถือเป็น หลักสำคัญของการฝึกซึ้ง เมื่อเส้น โจรหมุนเวียนได้ต่อเนื่องไม่ติดขัด ก็ทำให้อวัยวะภายในทั้ง 11 และอีก 1 ช่องลำตัวทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นรากฐานของสุขภาพอันดี

3. ทฤษฎีซึ้งกับอวัยวะ การแพทย์แผนจีนถือว่า จิตของคนเราเป็นองค์รวมของความคิด สัมผัสสัญญา และดวงวิญญาณ การปฏิบัติซึ้งทำให้จิตใจสงบ ก้าวสู่สมาธิ เป็นผลให้จิตพักและ ปรับตัวได้แล้วคล่องยิ่งขึ้น ซึ่งซึ้งมีความสัมพันธ์กับอวัยวะต่างๆ ดังนี้

หัวใจ ควบคุม เลือด และการหมุนเวียน หัวใจสำแดงตนออกที่ใบหน้า การปฏิบัติซึ้ง กง มีผลต่อพลังปราณของหัวใจ ซึ่งสังเกตได้จากจังหวะและน้ำหนักรของชีพจร กระทั่งสีสันที่เปล่ง ประกายบนใบหน้า

ปอด ควบคุม ลม และการหายใจ การฝึกหายใจของซิงกเป็นการเปิดรับพลังลมปราณจากสิ่งแวดล้อมภายนอก และช่วยปลดปล่อยลมปราณที่คั่งค้างจากอวัยวะต่างๆ ให้หมดไป ปอดกำหนดพลัง ในส่วนที่เกี่ยวกับลมหายใจและสารจำเป็น ซึ่งเป็นพื้นฐานในการทำงานของอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย (เปรียบได้กับระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียน)

ไต เมื่อปอดเป็นผู้สูดลมปราณเข้าสู่ร่างกาย ไตจะเป็นผู้เก็บรับปราณในเรือนร่าง ก่อให้เกิดเป็นปราณประจำกายของเราเอง ทำให้เกิดพลังชีวิตที่ขับเคลื่อนไปมิหยุดหย่อน

ตับ เป็นอวัยวะที่สะสมเลือดและเพิ่มพลังความคิด อารมณ์ที่แจ่มใสเบิกบานช่วยตับให้ทำงานดี อารมณ์เศร้า เครียด ทำให้เผาไหม้พลังตับ ทำให้การโคจรของปราณตับชะงักเมื่อปฏิบัติซิงกจิตจะสงบและผ่อนคลาย ทำให้อารมณ์แจ่มใส ช่วยดับเชื้อไฟ พลังหยางที่ผลาญตับได้อย่างดี

ม้าม เป็นอวัยวะส่งผ่านและย่อยสลายสารอาหาร น้ำลายคือสารคัดหลั่งของม้าม การปฏิบัติซิงก ช่วยส่งเสริมพลังย่อยอาหารของม้ามได้โดยตรง ทำให้อุยกอาหาร การหายใจที่อาศัยการเคลื่อนขึ้นลงของกะบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง จึงเป็นการนวดกระเพาะ ช่วยขับเคลื่อนลำไส้ได้เป็นอย่างดี

### หลักในการฝึกซิงก

การปฏิบัติให้เกิดผลมีพลังซิงก จะต้องเข้าใจหลักการที่จำเป็นซึ่งขาดไม่ได้ในการฝึกซิงก ฉะนั้นการฝึกซิงกที่จะให้ผลดีนั้นควรมีหลักในการฝึกดังนี้ (เทอดศักดิ์ เศษคง, 2545)

1. Respiration การหายใจ เป็นตัวแรกที่ต้องทำความเข้าใจฝึกฝน จนเกิดความชำนาญ โดยเฉพาะการหายใจด้วยท้องผ่านการเคลื่อนไหวของกะบังลม การหายใจเข้าออกในขณะที่ฝึกซิงกจะต้องมีสมาธิในการฝึกและหัดควบคุมการหายใจเข้าออกผสมผสานกันไปด้วย การหายใจจะถูกควบคุมโดยตรงจากสมอง ทำให้เกิดจังหวะสม่ำเสมอ ลมหายใจที่ลึกและคงที่ตลอดช่วงที่หายใจเข้า-ออก เมื่อใดที่เคลื่อนไหวมือขึ้นหรือขยายออกให้หายใจเข้าท้องพอง และเมื่อมือลดต่ำลงหรือหดเข้าเป็นจังหวะหายใจออกท้องยุบซึ่งจะทำให้ได้ซิงกจากธรรมชาติ

2. Relaxation การผ่อนคลาย ควรทำอย่างสงบ ในระหว่างที่ฝึกนั้น ให้ผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ

3. Regulation หมายถึง กฎเกณฑ์ที่ใช้ในการเคลื่อนไหวของร่างกายและวางจิตใจ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ ส่วนร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม

3.1 กฎของร่างกาย คือ ทำเมื่อร่างกายพร้อม เช่น ไม่อึดหรือหิวจนเกินไป ไม่อ่อนเพลีย ไม่มีไข้สูง กระบวนท่าต่างๆ ควรเรียงลำดับ แต่ก็อาจจะกลับมาเป็นชุดๆ ได้ เน้นความสม่ำเสมอและนุ่มนวลของร่างกาย มือขึ้นช้าลงช้าอย่างสม่ำเสมอ ไม่สะดุดหรือหยุดชะงัก

### 3.2 กฎของจิตใจ

3.2.1 ทำเมื่อจิตใจพร้อมอยู่ในอารมณ์สบาย ไม่เคร่งเครียด หงุดหงิด โกรธ โมโห

3.2.2 จิตใจนิ่งอยู่บนฝ่ามือ การฝึกซิ้ง 4 ท่า เป็นการทำให้สมาธิกับการเคลื่อนไหวของฝ่ามือทั้ง 2 ข้าง

3.2.3 กฎของสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่นำมาซึ่งพลังที่สมบูรณ์สถานที่ฝึกจะเป็นในห้องหรือกลางแจ้งก็ได้ ขอให้เป็นที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก

### ผลของการฝึกซิ้งต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

จากการศึกษาของ Chen (2004) ได้ทำการวิเคราะห์และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับผลของการฝึกซิ้งในประเทศจีน แล้วพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงต่อระบบต่างๆ ดังนี้

1. ผลของซิ้งต่อระบบกล้ามเนื้อและประสาท เมื่อฝึกซิ้งจนบรรลุเป้าหมายแห่งการโคจรของลมปราณ คลื่นไฟฟ้าสมองของผู้ฝึกจะเกิดการเปลี่ยนแปลงความถี่ลดลงเรื่อยๆ รูปคลื่นเริ่มเรียงตัวเป็นระเบียบไม่สับสนวุ่นวายเหมือนในยามปกติ ทั้งจะพบคลื่นของหีบสมองด้านหน้า (Frontal lobe) มีอำนาจมากขึ้น สมองหีบนี้ควบคุมการทำงานของอวัยวะภายในและต่อมต่างๆ จะลดน้อยลง นักสรีรวิทยายอธิบายว่าซิ้งทำให้เกิดการกั้นกรองสัญญาณ ของคลื่นสมอง ที่บริเวณเครือข่ายสมองชื่อว่า reticulum เป็นผลให้จิตสงบได้ดีในสภาวะนี้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ทั้งระบบประสาทซิมพาเทติกก็มีความไวลดลง แต่ไปเพิ่มความไวในการทำงานของระบบพาราซิมพาเทติก สำหรับกล้ามเนื้อลายจะมีการคลายตัวลง

2. ผลของซิ้งต่อระบบหายใจ ในภาวะซิ้ง การหายใจจะช้าลงหายใจลึกกลมเข้าออกมากขึ้น เพิ่มอัตราการจับคาร์บอนไดออกไซด์ และเพิ่มจำนวนออกซิเจนในร่างกายการหายใจลึกจนถึงช่องท้องโดยฝ่ายการเคลื่อนไหวของกะบังลมเป็นการกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 ที่เรียกว่า วากัส ซึ่งเป็นเส้นประสาทที่มีจุดเริ่มต้นที่ก้านสมองทอดยาวมาตามแนวกระดูกสันหลังลงมายังอวัยวะในช่องท้องโดยได้ส่งแขนงบางส่วนไปยังกล้ามเนื้อกะบังลม การกระตุ้นเส้นประสาท วากัส นั้นจะทำให้เกิดการส่งสัญญาณประสาทไปยังก้านสมอง แล้วทำให้มีการตอบสนองมายังอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งมีผลในการผ่อนคลายของอวัยวะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหลอดเลือดฝอย การเคลื่อนไหวของลำไส้ และการลดอัตราการเต้นของหัวใจ เป็นต้น

3. ผลของซิ้งต่อระบบทางเดินอาหาร ปฏิบัติซิ้งช่วยเพิ่มคลื่นการบีบตัวของทางเดินอาหารทั้งบีบไล่อาหารได้แรงขึ้น เพิ่มการขับน้ำย่อยมาย่อยอาหาร ซิ้งอีกด้านหนึ่งสงบประสาทส่วนปลาย และปรับการทำงานของประสาทควบคุมอวัยวะภายใน ผลคือทำให้กระเพาะ ลำไส้ทำงานได้ดีกว่าเดิม ยังช่วยการขับเคลื่อนไหวอาหารในกระเพาะลำไส้ได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

4. ผลของซิงก์ต่อระบบหัวใจหลอดเลือด ปฏิบัติซิงก์มีผลลดความดันเลือดในผู้ที่มีความดันเลือดสูง แต่ก็มีผลเพิ่มความดันเลือดในคนที่มีความดันเลือดต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ ภิราธร (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบริหารผ่อนคลายแนวซิงก์ต่อความเครียด และความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 ราย ผลการวิจัยพบว่าภายหลังที่เข้าร่วมการทดลอง พบว่าระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic มีระดับที่ลดลงกว่าก่อนการทดลอง

5. ผลของซิงก์ต่อระบบต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญอาหาร การปฏิบัติซิงก์ทำให้ระดับเพิ่มกระบวนการสร้าง กลัยโคเจน ซึ่งเป็นสารอาหารที่พึงสะสมในตับ และลดการย่อยสลายสารนี้ที่จะออกไปเป็นพลังงาน ซิงก์จึงเป็นกระบวนการเก็บสะสมพลังงานที่ดี ที่เกิดผลเช่นนี้ได้เพราะซิงก์ช่วยเสริมสร้างการทำงานของอินซูลินในการเก็บรับน้ำตาลจากแป้งเพื่อส่งเข้าตับ ลดการทำงานของต่อมไธมัส เมื่อซิงก์ลดการทำงานของต่อมไธมัสได้สมอง เป็นผลให้ต่อมหมวกไตทำงานได้ตามปกติ โดยไม่ต้องรับหมุนเวียนแป้งเป็นพลังงาน ทั้งไม่ต้องบีบรัดหัวใจและหลอดเลือดอย่างรุนแรง จึงทำให้ร่างกายได้ปรับสมดุลและเข้าสู่ความสงบ ได้พักและและได้ซ่อมแซมตัวเองอีกด้วย

6. เมื่อร่างกายมีความเครียด ระบบหลอดเลือดฝอยจะมีขนาดเล็กลง เนื่องจากระบบซิมพาเทติกได้ถูกกระตุ้น อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันต่อมไธมัส และต่อมน้ำเหลืองต่างๆ จะลดความไวลง ความเครียดอย่างยาวนานทำให้ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตมีปริมาณสูงผิดปกติและเป็นตัวที่ลดการทำงานของเม็ดเลือดขาวที่มีหน้าที่จับกินเชื้อโรคและเซลล์ที่ผิดปกติ ด้วยสาเหตุนี้จึงทำให้บุคคลนั้นเสี่ยงต่อการก่อตัวของมะเร็งยิ่งขึ้น การฝึกซิงก์จะทำให้มีการเพิ่มของเม็ดเลือดแดงใช้ความพร้อมทางกายและใจ ในการฝึกฝนซึ่งจำเป็นจะต้องใช้ร่วมกันกับการปรับสมดุลของอาหาร พฤติกรรม การฝึกฝนจิตใจ และการออกกำลังกาย

### ทำเตรียมตัวก่อนฝึกบริหารแนวซิงก์ (Worm up) (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545)

#### ทำเตรียมร่างกายที่ 1

ยืนแยกเท้าห่างกันประมาณ 1 คืบ ยืนมือทั้ง 2 ข้างเหนือศีรษะ(จังหวะนี้ควรหายใจเข้า) แล้วค่อยๆ ก้มลงเอามือแตะปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง จังหวะนี้ควรหายใจออก) แล้วค่อยๆ ยืดตัวขึ้น แอ่นไปด้านหลังเล็กน้อย(จังหวะนี้หายใจเข้า)ทำนี้ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง

#### ทำเตรียมร่างกายที่ 2

ยืนแยกเท้าห่างจากกัน 1 คืบ ถึง 1 ฟุต มือเท้าเอวหมุนตัวไปทางซ้าย พร้อมกับเอียงคอไปมองสันเท้าขวาด้านหลังเสร็จแล้วหมุนตัวไปทางขวา พร้อมๆ กับการเอี้ยวตัวไปมองเท้าซ้าย ทำซ้ำสลับกันไป 5-10 ชุด หลังจากนั้นทำการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ทั้ง 4 ท่า ในช่วงแรกๆ อาจทำเพียง 1-2 ท่าก่อนก็ได้

## ท่าในการฝึกบริหารแนวซีกง 4 ท่า (เทอดศักดิ์ เศษคง, 2545)

**ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ** เริ่มต้นจากการยืนกางขา ด้วยความกว้างพอๆ กับไหล่ วางปลายเท้าให้ชี้ตรงไปข้างหน้า หลังตั้งตรง ตามองตรงไปข้างหน้า ค่อยๆ หายฝ่ามือทั้ง 2 ข้างขึ้นช้าๆ ตามจังหวะหายใจเข้า เมื่อมือถึงระดับคางก็คว่ำมือและลดมือลงต่ำ ช่วงนี้เป็นจังหวะหายใจออก เมื่อฝ่ามือลงมาถึงระดับเอวค่อยย่อเข่าทั้ง 2 ข้างเล็กน้อย เป็นท่าที่เอื้อต่อการหายใจโดยใช้กะบังลม

ท่าซีกงท่าที่ 1 ด้วยการหายใจฝ่ามือ ยกขึ้นไปใหม่ เมื่อมือถึงระดับเอว ค่อยเหยียดเข่า ยกฝ่ามือขึ้นไปจนถึงระดับคางจึงคว่ำมือ แล้วลดลงมาใหม่ วนเวียนอย่างนี้ไปเรื่อย ๆ

**ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง** เริ่มต้น โดยต่อจากท่าที่ 1 ด้วยการยกแขนและฝ่ามือขึ้นมาตรงๆ ในแนวกลางจนถึงรับสายตา แล้วหันฝ่ามือเข้าหากันก่อน จึงขยายฝ่ามือออกทั้ง 2 ด้าน จังหวะนี้เป็นจังหวะหายใจเข้า เมื่อกลับหุบแขนเข้ามาตรงหน้า คว่ำมือลดลงต่ำ มือถึงเอวก็ย่อเข่าลง จังหวะนี้ให้หายใจออก เป็นท่าที่ช่วยบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกด้านหน้า

**ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า** จากท่าที่ 2 วางมือไว้ข้างลำตัว แล้วกางแขนออกจนหลังมือทั้ง 2 ข้างสัมผัสกันเหนือศีรษะ จังหวะนี้หายใจเข้า เมื่อลดแขนลงมาและผ่านระดับเอวก็ย่อเข่า จังหวะนี้เป็นการช่วยหายใจออกเป็นท่าที่ช่วยบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกด้านข้างในการฝึกจริงๆ แล้วผู้ฝึกจะทำท่าที่ 1 จนพอ อาจเป็น 5 นาที แล้วไปยังท่าที่ 2 อีก 5 นาทีก่อน จึงไปทำท่าที่ 3 ทั้งนี้เพื่อสร้างสมาธิและลดช่วงเวลาการเปลี่ยนท่าให้น้อยที่สุด

**ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา** ท่าที่ 4 นั้นคล้ายกับท่าที่ 1 แต่จะต่างกันบ้างตรงที่มีการวาด ฝ่ามือออกไปกว้างกว่า เสมือนกับเป็นการช้อนเอาพลังจากพื้นดินและธรรมชาติเข้ามาไว้ในตัวเรา ในจังหวะหายใจเข้า เมื่อฝ่ามือเลื่อนขึ้นจนถึงระดับคาง ก็คว่ำมือแล้วลดมือลง ฝ่ามือผ่านเอวก็ย่อเข่า เหมือนกับท่าที่แล้วมา

จิตใจที่แตกต่าง ตลอด 3 ท่าแรกจะเน้นการวางจิตใจไว้ที่ฝ่ามืออย่างเดียว แต่พอมาถึงท่าที่ 4 แล้ว จิตใจจะต้องแบ่งไว้ที่เท้าด้วยครึ่งหนึ่ง โดยการจินตภาพ (Visualization) ถึงรากแก้วที่ต่อลงไปจากเท้าลึกกลงไปในพื้นดินประมาณ 1-2 เมตร การหายใจเข้าจึงเป็นตัวแทนของการดึงพลังจากเท้าขึ้นมาสะสมในลำตัวในการฝึกมือจะเป็นตัวแทนของพลังซึ่งจากอากาศและแสงอาทิตย์ ซึ่งได้จาก ฝ่าเท้าเป็นตัวแทนของซึ่งจากพื้นดินซึ่งจะสร้างสมดุลของพลังในร่างกายนั่นเอง

การเก็บพลัง ทุกครั้งหลังการฝึกเสร็จสิ้นต้องเก็บพลังทันที เพื่อไม่ให้พลังสูญหายไป วิธีเก็บมีหลายวิธี แต่วิธีที่ง่ายที่สุดคือ การเอาฝ่ามือทั้ง 2 ข้างซ้อนกันวางปิดบนท้องน้อย แล้วใช้จิตใจโน้มน้าาชีบนฝ่ามือไปยังช่องท้อง ซึ่งจะรู้สึกได้ถึงความร้อนและประจุไฟฟ้าที่ไหลเข้าไป ผู้ชายให้เอาฝ่ามือขวาทับฝ่ามือซ้าย ผู้หญิงฝ่ามือซ้ายทับมือขวา วางนิ่งด้วยใจสงบสักครู่ หลังการฝึกควรเดินเล่นไปมา ขยับตัว ขาและแขน ประมาณ 10 นาที

## 6. โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง

โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการลดอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง โดยใช้รูปแบบการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง โดยมีขั้นตอน 5 ขั้นตอน ดังรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูลหลังจากนั้น ผู้วิจัยประเมินประสบการณ์ผู้ป่วยโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก การรับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยได้ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นซึ่งผู้วิจัยจะรับฟังด้วยด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง โดยตระหนักว่าอาการเป็นประสบการณ์ที่เป็นความรู้สึกส่วนบุคคล คนทั่วไปมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย และประเมินสิ่งที่ควรให้ความรู้เพิ่มเติม

2. การให้ความรู้ในการจัดการอาการหายใจลำบาก ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยให้ความรู้กับผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในเรื่อง หน้าที่และโครงสร้างของระบบทางเดินหายใจ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสาเหตุ อาการ และการรักษา การจัดการกับอาการหายใจลำบากได้แก่การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การบริหารการหายใจร่วมกับการไอ การใช้ยาและเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น การโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยชีกง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัย และร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและญาติในการจัดการกับอาการอย่างเหมาะสมตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้น และให้กลุ่มมีความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ส่งเสริมญาติให้กำลังใจช่วยเหลือผู้ป่วยในการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงให้ปฏิบัติเป็นกิจวัตร

3. การฝึกทักษะในการจัดการอาการหายใจลำบาก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติในการจัดการกับอาการหายใจลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะที่จะให้ได้แก่การฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่น การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก โดยผู้วิจัยสาธิตให้ผู้ป่วยดู 2 ครั้งและให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยหลังจากนั้นให้ผู้ป่วยดูวีซีดีชีกงที่จัดทำขึ้นโดย นพ.เทอดศักดิ์ เดชคง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงประโยชน์และกระบวนการฝึกมากขึ้น หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงด้วยตัวผู้ป่วยเอง พร้อมกับผู้วิจัย โดยปฏิบัติที่ละท่าจนครบทั้งหมด 4 ท่า หลังจากนั้นปฏิบัติทั้ง 4 ท่าอย่างต่อเนื่อง

ตั้งแต่ท่าที่ 1-4 จำนวน 2 รอบในขณะที่สาธิตจะให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามผู้วิจัยไปพร้อมกัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก

4. การปฏิบัติการในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยได้ฝึกซึ่กที่บ้านทุกวัน วันละ 20 - 30 นาทีอาจเป็นเวลาเช้า เย็น จนครบ 6 สัปดาห์ ซึ่งการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กนี้เป็นการจัดการกับอาการหายใจลำบากและช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นผู้ป่วยฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังทำให้จิตใจสงบเกิดสมาธิ

5. การประเมินผลการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมประเมินผลและวางแผนร่วมกันในการควบคุมอาการหายใจลำบากต่อไป การจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองนี้จะป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมของผู้ป่วยแต่ละราย

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ก

อุไรวรรณ โพร้งพนม (2546) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการร่ำมวยจีนซึ่กต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 รายแบ่งป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน ผลการศึกษาระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวานหลังออกกำลังกายด้วยวิธีร่ำมวยจีนซึ่กมีค่าลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมการร่ำมวยจีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีค่าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัชรวรรณ จันทรอินทร์ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่กต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดเพศหญิง ที่เข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาลรามาชิปดี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 ราย ป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย โปรแกรมพัฒนามาจากรูปแบบการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การประเมินความต้องการและประสบการณ์รับรู้ของผู้ป่วย 2. การให้ความรู้ 3. การบริหารกาย-จิตแบบซึ่กสัปดาห์ละ 3 วันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และ 4. การประเมินผล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่กมีคะแนนความเหนื่อยล้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปิยกานต์ บุญเรือง (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกบริหารแนวซึ่กร่วมกับการให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับรูปแบบการ

บริหารแนวชีง และการติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ใน จำนวน 40 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริหารร่างกาย แนวชีงร่วมกับการให้ความรู้มีอาการหายใจลำบากน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Tang (1994) ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ถึงประสิทธิภาพของชีงในการรักษาโดยการ เก็บรวบรวมรายงานการรักษาระหว่างประเทศออสเตรเลีย และจีนตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 เพื่อให้เห็น ถึงการใช้ชีงในการส่งเสริมสุขภาพและรักษาโรค สัมภาษณ์ 3 สถาบันการศึกษาที่ได้ศึกษาวิจัย เรื่องเกี่ยวกับชีง สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ระดับบริหารกระทรวงสาธารณสุขและ สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เป็น มะเร็งเม็ดเลือดขาว ผลการศึกษาพบว่าถึงแม้ว่าชีงจะมีประสิทธิภาพในการจัดการกับความ เจ็บป่วยแต่ยังไม่มียรูปแบบหรือเป็นที่รู้จักมากเหมือนแพทย์แผนจีนชนิดอื่น เนื่องจากยังขาดงานวิจัย ที่เสนอประสิทธิภาพของชีง แต่ก็พอสรุปได้ว่า ชีงมีประสิทธิภาพในการรักษา

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จารุณี บุญถือ (2542) ศึกษาคุณภาพชีวิตที่เสียไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการ สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประวัติสูบบุหรี่ติดต่อกันมา 10 ปี จากโรงพยาบาลรัฐบาล 7 แห่ง จำนวน 500 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการ สูบบุหรี่ 250 รายและกลุ่มอ้างอิง 250 ราย เก็บรวบรวมโดยวิธีสัมภาษณ์ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อ คุณภาพชีวิตได้แก่สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ระดับความ รุนแรงของอาการเหนื่อยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งอยู่ระดับปานกลาง และต่ำกว่ากลุ่มอ้างอิง ทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม ยกเว้นด้านสิ่งแวดล้อม

McSweeny et al. (1982) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะ พร่องออกซิเจนจำนวน 203 ราย และผู้ที่มีสุขภาพดีซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม 73 ราย พบว่าคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ที่มีสุขภาพดีมีภาวะพร่องในหลายๆ ด้านของคุณภาพชีวิต เหมือนกัน อารมณ์ซึมเศร้าพบว่าเป็นอารมณ์ที่เด่นที่สุดในความผิดปกติด้านอารมณ์ โดยในกลุ่มที่มี ภาวะพร่องออกซิเจน มีถึง 42% ในกลุ่มสุขภาพดีมีภาวะซึมเศร้า 9% นอกจากนี้พบว่าในกลุ่มผู้ป่วย มีความยากลำบากในการจัดการดูแลบ้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การเคลื่อนไหวร่างกาย การ นอนหลับ การพักผ่อนและการันทนาการต่างๆ ลดลง อายุ สภาวะเศรษฐกิจ และสังคมพบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Pang et al. (2005) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจ ลำบากระดับรุนแรงทั้งหมด 108 ราย โดยกลุ่มควบคุมคือผู้ป่วยมะเร็ง 41 ราย โดยศึกษาผู้ป่วยจาก 3 โรงพยาบาลในเมืองฮ่องกงพบว่ามีคุณภาพชีวิตลดลงใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่มโดยคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ลดลงนั้น ผู้ป่วยรายงานว่ามีความไม่สุขสบายเนื่องจากอาการหายใจเหนื่อยร้อยละ 77.8 ปัญหาด้านระบบย่อยอาหาร ร้อยละ 5.6 และจากการไอร้อยละ 4.6

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงซึ่งอาการหายใจลำบากเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีหลายงานวิจัยที่มุ่งในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งพบว่ายังขาดความเป็นองค์รวมที่เด่นชัดกล่าวคือยังเป็นงานวิจัยที่เน้นด้านใดด้านหนึ่งโดยเฉพาะระหว่างร่างกายและจิต เพื่อให้การดูแลเป็นองค์รวมมากขึ้น สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจใช้แนวคิดการจัดการกับอาการโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิง ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้ประสบการณ์ของอาการผู้ป่วย และความรู้ที่ให้จากพยาบาล ซิงเป็นการบริหารร่างกายแบบหนึ่งที่ส่งเสริมสุขภาพกายแล้วยังทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติเกิดการผ่อนคลายและหากใช้ซิงผสมผสานกับรูปแบบการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) น่าจะเป็นกลวิธีที่ใช้จัดการกับอาการหายใจลำบากได้ผลดี และทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิด

### โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิต ด้วยซิงก์ต่อคุณภาพชีวิต

#### ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก

- 1.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
- 1.2 ประเมินประสบการณ์อาการหายใจลำบาก โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ของอาการหายใจลำบาก จากมุมมองของผู้ป่วยเอง
- 1.3 ประเมินความต้องการ ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผลกระทบของการเกิดอาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการหายใจลำบาก

#### ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก

- 2.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรู้ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคและการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก และการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ได้แก่การบริหารการหายใจ ยา/เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น การสงวนพลังงาน การดูแลเรื่องโภชนาการ ความรู้เกี่ยวกับซิงก์ ซึ่งประกอบด้วยความหมายการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ ขั้นตอนการฝึกซิงก์ ผลข้างเคียงของการฝึกซิงก์
- 2.2 ผู้ป่วยร่วมกันกับผู้วิจัยระบุเป้าหมาย วางแผน ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก
- 2.3 เปิดโอกาสให้ซักถาม
- 2.4 ให้อุปกรณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์เพื่อประกอบการเรียนรู้และใช้ประกอบการฝึกซิงก์

#### ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาทักษะในการจัดการอาการหายใจลำบาก

- 3.1 ให้อุปกรณ์ซิงก์
- 3.2 ฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ทั้ง 4 ท่าและการฝึกสาธิตย้อนกลับ
- 3.3 ให้การเสริมแรง
- 3.4 ฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่น และการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก

#### ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองที่บ้าน โดยผู้ป่วยฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ทุกวันอย่างน้อยวันละ 20-30 นาที เวลาเช้าหรือเย็น

#### ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล

เป็นการประเมินการปฏิบัติโปรแกรมและให้ข้อมูลในส่วนที่ผู้ป่วยยังขาดอยู่และในสิ่งที่เป็นความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

#### คุณภาพชีวิต 6 ด้าน

1. ความผาสุกด้านร่างกาย
2. ความผาสุกด้านจิตใจ
3. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์
4. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม
5. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและรักษา
6. ภาวะโภชนาการ

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เป็นแบบแผนการวิจัย 2 กลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - posttest control group design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



O1 หมายถึง คุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิต ด้วยซึ้ง

O2 หมายถึง คุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิต ด้วยซึ้ง

O3 หมายถึง คุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมก่อนการได้รับการพยาบาลตามปกติ

O4 หมายถึง คุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

X หมายถึง โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิต ด้วยซึ้ง

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา และมีประวัติการรักษาโรคที่โรงพยาบาลพนมสารคาม ตั้งแต่ พ.ศ. 2547-2549 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี
2. มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2-4
3. ไม่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่านและเขียน ภาษาไทยได้
5. ได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ให้สามารถฝึกซึ้งที่บ้านได้
6. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน (Burns and Grove, 2004) รวม 40 คน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยให้แต่ละกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ และ ระดับความรุนแรงของโรคโดยใช้เกณฑ์ของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา ดังนี้

**ตารางที่ 1** ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามเพศ และระดับความรุนแรงของโรค

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	เพศ	ระดับความรุนแรงของโรค	เพศ	ระดับความรุนแรงของโรค
1	หญิง	3	หญิง	3
2	ชาย	4	ชาย	4
3	ชาย	3	ชาย	3
4	ชาย	2	ชาย	2
5	ชาย	3	ชาย	3
6	ชาย	2	ชาย	2
7	หญิง	2	หญิง	2
8	ชาย	2	ชาย	2
9	ชาย	2	ชาย	2
10	หญิง	3	หญิง	3
11	ชาย	3	ชาย	3
12	ชาย	2	ชาย	2
13	หญิง	3	หญิง	3
14	ชาย	3	ชาย	3
15	ชาย	3	ชาย	3
16	ชาย	2	ชาย	2
17	หญิง	2	หญิง	2
18	ชาย	3	ชาย	3
19	หญิง	2	หญิง	2
20	ชาย	2	ชาย	2

เกณฑ์ในการคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพขณะฝึกชั่งกึ่ง ดังนี้ อัตราการหายใจมากกว่า 28 ครั้งต่อนาที ชีพจรมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2.. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

#### ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

##### 1.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา

1.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ประวัติการแพ้ ประวัติการติดเชื้อที่ปอดหรือ โรคเรื้อรังที่เกี่ยวกับระบบการหายใจ ประวัติการสูบบุหรี่ ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม

1.1.3 ประวัติเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้แก่ระยะเวลาการเกิดโรค จำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล การรักษาที่ได้รับและยาที่ได้รับ

1.2 แบบวัดคุณภาพชีวิต เป็นแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตชุดที่จันจิรา วิรัช(2544) นำมาใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคำถามจำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ความผาสุกทางด้านร่างกาย 3 ข้อ 2) ความผาสุกทางด้านจิตใจ 8 ข้อ 3) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ 2 ข้อ 4) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม 3 ข้อ 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา 3 ข้อและ 6) ภาวะโภชนาการ 3 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Linear analogue scale) มีตัวเลขกำกับค่าคะแนนบนเส้นตรงอยู่ในช่วง 0 -100 คะแนน มีเลขกำกับช่วงละ 10 คะแนน โดย 0 คะแนนหมายถึงคุณภาพชีวิตไม่ดีเลย 100 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีมาก ผู้ป่วยจะเป็นผู้ตอบตามการรับรู้ของตนเองแล้วเขียนเครื่องหมายกากบาท (X) บนเส้นตรงพร้อมทั้งเขียนตัวเลขกำกับตรงจุดที่บ่งบอกความรู้สึกของตนเอง เป็นข้อความด้านบวก 16 ข้อและข้อความด้านลบ 6 ข้อ การให้คะแนนข้อคำถามในด้านลบจะกลับคะแนนก่อนนำมารวมกับคะแนนข้อคำถามด้านบวก จากนั้นจะนำคะแนนรวมทั้งหมดของผู้ป่วยแต่ละรายหารด้วยจำนวนข้อ 22 ข้อเพื่อหาค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย

การพิจารณาระดับคะแนนคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ มาลี วรลัคนากุล (2535) ที่ใช้แบ่งระดับคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0-33	มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับต่ำ
> 33 – 66	มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
> 66 -100	มีการรับรู้คุณภาพชีวิตระดับสูง

**ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากรูปแบบการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการลดอาการหายใจลำบากด้วยตนเองขณะอยู่บ้านได้ ขั้นตอนในการสร้างโปรแกรมมีดังนี้ คือ

2.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากเอกสารตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการกับอาการ คุณภาพชีวิต อาการหายใจลำบาก การดูแลแบบผสมผสาน และการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก

2.2 สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญ และโครงสร้างของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก โดยโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ

2.2.1 การประเมินประสพการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสพการณ์ของอาการหายใจลำบากของตนเอง การประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากและการตอบสนองต่ออาการหายใจลำบาก ทักษะการจัดการกับอาการ

2.2.2 การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบากพยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ของระบบทางเดินหายใจ ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น สาเหตุ อาการ การรักษา การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก และการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ได้แก่การบริหารการหายใจ ความรู้เรื่องยา/เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น การสวดมนต์ พลังงาน การโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค ความรู้เรื่องซิงก และให้คู่มือความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก

2.2.3 การฝึกทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยฝึกการใช้ยาสูดพ่น การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก ฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งงด้วยตัวเองซึ่งมีทั้งหมดทั้ง 4 ท่า ได้แก่ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 อินทริทะยานฟ้า ท่าที่ 4 ลมปราณชานกาย

2.2.4 การปฏิบัติการในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งงทุกวัน โดยใช้เวลาฝึกครั้งละ 20-30 นาที เวลาเช้า หรือเย็น

2.2.5 การประเมินผลเป็นการประเมินการปฏิบัติตามโปรแกรม และให้ข้อมูลในส่วนที่ผู้ป่วยยังขาดอยู่และในสิ่งที่เป็นความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

2.3 สร้างสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ได้แก่ แผนการสอนเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตซึ้งง คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งง โดยมีรายละเอียดดังนี้ ดังนี้

2.3.1 แผนการสอนเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตซึ้งง ประกอบด้วย 2 เรื่องคือความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งงตามรูปแบบของ นพ.เทอดศักดิ์ เดชคง เนื้อหาประกอบด้วย 1) อธิบายถึงหน้าที่และโครงสร้างของปอด 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งสาเหตุ อาการและการรักษา 3) ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก 4) การจัดการกับอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การบริหารการหายใจ ความรู้เรื่องยาและเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น การสงวนพลังงาน อาหารที่เหมาะสมกับโรค 5) ให้ความรู้เรื่องซึ้งง ได้แก่ ประโยชน์ของการฝึกซึ้งง ขั้นตอนในการฝึกบริหารแนวซึ้งงอย่างถูกต้องผลข้างเคียงของการฝึกซึ้งงและอาการที่ผู้ป่วยควรหยุดการฝึกซึ้งง

2.3.2 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งง ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วน ได้แก่ 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งประกอบด้วย โครงสร้างและหน้าที่ของปอด ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งสาเหตุ อาการ การรักษา การดูแลตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก แนวทางในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ได้แก่การบริหารการหายใจ ความรู้เรื่องยา เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น การสงวนพลังงาน อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนที่ 2. ความรู้เกี่ยวกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งง ได้แก่ความหมายของซึ้งง ประโยชน์ของบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งง ท่าที่ใช้สำหรับฝึกซึ้งง ผลข้างเคียงของการฝึกซึ้งง

2.3.3 วิชิตีซึ้งงของ นพ. เทอดศักดิ์ เดชคง เพื่อใช้เป็นสื่อประกอบการสอนเรื่อง การปฏิบัติตัวในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งง และให้ผู้ป่วยนำกลับไปดูเพื่อประกอบการฝึกซึ้งงที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในเรื่องซึ้งงมากขึ้น

### ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบบันทึกการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง สำหรับให้ผู้ป่วยบันทึกจำนวนครั้งในการบริหารร่างกายแนวซิ้ง

3.2 แบบวัดการรับรู้การหายใจลำบาก (Dyspnea Visual Analogue Scale, DVAS) นำมาใช้เพื่อติดตามว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบวัดการประเมินอาการหายใจลำบากของ Gift (1989) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเพียง 1 ข้อคำถามแบบวัดมีลักษณะเป็นเส้นตรงอยู่ในแนวตั้งที่ยาว 100 มิลลิเมตร ด้านล่างสุดตำแหน่ง 0 หมายถึงไม่มีอาการหายใจลำบาก ด้านบนสุดตำแหน่งที่ 100 หมายถึงมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง คือ คะแนนลดลงอย่างน้อย 20 คะแนน กรณีที่คะแนนไม่ลดลง ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมระบุปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันและหาวิธีให้ผู้ป่วยให้มีการปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง โดยอาจใช้เวลามากขึ้น พร้อมทั้งประเมินการปฏิบัติว่ามีส่วนใดที่ทำได้ไม่ถูกต้อง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้งและสื่อ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 4 คน ผู้เชี่ยวชาญทางการฝึกซิ้ง 1 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อประเมินความเข้าใจของเนื้อหา และความเหมาะสมกับผู้ป่วย

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้

#### 1. ข้อเสนอแนะในการปรับ

1.1 ให้ปรับปรุงการใช้ภาษาในคู่มือให้เหมาะสมให้เพิ่มคำเชื่อมโยงระหว่างคำและประโยคบางตอน และบางประโยคให้ตัดบางส่วนของพยางค์ออกเพื่อให้เกิดความสละสลวยซึ่งจะช่วยสื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจดีขึ้น

1.2 ปรับสื่อการสอนเพื่อให้มีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องการใช้ยา และยาสูดพ่น และลดเนื้อหาที่มีความหมายคล้ายคลึงหรือซ้ำกันออก รวมทั้งให้แสดงรูปภาพในคู่มือให้มีความชัดเจนเหมาะสมกับการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ควรปรับระยะเวลาในการทำ Intervention ลง โดยลดระยะเวลาในการวัดอาการหายใจลำบากให้น้อยกว่า 10 สัปดาห์หรืออาจเป็น 4-6 สัปดาห์ เนื่องจากหากนานเกินไปการดำเนินตามโปรแกรมอาจไม่ต่อเนื่อง

1.4 ปรับเนื้อหาในโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก ให้เหมาะตามกิจกรรมในการสอนแต่ละครั้ง เนื่องจากเนื้อหาที่มากเกินไปผู้ป่วยอาจจำไม่หมด

1.5 แก้ไขรายการอ้างอิงในคู่มือและนำไปอยู่ส่วนท้ายของคู่มือ

2. หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) ได้ .86 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

2. การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต และแบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบากไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.72

สำหรับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งกภายหลังการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้เสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับผู้ป่วย ระยะเวลา และความเหมาะสมของกิจกรรมอีกครั้ง พบว่าผู้ป่วยทำความเข้าใจเนื้อหาได้ดีขนาดตัวหนังสือในคู่มือเหมาะสม และสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย แล้วจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

## การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเองโดยมีวิธีการดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน

### 1. ขั้นเตรียมผู้วิจัย

การเตรียมตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นผู้ให้ความรู้ ในเรื่องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้มีความรู้และความชำนาญในการฝึกทักษะการบริหารแบบซึ่งกโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 โดยการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซิ้งง เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง เหมาะสม และเตรียมความพร้อมเพื่อนำซิ้งงไปฝึกให้กับผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.2 ผู้วิจัยเข้าเรียนรู้และรับการฝึกอบรมซิ้งง จากโครงการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้งง กับ นพ.เทอดศักดิ์ เดชคง ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.3 ผู้วิจัยเรียนการฝึกซิ้งงกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ชนศิลป์ โดยเป็นการเตรียมร่างกายด้วยการบริหารทั้งกาย-จิตให้พร้อมก่อน ตามแนวของ นพ. เทอดศักดิ์ เดชคง เพราะเป็นท่าที่ฝึกได้ง่าย จำนวนท่าที่ใช้ฝึกมีเพียง 4 ท่า เหมาะสมกับผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบริหารกาย-จิต ด้วยซิ้งงทั้ง 4 ท่าได้ สามารถลดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ (ปิยกานต์ บุญเรือง, 2548)

1.4 ผู้วิจัยเรียนการฝึกซิ้งงกับ นพ. เทอดศักดิ์ เดชคง ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การบริหารแนวซิ้งงที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณา จริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเสนอโครงการวิจัยพร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อขออนุญาตศึกษาทะเบียนประวัติผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2549 และขอความอนุเคราะห์ให้นักสัตตทดลองการใช้เครื่องมือกับผู้ป่วยในพื้นที่ จำนวน 30 คน

3. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเสนอโครงการวิจัย พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ยื่นต่อสาธารณสุขอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา และขอเก็บข้อมูลการวิจัยจำนวน 40 คน

4. เมื่อโครงการวิทยานิพนธ์ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยประสานงานกับ หัวหน้าแผนกเวชกรรมชุมชนของโรงพยาบาลพนมสารคามและหัวหน้าสถานีอนามัยเพื่อชี้แจงการ เก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการเก็บข้อมูล

5. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยที่มีบ้านอาศัยอยู่ในหน่วยปฐมภูมิทั้ง 6 แห่ง ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจากทะเบียนประวัติ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

6. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และสัมภาษณ์เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของสมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา ให้ได้ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 2-4 จนครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

7. ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยหลังจากได้รับความร่วมมือ โดยได้รับการยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเช่นไปยินยอมการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

8. Pre – test กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

9. ดำเนินการทดลอง โดย

#### กลุ่มควบคุม จะได้รับ

1. การพยาบาลตามปกติโดยได้รับคำแนะนำต่างๆ จากเจ้าหน้าที่พยาบาลโรงพยาบาลพนมสารคาม หรือจากเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่ประจำอยู่ที่สถานีอนามัย ซึ่งคำถามทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรู้การใช้ยา การดูแลตนเองเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค และการควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง

2. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไปโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและ การรักษา

3. นัดผู้ป่วยอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 ที่สถานีอนามัย

หลังจากสิ้นสุดการทำวิจัย ผู้วิจัยสอบถามประสพการณ์อาการหายใจลำบากของผู้ป่วย และร่วมแลกเปลี่ยนประสพการณ์ในการจัดการกับอาการหายใจลำบากกับผู้ป่วย ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการฝึกบริหารกาย-จิตซึ่กง และสอนการหายใจแบบเป่าปาก การใช้ยาสูดพ่น ให้ผู้ป่วยชมวีซีดีเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านได้

กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กงโดยผู้วิจัยพบผู้ป่วยจำนวน 4 ครั้ง แบ่งเป็นการพบที่บ้าน 3 ครั้งพบที่สถานีอนามัย 1 ครั้ง ดังรายละเอียด

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเดินทางไปพบผู้ป่วยที่บ้าน ในสัปดาห์แรกใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยปฏิบัติดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคุ้นเคยที่จะเปิดเผย ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย แจ้งการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทำวิจัย ซึ่งแจ้งถึงขั้นตอนในการทำวิจัยซึ่งต้องปฏิบัติเป็นเวลา 8 สัปดาห์ นับวันเวลาเริ่มและสิ้นสุด

2. หลังจากประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับการหายใจลำบาก โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ของอาการหายใจลำบาก การรับรู้เกี่ยวกับอาการ การประเมินอาการและการตอบสนองกับอาการ ตามมุมมองของผู้ป่วยเอง ผู้วิจัยสอบถามถึงแนวทางการจัดการกับอาการ หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกัน ประเมินความต้องการ ตั้งเป้าหมายในการจัดการกับอาการ

3. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งประกอบด้วยสาเหตุ อาการ การรักษา การบริหารกาย-จิตด้วยซิงก และให้ผู้ป่วยชมวีซีดีซิงก ของ นพ. เทอดศักดิ์ เดชคง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและรู้ถึงแนวทางการปฏิบัติให้ชัดเจนขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก โดยทำเตรียมตัวก่อนการฝึก 2 ท่าและทำการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก 2 ท่า ดังนี้ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง ให้ฝึกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ท่าที่ 1-2 พร้อมกัน ปฏิบัติจนผู้ป่วยทำได้ เมื่อสิ้นสุดการฝึกให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนในท่าที่สบาย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ผู้วิจัยให้การเสริมแรงกับผู้ป่วยด้วยการให้กำลังใจและประโยชน์ที่เกิดขึ้นหากผู้ป่วยฝึก การบริหารกาย-จิตด้วยซิงกเป็นประจำ ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยฝึกการบริหารกาย-จิต วันละ 20-30 นาที ในเวลาเช้า หรือเย็นเป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยฝึกขณะที่ผู้ป่วยสะดวกและมีความรู้สึกผ่อนคลาย หลังจากนั้นผู้วิจัยบอกถึงวิธีการบันทึกการฝึกปฏิบัติซิงก ในตารางบันทึกการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปบันทึกที่บ้าน พร้อมแจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกายจิตด้วยซิงก ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยครั้งต่อไปใน สัปดาห์ ที่ 3 โดยผู้วิจัยขออนุญาตไปพบผู้ป่วยที่บ้าน

**ครั้งที่ 2** ผู้วิจัยเดินทางไปพบผู้ป่วยที่บ้านในสัปดาห์ที่ 3 ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง โดยปฏิบัติดังนี้

1. ผู้วิจัยทักทายผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นกันเอง

2. ผู้วิจัยรับฟังปัญหาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวต่างๆ ผู้วิจัยรวมทั้งผู้ป่วยและญาติร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยในการ จัดการกับอาการหายใจลำบาก

3. ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการหายใจลำบาก ได้แก่การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การไอช้ำและเทคนิคการไอช้ำสุดพ่น การสงวนพลังงานอาหารที่เหมาะสมสำหรับโรค ซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้ถึงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการดูแลตนเองเทียบกับ

ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ สามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากได้อย่างมั่นใจ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามในสิ่งที่ผู้วิจัยให้ข้อมูล

4. ผู้วิจัยสาธิตการใช้ยาสูดพ่น การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก โดยผู้วิจัยทำให้ผู้ป่วยดู 2 ครั้งและให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนเข้าใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

5. เพื่อทบทวนการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งที่เคยให้กับผู้ป่วย ผู้วิจัยเปิดวิธีซึ้งและให้ผู้ผู้ป่วยทำการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง อีก 2 ท่า ได้แก่ ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า และท่าที่ 4 ลมปราณชานกษา เมื่อผู้ป่วยเข้าใจและฝึกปฏิบัติได้แล้วให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติทั้ง 4 ท่าตั้งแต่ท่าที่ 1-4 อย่างต่อเนื่อง และย้ำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติการบริหารกาย-จิตอย่างต่อเนื่องและถูกต้องผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยกล่าวชมเชยให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง พร้อมทั้งตรวจสอบแบบบันทึกการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งของผู้ป่วย และให้กำลังใจให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งอย่างสม่ำเสมอหลังจากนั้นผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 6 ที่บ้านของผู้ป่วย

**ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยเดินทางไปพบผู้ป่วยที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 40 นาที**

1. ผู้วิจัยทักทายด้วยท่าที่เป็นกันเอง  
2. ผู้วิจัยติดตามผลการปฏิบัติในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองจากแบบบันทึกการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง

3. ผู้วิจัยวัดอาการหายใจลำบากโดยใช้แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบากเพื่อประเมินผลโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง ผู้วิจัยพูดคุยเพื่อประเมินการรับรู้อาการหายใจลำบากของผู้ป่วย พร้อมให้คำแนะนำในสิ่งที่ผู้ป่วยยังขาดอยู่และให้กำลังใจเพื่อเป็นการเสริมแรง จากการรวบรวมข้อมูลที่ได้พบว่าผู้ป่วยจำนวนทั้ง 20 ราย มีอาการหายใจลำบากลดลงมากกว่า 20 คะแนนซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ หลังจากนั้นแนะนำผู้ป่วยให้ฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งด้วยตนเองที่บ้านต่อไป ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยครั้งที่ 4 ในอีก 2 สัปดาห์ที่สถานอนามัยใกล้บ้านที่ผู้ป่วยอยู่ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต

**ครั้งที่ 4 พบผู้ป่วยที่สถานอนามัยใกล้บ้าน ในสัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลา 30 นาที** ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ผู้ป่วยถึงผลการปฏิบัติและประเมินอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยทั่วไป และผู้วิจัยให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความรู้เพิ่มเติม หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต

10. นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ ไปวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 2 การทำกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหาร  
กาย-จิตด้วยซึ่งกของกลุ่มทดลองตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์

คนที่	สัปดาห์ที่							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	●		*			○		◆
2	●		*			○		◆
3	●		*			○		◆
4	●		*			○		◆
5	●		*			○		◆
6	●		*			○		◆
7	●		*			○		◆
8	●		*			○		◆
9		●		*		○		◆
10		●		*		○		◆
11		●		*		○		◆
12		●		*		○		◆
13			●		*	○		◆
14			●		*	○		◆
15			●		*		○	◆
16			●		*		○	◆
17				●	*		○	◆
18				●	*		○	◆
19				●	*		○	◆
20				●	*		○	◆

- ผู้วิจัยประเมินประสพการณ์กับอาการหายใจลำบาก ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และฝึกซึ่ง 2 ทำคือทำปรับลมปราณและทำยืดดอกขยายทรวง
- \* ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มเติมฝึกทักษะการใช้ยาพ่น การบริหารการหายใจ และฝึกซึ่ง 2 ทำ ได้แก่ ทำ อินทรีทะยานฟ้า และทำ ลมปราณชานกายา
- ผู้วิจัยวัดอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก
- ◆ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต

หมายเหตุ: วิจัยฝึกปฏิบัติซึ่งด้วยตนเอง เฉลี่ย 33.25 (± 3.43) ครั้ง/6 สัปดาห์)

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

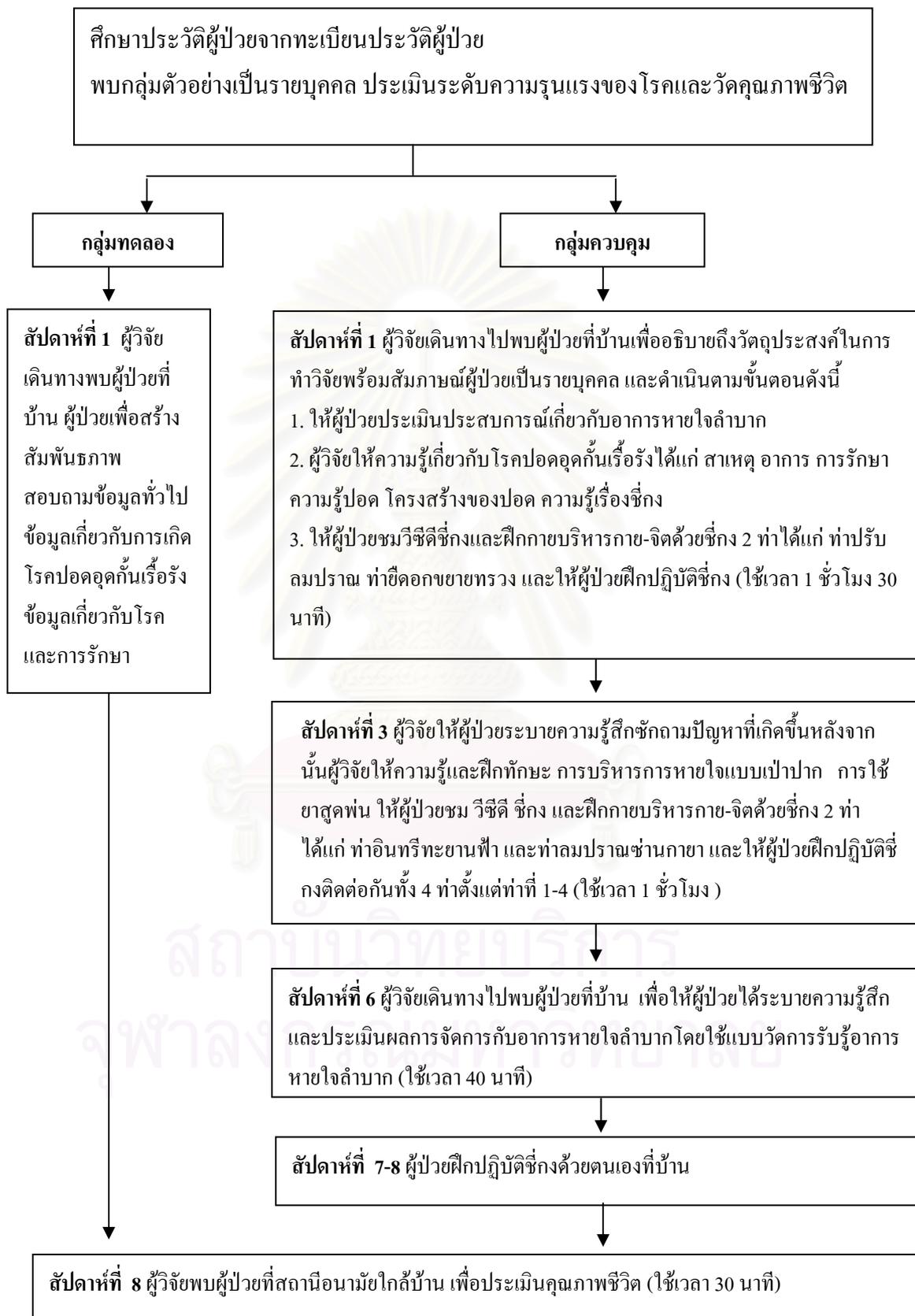
ผู้วิจัยนำโครงร่างฉบับสมบูรณ์ผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายหลังจากได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยพบกับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ ก่อนทำการทดลองขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอม โดยไม่มีการบังคับใดๆ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองครบแล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แจกแจงความถี่ค่าเฉลี่ย และร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบการกระจายของข้อมูลสถิติ Kolmogorov - Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงทดสอบโดยใช้สถิติ t-test
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมก่อน และหลังได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าโปรแกรมด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างจึงเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เป็นแบบแผนการวิจัย 2 กลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยคัดเลือกตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุมและ 20 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง โดยจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มให้มีคุณสมบัติที่เหมือนกันตามที่กำหนดไว้ ผลการวิจัยครั้งนี้นำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 3-5)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 7-10)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	N = 20		N = 20			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b>						
46-50	1	5.00	1	5.00	2	5.00
50-55	4	20.00	4	20.00	8	20.00
56-59	15	75.00	15	75.00	30	75.00
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	2	10.00	2	10.00	4	10.00
สมรส	15	75.00	14	70.00	29	72.50
หม้าย	3	15.00	4	20.00	7	17.50
หย่าหรือแยกกันอยู่	0	0.00	0	0.00	0	0.00
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียน	4	20.00	0	0.00	4	10.00
ประถมศึกษา	14	70.00	18	90.00	32	80.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	5.00	2	10.00	3	7.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	5.00	0	0.00	1	2.50
<b>อาชีพ</b>						
เกษตรกร	5	25.00	7	35.00	12	30.00
รับจ้าง	7	35.00	5	25.00	12	30.00
ค้าขาย / ทำธุรกิจ	3	15.00	2	10.00	5	12.50
ว่างงาน	2	10.00	0	0.00	2	5.00
อื่นๆ (เลี้ยงหลาน, นักบวช, ตำรวจ, ทำการประปา)	3	15.00	6	30.00	9	22.50

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	N = 20		N = 20			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน</b>						
ไม่เกิน 2,000 บาท	1	5.00	1	5.00	2	5.00
2,001 - 4,000 บาท	6	30.00	8	40.00	14	35.00
4,001 - 6,000 บาท	9	45.00	2	10.00	11	27.50
6,001 - 8,000 บาท	1	5.00	1	5.00	2	5.00
8,001 - 10,000 บาท	1	5.00	5	25.00	6	15.00
มากกว่า 10,000 บาท	2	10.00	3	15.00	5	12.50
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>						
พอใช้	11	55.00	6	30.00	17	42.50
ไม่พอใช้	9	45.00	14	70.00	23	57.50
<b>สิทธิในการรักษาได้จาก</b>						
เบิกจากต้นสังกัด	0	0.00	2	10.00	2	5.00
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	20	100.00	18	90.00	38	95.00

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 56-59 ปี สถานภาพ สมรส รองลงมาคือ หม้าย การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร และรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 4,000 บาท รองลงมา มีรายได้ ระหว่าง 4,001- 6,000 บาท มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างระบุว่ารายได้ไม่พอใช้ และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ

ตารางที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	N = 20		N = 20			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประวัติการแพ้ฝุ่นและควัน</b>						
ไม่มี	6.00	30.00	5.00	25.00	11.00	27.50
มี	14.00	70.00	15.00	75.00	29.00	72.50
ฝุ่น	11	78.57	11	73.33	22	75.86
ฝุ่นและควัน	3	21.43	3	20.00	6	20.69
ฝุ่นและบุหรี่	0	0.00	1	6.67	1	3.45
<b>ประวัติการติดเชื้อที่ปอดหรือโรคเรื้อรัง</b>						
มี	0.00	0.00	1.00	5.00	1.00	2.50
ไม่มี	20.00	100.00	19.00	95.00	39.00	97.50
<b>ประวัติการสูบบุหรี่</b>						
ไม่สูบบุหรี่	5.00	25.00	6.00	30.00	11.00	27.50
สูบบุหรี่	15.00	75.00	14.00	70.00	29.00	72.50
สูบน้อยกว่า 20 มวน/วัน	1.00	6.67	0.00	0.00	1.00	3.45
สูบ 20 - 40 มวน/วัน	14.00	93.33	12.00	87.71	26.00	89.66
สูบบวกกว่า 40 มวน/วัน	0.00	0.00	2.00	14.29	2.00	6.90
<b>ระยะเวลาในการเลิกสูบบุหรี่</b>						
น้อยกว่า 3 ปี	1.00	6.67	0.00	0.00	1.00	7.69
3 - 5 ปี	5.00	33.33	4.00	28.57	9.00	69.23
มากกว่า 5 ปี	1.00	6.67	2.00	14.29	3.00	23.08
<b>การระบายอากาศในบ้านหรือที่ทำงาน</b>						
ดี	15	75.00	16	80.00	31	77.50
ไม่ดี	5	25.00	4	20.00	9	22.50

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	N = 20		N = 20			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อยู่ในเขตโรงงานอุตสาหกรรมหรือที่มีสารเคมี</b>						
ใช่	4	20.00	5	25.00	9	22.50
ไม่ใช่	16	80.00	15	75.00	31	77.50
<b>คลุกคลีกับสัตว์เลี้ยงหรืออยู่ใกล้บริเวณที่เลี้ยงสัตว์</b>						
ใช่	8	40.00	7	35.00	15	37.50
ไม่ใช่	12	60.00	13	65.00	25	62.50
<b>สภาพภูมิอากาศของที่อยู่อาศัยหรือที่ทำงาน</b>						
เหมาะสม	19	95.00	20	100.00	39	97.50
ไม่เหมาะสม	1	5.00	0	0.00	1	2.50
<b>กรรมพันธุ์</b>						
ไม่มี	17	85.00	15	75.00	32	80.00
มี	3	15.00	5	25.00	8	20.00

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีประวัติการแพ้ฝุ่นและควัน รวมถึงมีประวัติการสูบบุหรี่ ในจำนวนผู้ที่มีประวัติการสูบบุหรี่ มีปริมาณการสูบบุหรี่วันละ 20-40 มวน/วัน คิดเป็นร้อยละ 89.66 และผู้ที่เคยสูบบุหรี่นี้ได้เลิกสูบบุหรี่นาน 3-5 ปี ร้อยละ 69.23 สำหรับการระบายอากาศที่บ้านและที่ทำงานดี และส่วนใหญ่ไม่ได้อาศัยอยู่ในเขตโรงงานอุตสาหกรรมหรือที่มีสารเคมี สภาพภูมิอากาศของที่อยู่อาศัยหรือที่ทำงานเหมาะสม และไม่มีประวัติทางกรรมพันธุ์

ตารางที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการรักษา

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	<b>ระยะเวลาการเกิดโรค</b>					
1 - 5 ปี	2	10.00	2	10.00	4	10.00
6 - 10 ปี	11	55.00	12	60.00	23	57.50
11 - 15 ปี	7	35.00	5	25.00	12	30.00
16 - 20 ปี	0	0.00	1	5.00	1	2.50
<b>การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</b>						
ไม่เคย	12	60.00	11	55.00	23	57.50
เคย	8	40.00	9	45.00	17	42.50
<b>จำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล</b>						
1 - 2 ครั้ง	3	37.50	4	44.44	7	41.18
3 - 4 ครั้ง	4	50.00	4	44.44	8	47.06
5 - 6 ครั้ง	1	12.50	1	11.11	2	11.76

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมด 40 ราย ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรค 6 - 10 ปี ร้อยละ 57.50 และในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยทั้ง 40 คน เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 57.50 โดยจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา มากที่สุดคือ 3 - 4 ครั้งต่อปี ร้อยละ 47.06 รองลงมาคือ 1 - 2 ครั้งต่อปี ร้อยละ 41.18

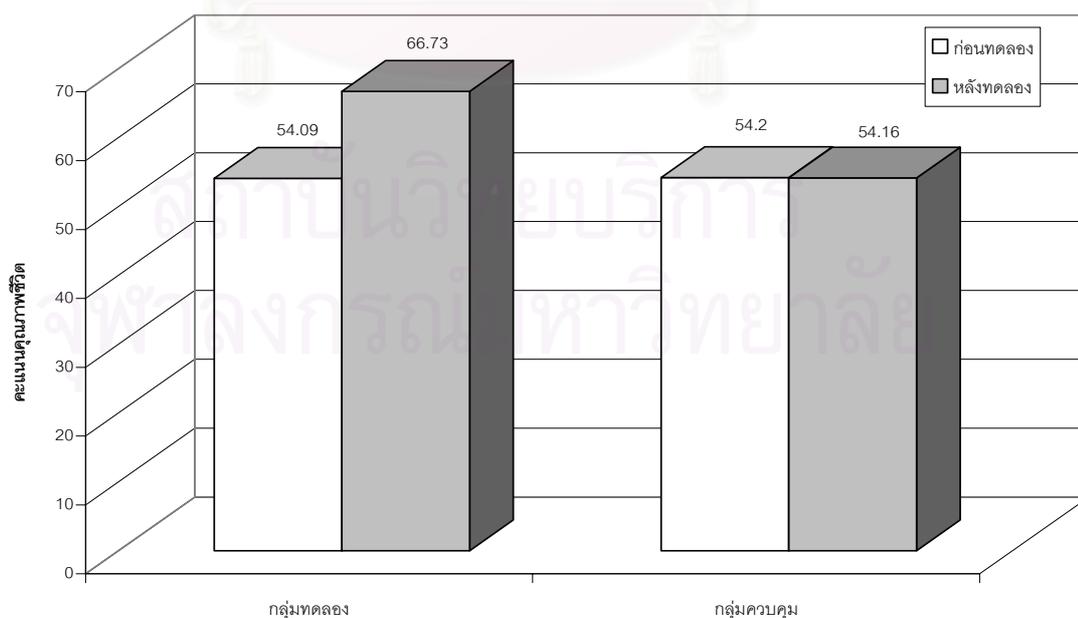
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 ตารางแสดงระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณภาพชีวิต	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ คุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	SD	ระดับ คุณภาพชีวิต
กลุ่มทดลอง	54.09	7.08	ปานกลาง	66.73	7.50	สูง
กลุ่มควบคุม	54.20	7.33	ปานกลาง	54.16	8.58	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่าคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.08 กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.33 และหลังทดลองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 66.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.50 และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.58 ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	SD	df	t	P-value
<b>กลุ่มทดลอง (n = 20)</b>					
ก่อนทดลอง	54.09	7.08			
หลังทดลอง	66.73	7.50	19	11.24	0.001
<b>กลุ่มควบคุม (n = 20)</b>					
ก่อนทดลอง	54.20	7.33			
หลังทดลอง	54.16	8.58	19	0.30	.977

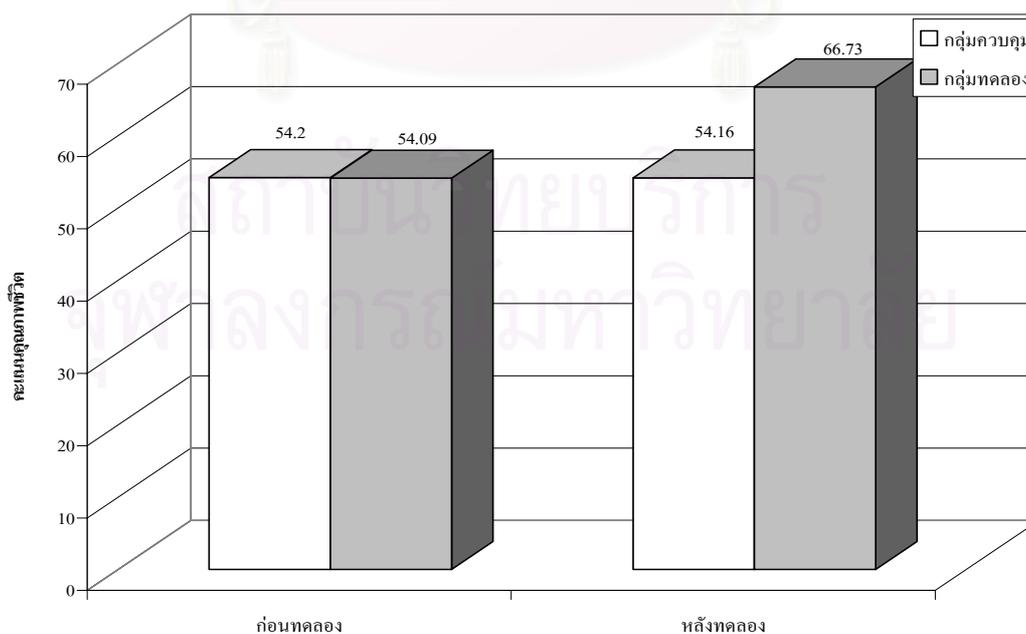
ตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้งก่อนและหลังได้รับการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่าง ดังแสดงในภาพที่ 4

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	SD	t	df	P-value
<b>ก่อนการทดลอง (n=40)</b>					
กลุ่มควบคุม	54.20	7.33	.050	38	.960
กลุ่มทดลอง	54.09	7.08			
<b>หลังการทดลอง (n=40)</b>					
กลุ่มควบคุม	54.16	8.58	4.926	38	.001
กลุ่มทดลอง	66.73	7.50			

ตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในภาพที่ 5



ภาพที่ 5 ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต แยกเป็นรายด้านของ  
กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	ความ ต่าง	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	ความ ต่าง
ความพึงพอใจด้านร่างกาย	58.25	71.38	13.13	56.00	58.00	2.00
ความพึงพอใจด้านจิตใจ	49.64	64.29	14.64	53.29	50.50	-2.79
ความคิดคำนึงเกี่ยวกับ ภาพลักษณ์	61.25	72.50	11.25	60.00	59.25	-0.75
ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม	65.33	69.50	4.17	59.17	62.17	3.00
การตอบสนองต่อการวินิจฉัย หรือการรักษา	27.83	49.17	21.33	28.33	28.67	0.33
ด้านภาวะโภชนาการ	69.17	77.17	8.00	71.00	71.67	0.67
<b>ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม</b>	<b>54.16</b>	<b>66.73</b>	<b>12.57</b>	<b>54.20</b>	<b>54.09</b>	<b>-0.11</b>

ตารางที่ 9 แสดงให้เห็นความแตกต่างๆของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต แยกเป็นรายด้าน  
ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองด้านที่มีค่าของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูง  
ที่สุดคือด้านการตอบสนองต่อการรักษา รองลงมาคือความพึงพอใจด้านจิตใจ ความพึงพอใจด้านร่างกาย  
ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม และด้าน โภชนาการ เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนลดลง  
ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 จำนวนครั้งของการฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง ของกลุ่มตัวอย่างตลอด 6 สัปดาห์

จำนวนครั้งของการฝึก	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
25-29 ครั้ง/ 6 สัปดาห์	3	15.00		
30-34 ครั้ง/ 6 สัปดาห์	11	55.00		
35-39 ครั้ง/ 6 สัปดาห์	5	25.00	33.25	3.43
40 ครั้งขึ้นไป/ 6 สัปดาห์	1	5.00		

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่า ในเวลา 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง จำนวน 11 คน หรือร้อยละ 55.00 มีการฝึกซิ้ง 30-39 ครั้ง รองลงมา คือ 35-39 ครั้ง มีจำนวน 5 คน หรือร้อยละ 25.00 และฝึก 25-29 ครั้ง มีจำนวน 3 ราย หรือร้อยละ 15.00 ค่าเฉลี่ยของการฝึกของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 33.25 ครั้ง/ 6 สัปดาห์หรือคิดเป็น 5-6 ครั้ง

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งง่ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง รูปแบบการทดลองเป็นการศึกษา 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งง่

กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งง่
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งง่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในชุมชนเขตอำเภอพนมสารคาม และมีประวัติการรักษาโรคที่โรงพยาบาลพนมสารคาม อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา พ.ศ. 2547-2549 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี
2. มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2-4
3. ไม่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
5. ได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ให้สามารถฝึกซึ่งง่ที่บ้านได้
6. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน รวม 40 คน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยวิธีการจับคู่ โดยให้แต่ละกลุ่มมี เพศ และระดับความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับเท่ากัน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ชุด คือ

#### ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย
- 1.2 แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก

#### ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

- 3.1 แบบบันทึกการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก
- 3.2 แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก

### การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในชุมชน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และกระบวนการของโปรแกรม รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้โดยการจับคู่ในเรื่องเพศ และระดับความรุนแรงของโรค
2. ประเมินอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลองและประเมินคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง
3. ดำเนินการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับคำแนะนำ ต่างๆ จากพยาบาลโรงพยาบาลพนมสารคาม หรือจากพยาบาลวิชาชีพที่ประจำอยู่ที่สถานีอนามัยหลังจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไป โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรคปอดอุดกั้น

เรื่องจริง ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งประเมินระดับความรุนแรงของโรค วัดอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก และแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต และนัดผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 6 ที่บ้านผู้ป่วยเพื่อวัดอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบากและนัดผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 8 ที่สถานีนามัยเพื่อวัดคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต

กลุ่มทดลอง ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินประสพการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก 3) การฝึกทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 4) การปฏิบัติการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง 5) การประเมินผล โดยครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเดินทางไปพบผู้ป่วยที่บ้าน ในสัปดาห์แรกใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เพื่อประเมินประสพการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และความรู้เรื่องซิงก ให้ผู้ป่วยชมวีซีดีการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก และผู้วิจัยสอนผู้ป่วยฝึกซิงกในท่าที่ 1 และท่าที่ 2 แนะนำผู้ป่วยฝึกซิงก วันละ 20-30 นาที ในเวลาเช้า หรือเวลาเย็นที่บ้าน ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การใช้ยาสูดพ่น การสงวนพลังงาน อาหารที่เหมาะสมกับโรค ฝึกทักษะการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก ให้ผู้ป่วยชมวีซีดี การบริหารกาย-จิตด้วยซิงก และผู้วิจัยสอนผู้ป่วยฝึกซิงกตั้งแต่ท่าที่ 1-4 อีกครั้ง หลังจากนั้นผู้วิจัยพบผู้ป่วย ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 40 นาที เพื่อติดตามผลการปฏิบัติและวัดอาการหายใจลำบากโดยใช้แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก นัดพบผู้ป่วยครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต ซึ่งมีทั้งหมด 22 ข้อใช้เวลา 30 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยเน้นการบริหารกาย-จิต ด้วยซิงก ต่อคุณภาพชีวิต ของ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแล้ว ได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. นำมาแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและทดสอบการกระจายของข้อมูลสถิติ Kolmogorov - Smirnov test และข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงทดสอบโดยใช้สถิติ t-test
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก และ

เปรียบเทียบ ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าไม่มีความแตกต่าง จึงเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังได้รับ โปรแกรมด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## ผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มที่ได้โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05

## อภิปรายผล

จากศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถอภิปรายผลดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 56-59 ปี (ตารางที่ 2) สถานภาพส่วนใหญ่สมรส ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่มีส่วน้อยที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 4,000 บาท รองลงมา มีรายได้ระหว่าง 4,001- 6,000 บาท ซึ่งพบว่าไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (30 บาท) ทำให้ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (ตารางที่ 3) และพบว่าถึงแม้จะมีอาการของโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพ อาชีพที่ทำคือเกษตรกรรมและรับจ้าง อาจเป็นเพราะความไม่เพียงพอของรายได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องหารายได้ช่วยเหลือครอบครัวประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรกระดับที่ 2 ซึ่งเป็นระดับที่สามารถทำงานได้ จากข้อมูลของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติการแพ้ โดยสาเหตุของการแพ้คือแพ้ฝุ่น ควัน และมีประวัติการสูบบุหรี่เป็นส่วนใหญ่โดยปริมาณการสูบบุหรี่วันละ 20-40 มวน/วัน ปัจจุบันยังมีผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่ จำนวน 7 คน ในเรื่องการระบายอากาศที่บ้านยังไม่ดีเนื่องจากอาศัยอยู่ในเขตใกล้โรงงาน

อุตสาหกรรม คือตั้งอยู่ใกล้โรงงานทำอิฐและขุดบ่อลูกรังทำให้มีละอองของฝุ่นและเถาถ่าน นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยบางรายคลุกคลีอยู่กับสัตว์เลี้ยง (ตารางที่ 4) โดยสัตว์ที่เลี้ยงได้แก่ไก่ วัว โดยผู้ป่วยจะเลี้ยงไว้ได้ดูบ้านซึ่งมีลักษณะต่ำ และมีละอองจากมูลสัตว์ประกอบกับการระบายอากาศไม่ดี ผู้ป่วยบางรายนำสุนัขมาเลี้ยงไว้ในห้องนอน สิ่งเหล่านี้อาจมีส่วนที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ และกระตุ้นให้มีหายใจลำบากได้ง่าย จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และระยะเวลาการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้ป่วยส่วนใหญ่ นานมากกว่า 10 ปี

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ก และจากการพูดคุยกับผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้าที่จะออกกำลังกายเพราะเกรงว่าจะมีอาการเหนื่อย และไม่ทราบว่าออกกำลังกายอย่างไรจะเหมาะสม การให้ยาสูดพ่นพบว่าผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยาแต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาบ่อยเกินความจำเป็น บางครั้งยาหมดก่อนกำหนด ผู้ป่วยต้องเสียเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องซื้อยาเองบ้างทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้จักใช้การบริหารการหายใจโดยเป่าปากเพื่อลดอาการเหนื่อย มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่รู้จักการบริหารการหายใจแต่ก็ไม่สนใจที่จะฝึกอย่างต่อเนื่อง จากปัญหาที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ยังให้ความรู้อย่างจริงจัง เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการหายใจลำบากกำเริบเฉียบพลัน แพทย์และพยาบาลก็มุ่งเน้นในการลดและควบคุมอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นในขณะนั้น และการปรับขนาดยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยขาดการให้คำแนะนำถึงวิธีการปฏิบัติตัวที่จะควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยตนเองอย่างครอบคลุม นอกจากนี้ยังขาดการดูแลที่ต่อเนื่อง สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ควบคุมให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีข้อมูลส่วนบุคคลที่เหมือนกันบางประการได้แก่ เพศ และระดับความรุนแรงของโรค

### อภิปรายตามสมมติฐานข้อที่ 1

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ก สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 อธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหาร

กาย-จิตด้วยซึ่งกันเป็นกิจกรรมการพยาบาล ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมและป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบาก ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 6) ทั้งนี้เนื่องจาก

1. การประเมินประสพการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก เป็นการรับรู้เกี่ยวกับอาการของแต่ละบุคคล โดยพยาบาลให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสพการณ์ของอาการหายใจลำบากของตนเองและการประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก การตอบสนองต่ออาการหายใจลำบาก และทักษะในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น พยาบาลจะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและยินดีที่จะเปิดเผยข้อมูล พร้อมทั้งจะรับความรู้และร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล และปรับกระบวนการรับรู้ว่าอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่เกิดขึ้นและสามารถที่จะจัดการด้วยตนเอง

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก เป็นขั้นตอนที่เกิดหลังจากที่ผู้ป่วยได้เล่าประสพการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากของตนเอง พยาบาลจะให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการและสอดคล้องความรู้เรื่องโรคและทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรคและวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากให้มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะใช้วิจารณญาณเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ในการศึกษาครั้งนี้ ความรู้ที่ให้กับผู้ป่วยได้แก่ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษา ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การบริหารการหายใจ การใช้ยาและเทคนิคการหายใจสูดพ่น การสงวนพลังงาน การโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค กล่าวโดยสรุปเป็นการให้ความรู้ที่ครอบคลุมทุกด้าน ความสำคัญในการให้ความรู้มีดังนี้

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การรักษา และปัจจัยที่กระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรคและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถปรับตัวอยู่กับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม ตระหนักว่าโรคนี้สามารถควบคุมอาการได้ ความรู้จะเป็นพื้นฐานสำคัญนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อไป ส่งผลต่อการจัดการกับอาการหายใจลำบาก จะพบได้ว่าผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่เข้าใจถึงสาเหตุการเกิดอาการหายใจลำบากเพียงเล็กน้อย ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก นอกจากการสูบบุหรี่ ความเครียด สิ่งแวดล้อมและยังจากกรรมพันธุ์ ถึงแม้โรคนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมอาการให้ลดความรุนแรงของโรคและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขได้

ความรู้เรื่องการใช้ยาและยาสูดพ่นที่ถูกต้อง ยาเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งที่ลดอาการหายใจลำบากได้ ยาที่ใช้ในโรคนี้มีหลายชนิด ยาสูดพ่นขยายหลอดลมเป็นยาที่ใช้เฉพาะที่ และได้ผลเร็ว ขนาดของการใช้นั้นเหมาะสมแต่ละคน ผู้ป่วยต้องมีความรู้และใช้ยาให้ถูกต้อง

เหมาะสมตามคำแนะนำของแพทย์ หากใช้ถูกต้อง ตามการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากลดลงได้ การให้ความรู้เรื่องยาควรควบคู่กับการสอนเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นด้วย การศึกษาในครั้งนี้ได้มีการให้ความรู้เรื่องยาและมีการสาธิตการใช้ยาสูดพ่นและสาธิตย้อนกลับทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและความชำนาญทำให้ผู้ป่วยมีศักยภาพที่จัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตัวเอง

การสงวนพลังงาน เป็นการวางแผนการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในขณะที่ทำกิจกรรม หรือขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะมีอาการเหนื่อยง่าย ดังนั้นการให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการวางแผนการทำกิจกรรม และใช้ท่าที่เหมาะสมในการทำงานหรือการทำกิจกรรมต่างๆ ลดการสูญเสียพลังงานของร่างกายสามารถลดอาการเหนื่อย และลดอาการอ่อนล้า ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอิสระมีความมั่นใจในตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ (อัมพรพรรณ ชีรนุช, 2542)

การโภชนาการที่เหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความจำเป็น ภาวะโภชนาการไม่ดีทำให้ร่างกายอ่อนแอและส่งผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้การหายใจ ประสิทธิภาพการทำงานของประสาทส่วนกลางลดลง เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีระดับของโรคที่รุนแรง ส่งผลต่อการเข้ามารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด (Pearson, Alderslads, and Allen, 1997) การได้อาหารที่ให้พลังงานสูงและมีปริมาณพอเหมาะจะทำให้ผู้ป่วยมีความแข็งแรง อาหารที่มีพลังงานสูงได้แก่อาหารพวกโปรตีน และไขมัน ลดอาหารที่มีรสหวานและรสเค็มและควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้วและการดื่มน้ำอุ่นจะดีกว่าน้ำเย็นเพราะช่วยทำให้เสมหะอ่อนตัว ผู้ป่วยไอและขับออกง่าย ในรายที่ผู้ป่วยมีการจำกัดน้ำดื่มควรปรึกษาแพทย์ ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการจึงช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ เลือกรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูงและเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงในการหายใจ กล้ามเนื้ออ่อนล้าลดลง และอาการหายใจลำบากลดลง

3. การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ในการจัดการกับอาการหายใจลำบากนั้นสามารถปฏิบัติได้หลายวิธี ซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะในการจัดการกับอาการที่ถูกต้อง ตรงตามหลักวิชาการ จะทำให้การจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ผล ซึ่งทักษะที่จำเป็นที่พยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้แก่ การหายใจแบบเป่าปาก (pursed lip) การหายใจแบบเป่าปากเป็นเทคนิคการหายใจโดยการหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ จากนั้นหายใจออกทางปากโดยการห่อปากเล็กน้อย การหายใจด้วยวิธีการห่อปากเช่นนี้จะทำให้เกิดแรงต้านของลมหายใจออกในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้นทำให้ถุงลมและหลอดลมปอดหดตัวกลับช้าลง จึงเป็นการเพิ่มปริมาณของอากาศที่หายใจออกเพิ่มขึ้น อากาศที่ค้างค้างในปอดจึงลดน้อยลง ลดการใช้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ผู้ป่วยจึงรู้สึกหายใจสะดวกและอาการหายใจลำบากลดลง (Gosselink, 2003) นอกจากนี้พยาบาลยังสอนเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม สามารถลดอาการหายใจลำบากได้ผลดี ข้อดีของยาสูดพ่นขยายหลอดลมเป็นยาใช้เฉพาะที่ ออกฤทธิ์เร็วและมีผลข้างเคียงน้อย (อัมพรพรรณ ชีรนุช,

2542) จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วย 3 ราย ยังมีการใช้ยาสูดพ่นไม่ถูกต้องคือไม่เขย่าขวดยา ก่อนพ่นยา ผู้ป่วย 6 รายไม่เขย่าขวดยาในแนวตั้ง ผู้ป่วย 2 รายกดยาไม่สัมพันธ์กับการหายใจโดยไม่ กั้นหายใจก่อน บางรายหายใจเร็วเกินไป การที่ผู้ป่วยไม่ทราบเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นที่ถูกต้องทำให้ ได้รับยาที่น้อย บางรายมากเกินไป ทำให้ไม่สามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ผลเท่าที่ควร ดังนั้น การฝึกทักษะในการใช้ยาสูดพ่น ทำให้ผู้ป่วยมีศักยภาพที่จะสามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การฝึกทักษะการบริหารร่างกาย-จิตด้วยซิงก์ทั้ง 4 ท่า เป็นการบริหารร่างกายรูปแบบ หนึ่งที่ผสมผสานกันระหว่างสมาธิ ลมหายใจและการเคลื่อนไหว เป็นการออกกำลังกายที่กระทำ พร้อมกันทั้งร่างกายและใจทำให้กระดูกและกล้ามเนื้อแข็งแรง การบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ส่งผลดี ต่อผู้ป่วยโดย 1) ส่งผลดีต่อร่างกาย เนื่องจากการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์มีรูปแบบการหายใจโดยใช้ หน้าท้องและกะบังลมร่วมกับการเคลื่อนไหวของแขนและหน้าอก การฝึกหายใจเข้าท้องพองหายใจ ออกท้องยุบ ในระหว่างฝึกจะช่วยให้หายใจได้ลึก ปอดได้รับออกซิเจน ขับคาร์บอนไดออกไซด์ ออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทำให้อาการเหนื่อยลดลง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้มาก และนานขึ้น 2) ส่งผลดีต่อความผาสุกด้านจิตใจ เนื่องจากการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ใช้การหายใจ โดยผ่านกะบังลมจะทำให้เกิดการกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 ที่เรียกว่า วากัส ซึ่งเป็น เส้นประสาทที่มีจุดเริ่มต้น ที่ก้านสมองทอดยาวมาตามแนวกระดูกสันหลังลงมายังอวัยวะในช่อง ท้องโดยได้ส่งแขนงบางส่วนไปยังกล้ามเนื้อกะบังลม การกระตุ้นเส้นประสาทวากัสนั้นจะทำให้ เกิดการส่งสัญญาณประสาทไปยังก้านสมอง แล้วทำให้มีการตอบสนองมายังอวัยวะต่างๆ ของ ร่างกายซึ่งมีผลต่อการผ่อนคลายของอวัยวะต่างๆ และการ ฝึกซิงก์ต้องทำอย่างช้าๆ เกิดความสมดุล ทั้งกายและจิต เป็นการทำให้สมาธิช่วยสงบจิตใจ 3) ผลของซิงก์ต่อระบบทางเดินอาหาร ปฏิบัติซิงก์ ช่วยเพิ่มคลื่นการบีบตัวของทางเดินอาหารทั้งบีบไล่อาหารได้แรงขึ้น เพิ่มการขับน้ำย่อยมาย่อย อาหาร ซิงก์อีกด้านหนึ่งสงบประสาทส่วนปลาย และปรับการทำงานของประสาทควบคุมอวัยวะ ภายใน ผลคือทำให้กระเพาะ ลำไส้ทำงานได้ดีกว่าเดิม ยังช่วยการขับเคลื่อนอาหารในกระเพาะ ลำไส้ได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

ผลของการจัดการกับอาการหายใจด้วยตนเอง ผู้ป่วยสามารถป้องกันและควบคุม อาการหายใจลำบาก เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลงส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรม ต่างๆ ได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกที่ไร้คุณค่าและลดความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นลง จากการที่อาการหายใจ ลำบากลดลงผู้ป่วยสามารถพักผ่อนและรับประทานอาหารได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดผลดีทั้งร่างกาย อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จากการศึกษาของศุภลักษณ์ ปริญญาวุฒิชัย (2544) ที่ศึกษาผลของการบำบัดการพยาบาลต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยศึกษาผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับไว้รักษาในหน่วยพักรอดูอาการทั้งหมด

8 ราย โดยใช้การจัดทำ การให้ผู้ป่วยหายใจโดยการเป่าปาก การใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม พบว่าระดับออกซิเจนในหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้น อาการหายใจลำบากลดลง ผู้ป่วยมีความสุขสบายและมีความพึงพอใจและจากการศึกษาของ Monninkhof et al. (2003) โดยศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมด 1,150 ราย ในคลินิก Medisch Spectrum Twente พบว่าหากใช้โปรแกรมการจัดการด้วยตนเองซึ่งประกอบด้วย 1. การสอนเรื่องโรค อาการของโรค การหายใจ การรู้ธรรมชาติของโรค และปัญหาเสี่ยง 2. แนะนำการออกกำลังกาย 3. การผ่อนคลาย 4. การให้ผู้ป่วยสามารถติดต่ออยู่ร่วมกับสังคม การเปลี่ยนแบบแผนและการไปพบแพทย์พบว่าสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลอง 37 % เทียบกับกลุ่มควบคุมพัฒนาคุณภาพชีวิต 33 %

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วย ซึ่งได้ผ่านการประเมินประสบการณ์การเกิดอาการหายใจลำบากจากพยาบาลทำให้ผู้ป่วยรับรู้และมีความเข้าใจถึงสาเหตุอาการ และการจัดการกับอาการหายใจลำบากมากขึ้น ยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นด้วยตัวเอง และพร้อมที่จะรับรู้ถึงความรู้และทักษะที่จำเป็นที่พยาบาลได้ให้ความรู้ ซึ่งได้แก่ ความรู้ในเรื่องโรค ปัจจัยกระตุ้นที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการหายใจลำบาก แนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการหายใจลำบากซึ่งได้แก่ การใช้ยาและยาสูดพ่น การบริหารการหายใจ การสงวนพลังงาน ความรู้ด้านโภชนาการ ตลอดจนได้รับทักษะที่จำเป็นซึ่งได้แก่ การหายใจแบบเป่าปาก เทคนิคการใช้ยาสูดพ่น การบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ง โดยมีสื่อที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจอย่างชัดเจน คือ คู่มือ แผนการสอน วิดีทัศน์ โดยพยาบาลจะสอดแทรกความรู้ให้ผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน และมีการติดตามเพื่อประเมินผลเป็นระยะๆ และให้ความรู้เพิ่มเติมกรณีพบว่าผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง พร้อมให้กำลังใจผู้ป่วยซึ่งเป็นการเสริมแรงบวกให้ผู้ป่วย ให้เกิดความรู้สึกมีกำลังใจ มั่นใจในการฝึกการทำซึ่งอย่างต่อเนื่อง ทำให้อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยลดลง ช่วยทำให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมาน สามารถประกอบกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันของตัวเองได้มากขึ้น เกิดผลดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองรับรู้มีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะดีขึ้น ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถประกอบอาชีพหรือทำหน้าที่ของตนเองได้ เกิดความพึงพอใจ

ร่างกาย จิตใจ สามารถดำรงอยู่กับโรคของตนเองโดยมีความสุขในชีวิต สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นได้หากอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยลดลง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและเกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง โดยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่มีแนวทางในการลดอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นและสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยการให้ความรู้และทักษะที่จำเป็น โดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วย ซึ่งเพราะมีรูปแบบการหายใจที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดสมาธิระหว่างฝึกซึ่งสามารถลดอาการหายใจลำบากได้อย่างดีดังการศึกษาของ สุริพร ชนศิลป์ (2544) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่ออาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อนิวโมซิสติดส คารินิโอ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อนิวโมซิสติดส คารินิโอ จำนวน 40 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย ระยะเวลาที่ศึกษาคือ 5 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. การประเมินปัญหาและความต้องการ 2. การเตรียมการจัดการกับอาการ 3. การฝึกทักษะในการจัดการกับอาการ 4. การประเมินผลการจัดการกับอาการ ผลการศึกษาพบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนของอาการหายใจลำบากต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของ ไพรวลัย โศตรตะ (2547) ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมจัดการกับอาการด้วยตนเองต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือพระภิกษุที่ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 40 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย ระยะเวลาที่ศึกษาคือ 5 สัปดาห์ โดยโปรแกรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก 2) การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยให้ความรู้ในการควบคุมอาการหายใจลำบากได้แก่ การบริหารการหายใจ และการใช้ยา 3) การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 4) ผู้ป่วยปฏิบัติการในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง และ 5) การประเมินผลการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการมีอาการหายใจลำบากสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สำหรับการพยาบาลตามปกติเป็นการพยาบาล ที่มุ่งเน้นในการให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวซึ่งสามารถให้ได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยเป็นการให้คำแนะนำตามปัญหาที่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลมองเห็นจากอาการแสดงของผู้ป่วยหรือการปัญหาที่เกิดขึ้นอยู่เสมอๆ หรือเกิดจากการคาดคะเนว่าอาจจะเกิดขึ้น ทำให้การพยาบาลที่ให้อาจไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาตรงกับความต้องการ และผู้ป่วยอาจไม่สามารถปฏิบัติได้จริงทำให้พบว่าผู้ป่วยยังมีอาการที่รบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการสอบถามผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้รับการพยาบาลปกติทั่วไปถึงสาเหตุของการเกิดอาการหายใจลำบากผู้ป่วยบางส่วนตอบว่าไม่มีสาเหตุ อยู่เฉยก็รู้สึกแน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวก มีผู้ป่วยบางส่วนบอกว่าสาเหตุจากฝุ่น ควันบุหรี่ และอากาศที่เปลี่ยนจากร้อนเป็นหนาว หรือมี

อาการก่อนที่ฝนจะตก บางส่วนบอกว่าเพราะมีอาการไอ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการหายใจลำบากแตกต่างกัน มีบางส่วนยังรับรู้ไม่ถูกต้อง สำหรับการจัดการกับอาการหายใจลำบากผู้ป่วยจะมีวิธีการจัดการด้วยตัวเอง โดยการใช้อาสาสมัครช่วยหาลอดลม และพยายามให้ผู้ป่วยบอกถึงวิธีการใช้อาสาสมัครพบว่ามีการใช้อาสาสมัครยังไม่ถูกต้อง คือผู้ป่วยบางคนไม่กลั้นหายใจก่อนที่จะพ่น เมื่อเกิดอาการจะรีบพ่นยาทันที ทำให้การสูดหายใจเข้าได้ไม่ลึก สำหรับการปฏิบัติตัวในเรื่องการบริหารหายใจเพื่อลดอาการหายใจลำบาก มีส่วนน้อยบอกว่าสามารถใช้วิธีการหายใจแบบเป่าปากเพื่อลดเหนื่อยตามที่พยาบาลได้แนะนำ ซึ่งพบว่าอาการเหนื่อยลดลงได้ สำหรับการออกกำลังกายพบว่าผู้ป่วยอยู่ 1 รายบอกว่าใช้วิธีนั่งและใช้มือทั้งสองกุมเข่า 1 ข้างและก้มตัวขึ้นลง ซึ่งมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลแนะนำ มีผู้ป่วยประมาณ 2 รายบอกว่ายกแขนยกขาเองบ้าง แต่ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ และผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากกลัวจะเกิดอาการหอบ ดังนั้นเห็นได้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีประสบการณ์เกิดหายใจลำบากมีความแตกต่างกัน และการตอบสนองต่ออาการและการจัดการกับอาการแตกต่างกันไป และพบว่าผู้ป่วยยังมีความเข้าใจและการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ดังนั้นทำให้ไม่สามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ ทำให้อาการหายใจลำบากยังคุกคามชีวิตผู้ป่วย จากการพูดคุยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง มีชีวิตอยู่ไปวันๆ และไม่อยากจะไปพบปะกับใคร บางรายบอกว่ารู้สึกกลัวมากหากมีอาการหายใจลำบากขึ้นมา นอกจากนี้อาการหายใจลำบากยังเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานอาหาร คือไม่สามารถรับประทานอาหารได้อึดมากๆ เหมือนคนปกติทั่วไป เพราะจะรู้สึกแน่นขึ้นมาทันที และรบกวนต่อการนอนหลับพักผ่อน โดยขณะที่นอนหลับต้องตื่นมากลางดึกเนื่องจากรู้สึกหายใจไม่ออก ต้องลุกขึ้นมาพ่นยา หากอาการไม่ดีขึ้นต้องรีบไปโรงพยาบาล ซึ่งรบกวนครอบครัวที่ต้องลำบากมาส่งกลางดึก ดังนั้นจะพบว่าพยาบาลปกติยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

การศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ โดยใช้รูปแบบการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ที่ใช้ประสบการณ์ในการจัดการกับอาการร่วมกับการให้ความรู้และทักษะที่จำเป็น โดยการได้รับความร่วมมือของผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จะเห็นว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นเล็กน้อยโดยสูงกว่าค่าที่ตั้งไว้เพียง .73 ดังนั้นผู้วิจัยจึงวิเคราะห์คุณภาพชีวิตรายด้านเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ผลของคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 6 ด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงที่สุดคือด้านการตอบสนองต่อการรักษา รองลงมาคือความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านร่างกาย ด้านความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม และด้านโภชนาการ เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนลดลงตามลำดับ การที่ด้านการตอบสนองการรักษามีคะแนนของคุณภาพชีวิตของกลุ่ม

ทดลองสูงกว่าก่อนทดลองมากกว่าด้านอื่น อาจเป็นเพราะว่าผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการ  
หายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งส่งผลต่ออาการเหนื่อย และความบ่อยของอาการ  
หายใจลำบากที่ลดลงที่ทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างได้ชัดเจน และถามเกี่ยวกับอาการสำคัญที่เกิด  
ในผู้ป่วยทุกคน ทำให้ผู้ป่วยตอบง่ายไม่สับสนไม่ต้องแปลความแต่อย่างใด สำหรับความผาสุกด้าน  
จิตใจนั้นผู้ป่วยแต่ละรายจะมีปัญหาแตกต่างกัน ซึ่งอาจมีสาเหตุไม่เพียงแต่เพราะการเกิดโรคเท่านั้น  
จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และญาติที่ดูแลในแต่ละราย แตกต่างกัน ตลอด  
ทั้งส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีปัญหาค่าใช้จ่าย ซึ่งการแก้ปัญหาโดยการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดย  
เน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งอย่างเดียวอาจไม่ตอบสนองต่อความต้องการได้ทั้งหมด นอกจากนี้  
ข้อคำถามด้านนี้ซึ่งมีทั้งหมด 7 ข้อ ผู้ป่วยต้องทำความเข้าใจในข้อคำถามเป็นอย่างดี ในบางข้อ  
คำถามต้องอาศัยการขยายความจากผู้วิจัย ดังนั้นการตอบคำถามอาจยากกว่าด้านการตอบสนองต่อ  
การวินิจฉัยและรักษา สำหรับด้านร่างกายซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าด้านจิตใจ  
เล็กน้อยสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยต้องตีความของข้อคำถามเช่นกัน สำหรับด้านความคิดคำนึง  
เกี่ยวกับสังคม และด้าน โภชนาการคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นต่ำกว่าด้านอื่นๆ อาจเป็นเพราะว่า  
โปรแกรมนี้ผู้ป่วยต้องฝึกซึ่งกึ่งที่บ้านด้วยตัวเองประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 55-59 ปี  
ซึ่งเป็นวัยที่ไม่อยากออกไปสังสรรค์นอกบ้านอยู่แล้ว ทำให้คุณภาพด้านนี้ไม่เด่นนัก นอกจากนี้  
โปรแกรมยังไม่ตอบสนองต่อคุณภาพชีวิตในด้านนี้ ทำให้คะแนนข้อคำถามเรื่องการเอาใจใส่จาก  
ครอบครัวต่อผู้ป่วยยังไม่เพิ่มเท่าที่ควร อธิบายได้ว่าครอบครัวเอาใจใส่ผู้ป่วยน้อยเนื่องจากบุคคลใน  
ครอบครัวต้องใช้เวลาในการทำมาหาเลี้ยงชีพเป็นส่วนใหญ่ ส่วนในด้านโภชนาการ จากการพูดคุย  
กับผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะรับประทานอาหารครั้งละมากๆ เนื่องจากกลัวจะเกิด  
อาการหายใจลำบากกำเริบ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความพึงพอใจในการรับประทานอาหาร  
ก่อนเข้าโปรแกรมอยู่แล้วโดยผู้ป่วยสามารถรู้ถึงความอร่อยของอาหารได้ดี ทำให้ก่อนและหลังการ  
ทดลองมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้าน โภชนาการต่ำกว่าคุณภาพชีวิตด้านอื่น

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในด้านการพยาบาลควรพิจารณาร่วมกันให้มีการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งกึ่งให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยคำนึงถึงประโยชน์ ค่าใช้จ่าย ความเป็นไปได้ของกิจกรรม
2. ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งกึ่งโดยครอบคลุมทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพดีขึ้น
3. ควรสนับสนุนให้มีการวิจัยโดยนำโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตซึ่งกึ่งด้วยซึ่งกึ่งต่อคุณภาพชีวิต ไปใช้ กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนอื่นๆ เพื่อพัฒนาโปรแกรมต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรสนับสนุนให้มีการวิจัยโดยใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการ และซึ่งกึ่งในการส่งเสริมการทำหน้าที่ ความมีสมรรถภาพปอด ความผาสุกและความพึงพอใจของผู้ป่วย
2. จากการพูดคุยกับผู้ป่วยถึงความพร้อมในการฝึกซึ่งกึ่งกับผู้ป่วย พบว่าการฝึกซึ่งกึ่งทุกวันสามารถทำได้แต่อาจมีปัญหาในผู้ป่วยบางรายที่มีข้อจำกัดด้านเวลา ดังนั้นควรศึกษาเวลาการฝึกโดยให้ห่างขึ้นอาจอย่างน้อยอาทิตย์ละ 4-5 ครั้ง หากผู้ป่วยสามารถฝึกเป็นประจำอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดผลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ควรมีการปรับเปลี่ยนท่าในบางราย อาจใช้ทำนั่งฝึกแทนทำยืนฝึกในผู้ป่วยกลุ่มที่สภาวะร่างกายไม่แข็งแรงพอ เพื่อให้ได้ผลอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ
4. ควรนำครอบครัว สังคมเข้ามามีส่วนร่วม ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
5. ควรมีการศึกษาในกลุ่มอื่นที่มีปัญหาโรคอื่นและในกลุ่มอายุที่หลากหลาย เช่น ในโรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ โรคปอดอักเสบ

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กองการแพทย์ทางเลือก. 2550. ชีกง. [Online] Available from: <http://www.dtam.moph.go.th/alternative/viewstory.php?id=77> ( assessed 27 / มีนาคม, 2550).
- จันจิรา วิรัช. 2544. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารุณี บุญลือ. 2542. คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จว๋อต้าหง. 2541. ศิลปกายบริหารของจีนเพื่อสุขภาพ. (มนตรี ภูบุญมี, ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ธรรมชาติ.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. 2541. ผลของการใช้ อีเอ็ม จี ไบโอฟีดแบค ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโทเกรลิต ต่อความวิตกกังวลการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ความทนในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. 2545. ชีกง วิธีแห่งพลังเพื่อการบำบัดโรค. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. 2547. การฝึกชีกงอย่างง่าย ด้วยไทเก๊ก 4 ท่า. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ไอเอส ซอฟท์เทคโนโลยี.
- นิรามัย ใช้เทียมวงศ์. 2535. แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยกานต์ บุญเรือง. 2548. ผลของโปรแกรมการฝึกบริหารแนวชีกงร่วมกับการให้ความรู้ต่ออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชรพงษ์ พรายมณี. 2542. การบริหารกายและการฝึกสมาธิแบบชีกง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุขภาพใจ.

- ไพรวัดย์ โคตรตะ. 2547. ผลการใช้โปรแกรมจัดการกับอาการด้วยตนเองต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนสิน เข้มสกุล. 2542. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลี วรศักดิ์. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอียน เหม่ยจง. 2540. แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วรรณระวี อัครนิจ. 2534. ความรู้สึกรู้สึกค่าในตนเองและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชรวรรณ จันทร์อินทร์. 2548. ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชรานุกูล สุวดี. 2543. อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ศุภลักษณ์ ปริญาวุฒิชัย. 2544. ผลของการบำบัดการพยาบาลต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. 2528. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2538 สำนักเลขาธิการ.
- สมเกียรติ วงษ์ทิม. 2545. ตำราโรคปอดกับสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตี้พับลิเคชั่น.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ในสมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2 (หน้า 243-268). กรุงเทพมหานคร: วีเจพริ้นติ้ง.

- สมองค์ วังศรี. 2528. ผลการบริหารการหายใจต่อสมรรถภาพในการทำงานของปอดในผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมอุรเวชช์ประเทศไทย. 2539. “ แนวทางการวินิจฉัยการรักษาโรคหืดในประเทศไทย (สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ฉบับปรับปรุง),” วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 19(3): 179-193.
- สำนักงานระบาดวิทยา. 2547. อัตราตายและอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. [Online] Available from: <http://epid.moph.go.th/NCDweb2/statistic.pdf> (assessed 17/ตุลาคม/2547).
- สินีนานู ป้อมเย็น. 2547. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาพ สุวรรณเวโช. 2543. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะหอบ. รามาธิบดีพยาบาลสาร 6(1): 6-18
- สุรีพร ธนศิลป์. 2544. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่ออาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อนิวโมซิติดิส คารินีโอ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อมรรัตน์ ภิราษร. 2541. ผลของการบริหารผ่อนคลายแนวเชิงงต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัมพรพรรณ ตั้งจิตพิทักษ์. 2531. ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามแบบแผนต่อสมรรถภาพการทำงานของปอดและความสามารถในการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัมพรพรรณ ธีรานูตร และคณะ. 2540. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารกรมการแพทย์ 22(9): 354-363.
- อัมพรพรรณ ธีรานูตร. 2542. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท.
- อาภรณ์พรรณ สุนทรจตุรวิทย์. 2546. คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อุไรวรรณ โพร้งพนม. 2546. ผลของการร่ำมวยจีนซึ่งต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

### ภาษาอังกฤษ

American lung Association. 2005. COPD. [Online] Available from: [http:// www.lungusa.org](http://www.lungusa.org). (Accessed 22/March/2005).

American Thoracic Society. 1999. Pulmonary rehabilitation: official statement of the American Thoracic Society. **American Journal Respiratory Critical Care Medicine** 159: 1666-1682.

Anto, J. M., Vermeire, P., Vestbo J., and Sunyer, J. 2001. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. **European Respiratory Journal** 17: 982-994.

Ashmore, A., and others. 2005. Marital adjustment among patient with chronic obstructive pulmonary disease who are participating in pulmonary rehabilitation. **Heart & Lung** 34(4): 270-278.

Bendstrup, K. E., and others. 2003. Out patient rehabilitation improve activity of daily living, quality of life and exercise tolerance in chronic obstructive pulmonary disease. **European Respiratory Journal** 10: 2801-2806.

Benson, H. 1975. **The Relaxation Response**. New York: Avon Books.

Berry, J. K., and others. 2002. Respiratory and pulmonary rehabilitation. In Hoeman, S. P. (Eds.). **Rehabilitation Nursing**. 3<sup>rd</sup> ed. USA: Mosby.

Burns, N., and Grove, S. K. 2004. **The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization**. 4 th ed. Philadelphia: W.B. Saunders.

Chen, K.W. 2004. An analysis review of studies on measuring effect on external qigong in china. **Alternative Therapies in Health and Medicine** 10(4): 38-50.

Christenbery, L. 2005. Self-management strategies: Use and effectiveness as reported by patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Heart & Lung**, 34: 406-14.

Cicutto, C.L, and Brooks, D. 2005. Self –care approaches to managing chronic obstructive pulmonary disease: A provincial survey. **Respiratory Medicine** 100: 1540-1546.

- Sassi-dambon, D. E., and others. 1993. Treatment of dyspnea in COPD A controller clinical trial of dyspnea management strategies. **Chest journal** 107: 724-729.
- Motto, D. 1984. Relaxation. **American Journal of Nursing** 84(6): 754-757.
- 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.
- Dorcas, A., and Yung, P. 2003. Qigong: Harmonizing the breath, the body and mind. **Complementary Therapies in Nursing & Midwifery** 9: 198-202.
- Duangjai, P. (1999). **Effects of collaborative symptom management between an asthmatic patient and a nurse**. Thesis of Master degree of Adult Nursing. Faculty of Graduate Studies. Mahidol University.
- Fakouri, C., and Jones, P. 1987. Slow stroke back rub. **Journal of Gerontological Nursing** 13(2): 32-35.
- Ferran, C. E. 1990. Development of quality of life index for patients with cancer. **Oncology Nursing Forum** 17(3): 15-21.
- Ferrans, C. E., and Power, M. J. 1985. Quality of life index. Development and psychometric. **Advance in Nursing Science** 8(1): 15-24.
- Ferrans, C. E., and Power, M. J. 1992. Psychometric assessment of the quality of life index. **Research in Nursing & Health** 15: 29-38.
- Ferrell, B.R., and others. 1995. Quality of life in long term cancer survivors. **Oncology Nursing Forum** 22(6): 915-922.
- Ferrell, B. 1996. The quality of lives: 1525 voices of cancer. **Oncology Nursing Forum** 23: 909-916.
- Foy, G., and others. 2001. Gender moderates the effects of exercise therapy on health-related quality of life among copd patients. **Chest Journal** 119: 70-76.
- Frank-Stromborg, M. 1998. Selecting and instrument to measure quality of life. **Oncology Nursing Forum** 1(5): 88-91.
- Fuchs-liment, D., and others. (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.

- Graydon, E. G., and others. 1995. Predictor of functioning of patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Heart & Lung** 24(5): 369-75.
- Gife, A. G. 1989. Validation of a vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. **Rehabilitation Nursing** 4(6): 323-325.
- Gift, A. G. 1993. Therapies for dyspnea relief. **Holistic Nurse Practice**, 7: 57-63.
- Gift, A.G. 1990. Dyspnea. **The Nursing Clinics of North American** 25(4): 955-965.
- Gift, A.G., and others. 1986. Psychologic and physiologic factor related to dyspnea in subjects with COPD. **Heart & lung** 15(6): 596-601.
- Gosselink, R. 2003. Controlled breathing and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Journal of Rehabilitation Research** 40(5): 25.
- Hanucharunkul, S. 1988. **Social support, self-care quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand**. Doctoral dissertation, Wayne state University, Detroit, MI.
- Hill, S. 2006. Pulmonary rehabilitation. **Proceedings of The American Thoracic Society** (3): 66-74.
- Hospice and Palliative Nurse Association. 2002. Management dyspnea. [Online] Available from: [http://www.hpna.org/webconf\\_Sep02.asp](http://www.hpna.org/webconf_Sep02.asp) [2004, November11].
- Janson-Bjerklie, S.; Carrieri, K.; and Hudes, M. 1986. The sensation of pulmonary dyspnea. **Nursing Research** 35(3): 154-159.
- Kara, M. 2005. Preparing nurse for the global pandemic of chronic obstructive pulmonary disease. **Journal of Nursing Scholarship**, 37(2): 127-133.
- Kohlman, V., and Janson-Bjerklie, S. 1993. Dyspnea. **Pathophysiology phenomenon in nursing**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Larson, J. L., and Leidy, N. K. 2001. Chronic obstructive pulmonary disease: Strategies to improve functional status. **Annual Review of Nursing Research**: 254-285.
- Luckmann, J. 1997. **Saunders manual of nursing care**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Mandzuk, L. L., and Mc Millian, D. E. 2005. A concept analysis of quality of life. **Journal of Orthopedic Nursing** 9 : 12-18.

- Maragon, M. E., and others. 2005. Agreement in asthmatics perception of dyspnea during acute and chronic obstruction. **Original Articles** 4(7): 371-375.
- Marco, D. F., and others. 2006. Anxiety and depressive in COPD patients: The roles of gender and disease severity. **Respiratory Medicine** 1(26): 112-119.
- Martinez, J. A., and others. 2000. Dyspnea scale in the assessment of illiterate patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Am J Med Sci** 320(4): 240-243.
- McCaffrey, R., and Fowler, N.L. 2003. Qigong practice: A pathway to health healing. **Holistic Nursing Practice**, 17(2): 110-116.
- McSweeney, A. J., Grant, T., 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.
- Meeberg, G. A. 1993. Quality of life: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing** 18: 32-38.
- Monninkhof, E., and others. 2003. Effects of a comprehensive self management programmer in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **European Respiratory Journal** 22: 815- 820.
- Murry, C. J. L., and Lopez, A. D. 1997. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. **Lancet** 349: 1269-1276.
- Nishimura, M. D., and others. 2002. Dyspnea is a better predictor of 5-year survival than airway obstruction in patients with COPD. **Chest Journal** 121: 1434-1440.
- Padilla, G.V., and Grant, M. M. 1985. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. **Advance in Nursing Science** 10: 45-60.
- Pang, M. C. (2005). Quality of life of patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease in the end of life. **Journal of Palliative Care** 21(3): 180-187.
- Pauwels, R.A., and others. 2005. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD. NHLBI/WHO Global Initiative for COPD (GLOD) workshop summary. **www.who.int/respiratory/copd/definition/en/index.html**. [2005, May24].

- Pearson, M. G., Allderslads, F. C., and Allen, S. C. 1997. The BTS guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease: the COPD guidelines group of the standards of care committee of the BTS. **The Journal of British Thoracic Society** 52(5): 1-28.
- Ripamonti, C., and Bruera, E. 1997. Dyspnea: Pathophysiology and assessment. **Journal of Pain and Symptom Management** 13(4): 220-232.
- Sandford, A. J., and Silverman, E. K. 2002. Chronic obstructive pulmonary disease: susceptibility factors for COPD the genotype-environment interaction. **Thorax** 57: 736-741.
- Sassi-Dambros, D. E., and others. 1995. Treatment of dyspnea in COPD a controller clinical trial of dyspnea management strategies. **Chest Journal** 107: 724-729.
- Steele, B., and Shaver, J. 1992. The dyspnea experience: Nociceptive properties and a model for research and practice. **Advance of Nursing Science** 15(1): 64-76.
- Tang, K. C. 1994. Qigong therapy: its effectiveness and regulation (Abstract). **Am J Chin Med** 22(3-4): 235-242.
- Truesdell, S. 2000. Helping patients with COPD manage episodes of acute shortness of breath. **Medsurg Nursing** 9(4): 179-182.
- Viegi, G., and others. 2000. Prevalence of airways obstruction in a general population. **Chest Journal** 117: 339-345.
- WHO/Chronic obstructive disease. 2006. Available form: <http://www.who.int/respiratory/copd/definition/en/index.html>. [2005, May 18].
- Zeng, G. B., and Zhang, Z. X. 1992. Effect of exercise on pulmonary gas exchange and oxygen transport in chronic obstructive pulmonary disease. **Chinese Medical Journal** 105 (1): 49-54.
- Zhan, L. 1992. Quality of life: conceptual and measurement issues. **Journal of Advanced Nursing** 17: 795-800.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง	สังกัด
น.พ. เทอดศักดิ์ เดชคง	นายแพทย์	กรมสุขภาพจิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์	กระทรวงสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วาริ กังใจ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์ ดร.สุภาภรณ์ คิ้วแพง	อาจารย์ประจำภาค วิชาการพยาบาลอายุร ศาสตร์และศัลยศาสตร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรัติกัย	ผู้ช่วยศาสตราจารย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศบ 0512.11/ 2439



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

14 ธันวาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

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

เนื่องด้วย นางเกศราภรณ์ เสียงไพโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งง่อก่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพิพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชีรนุช ห่านิรัติกัย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. บุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชีรนุช ห่านิรัติกัย
<u>งานบริการการศึกษา</u>	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพิพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9802
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	อาจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-9810
<u>ชื่อนิสิต</u>	นางเกศราภรณ์ เสียงไพโรจน์ โทร. 08-5090-2358

ที่ ศบ 0512.11/ 2439



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

14 ธันวาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

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

เนื่องด้วย นางเกศราภรณ์ เสี่ยงไพโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก่อกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพิร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ เท็ดศักดิ์ เศษคง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	นายแพทย์ เท็ดศักดิ์ เศษคง
<u>งานบริการการศึกษา</u>	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพิร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9802
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	อาจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-9810
<u>ชื่อนิสิต</u>	นางเกศราภรณ์ เสี่ยงไพโรจน์ โทร. 08-5090-2358

ที่ ศร 0512.11/ 243๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๗4 ธันวาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางเกศรางค์ เสี่ยงไพโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของ โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก่อดำเนินการชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพิร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ

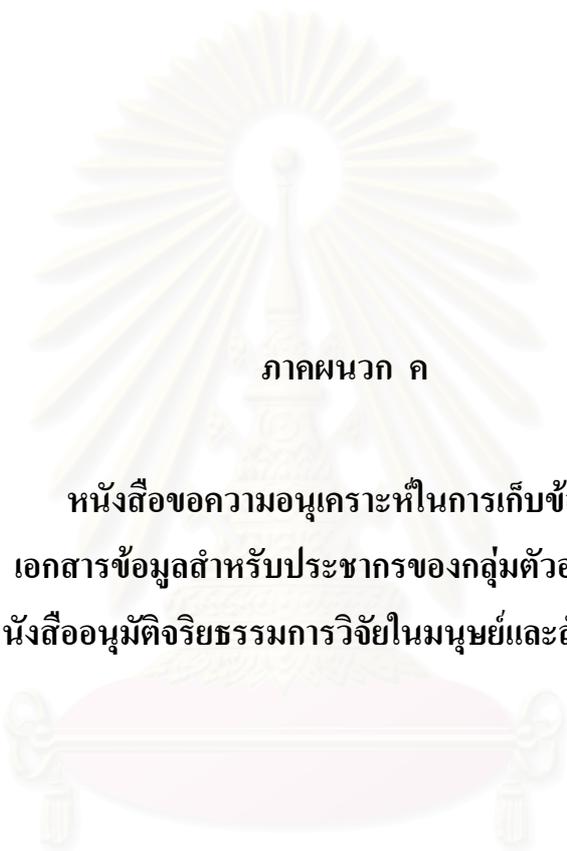
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพิร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9802

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-9810

ชื่อนิสิต นางเกศรางค์ เสี่ยงไพโรจน์ โทร. 08-5090-2358





ภาคผนวก ค

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล  
เอกสารข้อมูลสำหรับประชากรของกลุ่มตัวอย่างและ  
หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0135

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

16 มกราคม 2550

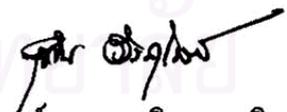
เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมสารคาม

เนื่องด้วย นางเกศรางค์ เสียงไพโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก่ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมี อาจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลพนมสารคาม จำนวน 40 คน โดยใช้แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต แบบวัดอาการหายใจลำบาก และแผนการสอนการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางเกศรางค์ เสียงไพโรจน์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. อุทัย อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>งานบริการการศึกษา</u>	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9802
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	อาจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-9810
<u>ชื่อนิสิต</u>	นางเกศรางค์ เสียงไพโรจน์ โทร. 08-5090-2358

ที่ ศธ 0512.11/๑135

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒ มกราคม 2550

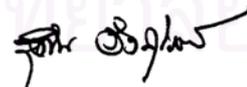
เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอพนมสารคาม

เนื่องด้วย นางเกศราภรณ์ เสียงไพโรจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งกดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพิร ชนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมี อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนมสารคาม โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน โดยใช้แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต แบบวัดอาการหายใจลำบาก และแผนการสอนการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางเกศราภรณ์ เสียงไพโรจน์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

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

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพิร ชนศิลป์ โทร. 0-2218-9802

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 0-2218-9810

ชื่อนิสิต นางเกศราภรณ์ เสียงไพโรจน์ โทร. 08-5090-2358

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form )

ชื่อ โครงการ ผลของโปรแกรม การจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ชื่อผู้วิจัย นางเกศรางค์ เสียงไพโรจน์ นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย..

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ วิธีการและแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมการศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งจะไม่มีผลต่อข้าพเจ้าหรือการรักษาพยาบาลที่ได้รับ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องและนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าและได้อ่านข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดีทุกประการจึงได้ลงนามในใบวิจัยนี้

.....  
สถานที่/วันที่ (.....)  
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....  
สถานที่/วันที่ (นางเกศรางค์ เสียงไพโรจน์)  
ลงนามผู้วิจัย

.....  
สถานที่/วันที่ (.....)  
ลงนามพยาน

## ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่อ โครงการวิจัย ผลของโปรแกรม การจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหาร

กาย-จิตด้วยซึ่งงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ชื่อผู้วิจัย นางเกศรางค์ เสียงไพโรจน์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน ตึกพิเศษ โรงพยาบาลพนมสารคาม อำเภพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-3855-1888 ต่อ 202-203

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-5090-2358

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการวิจัยนี้เกี่ยวกับโปรแกรม การจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้น การบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ดังนี้

3.1 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

กลุ่มที่ 1 จะได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหาร กาย-จิตด้วยซึ่งงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มที่ 2 จะได้รับการดูแลตามการพยาบาลปกติจากโรงพยาบาลพนมสารคาม อำเภพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยวัดการรับรู้อาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดการรับรู้การหายใจลำบากและแบบวัดคุณภาพชีวิต และนัดผู้ป่วยอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 ที่บ้านผู้ป่วย เพื่อวัดการรับรู้อาการหายใจลำบากโดยใช้แบบวัดอาการหายใจลำบากและนัดผู้ป่วยมาพบผู้วิจัยในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต

3.2 กลุ่มที่ 1 ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งง ซึ่งประกอบด้วย 5 ข้อ คือ 1) การประเมินประสบการณ์อาการหายใจลำบาก 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก 3) การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 4) การปฏิบัติการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองที่บ้าน 5) การประเมินผล โดยครั้งที่ 1 ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยที่บ้าน ในสัปดาห์แรกใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เพื่อประเมิน

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และความรู้เรื่องซิงก ให้ผู้ป่วยชม วิธีดี การบริหารกาย-จิตด้วยซิงก ผู้วิจัยสอนผู้ป่วยฝึกซิงกในท่าที่ 1 และท่าที่ 2 แนะนำผู้ป่วยฝึกซิงก วันละ 20-30 นาที ในเวลาเช้า หรือเย็นที่บ้าน ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การสงวนพลังงาน อาหารที่เหมาะสม ฝึกทักษะการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การใช้ยาสูดพ่น ให้ผู้ป่วยชม วิธีดี การบริหารกาย-จิตด้วยซิงก และผู้วิจัยสอนผู้ป่วยฝึกซิงกตั้งแต่ท่าที่ 1-4 อีกครั้ง หลังจากนั้นผู้วิจัยพบผู้ป่วย ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 40 นาที เพื่อติดตามผลการปฏิบัติและวัดอาการหายใจลำบากโดยใช้แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก นัดพบผู้ป่วยครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต ซึ่งมีทั้งหมด 22 ข้อใช้เวลา 30 นาที

4. เป็นการวิจัยกึ่งทดลองอาจมีความเสี่ยงเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าร่วมในโครงการ คือผู้ร่วมวิจัยอาจประสบกับอาการข้างเคียงจากการฝึกซิงก เช่น อาการคลื่นไส้ มีไข้ต่ำๆ ผื่นขึ้นตามผิวหนัง ซึ่งอาการข้างเคียงนี้สามารถเกิดได้ในบางราย โดยอาการเหล่านี้จะหายไปหลังจากหยุดพักสักครู่ ซึ่งในระยะแรกของการฝึก ผู้วิจัยจะอยู่ร่วมฝึกกับผู้ร่วมวิจัยเพื่อประเมินอาการในระหว่างการฝึก เมื่อผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติได้แนะนำให้ผู้ร่วมวิจัยฝึกโดยมีผู้ดูแลอยู่ด้วย การฝึกเริ่มจากการใช้นาน้อยและค่อยๆ เพิ่มขึ้น ในระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ความรู้แก่ผู้ร่วมวิจัยถึงวิธีการบริหารการหายใจ หลักของการใช้ยาสูดพ่น การพักผ่อนในท่าที่ผ่อนคลาย เพื่อลดอาการเหนื่อย ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับการติดตามและคำแนะนำจากผู้วิจัยเป็นระยะๆ อนึ่งผู้ร่วมวิจัยจะได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของโรคและตรวจการวินิจฉัยของแพทย์จากผู้วิจัยและคัดเลือกว่าก่อนเข้าโครงการ และผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับทราบทั้งผลดีและผลข้างเคียงของการฝึกซิงกและวิธีการดูแลหากเกิดอาการข้างเคียงจากผู้วิจัยโดยละเอียด

5. ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย มีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการหรือสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษา

6. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

7. เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นหรือเหตุผลที่ต้องยกเลิก การเข้าร่วมโครงการวิจัยของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย คือขณะฝึกซิงก ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีอาการหายใจไม่ทันหรือหายใจติดขัด อนึ่งก่อนที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนั้น ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องมีสภาพพร้อมที่จะฝึกซิงก และได้รับการพิจารณาจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าสามารถฝึกซิงกที่บ้านได้ และหากมีอาการหายใจผิดปกติเกิดขึ้นในขณะที่ฝึกซิงกผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดการฝึกทันที พยายามหายใจสดม และพักผ่อนในสถานที่ที่โปร่ง อากาศถ่ายเทสะดวก ให้ผู้ป่วยหรือญาติติดต่อผู้วิจัยตามที่อยู่แจ้งไว้เพื่อผู้วิจัยจะได้รับการประเมินอาการและให้คำแนะนำเบื้องต้นและจะรายงานอาการให้แพทย์ทราบต่อไป

8. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมตามที่อยู่อีเมลหรือเบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยหรือสถานพยาบาลที่ผู้วิจัยแจ้งไว้กับผู้ร่วมวิจัย

9. ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยถือเป็นความลับ ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และข้อมูลเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกลบออกเป็นรหัส รายงานการวิจัยและผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

10. จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 40 คน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 02-2189811 โทรสาร 02- 2189806

ที่ ..... วันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2549

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการ  
วิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่แนบมาด้วย 1. ใบคำขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
2. โครงร่างการวิจัย จำนวน 14 ชุด

ด้วยข้าพเจ้า นางเกศรางค์ เสียงไพโรจน์ นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจ  
ลำบาก โดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งง่ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ  
ประสงค์จะเสนอขอรับพิจารณาจริยธรรมฯ ทั้งนี้โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณา Relevant &  
Scientific Merit และการคัดกรองงานวิจัยเพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้อง  
ระดับคณะเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการให้ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

.....

(นางเกศรางค์ เสียงไพโรจน์)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่..6..ธันวาคม พ.ศ. 2549

(ลงนาม).....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ชนศิลป์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

วันที่...../...../.....

(ลงนาม).....

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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

วันที่...../...../.....



ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	คะแนนคุณภาพชีวิต			
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	41.36	43.64	45.45	68.64
2	52.27	47.27	55.91	64.09
3	53.64	65.00	63.64	79.09
4	54.55	50.45	55.45	66.36
5	69.55	67.27	51.82	67.27
6	67.27	69.55	65.91	80.00
7	59.09	60.00	71.36	85.45
8	57.73	50.00	50.45	67.73
9	50.00	42.73	60.00	62.73
10	57.73	50.00	47.73	60.45
11	59.09	59.55	51.82	56.36
12	54.55	48.18	52.27	69.09
13	45.91	60.91	41.82	56.82
14	42.27	44.55	58.64	65.00
15	50.91	45.91	56.36	68.18
16	56.36	68.64	51.82	64.09
17	60.45	55.00	51.82	58.64
18	54.55	52.73	49.09	67.73
19	51.82	50.91	50.91	65.91
20	45.00	50.91	49.55	60.91

ตารางที่ 12 แสดงระดับอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองหลังให้โปรแกรม

คู่ที่	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	80	40
2	70	45
3	60	30
4	60	30
5	60	35
6	55	20
7	40	10
8	60	30
9	40	20
10	80	50
11	70	45
12	50	30
13	70	40
14	70	30
15	70	40
16	70	40
17	60	30
18	50	30
19	60	30
20	60	40

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต รายข้อและรายด้าน  
ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อที่ / ข้อคำถาม	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			
	ก่อน	หลัง	ความ	ก่อน	หลัง	ความ	
	ทดลอง	ทดลอง	ต่าง	ทดลอง	ทดลอง	ต่าง	
<b>ความผาสุกทางด้านร่างกาย</b>							
1	มีกำลังมากน้อยเพียงใด	56.00	57.00	1.00	62.50	74.00	11.50
2	นอนหลับได้เพียงพอเพียงใด	62.50	62.00	-0.50	59.50	73.50	14.00
6	สุขภาพปัจจุบันเป็นอย่างไร	46.00	52.00	6.00	49.00	63.50	14.50
11	ทำงานบ้านหรืองานประจำได้	59.50	61.00	1.50	62.00	74.50	12.50
	<b>คะแนนเฉลี่ย</b>	<b>56.00</b>	<b>58.00</b>	<b>2.00</b>	<b>58.25</b>	<b>71.38</b>	<b>13.13</b>
<b>ความผาสุกทางด้านจิตใจ</b>							
5	หนักใจ กลัว เป็นทุกข์กับการเจ็บป่วย	50.50	41.00	-9.50	35.50	57.50	22.00
8	ตั้งแต่เจ็บป่วยมีการพักผ่อนหย่อนใจ	44.00	50.00	6.00	42.00	60.50	18.50
12	รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่ามีประโยชน์	69.00	64.50	-4.50	71.50	77.50	6.00
13	มีความสุขมากน้อยเพียงใด	53.00	54.50	1.50	56.00	65.50	9.50
14	พึงพอใจในชีวิตขณะนี้	62.50	60.00	-2.50	56.50	67.50	11.00
17	วิตกกังวลกับอาการไอเพียงใด	38.50	30.00	-8.50	32.50	47.50	15.00
22	คุณภาพชีวิตในขณะนี้	55.50	53.50	-2.00	53.50	74.00	20.50
	<b>คะแนนเฉลี่ย</b>	<b>53.29</b>	<b>50.50</b>	<b>-2.79</b>	<b>49.64</b>	<b>64.29</b>	<b>14.64</b>
<b>ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์</b>							
7	ปรับตัวได้กับอาการเจ็บป่วย	61.00	60.00	-1.00	57.50	76.50	19.00
20	พึงพอใจกับรูปร่างหน้าตา	59.00	58.50	-0.50	65.00	68.50	3.50
	<b>คะแนนเฉลี่ย</b>	<b>60.00</b>	<b>59.25</b>	<b>-0.75</b>	<b>61.25</b>	<b>72.50</b>	<b>11.25</b>
<b>ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม</b>							
18	ตั้งสรรค์กับคนอื่น มากน้อยเพียงใด	53.00	55.00	2.00	59.50	64.50	5.00
19	รู้สึกว่าครอบครัวเอาใจใส่	65.50	73.00	7.50	74.50	70.50	-4.00
21	มีเวลาเป็นส่วนตัวเพียงพอกับความ ต้องการ	59.00	58.50	-0.50	62.00	73.50	11.50
	<b>คะแนนเฉลี่ย</b>	<b>59.17</b>	<b>62.17</b>	<b>3.00</b>	<b>65.33</b>	<b>69.50</b>	<b>4.17</b>

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ข้อที่ / ข้อคำถาม	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			
	ก่อน	หลัง	ความ	ก่อน	หลัง	ความ	
	ทดลอง	ทดลอง	ต่าง	ทดลอง	ทดลอง	ต่าง	
<b>การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา</b>							
3	เหนื่อยง่ายบ่อยครั้งเพียงใด	31.50	34.00	2.50	31.00	51.00	20.00
15	เมื่อหายใจลำบากมีความรุนแรง	20.00	19.50	-0.50	16.50	38.00	21.50
16	มีอาการหายใจลำบากบ่อยครั้งเพียงใด	33.50	32.50	-1.00	36.00	58.50	22.50
	<b>คะแนนเฉลี่ย</b>	<b>28.33</b>	<b>28.67</b>	<b>0.33</b>	<b>27.83</b>	<b>49.17</b>	<b>21.33</b>
<b>ด้านภาวะโภชนาการ</b>							
4	น้ำหนักตัวมีผลต่อกระทบต่อสุขภาพ	67.50	68.00	0.50	65.00	75.50	10.50
9	กินอาหารได้ร่อยมากน้อยเพียงใด	71.00	74.50	3.50	71.50	80.00	8.50
10	กินอาหารได้เพียงพอหรือไม่	74.50	72.50	-2.00	71.00	76.00	5.00
	<b>คะแนนเฉลี่ย</b>	<b>71.00</b>	<b>71.67</b>	<b>0.67</b>	<b>69.17</b>	<b>77.17</b>	<b>8.00</b>
	<b>รวมคะแนนเฉลี่ยทั้งหมดทุกข้อ</b>	<b>54.20</b>	<b>54.09</b>	<b>-0.11</b>	<b>54.16</b>	<b>66.73</b>	<b>12.57</b>

ตารางที่ 14 แสดงการแจกแจงข้อมูลของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษา  
One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	SUM
N	40
Normal Parameters	Mean 54.1480
	Std. Deviation 7.11770
Most Extreme Differences	Absolute .104
	Positive .104
	Negative -.064
Kolmogorov-Smirnov Z	.658
Asymp. Sig. (2-tailed)	.779

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.



ภาคผนวก จ

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คู่มือพยาบาล

### โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

#### หลักการและเหตุผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน ปี ค.ศ. 2004 พบว่าเป็นโรคที่มีสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 4 ของประชากรทั่วโลก (World Health Report, 2006) และในอนาคตจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ มีการคาดการณ์ว่าปี ค.ศ. 2020 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นโรคที่มีสาเหตุของการตายอันดับ 3 (Murray & Lopes, 1997) และเป็นภาระของโรคอันดับที่ 5 (Murray & Lopes, 1996 cite in Kara, 2005 :127) สำหรับในประเทศไทย ปัจจุบันโรคทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง นับว่าเป็นสาเหตุหนึ่งในสิบของการเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทย เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถิติพบว่ามียอดการป่วยในปี 2545 ประมาณ 232.96 ต่อประชากรแสนคน

สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการหายใจลำบากเป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาพบแพทย์มากที่สุด (สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2545) ส่งผลกระทบทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง โดยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพทั้งหมด 6 ด้านคือ 1)ความผาสุกทางด้านร่างกาย 2)ความผาสุกทางด้านจิตใจ 3)ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ 4)ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม 5)การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือการรักษา และ 6) ภาวะโภชนาการ ผลกระทบต่อความผาสุกทางด้านร่างกาย นั่นคือ ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยลดลง มีความอ่อนล้า เหนื่อยง่าย ผลกระทบต่อความผาสุกด้านจิตใจ กล่าวคือผู้ป่วยขาดความสุขใจในชีวิต ผลกระทบในด้านการคิดคำนึงถึงภาพลักษณ์ กล่าวคือผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวอยู่กับโรคและไม่สนใจดูแลตนเอง ผลกระทบต่อความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ได้แก่ การมีอาการหายใจลำบากทำให้ผู้ป่วยแยกตัวเองจากสังคม การดำรงบทบาทต่างๆ ในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลง ส่วนผลกระทบต่อการสนองตอบการวินิจฉัยและรักษา อาการหายใจลำบากทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์บ่อยครั้ง การบรรเทาอาการโดยการไอ้ยาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม สำหรับผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ คือผู้ป่วยมีความอยากอาหารลดลง และความพยายามในการหายใจในขณะที่รับประทานอาหารส่งผลทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับพลังงานที่ใช้ไป ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยซูบผอม

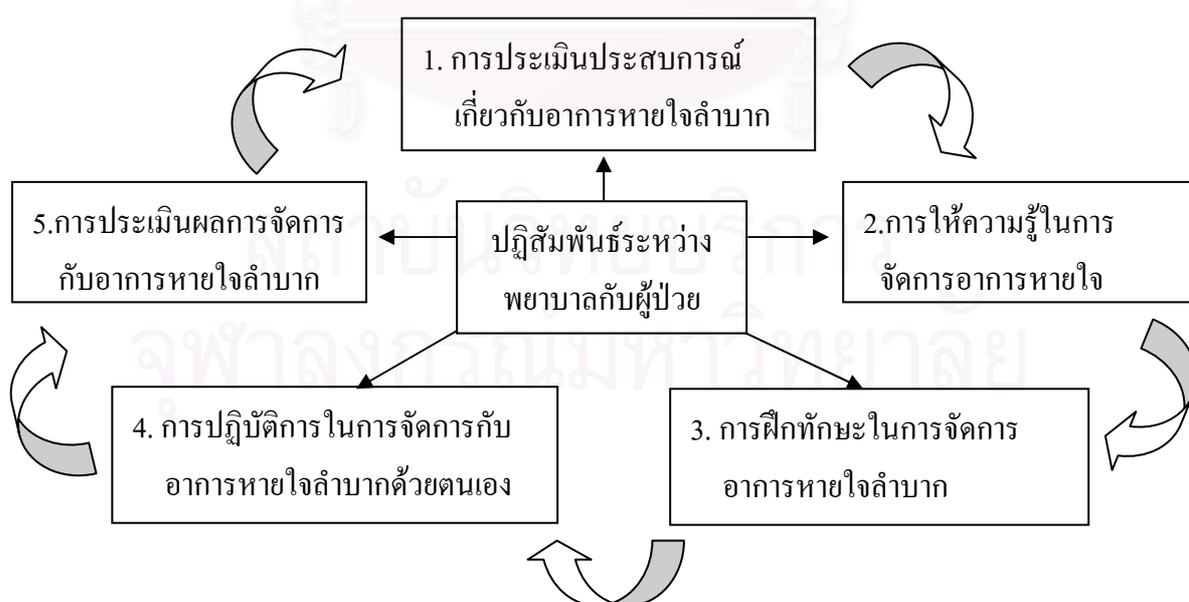
ดังนั้นพยาบาลถือเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขและเป็นผู้ที่มีบทบาทโดยตรง ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น โดยการส่งเสริมศักยภาพที่จะจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ด้วยตนเอง และช่วยส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น สามารถมีชีวิตอยู่กับโรคและดำรงบทบาทในครอบครัวได้อย่างมีความสุข

## ปรัชญา

การมุ่งรักษาผู้ป่วยเพียงสาเหตุ เช่น แนวคิดทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะจัดการกับอาการได้ ควรมุ่งที่จะจัดการทั้งสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กัน และการจัดการกับอาการให้มีประสิทธิภาพ ควรเน้นประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ในการจัดการกับอาการควรใช้กลวิธีการจัดการกับอาการอย่างเหมาะสมและประสิทธิภาพ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการจัดการกับอาการได้ด้วยตัวเอง โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะลดความทุกข์ทรมานจากอาการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

โปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ง เป็นโปรแกรมที่สามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยช่วยบรรเทาอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ โปรแกรมนี้เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลโดยร่วมมือกันในการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ 1. การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก 2. การให้ความรู้ในการจัดการอาการหายใจ 3. การฝึกทักษะในการจัดการอาการหายใจลำบาก 4. การปฏิบัติการในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง 5. การประเมินผลการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ดังได้อะแกรมต่อไปนี้



แสดง ขั้นตอนของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ง

## ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก

**หลักการ** ประสบการณ์ของอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการที่แตกต่างกัน โดยประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น โดยผู้ป่วยจะประเมินและตัดสินความรุนแรงของอาการ สาเหตุ ภาวะคุกคามและผลที่เกิดขึ้นกับชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและพฤติกรรม ดังนั้นการเข้าใจสิ่งเหล่านี้ เป็นสิ่งสำคัญเพื่อที่สามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์อาการหายใจลำบาก ความรุนแรง การจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น และผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการกับอาการหายใจลำบาก รวมทั้งการประเมินความต้องการในการเรียนรู้ของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะต้องไต่ถามและรับฟังการรับรู้หรือความรู้เดิมของผู้ป่วยก่อนด้วยท่าทีที่เป็นมิตรเพื่อให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยข้อมูลได้เต็มที่ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยนี้ พยาบาลกับผู้ป่วยจะร่วมกันวางแผน และกำหนดเป้าหมายการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น

### วัตถุประสงค์

1. ประเมินประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการหายใจลำบาก และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามมุมมองของผู้ป่วยและประเมินความต้องการในการเรียนรู้
2. ร่วมกันระบุปัญหาและตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล

### กิจกรรม

1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและทำการประเมินผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ดังนี้
  - 1.1 การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก การตอบสนองต่ออาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น รวมทั้งประสบการณ์ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น
  - 1.2 การประเมินความต้องการในการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุอาการ การรักษา และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาหรือควบคุมอาการหายใจลำบาก
  - 1.3 ใ้ผู้ป่วยทำแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกประสบการณ์อาการหายใจลำบากของตนเอง การจัดการกับอาการหายใจลำบาก และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เป็นประสบการณ์ตามมุมมองของตนเอง

2. ระบุปัญหาความต้องการ และตั้งเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบากได้

3.

ระยะเวลา 10-15 นาที

### สรุปแนวคำถาม

1. ขณะที่เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังท่านมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้นหรือไม่ ถ้ามีโปรดอธิบายถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่านว่ามีลักษณะอย่างไร

2. อาการหายใจลำบากเกิดขึ้นกับท่านในครั้งนี้เป็นอย่างไร และมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

3. ท่านคิดว่าอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นกับท่านมีสาเหตุจากอะไรบ้าง

4. ท่านมีวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นหรือไม่ ถ้ามีท่านจัดการกับอาการอย่างไร และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการที่ท่านจัดการกับอาการหายใจลำบากนั้นผลเป็นอย่างไร

5. ท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก หรือต้องการทราบอะไรเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุของการเกิดโรค อาการและการรักษาหรือแนวทางในการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นอีกหรือไม่ ถ้าหากมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้

### ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก

#### หลักการ

การให้ความรู้เป็นวิธีการปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมอาการเพื่อให้ผู้ป่วย มีการรับรู้ต่ออาการหายใจลำบากตามสาเหตุที่แท้จริง ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและบรรเทาหรือควบคุมอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ความรู้โดยการสอน เป็นวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและรับรู้ถึงสาเหตุ ของโรคและการเกิดอาการหายใจลำบากได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นแนวทางที่ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้เหมาะสมกับปัญหาของตนเอง ทำให้สามารถควบคุมหรือบรรเทาอาการหายใจลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา การดูแลตนเองในการควบคุมหรือบรรเทาอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นด้วยตนเองได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องซีก และสามารถนำความรู้ไปใช้เพื่อปฏิบัติในการจัดการกับอาการหายใจลำบากของตนเองได้

### กิจกรรม

1. ให้ผู้ป่วยมีความรู้เป็นรายบุคคลตามแผนการสอน เกี่ยวกับหน้าที่และโครงสร้างของระบบทางเดินหายใจ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่สาเหตุของโรค อาการ และ การรักษา การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก แนวทางในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ได้แก่การบริหารการหายใจ ความรู้เรื่องยา/เทคนิคการใช้อาพ่น การสงวนพลังงาน การโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค รวมทั้งความรู้เรื่องซีก ได้แก่ ประโยชน์การฝึกซีก ขั้นตอนในการฝึกการบริหารแนวซีกอย่างถูกต้อง ผลข้างเคียงของการฝึกซีก และอาการที่ผู้ป่วยควรหยุดการฝึกซีก
2. เมื่อสิ้นสุดการให้ความรู้ พยาบาลแนะนำผู้ป่วยให้ทบทวนความรู้โดยดูจากคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการบริหารกายจิตด้วยซีก อีกครั้ง
3. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูลในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ โดยพยาบาลจะให้ความรู้ซ้ำในสิ่งที่ผู้ป่วยสงสัยหรือไม่เข้าใจ

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดูแลตนเองเพื่อบรรเทาหรือควบคุมอาการหายใจลำบากได้
2. มีความรู้ และเข้าใจประโยชน์ของการบริหารกาย-จิตด้วยซีก ในการช่วยร่างกายแข็งแรง บรรเทาอาการหายใจลำบาก และทำให้มีคุณภาพที่ดีขึ้น
- 3.

ระยะเวลา 60 นาที

## สรุปเนื้อหาและสื่อที่ให้

เนื้อหา	สื่อเอกสาร
<p>ความรู้เกี่ยวกับหน้าที่และโครงสร้างของระบบทางเดินหายใจ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุของโรค อาการ และการรักษา การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก แนวทางในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การบริหารการหายใจ ความรู้เรื่องยา/เทคนิคการหายใจ การสงวนพลังงาน การโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค รวมทั้งความรู้เรื่องชั่ง ได้แก่ ประโยชน์ของการฝึกชั่ง, ขั้นตอนในการฝึกบริหารแนวชั่งอย่างถูกต้อง ,ผลข้างเคียงของการฝึกชั่งและอาการที่ผู้ป่วยควรหยุดการฝึกชั่ง</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.แผนการสอนใช้สำหรับให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการฝึกบริหารกาย-จิตชั่ง</li> <li>2.คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตด้วยชั่ง</li> <li>3.วิธีดี การบริหารกาย-จิต แบบชั่ง ของ นายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง</li> </ol>

## ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก

## หลักการ

การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก เป็นการหายใจแบบเป่าปากเป็นวิธีการหนึ่งที่ลดการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหลอดลมที่มีการพบบวมได้ง่ายขณะหายใจออก การหายใจออกออกแรงเร็วจะทำให้หลอดลมปิดเร็วกว่าปกติ ทำให้อากาศถ่ายเทไม่สมบูรณ์การหายใจเร็วจะทำให้ลมหายใจเกิดกระแสวน ทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบาก การหายใจแบบเป่าปากจะช่วยเพิ่มระยะเวลาของการหายใจออกนานขึ้น เกิดแรงต้านขณะหายใจออก ทำให้หลอดลมแฟบช้าลง อากาศในถุงลมมีเวลาในการแลกเปลี่ยนเพิ่มขึ้นทำให้หายใจสะดวกขึ้น และเหนื่อยหอบน้อยลง

การใช้ยาสูดพ่น ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแพทย์อาจเลือกใช้ยาสูดพ่นร่วมกับยารับประทาน การใช้ยาสูดพ่นข้อดีคือออกฤทธิ์เร็วเฉพาะที่ ใช้เพียงเล็กน้อยก็เพียงพอ ผลข้างเคียงของยามีน้อยปัญหาที่พบบ่อยคือ 1.การกดและสูดยาไม่สัมพันธ์กัน 2.ยาตกค้างในปาก 3.หายใจเร็วเกินไป 4.ไม่กลืนหายใจพ่นยาซ้ำในขณะที่ยังสูดยาพ่นครั้งแรกอยู่ยามากหรือยาน้อยเกินไป และ 5.ไม่เขย่าวาดก่อนใช้ยา ดังนั้นเพื่อให้การใช้ยามีประสิทธิภาพในการลดอาการหายใจลำบากผู้ป่วยควรมีเทคนิคในการใช้ยาสูดพ่นที่ถูกต้อง

การบริหารกาย-จิตด้วยซิงกงเป็นการออกกำลังกายชนิดหนึ่ง เป็นการผสมผสานกันระหว่างสมาธิ ลมหายใจ และการเคลื่อนไหวซึ่งมีรูปแบบการหายใจโดยใช้หน้าท้องและกะบังลม การฝึกหายใจเข้าท้องพองหายใจออกท้องยุบ ระหว่างฝึกจะช่วยให้หายใจได้ลึก ปอดได้รับออกซิเจน ขั้วคาร์บอนไดออกไซด์ออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกซิงกงนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสร้างความสมดุลของร่างกายจิตใจเป็นการทำสมาธิช่วยให้สงบจิตใจ ส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและจิต การบริหารร่างกายด้วยซิงกงเมื่อนำมาใช้ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันสามารถลดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บรรเทาอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### กิจกรรม

#### 1. การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก

##### 1. การเตรียม

##### 1.1 การเตรียมตัวผู้ฝึก

1.1.1 ผู้ที่ทำหน้าที่ฝึกทักษะในการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก ต้องมีความรู้เรื่องปอดและโครงสร้าง หน้าท้องของปอด และการหายใจ และมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุและพยาธิสภาพของร่างกายที่ทำให้มีอาการหายใจลำบาก วิธีการบริหารการหายใจแบบเป่าปากช่วยลดอาการเหนื่อยและอาการหายใจลำบากได้อย่างไร

##### 1.2 การเตรียมผู้ป่วย

1.1.2 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เคยมีประสบการณ์ของการเกิดอาการหายใจลำบาก หรือเป็นผู้ที่เกิดอาการหายใจลำบากอยู่ในขณะนั้น

##### 2. การฝึกทักษะการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก

2.1 ผู้ฝึกอธิบายถึงหน้าที่และโครงสร้างของระบบการหายใจ ความหมายของการเกิดอาการหายใจลำบาก สาเหตุและพยาธิสภาพที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงการมีอาการหายใจลำบาก

##### 2.2 พยาบาลผู้ฝึกทักษะการบริหารการหายใจแบบเป่าปากให้ผู้ป่วยปฏิบัติดังนี้

2.2.1 ให้ผู้ป่วยสามารถนั่งในท่าที่สบาย หรือท่านอนอาจหนุนหมอนที่ศีรษะได้ตามปกติ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย

2.2.2 เริ่มการฝึกโดยให้ผู้ป่วยหายใจทางจมูกช้าๆ (นับในใจหนึ่งและสอง) จากนั้นหายใจออกทางปากโดยผู้ป่วยห่อปากเล็กน้อยลักษณะคล้ายผิวกปาก (นับในใจ หนึ่ง สอง สาม และสี่) ให้การหายใจออกยาวนานเป็น 2 เท่าของการหายใจเข้า

2.2.3 เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้แล้วให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น และพยายามให้กำลังใจให้ผู้ผู้ป่วยฝึกการหายใจเอง โดยให้ปฏิบัติเป็นประจำครั้งละ 5-10 นาทีเป็นอย่างน้อย หรือปฏิบัติร่วมกับการทำกิจกรรมหรือเวลาออกกำลังกายก็ได้

### 3. การฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่นเพื่อขยายหลอดลม

#### 1. การเตรียม

1.1 การเตรียมตัวผู้ฝึก ผู้ฝึกต้องมีความรู้เรื่องระบบทางเดินหายใจ ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุและพยาธิสภาพของการเกิดอาการหายใจลำบาก ความรู้ในเรื่องยาสูดพ่นขยายหลอดลม เกี่ยวกับประโยชน์ ผลข้างเคียง วิธีการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมในรูปแบบต่างๆ

1.2 การเตรียมผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์ หรือมีอาการเหนื่อยหายใจลำบาก แพทย์สั่งการรักษาโดยใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมและมียาสูดพ่นของตนเอง

1.3 การเตรียมอุปกรณ์ รูปของยาสูดพ่นขยายหลอดลมหรือยาสูดพ่นขยายหลอดลมในรูปแบบต่างๆ

#### 2. การฝึกทักษะในการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม

2.1 ผู้ฝึกการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมอธิบายถึงส่วนประกอบของระบบทางเดินหายใจของคน การทำหน้าที่ของปอด สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก การรักษา และประโยชน์ของยาสูดพ่นขยายหลอดลม และอาการที่ผิดปกติหากปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม

2.2 ให้ผู้ป่วยดูรูปแบบของยาสูดพ่นขยายหลอดลมชนิดต่างๆ ที่ใช้ในการรักษา และบอกคร่าวๆ ถึงกลไกการออกฤทธิ์ของยา

2.3 ฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมโดย

2.3.1 เปิดฝาจุกยาออก เขย่ายาก่อนใช้

2.3.2 ถือขวดยาพ่นตั้งตรง อ้าปากอมปากขวดยาหรือใช้ต่อท่อพลาสติกแล้วด้านหนึ่ง ตั้งศีรษะให้ตรงหรือเอนไปด้านหลังเล็กน้อย

2.3.3 หายใจเข้าลึกๆ ช้าๆ ผ่านทางปากพร้อมทั้งกดยาพ่นเข้าไปให้พร้อม กับขณะเริ่มต้นหายใจ

2.34 กลืนหายใจไว้สักครู่ ประมาณ 10 วินาที เพื่อให้ยาสามารถเข้าไปสู่หลอดลมได้เต็มที่

2.35 หายใจออกทางปากช้าๆ

#### 4. การฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง

##### 1. การเตรียม

##### 1.1 การเตรียมผู้สอนฝึก

1.1.1 ผู้สอนฝึกเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อเป็นผู้มีความรู้ ในเรื่องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยศึกษาดำรงเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งทำการทบทวนเอกสารงานวิจัย และวิธีดี ที่เกี่ยวข้องกับการฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง

1.1.2 ผู้สอนฝึกอบรมการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้งทั้ง 4 ท่ากับผู้ที่มีความรู้เรื่องซิ้ง และฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้งมีท่าเตรียม 2 ท่า และท่าฝึกซิ้งทั้ง 4 ท่าได้แก่ท่าปรับลมปราณ ท่าอินทรีทะยานฟ้า ท่ายึดดอกขยายทรวงและลมปราณชานกษา

##### 1.2 การจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์

1.2.1 สถานที่ฝึกควรมีความเหมาะสม มีอากาศปลอดโปร่ง มีแสงแดดส่องถึง อาจเป็นห้อง หรือสนามหญ้า ทั้งนี้ช่วงเวลาฝึกได้แก่เวลาเช้า และเย็น

1.2.2 โต๊ะสำหรับวาง เครื่อง Computer พร้อมตลับสายไป วิธีดี ซิ้ง

##### 1.3 การเตรียมผู้ป่วยในการฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง

1.3.1 ผู้ป่วยต้องมีจิตใจสบายสงบพอสมควร ไม่อยู่ในอารมณ์โกรธหรือเครียดมากๆ และร่างกายมีได้อ่อนเพลียมาก หรือมีไข้สูง

1.3.2 สวมเสื้อผ้าสบาย สามารถยืดหยุ่นได้ดี

เมื่อผู้ป่วยที่มีความพร้อมที่จะฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้งให้ปฏิบัติดังนี้

1) ผู้สอนฝึก อธิบายวัตถุประสงค์ในการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง รวมทั้งประโยชน์และอาการข้างเคียงขณะฝึกซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ซึ่งได้แก่ อาการคลื่นไส้ ผื่นขึ้นที่ผิวหนัง มีไข้ต่ำๆ ซึ่งเมื่อเกิดอาการอาจลดเวลาที่ใช้ในการฝึกลง แล้วเริ่มฝึกใหม่ หรืออาจปรึกษาผู้รู้ที่สอนซิ้งได้ทันที

2) ให้ผู้ป่วยชม วิธีดี ซิ้ง 1 รอบ ใช้เวลา 25-30 นาที

3) เริ่มให้ผู้ป่วยปฏิบัติจริงโดยให้ผู้ป่วยยืนขึ้น ระหว่างฝึกควรถอดรองเท้าแล้วยืนบนพื้นดิน หลังก้าวหรือไม้ ไม่ควรยืนบนพื้นซีเมนต์ หรือหินอ่อน (แต่หากมีความจำเป็นก็ควรใส่รองเท้า หรือ ใช้ผ้าปูเพื่อรองรับเท้าทั้ง 2 ข้าง)

4) ให้ผู้ป่วยวางเท้าด้วยความกว้างเสมอไหล่ ปลายเท้าชี้ขึ้น

5) ผู้สอนฝึกให้ผู้ป่วยทำการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งกตามผู้ฝึกไปพร้อมๆ กัน โดยเริ่มจากท่าเตรียมตัวก่อนฝึก (worm up)

### ท่าเตรียมร่างกายที่ 1

ยืนแยกเท้าห่างกันประมาณ 1 คืบ ยืนมือทั้ง 2 ข้างเหนือศีรษะ (จังหวะนี้ควรหายใจเข้า) แล้วค่อยๆ ก้มลงเอามือแตะปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง จังหวะนี้ควรหายใจออก) แล้วค่อยๆ ยืดตัวขึ้น แอนไปด้านหลังเล็กน้อย (จังหวะนี้หายใจเข้า) ทำนี้ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง

### ท่าเตรียมร่างกายที่ 2

ยืนแยกเท้าห่างจากกัน 1 คืบ ถึง 1 ฟุต มือเท้าเอวหมุนตัวไปทางซ้าย พร้อมกับเอียงคอไปมองสันเท้าขวาด้านหลังเสร็จแล้วหมุนตัวไปทางขวา พร้อมๆ กับการเอี้ยวตัวไปมองเท้าซ้าย ทำซ้ำสลับกันไป 5-10 ชุด หลังจากนั้นทำการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งกทั้ง 4 ท่า ช่วงแรกๆ อาจทำเพียง 1-2 ท่าก่อนก็ได้

### ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ

วางเท้าแยกกันด้วยความกว้างเสมอไหล่ ปรับเท้าชี้ตรงไปข้างหน้า วางมือทั้ง 2 ไขว้ข้างๆ ค่อยๆ หายใจฝ่ามือแล้วยกขึ้นผ่านทรวงอกมาถึงระดับคาง หายใจเข้าช้าๆ แล้วคว่ำฝ่ามือ ลดมือลงจนถึงระดับเอวจึงย่อเข่า จังหวะนี้หายใจออกช้าๆ ให้ผู้ป่วยทำซ้ำ 3-5 รอบจนทำได้

### ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง

จากท่าที่ 1 ซึ่งยังย่อเข่าอยู่ คว่ำฝ่ามือแล้วค่อยๆ ยกขึ้นมาด้านหน้าจนถึงระดับอก จึงแยกฝ่ามือขยายออกไปจนสุดแขน หายใจเข้าช้าๆ เมื่อฝ่ามือกาง จนสุด แล้วค่อยๆ ดึงกลับมาในทิศทางเดิม ลดฝ่ามือมาไว้ข้างลำตัว ย่อเข่า จังหวะนี้หายใจออกช้าๆ ให้ผู้ป่วยทำซ้ำ 3-5 รอบจนทำได้

### ท่าที่ 3 อินทรียัถะยานฟ้า

จากท่าที่ 2 กางแขนออกทางด้านข้าง เหยียดขาตรงกางแขนขึ้นไปเหนือศีรษะ หายใจเข้า ลดแขนลงมาข้างๆ หายใจออก ให้ผู้ป่วยทำซ้ำ 3-5 รอบจนทำได้

### ท่าที่ 4 ลมปราณชานกาย

จากท่าที่ 3 คว้าค้อนมือจากด้านข้าง เสมือนเอาพลังจากธรรมชาติเข้ามาในร่างกาย หายใจฝ่ามือยกขึ้นจนถึงระดับคางแล้วคว่ำฝ่ามือ ลดฝ่ามือลง พอถึงระดับเอวก็ย่อเข่า (หากเป็นท่าจบ

เมื่อลดฝ่ามือลงก็มาวางข้างลำตัว ไม่ต้องย่อเข่า) การวางจิตใจ ให้วางไว้ที่ฝ่ามือและฝ่าเท้าทั้งสองข้าง ให้ผู้ป่วยทำซ้ำ 3-5 รอบจนทำได้

เมื่อฝึกครบ ทั้ง 4 ท่าให้ผู้ป่วยเริ่มทำตั้งแต่ท่าที่ 1 จนถึงท่าที่ 4 อย่างต่อเนื่องจนครบ 2-3 รอบจนทำได้ด้วยตัวของผู้ป่วยเอง

#### การเก็บสะสมพลัง

ภายหลังการฝึกหาวิธีที่กว้างกายโดยเฉพาะฝ่ามือทั้ง 2 ข้างมีประจุไฟฟ้าขยับๆ และอุ่นขึ้น ก็แสดงว่าฝึกได้ถูกต้อง และควรวางฝ่ามือไว้ที่สะดือ หรือท้องน้อยเพื่อเก็บสะสมพลัง การวางฝ่ามือนี้ใช้เวลาสักครู่ (หรือ 10 – 15 วินาที) ก็พอและจากนั้นจึงเอามือทั้ง 2 ข้าง มาบีบขนาดตนเองตามร่างกาย ให้ผู้ป่วยเดินผ่อนคลายเล็กน้อย ประมาณ 1-2 นาที

6) ประเมินอาการและอาการข้างเคียงภายหลังจากฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง

7) หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยทบทวนการฝึกซึ้งจากหนังสือคู่มือที่พยาบาลแจกให้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง พร้อมทั้งอธิบายเป็นรายบุคคลหากผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือสงสัย

8) ให้กำลังใจผู้ป่วยให้ฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งด้วยตัวเองทุกวัน โดยแต่ละท่าให้ทำซ้ำๆ กัน 5-10 นาที ก่อนจะทำท่าต่อไปในการฝึก ควรทำท่าที่ 1 ติดต่อกัน 5-10 นาที สำหรับผู้เริ่มต้นฝึก ต่อมาจึงทำท่าอื่นๆ โดยใช้เวลารวมกัน 20-30 นาที วันละ 1-2 ครั้ง

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง
2. ผู้ป่วยทำการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งได้

ระยะเวลา กิจกรรมนี้ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

#### ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตัวเอง

##### หลักการ

ในการดูแลสุขภาพจำเป็นที่ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพร้อมกับทีมสุขภาพ การจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตัวเองผู้ป่วยมีศักยภาพที่ทำได้ ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับทราบวิธีการจัดการกับอาการได้จากประสบการณ์ในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตัวเองร่วมกับความรู้ต่างๆ ที่ได้จากพยาบาล ในการปฏิบัติการจัดการกับอาการด้วยตัวเองนั้น ผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจ และเชื่อมั่นว่าแนวทางที่ปฏิบัตินั้นสามารถช่วยลดหรือบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้จริง พยาบาลจะมีส่วนในการให้ความรู้แนวทางที่ถูกต้อง เหมาะสม ตลอดทั้งสอนทักษะที่จำเป็น

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การจัดการกับอาการหายใจลำบากมีความต่อเนื่อง
2. บรรเทาหรือลดความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก
3. ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

### กิจกรรม

1. ผู้ป่วยทบทวนคู่มือการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก
  2. ผู้ป่วยปฏิบัติตัวตามคู่มือ
  3. ผู้ป่วยทำการฝึกการหายใจแบบช่องท้อง ร่วมกับการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก ครั้งละ 10-15 นาที อาจเป็นเวลาเช้า หรือเย็น ขณะทำกิจกรรม หรือปฏิบัติพร้อมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก
  4. ผู้ป่วยฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกวันละ 20-30 นาที โดยฝึกทำเตรียม 2 ท่า และทำซิงก 4 ท่าโดยฝึกครั้งละ 1-2 ท่าก่อนก็ได้
  5. ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลการฝึกปฏิบัติลงในตารางบันทึกการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกทุกครั้ง
- หลังการปฏิบัติ
- สื่อ ใบบานที่ 5: ตารางการบันทึกการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### การประเมินผล

1. มีการบันทึกผลในตารางบันทึกการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก
2. ประเมินจากการบอกเล่าของผู้ป่วย

ระยะเวลา 6 สัปดาห์)

### ขั้นที่ 5 การประเมินผล

#### หลักการ

เป็นการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์จากอาการ โดยการประเมินจะกระทำในขณะที่พยาบาลพบกับผู้ป่วย เป็นการประเมินอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยนำแนวทางการ

จัดการกับอาการหายใจลำบากไปปฏิบัติด้วยตัวเองที่บ้าน เพื่อนำปัญหานั้นมาสู่กระบวนการแก้ไขร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล

สำหรับการประเมินผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นภายหลังสิ้นสุดกระบวนการนั้น ได้แก่ ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากลดลง ซึ่งจะประเมินหลังจากที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติในสภาพจริงเป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยประเมินระดับของอาการหายใจลำบากที่ลดลง และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 8

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยเน้นการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง

### กิจกรรม

1. ประเมินผลโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยพยาบาลพบผู้ป่วยที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 8 หลังจากที่ได้ให้ความรู้และสอนทักษะการจัดการกับอาการหายใจลำบากรวมทั้งหลังจากให้ผู้ป่วยทำการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงที่บ้านแล้ว โดยพยาบาลให้ผู้ป่วยประเมินอาการหายใจลำบากของตนเองโดยใช้แบบวัดอาการหายใจลำบาก

2. หลังจากประเมินแล้วหากพบว่าอาการหายใจลำบากไม่ลดลงจากเดิม พยาบาลและผู้ป่วยจะหาปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน เพื่อแก้ไขสาเหตุและหาทางแก้ไขร่วมกัน

3. พยาบาลประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ

### ประเมินผล

1. อาการหายใจลำบากลดลง
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะเวลา ใช้ระยะเวลา 30 นาที

### แผนการสอน

เรื่อง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง

ผู้สอน นางเกศราภรณ์ เสี่ยงไพโรจน์ เลขประจำตัว 487755436

ผู้เรียน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เวลาที่สอน ประมาณ 2 ชั่วโมง 30 นาที (แบ่งการสอนออกเป็น 2 ครั้ง)

ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

ให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีศักยภาพในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก สามารถลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ครั้งที่ 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับ

\* โครงสร้างและการทำงานของปอดความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ได้แก่ สาเหตุการเกิดโรค อาการ และการรักษา ความรู้เกี่ยวกับประวัติชีกง ประโยชน์ของการฝึกอาการข้างเคียงและ การดูแลตนเอง การบริหารกาย-จิตด้วยชีกง ท่าที่ 1 และ ท่าที่ 2

ครั้งที่ 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับ

\* ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการหายใจลำบาก

ทักษะการหายใจแบบเป่าปาก ทักษะการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม

การบริหารกาย-จิตด้วยชีกง ท่าที่ 1 และ ท่าที่ 2

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลและชี้แจงวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่จะสอนให้ผู้ป่วยทราบ</p>	<p><b>บทนำ</b>            สวัสดีค่ะคุณ... ดิฉันเป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจะขอให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่นั้นคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งจะทำให้ท่านมีความเข้าใจในโรคนี้น่ามากขึ้น และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะอาการหายใจลำบากซึ่งเป็นอาการที่สำคัญที่ทำให้ท่านมีความทุกข์ทรมาน ขาดความสุขในชีวิต</p> <p><b>วัตถุประสงค์ของการสอน:</b> เพื่อเพิ่มพัฒนาศักยภาพให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ด้วยตนเอง</p> <p><b>ความรู้ที่จะให้ ได้แก่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.สอน โครงสร้างและหน้าที่ของปอด</li> <li>2.ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสาเหตุและการเกิดโรค อาการ การรักษา</li> <li>3. ความรู้ในเรื่องซิกง และการฝึกซิกง ท่าที่ 1และท่า ที่ 2</li> </ol>	<p>พยาบาลพบผู้ป่วย.กล่าวทักทายและแนะนำตนเองรวมถึงชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสอนและเนื้อหาที่จะสอนให้ผู้ป่วยทราบ</p> <p>(ใช้เวลา 10 นาที)</p>	<p>ไม่มี</p>	<p>ประเมินจากสีหน้าและท่าทีที่แสดง ความสนใจของผู้ป่วยในการรับฟัง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>ให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคที่ตนเองเป็นอยู่ และสามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างถูกวิธี โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก</p>	<p><b>1. สอนหน้าที่และโครงสร้างของปอด</b></p> <p>ปอดเป็นอวัยวะที่ใช้ในการหายใจ เมื่อคนเราหายใจ อากาศผ่าน โครงสร้างของร่างกายไปสู่ปอดโดยอากาศผ่าน จมูก, หลอดคอ, ก่อ่งเสียง หลอดลม, จากนั้นจะผ่านเข้าปอดซ้ายและขวาเข้าปอดแต่ละข้าง ภายในปอดจะมีท่อลมเล็กๆ และมีถุงลมเป็นจำนวนมาก ปอดคนเรามีถุงลมมากกว่า 300 ล้านถุง พื้นผิวถุงลมจะมีเส้นเลือดฝอยปกคลุมอยู่ ซึ่งเป็นบริเวณที่แลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอน ไดออกไซด์ ระหว่างเลือดและอากาศ ที่ผ่านเข้าสู่ปอด โดยขณะหายใจเข้าก๊าซออกซิเจนจะเข้าร่างกายและขับก๊าซคาร์บอน ไดออกไซด์ที่ร่างกายไม่ต้องการออกขณะหายใจออก</p> <p><b>2. ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสาเหตุและการเกิดโรค อากาศ</b></p> <p><b>โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง</b> หมายถึงกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติที่สำคัญคือมีการทำลายของหลอดลม สาเหตุอาจจากการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นสาเหตุมากที่สุด จากมลพิษในอากาศ และภาวะสารภูมิแพ้รบกวน ทำให้ปอดไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซได้ตามปกติ เกิดอาการหายใจลำบาก</p> <p>อาการในช่วงที่เป็นระยะแรกๆ จะไม่มีอาการ แต่ถ้าปอดถูกทำลายมากขึ้นจะเริ่มมีอาการไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย หายใจมีเสียงวี๊ดๆ</p> <p><b>วินิจฉัย</b> จากการซักประวัติและตรวจร่างกายประวัติการสูบบุหรี่การเอ็กซเรย์ปอด</p>	<p>พยาบาลให้ความรู้กับผู้ป่วยด้วยการสอนและอธิบายเกี่ยวกับหน้าที่และโครงสร้างของปอดและอธิบายถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็นโดยใช้คู่มือประกอบการสอน</p> <p>(ใช้เวลา 15 นาที)</p>	<p>คู่มือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง</p>	<p>ประเมินจากสีหน้าและท่าทีที่แสดง ความสนใจของผู้ป่วยในการรับฟัง และประเมินจากการซักถามของผู้ป่วย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>การรักษา: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายได้นอกจากการบรรเทาอาการซึ่งสามารถทำได้โดยการไช้ยาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง</p> <p><b>การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก</b></p> <p>1.การหยุดสูบบุหรี่ โดยเด็ดขาดเนื่องจากควันบุหรี่มีสารพิษมากกว่า 2,000 ชนิด เช่น นิโคติน, ฟีนอลและสารก่อมะเร็งต่างๆ นอกจากนี้จากการเผาไหม้จะเกิดก๊าซพิษ เช่น คาร์บอนไดออกไซด์ซึ่งสารเหล่านี้จะกระทบต่อโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของปอดเกิดการอักเสบของทางเดินหายใจและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง</p> <p>2.หลีกเลี่ยงสิ่งที่ส่งเสริมให้มีอาการเหนื่อยหอบง่าย เช่น ฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ ควันบุหรี่ อากาศร้อนหรือเย็นจัด ที่อับชื้น พวกขนสัตว์เลี้ยงต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจมีสารที่ทำให้เกิดการแพ้ สารเหล่านี้จะกระตุ้นทำให้หลอดลมหดตัว ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก</p> <p>3.หลีกเลี่ยงการอยู่หรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ ของระบบทางเดินหายใจ เช่น การไม่เข้าไปอยู่ในสถานที่แออัดต่างๆ หรือแหล่งชุมชนเพราะอาจมีควันบุหรี่หรือควันพิษหรือเชื้อโรคเมื่อหายใจเขาไปทุกวันมีส่วนที่ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจได้ ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากได้</p> <p>4.หลีกเลี่ยงสถานที่มีการฟุ้งกระจายของละอองหรือสารเคมีเช่น โรงสีข้าว เหมือง ถ่านหิน โรงปูนซิเมนต์ หรือโรงงานเชื่อมโลหะที่ก่อให้เกิดสารซิลเฟอร์ไดออกไซด์ที่ทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจมากขึ้นและกระตุ้นทำให้เกิดอาการหายใจลำบากได้</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>1. ผู้ป่วยรับรู้ความสำคัญในการบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊งงและมีความประสงค์ฝึกฝนซึ๊งงอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. ผู้ป่วยทำการบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊งงได้โดยมีท่าเตรียม 2 ท่าและท่าซึ๊งง อีก 4 ท่า</p> <p>3. ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี</p>	<p>5. หลีกเลียงจากสถานที่ที่ร้อนจัดหรือหนาวจัดจนเกินไป เพราะอากาศที่ร้อนจัดและเย็นจัดอาจเป็นเหตุกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก หรืออาจสวมเสื้อผ้าเพื่อควบคุมอุณหภูมิร่างกายของตนเองที่ทำให้ตนเองรู้สึกสบาย</p> <p style="text-align: center;"><b>การบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊งง</b></p> <p><u>ประวัติของซึ๊งง</u> ซึ๊งงเป็นศาสตร์แห่งการรักษาสุขภาพของจีน มีลักษณะคล้ายกับวิชายคะของอินเดีย อาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าวิชาลมปราณหรือกำลังภายใน โดยนำหลักการทำสมาธิเข้ามาประกอบกับท่าฝึก บริหารร่างกาย จนกลายมาเป็นที่มาของวิชาซึ๊งง ดังนั้นซึ๊งงถือเป็นการดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ</p> <p><u>ประโยชน์ของการฝึกซึ๊งง</u></p> <p>การฝึกซึ๊งงมีประโยชน์ทั้งในด้านการเสริมสุขภาพและการบำบัดโรคหลายชนิด เหตุที่เป็นอย่างนี้เพราะการฝึกซึ๊งงนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสร้างความสมดุลของร่างกาย จิตใจนั้น ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การฝึกซึ๊งงเป็นการบริหารร่างกายทำให้เกิดการยืดหยุ่นของข้อต่อและเส้นเอ็น กระดูกและกล้ามเนื้อแข็งแรง</li> <li>2. การฝึกหายใจเข้าท้องพองหายใจออกท้องยุบในระหว่างฝึก จะช่วยให้หายใจได้ลึก ปอดได้รับออกซิเจน ขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>3. การฝึกซึ๊งง เป็นการทำสมาธิจึงช่วยสงบจิตใจ ทำให้ร่างกายผ่อนคลาย ลดการทำงานของหัวใจ และสร้างสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ</li> </ol>	<p>ให้ความรู้ด้วยการสอนการหายใจแบบหน้าท้องและสาธิตประกอบในท่าเตรียมตัวก่อนฝึก 2 ท่า และท่าบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊งง 4 ท่าโดยพยาบาล การสาธิตทำทีละท่าจนมีความเข้าใจและค่อยทำท่าต่อไป (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. คู่มือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊งง</li> <li>2. VCD ซึ๊งงของ น.พ. เทอดศักดิ์ เสงคอง</li> <li>3. สาธิต</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สังเกตสีหน้าที่แสดงความสนใจของผู้ป่วย</li> <li>2. ดูจากการปฏิบัติการทำการบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊งงของผู้ป่วยในแต่ละท่า</li> </ol>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>4. ภูมิคุ้มกันทำงานได้ดีขึ้น มีความสมดุลมากขึ้น</p> <p>5. สอริโมนของร่างกายสมดุลมากขึ้น เช่น ช่วยลดสอริโมนของต่อมหมวกไตที่อาจมากเกินไป เป็นต้น</p> <p>6. ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานอย่างสมดุลมากขึ้นมีประโยชน์มากในผู้ที่มีความเครียดสูง</p> <p><b>การฝึกการหายใจแบบช่องท้อง</b></p> <p><b>การฝึกการหายใจแบบช่องท้อง</b></p> <p>การฝึกการหายใจเป็นสิ่งจำเป็นในการฝึกชี่กง ทั้งนี้เพราะการหายใจที่ถูกต้องจะทำให้ร่างกายผ่อนคลาย ปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยมีหลักการที่สำคัญคือหายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องยุบ</p> <p>การฝึกการหายใจแบบช่องท้องทำได้หลายท่า ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ในท่านอนราบ หรือหนุนหมอนตามปกติ วางมือหรือกอล่งเล็กๆ ไว้บนสะดือ เมื่อหายใจมือหรือกอล่งจะขยับสูงขึ้นเมื่อหายใจออกก็ยุบลดตัวลง ขณะที่ทรวงอกขยับเล็กน้อยเท่านั้น ไม่มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้ออก</li> </ol> <p>ในท่านั่ง อาจนั่งบนเก้าอี้ เหมือนปกติให้นึกมโนภาพว่าลมหายใจที่เข้าทางจมูกลงไปดันให้ท้องโป่งพองออก เหมือนเป่าลูกโป่ง เมื่อหายใจออกท้องก็แฟบลง เมื่อผู้ป่วยฝึกปฏิบัติเป็นประจำจะเคยชินเป็นนิสัยสามารถหายใจขณะนั่ง นอน หรือขณะบริหารร่างกายได้ และสามารถเข้าร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากช่วยลดอาการหายใจลำบากได้</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p><u>การเตรียมตัวฝึกฝนท่าการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง</u></p> <p>การเตรียมตัวฝึกควร สวมเสื้อผ้าสบาย สามารถยืดหยุ่นได้ดี ไม่ควรสวมรองเท้า ปล่อยให้เท้าเปล่าสัมผัสกับพื้นสนามหญ้า</p> <p>ท่าเตรียมที่ 1 ยืนแยกเท้าห่างกันประมาณ 1 คืบ ยืนมือทั้ง 2 ข้างเหนือศีรษะ(จิ้งหะ นี้ควรหายใจเข้า) แล้วค่อยๆ ก้มลงเอามือแตะปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง จิ้งหะนี้ควร หายใจออก) แล้วค่อยๆ ยืดตัวขึ้นเอนไปด้านหลังเล็กน้อย (จิ้งหะนี้หายใจเข้า) ทำ นี้ซ้ำ 5-10 ครั้ง</p> <p>ท่าเตรียมที่ 2 ยืนแยกเท้าห่างจากกัน 1 คืบ ถึง 1 ฟุต มือเท้าเอวหมุนตัวไปทางซ้าย พร้อมกับเอียงคอไปมองสันเท้าขวาด้านหลังเสร็จแล้วหมุนตัวไปทางขวา พร้อมๆ กับการเอี้ยวตัวไปมองเท้าซ้าย ทำซ้ำสลับกันไป 5-10 ครั้ง</p> <p>หลังจากนั้นท่าการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้งทั้ง 4 ท่า ในช่วงแรกๆ อาจทำเพียง 1-2 ท่าก่อนก็ได้</p> <p><b>ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ</b> เริ่มต้นจากการยืนกางขา ด้วยความกว้างพอๆ กับไหล่ วาง ปลายเท้าให้ชี้ตรงไปข้างหน้า หลังตั้งตรง ตามองตรงไปข้างหน้า ค่อยๆ หายใจเข้า ทั้ง 2 ข้างขึ้นช้าๆ ตามจิ้งหะหายใจเข้า เมื่อมือถึงระดับคางก็คว่ำมือและลดมือลงต่ำ ช่วงนี้เป็นจิ้งหะหายใจออก เมื่อฝ่ามือลงมาถึงระดับเอวค่อยย่อเข้าทั้ง 2 ข้าง เล็กน้อย เป็นท่าที่เอื้อต่อการหายใจ โดยการใช้กระบังลม มือทั้ง 2 ข้างซ้อนกันวาง ปิดบนท้องน้อย แล้วใช้จิตใจ โนม้นำขึ้นบนฝ่ามือไปยังช่องท้องซึ่งจะรู้สึกได้ถึง</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>ความร้อนและประจุไฟฟ้าที่ไหลเข้าไป ผู้ชายให้เอาฝ่ามือขวาทับฝ่ามือซ้าย ผู้หญิงฝ่ามือซ้ายทับมือขวา วางนิ้วด้วยใจสงบสักครู่ หลังการฝึกควรเดินเล่นไปมา ขยับตัวขาและแขน ประมาณ 10 นาที</p> <p>ท่าที่ 1 ด้วยการหงายฝ่ามือ ยกขึ้นไปใหม่ เมื่อมือถึงระดับเอว ค่อยเหยียดเข่า ยกฝ่ามือขึ้นไปจนถึงระดับคางจึงคว่ำมือ แล้วลดลงมาใหม่วนเวียนอย่างนี้ไปเรื่อยๆ</p> <p><b>ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง</b> เริ่มต้นโดยต่อจากท่าที่ 1 ด้วยการยกแขนและฝ่ามือขึ้นมาตรงๆ ในแนวกลางจนถึงรับสายตา แล้วหันฝ่ามือเข้าหากันก่อนจึงขยายฝ่ามือออกทั้ง 2 ด้าน จังหวะนี้เป็นจังหวะหายใจเข้า เมื่อกลับหุบแขนเข้ามาตรงหน้า คว่ำมือลดลงต่ำ มือถึงเอวก็ย่อเข่าลง จังหวะนี้ให้หายใจออก เป็นท่าที่ช่วยบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกด้านหน้า</p> <p><b>ผลข้างเคียงของการฝึก</b></p> <p>การฝึกซึ่งอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงในบางรายเช่น อาการคลื่นไส้ ผื่นขึ้นตามผิวหนัง มีไข้ต่ำๆ เป็นต้น อาการทั้งหมดนี้มักหายไปหลังการฝึกแล้วสักครู่หนึ่ง</p> <p><b>การป้องกันการเกิดอาการข้างเคียง</b></p> <p>ให้ฝึกโดยเริ่มจากใช้นเวลาน้อย 5-10 นาทีแล้วค่อยเพิ่มเวลาขึ้นอย่างไรก็ตามหากมีอาการดังกล่าวก็ควรลดเวลาที่ใช้ในการฝึกลงแล้วเริ่มต้นฝึกอย่างค่อยเป็นค่อยไปหรือปรึกษากับผู้รู้ที่สอนซึ่งก็ได้</p>			



**สุขภาพดี ไม่มีขาย  
สามารถทำได้  
โดยการดูแลตนเอง**

## คู่มือ

**การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น  
เรื้อรังและการบริหารกาย-จิตด้วยซีกง**



จัดทำโดย

นางเกศรางค์ เสียงไพโรจน์

นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ. ดร. สุวีพร ธนศิลป์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

หน้าทีและโครงสร้างของปอด	หน้า
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1
การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก	2
แนวทางในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก	3
- การบริหารการหายใจ	5
- ความรู้การใช้ยาและเทคนิคการใช้ยาพ่น	6
- เทคนิคการสงวนพลังงาน	8
- อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	9
- การบริหารกาย-จิตด้วยซี่กง	11

17

### การเก็บสะสมพลัง

ภายหลังการฝึกหาคู่มือรู้สึกร่างกายโดยเฉพาะฝ่ามือทั้ง 2 ข้างมีประจุไฟฟ้าขั้วลบ และอุ่นขึ้น ก็แสดงว่าฝึกได้ถูกต้อง และควรวางฝ่ามือไว้ที่สะดือ หรือท้องน้อยเพื่อเก็บสะสมพลัง การวางฝ่ามือนี้ใช้เวลาสักครู่ (10-15 วินาที) ก็พอและจากนั้นจึงเอามือทั้ง 2 ข้างมาบีบนิ้วตนเองตามร่างกาย

### ผลข้างเคียงของการฝึก

การฝึกซี่กงอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงในบางราย เช่น อาการคลื่นไส้ผื่นขึ้นตามผิวหนัง มีไข้ต่ำๆ เป็นต้น อาการทั้งหมดนี้มักหายไปหลังการฝึกแล้วสักครู่หนึ่ง อย่างไรก็ตามหากมีอาการดังกล่าวก็ควรลดเวลาที่ใช้ในการฝึกลงแล้วเริ่มต้นฝึกอย่างค่อยเป็นค่อยไป หรือปรึกษากับผู้รู้ที่สอนซี่กงได้

### สรุป

1. การฝึกซี่กง เป็นศาสตร์โบราณที่ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพในการลดความเครียด เสริมสุขภาพ และช่วยในการบำบัดโรคหลายชนิด
2. หลักการฝึกประกอบไปด้วย การฝึกหายใจให้ลึกถึงท้อง การเคลื่อนไหวช้าและสม่ำเสมอ การมีสมาธิติดตามการเคลื่อนไหว (มือ)



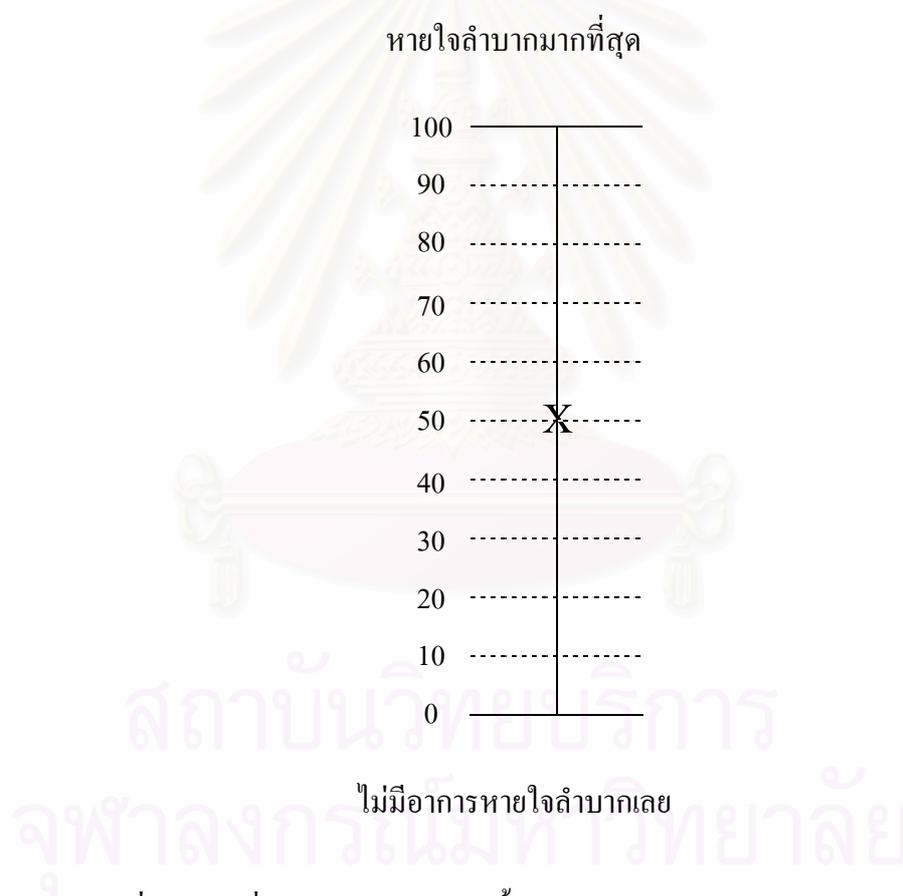
แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อคำถาม	คำตอบ		ระดับความรุนแรงของโรค
	ใช่	ไม่ใช่	
1. ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติโดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบใช่หรือไม่			ระดับที่ 1
2. ท่านไม่สามารถเดินบนพื้นราบได้ กระฉับกระเฉงเท่าคนปกติ และไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันไดได้เท่ากับคนในวัยเดียวกันใช่หรือไม่ และจะมีอาการเหนื่อยหอบเมื่อขึ้นตึกสูง 1 ชั้น หรือไม่			ระดับที่ 2
3. ท่านไม่สามารถทำงานหนักหรือทำงานที่ยุงยากได้ และไม่สามารถเดินบนพื้นราบได้เท่ากับคนในวัยเดียวกันและมีอาการเหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น และต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 2 ชั้น ใช่หรือไม่			ระดับที่ 3
4. ท่านมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น โดยไม่สามารถทำงานได้และเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัดและต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่ยังสามารถดูแลตนเองในการในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใช่หรือไม่			ระดับที่ 4
5. ท่านมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมาก และเมื่อเดินเพียง 2 – 3 ก้าว หรือลุกนั่ง ก็จะรู้สึกเหนื่อย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีอาการเหนื่อยหอบแม้ในขณะที่พูดหรือแต่งตัวใช่หรือไม่			ระดับที่ 5

### แบบวัดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

**คำชี้แจง** แบบวัดอาการหายใจลำบากเป็นมาตรแสดงการรับรู้อาการหายใจลำบากของท่านในขณะนี้ มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร ทางด้านบนสุดที่ตำแหน่ง 100 มิลลิเมตร หมายถึงท่านมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ส่วนล่างสุดที่ตำแหน่ง 0 มิลลิเมตร หมายถึงไม่มีอาการหายใจลำบากเลย และตรงกึ่งกลางที่ตำแหน่ง 50 มิลลิเมตร หมายถึงการมีอาการหายใจลำบากปานกลาง ขอให้ท่านขีดเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนเส้นตรง ณ จุดที่บ่งบอกถึงอาการหายใจลำบากของท่านในขณะนี้จริงๆ

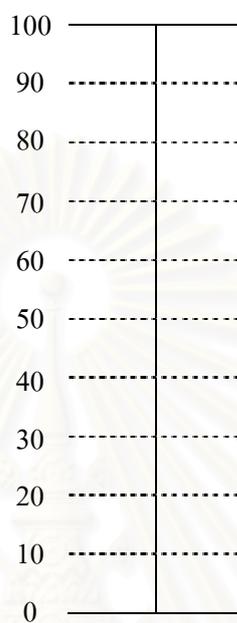
ตัวอย่าง



เครื่องหมายที่จุด 50 เซนติเมตรนี้ แสดงว่าผู้ตอบมีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับปานกลาง ไม่ว่าท่านจะขีดเครื่องหมายกากบาทที่ตำแหน่งใดจะไม่มีผลกระทบหรือตีเลว และจะไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการรักษาพยาบาลของท่านแต่อย่างใด เพราะเป็นการรับรู้อาการหายใจลำบากของท่านเองในขณะนั้น ตำแหน่งที่ถูกต้องมีเพียงตำแหน่งเดียวเท่านั้น คือตำแหน่งที่ท่านกากบาทตรงกับความรู้สึกของท่านจริงๆ

อาการหายใจลำบากของท่านขณะนี้

หายใจลำบากมากที่สุด



ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างรายชื่อที่ .....

## ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. ( ) ชาย  
( ) หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. สถานภาพสมรส
  - ( ) โสด
  - ( ) คู่
  - ( ) ม่าย
  - ( ) หย่า หรือแยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
  - ( ) ไม่ได้รับการศึกษา (แต่อ่านออกเขียนได้)
  - ( ) ประถมศึกษาปีที่ 1 - 4
  - ( ) ประถมศึกษาปีที่ 5 - 6
  - ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1 - ม.3)
  - ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 - ม.6)
  - ( ) ประกาศนียบัตรวิชาชีพ หรืออนุปริญญา
  - ( )ปริญญาตรี
  - ( ) สูงกว่าระดับปริญญาตรี
5. อาชีพ
  - ( ) เกษตรกรรม
  - ( ) รับจ้าง
  - ( ) ค้าขาย / ทำธุรกิจ
  - ( ) ว่างาน
  - ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....
  - ( ) อาชีพที่เกี่ยวข้อง ระบุ.....

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### 1. ประวัติการแพ้

( ) แพ้ ( ) ไม่แพ้

สิ่งที่ทำให้แพ้ได้แก่.....

### 2. ประวัติการติดเชื้อที่ปอดหรือโรคเรื้อรังที่เกี่ยวกับระบบการหายใจ

( ) มี ระบุ.....

( ) ไม่มี

### 3. ประวัติการสูบบุหรี่

( ) สูบบุหรี่ ( ) ไม่สูบบุหรี่ ( ) หยุดสูบบุหรี่

สำหรับผู้สูบบุหรี่

3.1 จำนวนบุหรี่ที่ท่านสูบ.....มวน/วัน

สำหรับผู้เลิกสูบบุหรี่แล้ว

3.2 ระยะเวลาในการเลิกสูบบุหรี่ .....ปี

### 4. ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม

4.1 การระบายอากาศในบ้านหรือที่ทำงาน

( ) ดี

( ) ไม่ดี ระบุ.....

4.2 อยู่ในเขตโรงงานอุตสาหกรรมหรือที่มีสารเคมี

( ) ใช่ ระบุ.....

( ) ไม่ใช่

4.3 คลุกคลีกับสัตว์เลี้ยงหรืออยู่ใกล้บริเวณที่เลี้ยงสัตว์

( ) ใช่ ระบุ.....

( ) ไม่ใช่

4.4 สภาพภูมิอากาศของที่อยู่อาศัยหรือที่ทำงาน

( ) เหมาะสม

( ) ไม่เหมาะสม ระบุ.....

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

1. ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมานาน ..... ปี
2. ในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมาท่านเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่  
 ไม่เคย       เคย โปรดระบุจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษา..... ครั้ง  
 ประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์โดยใช้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ ดังนี้
3. การรักษา และยาที่ได้รับขณะนี้

.....

.....

.....

.....

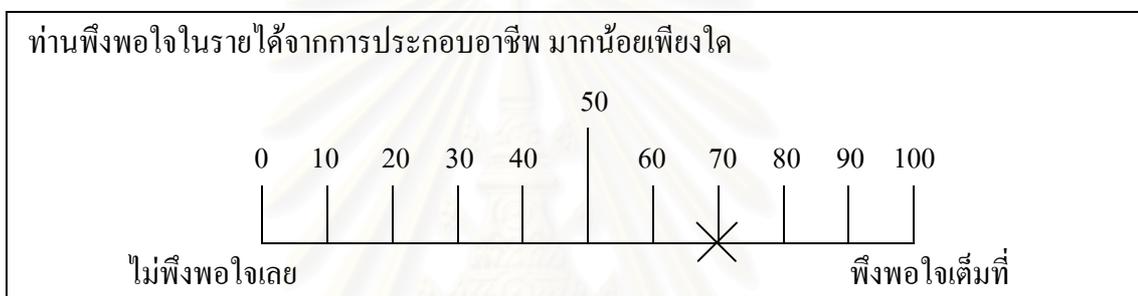
.....

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต ( Quality of Life Index )

คำชี้แจง ในแต่ละข้อต่อไปนี้ เป็นคำบรรยายถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในขณะนี้ ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ความรู้สึกของผู้ป่วยในแต่ละข้อจะอยู่ในช่วง 0 – 100 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความให้ผู้ป่วยฟัง และให้ผู้ป่วยชี้หรือขีดเครื่องหมายกากบาท (x) ลงบนเส้นตรง พร้อมทั้งเขียนตัวเลขกำกับตรงจุดที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของผู้ป่วยในข้อนั้นจริงๆ

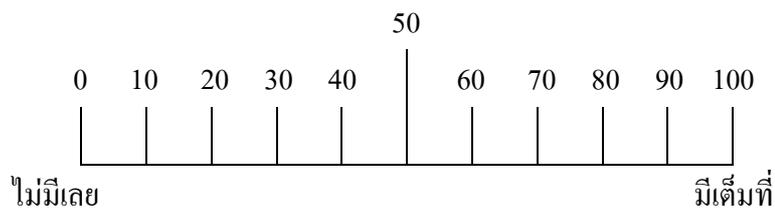
#### ตัวอย่าง



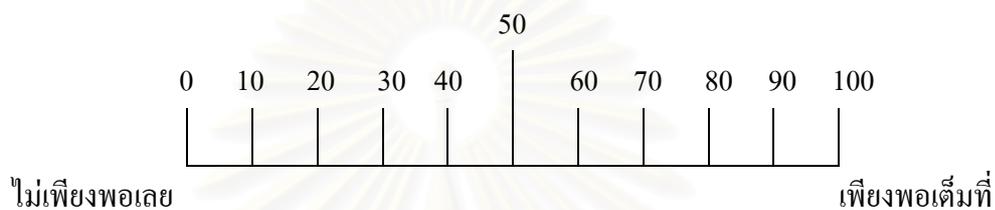
เครื่องหมายกากบาทที่จุดนี้ ผู้ตอบมีความพึงพอใจในรายได้จากการประกอบอาชีพ ที่ระดับ 75 คะแนน แสดงว่าผู้ตอบค่อนข้างมีความพึงพอใจในรายได้จากการประกอบอาชีพแต่ไม่ถึงกับ 100 คะแนนเต็ม ไม่ว่าท่านจะตอบที่ตำแหน่งใด จะไม่มีการถูกผิดหรือดีเลว และจะไม่มีผลใดๆ เพราะเป็นความรู้สึกต่อคุณภาพชีวิตของท่านเองในขณะนั้นๆ ตำแหน่งที่ถูกต้องมีเพียงตำแหน่งเดียวเท่านั้นคือตำแหน่งที่ท่านกากบาทตรงกับความรู้สึกของท่าน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

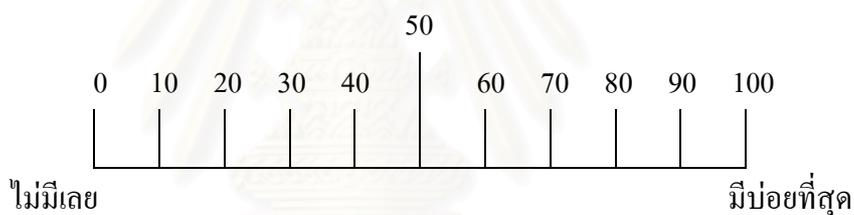
1. ท่านมีกำลังวังชามากน้อยเพียงใด



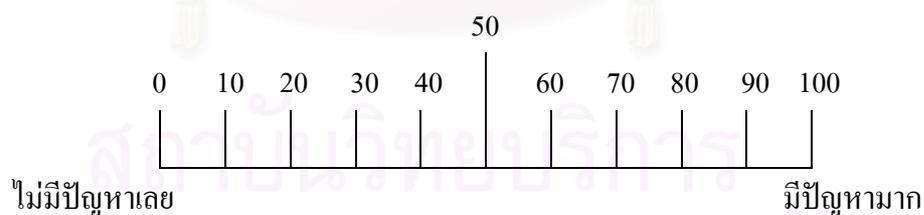
2. ท่านนอนหลับได้เพียงพอมากน้อยเพียงใด



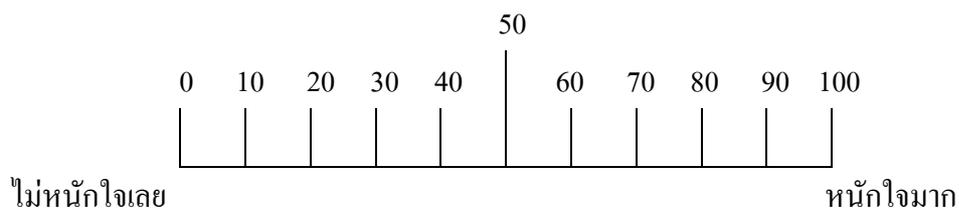
3. ท่านเหนื่อยง่ายบ่อยครั้งมากน้อยเพียงใด



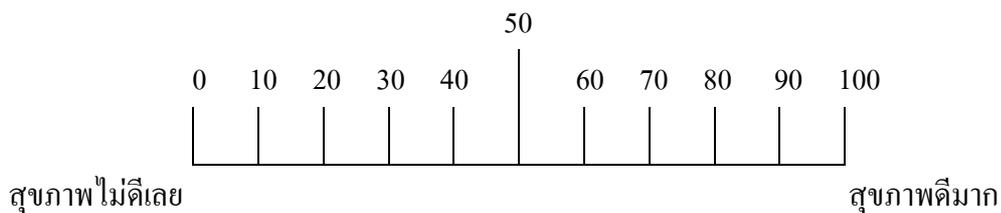
4. ในปัจจุบันน้ำหนักตัวของท่านมีผลกระทบต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด



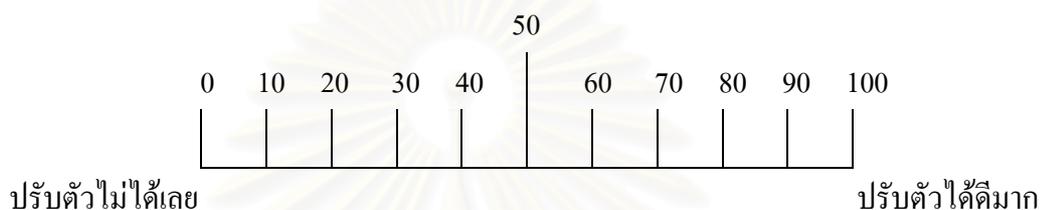
5. ท่านรู้สึกหนักใจ ก้าว หรือเป็นทุกข์กับการเจ็บป่วยของท่านมากน้อยเพียงใด



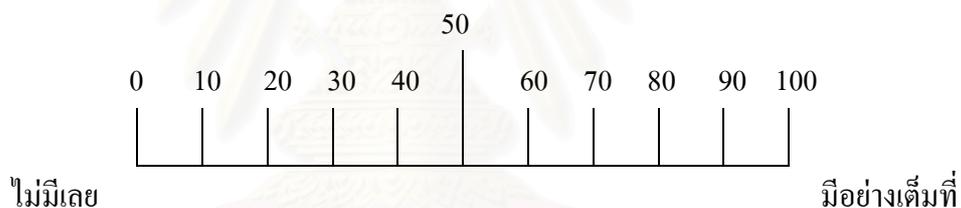
6. สุขภาพของท่านปัจจุบันนี้เป็นอย่างไร



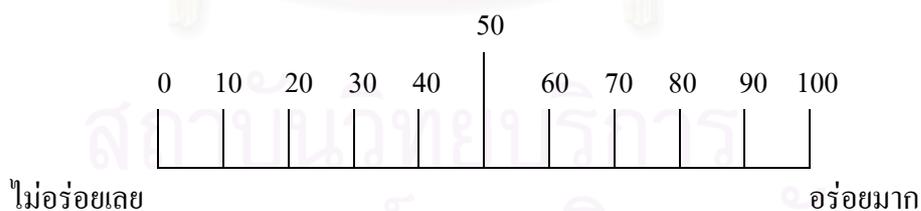
7. ท่านปรับตัวได้ดีเพียงใดต่อการเจ็บป่วยที่ท่านเป็นอยู่



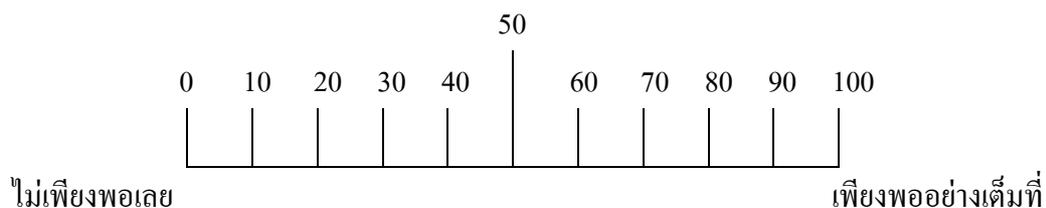
8. ตั้งแต่เจ็บป่วยท่านได้พักผ่อนหย่อนใจ(เช่นการเดินเล่น การฟังวิทยุ หรือการไปเที่ยวพักผ่อนตามปกติ)มากน้อยเพียงใด



9. ท่านกินอาหารได้ร่อยมากน้อยเพียงใด



10. ท่านกินอาหารได้เพียงพอหรือไม่





## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางเกสรารงค์ เสียงไพโรจน์ เกิดวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2508 ที่จังหวัดฉะเชิงเทรา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์ พ.ศ. 2530 และ หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตร (บริหารสาธารณสุข) จาก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปี พ.ศ. 2540 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2548 (ภาคปกติ) ปัจจุบันดำรง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 ตึกพิเศษ โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย