

บทความวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุ
มุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สุนีย์ เฮะดือเราะ *กาญจน์สุนภัท บาลทิพย์ ** เฟลีนพิศ ฐานิวัฒนานนท์***

*นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาพยาบาลอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดหลัก 2 แนวคิด ประกอบด้วย แนวคิดการจัดการอาการของดอตต์และคณะ (2001) และแนวคิดวิถีมุสลิมกับการดูแลสุขภาพ ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะพัฒนาองค์ประกอบของโปรแกรม และการประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรม โดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีการดำเนินกิจกรรม จำนวน 8 สัปดาห์ โปรแกรมที่พัฒนาประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการใช้โปรแกรม ซึ่งเป็นแนวทางการแนะนำการใช้และองค์ประกอบต่างๆของโปรแกรม 2) แผนการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นแผนกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ที่ผู้ป่วยต้องร่วมกิจกรรม และ 3) คู่มือส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกิจกรรมดำเนินในช่วงระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งมีทั้งหมด 6 กิจกรรม โดยผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรมโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า โปรแกรมมีความถูกต้องเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้ และการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากเป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุมุสลิม เนื่องจากมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ เป็นโปรแกรมที่ปฏิบัติได้ง่ายตามบริบทของผู้ป่วย หากมีการนำไปใช้โปรแกรมอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ทั้งนี้ ควรนำโปรแกรมไปทดสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบาก; ผู้ป่วยสูงอายุมุสลิม; โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Research

The Development of Symptom Management for Dyspnea Program In Muslim Elderly with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Sunee Hehduereh* Karnsunaphat Balthip ** Ploenpit Thaniwattananon***

* Graduate students Community Nursing Practice, Prince of Songkla University

** Asst. Prof. Dr., Department of Public Health Nursing Prince of Songkla University

*** Asst. Prof. Dr., Department of Nursing Medicine Prince of Songkla University

Abstract

This developmental research aimed to Development of Symptom Management for Dyspnea Program In Muslim Elderly with Chronic Obstructive Pulmonary Disease .This study used brain consists of 2 core concepts to manage the symptoms of Dodd et al and the Muslim way of health care and a review of evidence. The development was divided into 2 phases, comprising the component development and

The development of symptom management for dyspnea program In muslim elderly with chronic obstructive pulmonary disease consists of 8 weeks 1) Symptom Management for Dyspnea Program In Muslim Elderly with Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2) quiline program 3) quide promotion deal for Muslim Elderly with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.The activity carried out during a period of 8 weeks through 6 events.The content validity of the program was evaluated by 3 experts as being accurate and appropriate. Moreover, pre-testing with Muslim Elderly with Chronic Obstructive Pulmonary Disease confirm the program was simple and convenient. The Symptom Management for Dyspnea program can be used effectively if used consistently. The efficiency and effectiveness of the program should be tested with a larger sample

Keywords: symptom management for dyspnea program; muslim elderly; copd



บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเป็นปัญหาสำคัญสำหรับสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ระบุว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกประมาณ 80 ล้านคน และมีผู้ที่เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณปีละ 3 ล้านคน หรือเท่ากับเสียชีวิต นาที่ละ 6 คน ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 โดย 1 ใน 6 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอาการรุนแรง ในจำนวนนี้จะมีผู้เสียชีวิต 4 ล้านกว่าคนในปี ค.ศ.2010 คิดเป็นร้อยละ 12 และเป็นลำดับที่ 4 ของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมดทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2012) และมีจำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 30 และโรคนี้จะกลายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 3 ของประชากรโลกในปีในปี ค.ศ. 2030 อีกด้วย (WHO, 2012) สำหรับประเทศไทยจากสถิติในปี พ.ศ. 2557 พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวน 236,521 ราย เท่ากับ 366.01 ต่อแสนประชากร และพบว่ามีอัตราการป่วยสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ 230.22 ต่อประชากรแสนคน (อมรา,กมลชนก, ภาคภูมิ, และธนวัตร, 2556) สำหรับสถิติการตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากอัตราตาย 10.0 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2555 เป็น 12.1 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2557 การตายในกลุ่มอายุ 60 - 74 ปี จะมีการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 4 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การหายใจล้มเหลว และภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 6,945 ราย เท่ากับ 77.6 ต่อแสนประชากร (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข, 2558) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 15-59 ปี จำนวน 885 ราย เท่ากับ 2.0 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ยังพบว่าภาคใต้มีอัตราการตายเป็นอันดับ 2 ของประเทศรองลงมาจากภาคเหนือ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข, 2558) สำหรับโรงพยาบาลหรือเสาะพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากเป็นอันดับ 1 ใน 3 ของโรคระบบทางเดินหายใจทั้งหมด จากสถิติปี พ.ศ. 2557-2559 มีจำนวน 285, 320, 364 รายตามลำดับ (เวชระเบียนโรงพยาบาลหรือเสาะ, 2557-2559)

อาการหายใจลำบากเป็นอาการสำคัญและพบมากที่สุด chez ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เบญจมาศ, 2555; Registered Nurses Association of Ontario [RNAO], 2010) ซึ่งอาการหายใจลำบากเกิดจากพยาธิสภาพที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างถาวร ส่งผลให้การระบายอากาศลดลง (สมาคมเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2548) สำหรับผู้สูงอายุสูงจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ส่งผลให้พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซน้อยลง จำนวนใยฮีลาสตินและความยืดหยุ่นของถุงลมจึงลดลง และส่งผลให้ความยืดหยุ่นของปอดลดลงด้วย ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคนั้นอาการหายใจลำบากจึงเป็นอาการที่พบบ่อยและมีเป็นปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่าอาการหายใจลำบากร้อยละ 90-95 ในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับรุนแรง (Solano, Gomes & Higginson, 2006) หรือในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังบางรายที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่มาก และไม่สามารถควบคุมอาการและจัดการกับอาการได้ ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจนเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตตามมา โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก จากการสำรวจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2555 พบว่ามีภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นมากถึง 12,735 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของรายได้ประชากร ทำให้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 1 ใน 10 ของโรคเรื้อรังที่เป็นภาระต่อค่าใช้จ่ายสาธารณสุขของประเทศไทยอีกด้วย (สถิติปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) อาการหายใจลำบากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวแบบองค์รวม ต่อตัวผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายจิตสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งด้านร่างกายนั้นเกิดจากเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อร่างกายส่วนปลายลดลงทำให้กล้ามเนื้อเกิดการอ่อนล้า จนระดับความสามารถของร่างกายทำหน้าที่ได้ลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายได้ตามปกติ อาการหายใจลำบากส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายยิ่งลดลง ชิดจำกัดในการทำหน้าที่ของ ร่างกายจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อโรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในระยะกำเริบของโรค ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาภาวะขาดออกซิเจนและบทบาทการบำบัดด้วยออกซิเจนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและปัญหาด้านความจำ โดยได้ศึกษาและทดลองในระยะยาวเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะขาดออกซิเจนกับความบกพร่องทางสติปัญญา ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นที่มีอาการรุนแรงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความบกพร่องในเรื่องความจำ คิดเป็นร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่มีอาการที่รุนแรง เช่นเดียวกับค่าออกซิเจนในร่างกาย (Oxygen saturation) ผู้ป่วยที่มีค่า ออกซิเจนในร่างกายต่ำกว่าค่าปกติ คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 88 ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะความบกพร่องในเรื่องความจำ (Thakur et al., 2010) สำหรับผลกระทบทางด้านจิต สังคม อาการหายใจลำบากส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รวมถึงบทบาทหน้าที่และการมีส่วนร่วมในสังคมลดลงก่อให้เกิดความรู้สึกด้านลบต่อตนเองผู้ป่วย เกิดความวิตกกังวลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในระดับต่ำ (Gudmundsson, Gislason, Janson, Lindberg, Ulrik, & Brondum, 2006) แยกตัวออกจากสังคมขาดความสนใจสิ่งแวดล้อมและเกิดภาวะซึมเศร้า ตามมา และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจเกิดจากผู้ป่วย มักมีอาการกำเริบบ่อยครั้งทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครอบครัวขาดรายได้จากการ ประกอบอาชีพ และต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ดังนั้นอาการหายใจลำบากจึงถือว่าเป็นสิ่งที่คุกคามคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สุวรรณ, 2554; Hopp, & Walker, 2009)

การจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของการมีอาการหายใจลำบาก กลวิธีการจัดการอาการหายใจลำบาก และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการของผู้ป่วยแต่ละรายอาจจะมีความแตกต่างกันไป Dodd และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้อธิบายว่า วิธีการจัดการอาการต่างๆที่เกิดขึ้น เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและจะขึ้นอยู่กับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งปัจจัยอื่นๆที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงร่างกาย สังคม และวัฒนธรรม ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่ต้องมีความตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการอาการเพื่อควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากพยาบาลมีหน้าที่ในการดูแล ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ ส่งเสริมวิธีการจัดการกับอาการของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วย

สามารถจัดการกับอาการและสามารถควบคุมอาการที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆได้ Dodd และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้พัฒนาแนวคิดการจัดการอาการ ต่อจากLarson และคณะ (Larson et al., 1994) โดยอาศัยหลักฐานจากงานวิจัยต่างๆ มีแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยควรมีการจัดการกับอาการด้วยตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีประสบการณ์การมีอาการและการรับรู้อาการของตนเอง และสามารถประเมินความรุนแรง หรือมีการตอบสนองต่ออาการที่มีความแตกต่างกัน (Dodd et al., 2001) จากแนวคิดนี้ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการและความรุนแรงของอาการหายใจลำบากของตนเอง ผู้ป่วยจะสามารถเลือกใช้กลวิธีในการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นกับตนเอง จากการเรียนรู้ การฝึกทักษะหรือจากการแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้นในครั้งต่อไป ผู้ป่วยจะสามารถเลือกใช้กลวิธีจัดการกับอาการหายใจลำบากที่ตนเองรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมอาการ และบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามียุทธวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากเพื่อลดความรุนแรงของโรค โดยผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองอาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้อง รวมถึงการฝึกทักษะที่จำเป็น และให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามกระบวนการจัดการตนเอง ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมแก่ตนเอง พบว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอดที่ดีขึ้นและความวิตกกังวลที่ลดลงตามลำดับ (จุฬารณ, 2550) แต่โปรแกรมที่ให้เป็นโปรแกรมที่ทำเป็นรายกลุ่ม อาจจะทำให้ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมบางรายขาดความมั่นใจในการร่วมกิจกรรมที่ได้จัดทำขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยการให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มอบคู่มือ พร้อมให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ และการเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่าผลของโปรแกรมสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้เพิ่มขึ้น และสามารถจัดการอาการหายใจลำบากได้ถูกต้อง (เบญจวรรณ,

2554) การศึกษาที่กล่าวถึงนี้อาจจะมีความคล้ายคลึงกับสิ่งที่ผู้วิจัยกำลังจะศึกษา คือ ศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเช่นเดียวกัน แต่การศึกษาที่กล่าวมายังไม่พบแก่นแท้ของการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในแบบฉบับความเป็นมุสลิม การศึกษาที่มีลักษณะเฉพาะในเรื่อง ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ หรือบริบทของมุสลิมสามจังหวัดชายแดนใต้ที่มีความแตกต่างกับพื้นที่อื่นๆ กล่าวคือ การศึกษาที่มีบริบทที่แตกต่างกันอาจจะหมายถึงการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันไปด้วย สำหรับผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามนั้นจะมีวัฒนธรรมประเพณีทางศาสนา หรือด้วยบริบทและวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากประชากรทั่วไป โดยผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามจะมีความเคร่งครัดในเรื่องหลักการและบทบัญญัติทางศาสนาเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพอนามัยจะต้องอยู่ภายใต้หลักความศรัทธาหลักปฏิบัติ และหลักจริยธรรม ซึ่งผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามต้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต (ยูซุฟและสุภัทร, 2550) แต่ด้วยวัฒนธรรมประเพณีที่ต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด การดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น ต้องมีการปรับเปลี่ยนเวลาการใช้จ่ายยาหยุดลมในช่วงเวลากลางวันของการถือศีลอดในเดือนรอมฎอน เช่น จะไม่พ่นยาหยุดลมในเวลากลางวันเนื่องจากเชื่อว่ายาจะผ่านเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจจนทำให้การถือศีลอดเป็นโมฆะ หรือหลักปฏิบัติของศาสนาที่สตรีชาวมุสลิมต้องมีการสำรวมในเรื่องการแสดงออกของกิริยา มารยาท และการแต่งตัว จึงเป็นข้อจำกัดในการออกกำลังกายเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ เป็นต้น และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น คือ การจัดสภาพแวดล้อมของครัวเรือนที่ไม่เหมาะสม เช่น มีการเลี้ยงสัตว์ไว้ในบ้าน หรือการสูบบุหรี่ โดยที่มีการสูบบุหรี่ทั้งในบ้านและในที่สาธารณะ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมทางสังคมไปแล้ว

เพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และแนวคิดวิถีมุสลิมกับการดูแลสุขภาพ ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากของตนเองได้ จัดการอาการได้อย่างถูกต้อง ไม่มีความกังวลในเรื่องการจัดการอาการกับหลักทาง

ศาสนา และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือปฏิบัติศาสนกิจตามหลักศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือได้อย่างสมบูรณ์แบบมากที่สุด เพื่อนำผลบุญไปยังวันสิ้นโลกตามความเชื่อของชาวมุสลิมทุก ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำถามการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีองค์ประกอบอะไรบ้าง และมีความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้หรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดหลัก 2 แนวคิด ประกอบด้วย แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (2001) และแนวคิดวิถีมุสลิมกับการดูแลสุขภาพ ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (2001) ที่นำมาใช้ในการออกแบบการจัดการอาการและควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีดังนี้

1. ประสบการณ์อาการ (symptoms experiences) โดยการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) การรับรู้อาการ (perception of symptom) 2) การประเมินอาการ (evaluation of symptom) 3) การตอบสนองต่ออาการ (response of symptom) โดยการศึกษาครั้งนี้จะเน้นการประเมินประสบการณ์การตอบสนองต่ออาการ จากความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก

2. วิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) โดยการศึกษาครั้งนี้มีวิธี ดังนี้ 1) การทบทวนประสบการณ์การประเมินและการจัดการอาการของผู้ป่วยจากแบบบันทึกแบบบันทึกประสบการณ์การประเมินและการจัดการอาการหายใจลำบากที่ครอบคลุม 2 ด้าน คือ ความสามารถในการประเมินอาการหายใจลำบากและความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหายใจลำบาก และความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก 2) การชมเชยผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์การประเมินและการ

จัดการอาหารที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับ ประสพการณ์การจัดการอาหารที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ไม่ดี ได้แก่ การรับรู้และการประเมินอาการหายใจลำบาก การไออย่างถูกวิธี การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด 4) การฝึกทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การพ่นยา การไออย่างถูกวิธี การออกกำลังกายร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และ 5) การติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามทางโทรศัพท์

3. ผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการ (outcomes) การศึกษาครั้งนี้ประเมินผลลัพธ์ 2 ด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถในการจัดการอาหาร ประเมินจากแบบสอบถาม ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และ 2) สภาวะอาการ ประเมินสภาวะของอาการหายใจลำบาก

แนวคิดวิธีผสมกับการดูแลสุขภาพ ที่นำมาใช้ในการออกแบบการจัดการอาหารและควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีดังนี้

1. หลักศรัทธา การศึกษาครั้งนี้เน้นหลักศรัทธา 2 ประการ คือ 1) ศรัทธาต่ออัลลอฮ์ คือ มุสลิมที่มีการศรัทธาต่ออัลลอฮ์จะทำความดีทั้งที่ลับและที่แจ้ง เมื่อเผชิญกับความทุกข์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ก็จะมีมอบหมายและขอความช่วยเหลือจากอัลลอฮ์พระองค์เดียว และ 2) ศรัทธาต่อกฎสภาวะการของอัลลอฮ์ คือ เชื่อในสิ่งที่อัลลอฮ์ทรงกำหนด ได้แก่ โรค ยารักษาโรคที่ประทานลงมา

2. หลักปฏิบัติ การศึกษาครั้งนี้เน้นหลักปฏิบัติทั้งหมด ประกอบด้วย 5 ประการ ได้แก่ 1) การปฏิญาณตน 2) การละหมาด 3) การถือศีลอด 4) การจ่ายซากาต และ 5) การทำฮัจญ์ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีแรงบันดาลใจในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำศาสนกิจตามที่ผู้ป่วยต้องการ

3. หลักคุณธรรม เป็นหลักที่นอกเหนือจากหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติ โดยการศึกษาครั้งนี้เน้นการใช้หลักคุณธรรม คือ ผลการกระทำทุกอย่างที่ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่ออัลลอฮ์

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยบูรณาการองค์ความรู้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับแนวคิดการจัดการอาการของดอตต์และคณะ (2001) ร่วมกับแนวคิดวิธีผสม

โดยแบ่งขั้นตอนในการดำเนินการเป็น 2 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะพัฒนาโปรแกรม และ 2) ระยะตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีทั่วโลกประมาณ 80 ล้าน จากสถิติขององค์การอนามัยโลก และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 30 และโรคนี้จะกลายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 3 ของประชากรโลกในปีใน ค.ศ. 2030 อีกด้วย (WHO, 2012) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การหายใจล้มเหลว และภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 6,945 ราย เท่ากับ 77.6 ต่อแสนประชากร (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข, 2558) นอกจากนี้ยังพบว่าภาคใต้มีอัตราการตายเป็นอันดับ 2 ของประเทศรองลงมาจากภาคเหนือ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข, 2558) สำหรับโรงพยาบาลหรือเสาะพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากเป็นอันดับ 1 ใน 3 ของโรคระบบทางเดินหายใจทั้งหมด จากสถิติปี พ.ศ. 2557-2559 มีจำนวน 285, 320, 364 รายตามลำดับ (เวชระเบียนโรงพยาบาลหรือเสาะ, 2557-2559) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก จากการสำรวจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2555 พบว่ามีภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นมากถึง 12,735 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของรายได้ประชากร ทำให้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 1 ใน 10 ของโรคเรื้อรังที่เป็นภาระต่อค่าใช้จ่ายสาธารณสุขของประเทศไทยอีกด้วย (สถิติปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ

1.กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการหายใจลำบาก การจัดการอาหาร

2.กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ของการศึกษาในครั้งนี้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ มีอายุน้อยหลังไม่เกิน 10 ปี จากกระบวนฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้ฐานข้อมูล Thailist, CINAHL, Cochrane, PubMed และการสืบค้นข้อมูลด้วยมือจากห้องสมุด

3.กำหนดการสืบค้น โดยใช้กรอบแนวคิดพิโก (PICO Framework) ดังนี้ P (population):ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (intervention): โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาหาร C (comparison): เปรียบเทียบอาการหายใจลำบาก O (outcome) การควบคุมอาการหายใจลำบาก ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์และหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 10 เรื่อง เป็นหลักฐานระดับ 1 จำนวน 8 เรื่อง หลักฐานระดับ 2 และจำนวน 2 เรื่อง โดยผู้วิจัยนำผลการสังเคราะห์ที่เป็นข้อสรุป คือ การจัดการอาการหายใจลำบากที่มีความสอดคล้องกับบริบทในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร่วมกับแนวคิดการจัดการอาหารของดอตต์และคณะ และแนวคิดวิถีมุสลิมกับการดูแลสุขภาพ

ระยะที่ 2 การประเมินคุณภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบร่างของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทรวงอก 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาตามความถูกต้อง เหมาะสมและความชัดเจนของโปรแกรม รวมทั้งข้อคิดเห็นเพิ่มเติม จากนั้นนำโปรแกรมมาปรับปรุงให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ในขั้นตอนนี้ มีการทดลองนำโปรแกรมไปใช้กับสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน ผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 20 คน ตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ ด้านความยาก-ง่าย และความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดังนี้

1. แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหา เป็นแบบประเมินซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามองค์ประกอบของโปรแกรม เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา 3 ด้าน คือ ความถูกต้อง ความเหมาะสมและความชัดเจน โดย

คำตอบของแต่ละด้านมี 2 ส่วน คือ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย รวมทั้ง ให้ข้อชี้แนะเพิ่มเติมในแต่ละหัวข้อของทั้ง 3 องค์ประกอบ

2. แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ ประกอบด้วย 1) รูปแบบกิจกรรม 2) เนื้อหา 3) คู่มือ 4) ความยาก-ง่ายของการใช้งาน โดยเป็นลักษณะให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาเลือกตอบ ยากหรือง่าย และโปรแกรมสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ รวมทั้ง ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

3. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการใช้โปรแกรม ซึ่งเป็นแนวทางในการแนะนำการใช้และองค์ประกอบต่างๆของโปรแกรม 2) แผนการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นแผนกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ที่ผู้ป่วยต้องร่วมกิจกรรม 3) คู่มือส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4.แบบสอบถามต่างๆที่ใช้กับผู้ป่วย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 3) แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อม 4) แบบสอบถามประสบการณ์การประเมินอาการหายใจลำบาก 5) แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก 6) แบบประเมินสภาวะของอาการหายใจลำบาก

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบและข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ ซึ่งนำมาใช้เฉพาะในการศึกษานี้เท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือเกิดความกังวล สามารถสอบถามรายละเอียดได้จากผู้วิจัยตลอดเวลาการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงทำการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยและชี้แจง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล



การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยสถิติโคสแคว ผู้วิจัยได้สรุปเนื้อหาจากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลจากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา นำข้อมูลของแต่ละองค์ประกอบมาสรุปด้านความถูกต้อง ความเหมาะสม ความชัดเจน และข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ
2. ข้อมูลจากแบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ นำมาสรุปเป็นรายองค์ประกอบด้านความยาก-ง่าย ความสามารถในการปฏิบัติได้/ไม่ได้ และข้อคิดเห็นในการปรับปรุง

ผลการวิจัย

องค์ประกอบของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้องค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับแนวคิดการจัดการอาการของดอตต์และคณะ และแนวคิดวิถีมุสลิมกับการดูแลสุขภาพ เพื่อควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเรื้อรัง เศรษฐกิจพอเพียง และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีการดำเนินกิจกรรม จำนวน 8 สัปดาห์ โปรแกรมที่พัฒนาประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการใช้โปรแกรม ซึ่งเป็นแนวทางการแนะนำการใช้และองค์ประกอบต่างๆของโปรแกรม 2) แผนการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นแผนกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ที่ผู้ป่วยต้องร่วมกิจกรรม และ 3) คู่มือส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โดยกิจกรรมดำเนินในช่วงระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งมีทั้งหมด 6 กิจกรรม มีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 เพื่อประเมินประสบการณ์การประเมินอาการ การจัดการอาการและส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมตามบริบทความเป็นมุสลิม 2) เสนอภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมโปรแกรม 3) ประเมินประสบการณ์อาการ 4) ประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก 5) ประเมินสภาวะของอาการหายใจลำบาก 6) บันทึกประสบการณ์การประเมินและการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ของผู้ป่วยและ

ญาติ 7) ชมเชยผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์การประเมินและการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องแล้ว รวมถึงการเน้นย้ำการดูแลสุขภาพร่างกายให้สมบูรณ์ เพื่อการประกอบอียะดะห์ตามที่ผู้ป่วยต้องการ พร้อมทั้งสร้างแรงบันดาลใจเกี่ยวกับในเรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อการประกอบอียะดะห์ 8) ร่วมวางแผนเรื่องการประเมินอาการและการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติได้ไม่ดีร่วมกับผู้ป่วยและญาติ 9) ให้ความรู้ในเนื้อหาที่ครอบคลุมทั้ง 2 ด้าน คือ 1) ความสามารถในการประเมินอาการหายใจลำบากและความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหายใจลำบาก 2) ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากในสิ่งที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติได้ไม่ดี ซึ่งความรู้ที่ผู้ป่วยและญาติควรได้รับ ได้แก่ 1) การรับรู้และการประเมินอาการหายใจลำบาก 2) การไออย่างถูกวิธี 3) การรับประทานอาหาร 4) การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด 9) ฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วย พร้อมการสาธิตย้อนกลับในเรื่องทักษะที่จำเป็นในการจัดการอาการหายใจลำบาก 10) สังเกตว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ โดยใช้แบบบันทึกทักษะหลังการฝึกทักษะ 11) แจกคู่มือพร้อมอธิบายการใช้คู่มือ 12) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามถึงปัญหา ร่วมกันแก้ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยและญาติ 13) สรุปสิ่งที่ได้สอนผู้ป่วยและญาติ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและทักษะที่จำเป็นต่างๆ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและญาติรำลึกอยู่เสมอว่าการปฏิบัติหรือการกระทำทุกอย่างเพื่ออัลลอฮ์ และ 14) นัดผู้ป่วยและญาติที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีก 3 สัปดาห์

กิจกรรมครั้งที่ 2 เพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย 1) สอบถามปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยตลอด 3 สัปดาห์ที่ผ่านมาจากผู้ป่วยหรือญาติ 2) ทบทวนประสบการณ์การประเมินและการจัดการอาการหายใจลำบาก ซึ่งครอบคลุมเนื้อหา 2 ด้าน คือ 1) ความสามารถในการประเมินอาการหายใจลำบากและความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหายใจลำบาก 2) ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก 3) สอบถามวิธีการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผู้ป่วยปฏิบัติ 3) สอบถามถึงผลลัพธ์ของอาการหายใจลำบากหลังจากใช้วิธีการจัดการอาการหายใจลำบากเป็นไปในทิศทางใด 4) ชมเชยผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์การประเมินและการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดีหรือถูกต้องแล้ว 5) ให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นในการจัดการอาการ

หายใจลำบากที่เคยได้รับความรู้มา เพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหายไปและชมเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้อง 6) สังเกตว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ โดยใช้แบบบันทึกทักษะหลังการฝึกทักษะ 7) ประเมินสภาวะของอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย 8) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามถึงปัญหาหรืออุปสรรคในการจัดการอาการหายใจลำบาก ร่วมกันแก้ปัญหากับผู้ป่วยและญาติในการจัดการอาการหายใจลำบาก พร้อมทั้งเน้นย้ำให้ผู้ป่วยหรือญาติบันทึกความสม่ำเสมอในการจัดการอาการหายใจลำบากในคู่มือ และ 12) นัดผู้ป่วยเพื่อติดตามทางโทรศัพท์ อีก 1 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 3-5 เพื่อติดตามความต่อเนื่องในการจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย 1) สอบถามปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยตลอดหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาจากผู้ป่วยหรือญาติ 2) ทบทวนประสิทธิภาพการประเมินและการจัดการอาการหายใจลำบาก ซึ่งครอบคลุมเนื้อหา 2 ด้าน คือ 1) ความสามารถการประเมินอาการหายใจลำบากและความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหายใจลำบาก 2) ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก 3) สอบถามวิธีการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผู้ป่วยปฏิบัติ 3) สอบถามถึงผลลัพธ์ของอาการหายใจลำบากหลังจากใช้วิธีการจัดการอาการหายใจลำบากเป็นไปในทิศทางใด 4) ชมเชยผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินการประเมินและการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดีหรือถูกต้องแล้ว 5) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามถึงปัญหา หรืออุปสรรคในการจัดการอาการหายใจลำบาก และร่วมกันแก้ปัญหากับผู้ป่วยและญาติในการจัดการอาการหายใจลำบาก 6) เน้นย้ำให้ผู้ป่วยหรือญาติบันทึกความสม่ำเสมอในการจัดการอาการหายใจลำบากในคู่มือ และ 7) นัดติดตามอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และนัดผู้ป่วยที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสัปดาห์ที่ 8

กิจกรรมครั้งที่ 6 เพื่อการประเมินผลการจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย 1) ประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก 2) ประเมินสภาวะของอาการหายใจลำบาก และ 3) สรุปผลการดำเนินโปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากแผนการจัดกิจกรรมดังกล่าวสามารถสรุปเป็นแผนภาพ ดังนี้



การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โปรแกรมประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบของโปรแกรม 2) ขั้นตอนการจัดกิจกรรมของโปรแกรม ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. องค์ประกอบของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการใช้โปรแกรม ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มีความเห็นตรงกันว่าเป็นโปรแกรมที่ดี เป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสมกับความเป็นบริบทมุสลิมของผู้ป่วย และเป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติมีความชำนาญในการปฏิบัติอยู่แล้ว ร่วมกับการใช้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามาช่วยด้วยก็ เป็นสิ่งที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก แต่ควรปรับชื่อของโปรแกรมที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถทำความเข้าใจและรวดเร็ว พร้อมทั้งมีข้อเสนอแนะให้ระบุเกี่ยวกับการอบรมผู้ใช้โปรแกรมให้มีความรู้ก่อนนำไปใช้จริง รูปแบบของโปรแกรมควรมีการสอนผู้ป่วยและญาติที่บ้าน หรือการเยี่ยมบ้านหลังการสอนครั้งแรก เพื่อช่วยปรับให้เข้ากับภาคปฏิบัติและบริบทของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าในอนาคตอาจจะสามารถปฏิบัติได้จริง ถ้าสถานการณ์ความสงบในพื้นที่เบาบางลง เพราะในพื้นที่ของผู้ป่วยบางรายเป็นพื้นที่ที่ไม่สามารถลงไปเยี่ยมได้อย่างสะดวกได้ 2) แผนการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อคิดเห็นว่า ควรเป็นแผนกิจกรรมที่ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น เพราะผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ นอกจากนี้ควรนำเรื่องอาหารที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนของโรคต่างๆ มาสอนควบคู่ไปด้วย เพราะผู้ป่วยบางรายมีภาวะแทรกซ้อนของโรคร่วมด้วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการมีแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การละหมาดร่วมกัน การอ่านอัล-กรุอันร่วมกัน การมีกลุ่มออกกำลังกายประเภทต่างๆ การจัดระบบเพื่อช่วยเหลือ โดยให้ผู้ป่วยได้สอบถามหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ประเมิน และติดตาม (ปิยมาลย์, 2554; พรนภา, และคณะ, 2551, รสมาลิน, 2554; รสสุคนธ์, 2555) นอกจากนี้ สิ่งที่อิสลามได้บัญญัติไว้ว่า การเอาใจใส่ต่อครอบครัว เครือญาติ สนใจชีวิตของกันและกัน เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวพยายามอย่างสุดความสามารถที่จะฟันฝ่าอุปสรรค เพื่อนำบุคคลใกล้ชิดไปสู่ทางที่ถูกต้อง เช่น การติดตาม ตักเตือนให้มีการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (เพ็ญญา, 2555; สลมา, 2554) และ 3) คู่มือส่งเสริมการจัดการอาการในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันว่ามีความเหมาะสมกับผู้ป่วยในเรื่องตัวอักษรที่เหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ อ่านเข้าใจง่าย แต่ควรปรับปรุงในเรื่องภาพที่ยังไม่ชัดเจน ซึ่งคู่มือที่ใช้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ (ธัญพร, 2553; เพ็ญญา, 2555; สลมา, 2554; เสาวภา, 2555; และ, อนงค์, 2552) พบว่า การแจกคู่มือในการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ในการทบทวนความรู้ที่บ้าน โดยรูปแบบที่ให้ความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีการพัฒนาโปรแกรมด้วยกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ได้องค์ประกอบของโปรแกรม 3 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบดังกล่าวครอบคลุมการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิม และมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้

2. ขั้นตอนการจัดกิจกรรมของโปรแกรม ทั้งหมด 6 กิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มีความเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับบริบทความเป็นมุสลิมของผู้ป่วย และเสนอแนะไว้ว่าแต่ละกิจกรรมควรเป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้จริง และควรเพิ่มเติมในเรื่องการติดตามเยี่ยมบ้านนอกเหนือจากการติดตามทางโทรศัพท์ เพราะถือว่าการเข้าถึงผู้ป่วยอีกหนทางหนึ่ง โดยจากการศึกษาที่พบว่า การประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่คลินิกและที่บ้านของผู้ป่วย มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการเยี่ยมบ้าน และการประเมินทางโทรศัพท์ จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น (ปรีดา, 2555) และสอดคล้องเกี่ยวกับแบบจำลองของดอร์ดีและคณะที่ประกอบด้วยมโนคติทั้ง 4 ส่วน คือ 1) ประสบการณ์อาการ คือ จิตวิสัยที่มีมโนมตีย่อย 3 ส่วน คือ ผู้ป่วยต้องมีการรับรู้อาการของตนเอง สามารถประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการของตนเองได้ 2) วิธีการจัดการอาการ คือ กระบวนการที่เป็นพลวัตร โดยเริ่มจากการประเมินอาการนำเข้าสู่การแสวงหาวิธีการจัดการอาการที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะๆ ตามการรับรู้ของบุคคลว่าวิธีการใช้ได้ผลหรือไม่ 3) ผลลัพธ์ คือ ผลของวิธีการจัดการอาการ และประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และ 4) ปัจจัยที่ผลต่อมโนคติทั้ง 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย และปัจจัยด้าน

สิ่งแวดล้อม ทั้งนี้การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานได้จริง และได้รับการสนับสนุนจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นอย่างดี

สรุปข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการ เพื่อควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีจุดเน้นให้มีการประเมินประสบการณ์อาการที่ผ่านมาของผู้ป่วยเอง และใช้วิธีการจัดการอาการจากกลยุทธ์ของผู้วิจัย โดยให้สอดคล้องกับบริบทความเป็นมุสลิมของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการจัดการอาการเพื่อควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิม ดังนี้

1. ควรมีการพัฒนาทีมก่อนเข้าสู่กระบวนการ โดยการอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและสหวิชาชีพ ในขั้นตอนการเตรียมการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำแผนปฏิบัติการ
2. ควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการจัดโปรแกรม ได้แก่ ผู้เข้าร่วมโปรแกรม เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงเพชรวรรณ พิงค์มี นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกันกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุศรา หมั่นศรี อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโปรแกรม รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมโปรแกรมเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กมล แก้วกิตติณรงค์. (2552). *Dyspnea: pulmonologist view point*. ใน กมล แก้วกิตติณรงค์, กมลวรรณ จุติวรกุล, และชัชฌา สอนกระต่าย (บรรณาธิการ), *Manual of medical diagnosis* (หน้า 131-133). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา สุขประเสริฐ. (2551). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- จตุพร จักรเงิน. (2552). *ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไปและแบบประยุกต์ต่อสมรรถภาพการทำงานของปอดและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จันทรา ชัยสุโกศล. (2552). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จุฬารักษ์ คำพานุญต์. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองอาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- จิราภรณ์ พรหมอินทร์. (2551). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำและความพึงพอใจในการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จอม สุวรรณโณ, และ จุก สุวรรณโณ. (2550). ผลของปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะความเจ็บป่วย แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลต่อความรุนแรงของอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารสภาการพยาบาล, 22 (2), 99-111.

จอม สุวรรณโณ, จุก สุวรรณโณ, และลัดดา จามพัฒน์. (2552). ปัจจัยด้านอาการหายใจเหนื่อยหอบ สมรรถนะการทำงานของปอด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. Rama Nursing Journal, 5(1), 127-140.

จุก สุวรรณโณ. (2549). ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ชายชาญ โพธิรัตน์.(2550). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ), ตำราโรคระบบทางเดินหายใจ (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 408-443). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์

ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล.(2540). ตำราอายุศาสตร์อาการวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ศุภนิชการพิมพ์

ณัชชา กิ่งคำ.(2550). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อสมรรถภาพการทำงานของปอด ความสามารถในการออกกำลังกายอาการหายใจลำบากและความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การ พ ย า บ า ล ผู้ ห ู ม หาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2541). ผลการใช้ อีเอ็มจีไบโอฟีดแบคร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสลิฟต่อความวิตกกังวล การรับรู้สมรรถนะของตนในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดในอดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร

ดุขฎิบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ.(2554). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน ปราณี ทุไฟเราะ, และคณะ (บรรณาธิการ), การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2 (หน้า 17-43). กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพรส.

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ละเอียด จารุสมบัติ, จารุวรรณ รัตนมงคลกุล, วิรัตน์ โพคะรัตน์ศิริ, และ เวทีส ประทุมศรี.(2553). ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 28(2), หน้า 67-76.

ดำรง แวอาลี.(2548). การเยียวยาจิตใจด้านอิสลาม. สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข. (กรุงเทพมหานคร; โรงพิมพ์โอ. เอส. พรินต์ติ้ง เฮาส์.

ทรงขวัญ ศิลาธิราช. (2542). อาการหอบเหนื่อย. ในกาญจนา จันทร์สูง, สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ, วัชร บุญสวัสดิ์ (บรรณาธิการ), อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่, หน้า 203-204). ขอนแก่น: ภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ทศพล ลิ้มพิจารณกิจ, และครรชิต ลิขิตชนสมบัติ.(2551). อาการหายใจลำบากเฉียบพลัน. ใน ทศพล ลิ้มพิจารณกิจ (บรรณาธิการ), อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน (พิมพ์ ครั้งที่ 2 หน้า 51-64). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.

ทิปภา พุดปา.(2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ธิดิภรณ์ ยอเสน. (2554). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

นวลจันทร์ พิมพ์รักษา. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อ

- พฤติกรรมและการดูแลภาวะหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- นภารัตน์ อมรพุดสถาพร. (2553). **ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. ใน วสันต์ สุเมธกุล และคณะ (บรรณาธิการ). **ปัญหาทางอายุรศาสตร์ในเวชปฏิบัติ** (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 234-352). กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ท.
- นุรีซัน กะรียอ.(2557). **ผลของการใช้โปรแกรมสนับสนุนการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ในผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นันทิยา ไพศาลวรศรี. (2550). **การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- เบญจมาศ ช่วยชู. (2551). **สรีรวิทยาระบบทางเดินหายใจ**. ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ), **ตำราโรคระบบการหายใจ** (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 20-38). กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- เบญจมาศ ช่วยชู. (2556). **โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ), **ตำราอายุรศาสตร์ทั่วไป** (หน้า 296-317). กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- เบญจวรรณ ถิ่นเครือจีน. (2554). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เบญจมาศ ช่วยชู. (2555). **โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. ใน อภิรติศรีวิจิตร, วันชัย เดชสมฤทธิชัย, และรุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ (บรรณาธิการ), **อายุรศาสตร์ทันยุค 2555** (หน้า 36-49). กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- พิมพ์ใจ คงกาล. (2551). **การสนับสนุนของครอบครัวพฤติกรรมรับประทานอาหาร ความรุนแรงของโรค และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พูนเกษม เจริญพันธ์. (2545). **ลักษณะทางเวชกรรมและการวินิจฉัยในการบำบัดระบบการหายใจ (Clinical diagnosis in respiratory care)** ใน สุมาลี เกียรติบุญศรี (บรรณาธิการ), **การดูแลรักษาโรคระบบทางเดินหายใจในผู้ใหญ่ “Respiratory care in adult”** (หน้า 14-19). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์.
- เพ็ญญา มะหะหมัด. (2555). **การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายสำหรับสตรีมุสลิมที่มีภาวะเมตาบอลิก**. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภัทรภรณ์ จัยเจริญ.(2550). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- มาหะมะ เมาะมูลา.(2552) **การจัดบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม ช่วงวัยผู้ใหญ่**. ใน พงศ์เทพ สุธีรวุฒิและยูซุฟ นิมะ (บรรณาธิการ), **การจัดบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม 4 ช่วงวัย: วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และการดูแลระยะสุดท้าย** (หน้า 21-58) ม.ป.ท.
- ยูซุฟ นิมะ, และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (บรรณาธิการ). (2550). **การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม**.สงขลา. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (สวรส.ภาคใต้) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รจเรข พิมพ์ภรณ์. (2550). **ผลของโปรแกรมการเรียนรู้สมรรถนะตนเอง ความวิตกกังวลและการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- รัตนพร พรหมบุตร. (2550). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- รำพรรณ จันทรมณี. (2552). ความสามารถของผู้ดูแลในการควบคุมโรคของผู้สูงอายุ muslim ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วรวรรณ กิ่งแก้วกันทอง. (2554). การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: การส่งเสริมกิจวัตรประจำวัน. ใน ศิริอร สันธู และสุพัตรา บัวที (บรรณาธิการ), *บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่องสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 10 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (พิมพ์ครั้งที่ 3)* (หน้า 161-171). กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์.
- วรจกณา เพชรโก. (2552). ผลการส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลม่วงไข่ จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วิบูลย์ บุญสร้างสุข. (2551). อาการเจ็บหน้าอก อาการไอและอาการหอบเหนื่อย. ใน นิธิพัฒน์ เจริญกุล (บรรณาธิการ), *ตำราโรคระบบการหายใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 73-77). กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- วัชรนา บุญสวัสดิ์. (2555). Trends in new guideline for COPD ใน แจ่มศักดิ์ ไชยคุนา (บรรณาธิการ), *Current chest 2012 อูร์เวชช์ร่วมสมัย 2555* (หน้า 59-70). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์.
- วัชรนา บุญสวัสดิ์. (2548). เอกสารการสอนเรื่องแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถิตปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. [online]. ค้นหาเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2557 at www.nhco.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=Nigy.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2* (พิมพ์ ครั้งที่ 13 หน้า 243-261) กรุงเทพมหานคร: ;วิ. เจริญตั้ง.
- สมาคมอูร์เวชช์แห่งประเทศไทย. (2548). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สมาคมอูร์เวชช์แห่งประเทศไทย.
- สัลมา ชูอ่อน. (2554). การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารสำหรับสตรี muslim ที่มีน้ำหนักเกิน. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สังวาล ชุมภูเทพ. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวกับอาการกำเริบในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่.
- สุขมาภรณ์ นิลวิสุทธิ. (2554). การพัฒนาชุดเครื่องมือการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วย muslim โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุวรรณ โมคา. (2554). การจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะที่มีอาการทางคลินิกที่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2558). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). สปสช เขต 4 สระบุรีร่วมกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น แล ะ เครือข่ายบริการสุขภาพสร้างกลไกการรักษา ป้องกันการกำเริบของโรคหืดและโรค ปอดอุดกั้น เรื้อรัง. สืบค้นเมื่อ 4 กรกฎาคม 2557, จาก <http://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=Njgy>
- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพลีธา, และ ภาควิชา พิริยะ อนันต์. (2556). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2555, 44(51), 801 – 808.
- อนงค์ ประเสริฐ. (2551). ความรู้และการปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับหลักศาสนา อิสลามของพยาบาลไทยพุทธ. สารนิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวช ปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อาติละห์ สะไร. (2559). ผลของโปรแกรมการบูรณาการ การวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการ ต่อความสามารถในการจัดการอาการและสภาวะ อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานคริ นทร์
- อัชฌาณัฏฐ์ วังโสม. (2553). โปรแกรมการจัดการอาการ หายใจลำบากร่วมกับแรงสนับสนุนของครอบครัว การหายใจลำบากคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปอดอุด กั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยรังสิต, กรุงเทพมหานคร.
- อัมพรพรรณ ธีรานุตร. (2542). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การ ดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ. ขอนแก่น: โรง พิมพ์ศิริพันธ์ออฟเซต.
- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพลีธา, และ ภาควิชา พิริยะ อนันต์. (2556). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2555, 44(51), 801-808.
- American Thoracic Society. (2005). *Epidemiology.Risk factor and natural history*. Retrieved March 10, 2012, from <http://www.car.ac.th>
- American Thoracic Society, & European Respiratory Society. (2004). *Standards for diagnosis and management of patient with chronic obstructive pulmonary disease*. Retrieved March 10, 2012, from <http://www.thoracic.org/sections/copd/resources/copddoc.pdf>
- Barnett, M. (2006). *Chronic obstructive pulmonary disease in primary care*. England: John Wiley & Sons.
- Boyle, A. H., & Locke, D. L. (2004). *Update on chronic obstructive pulmonary disease*. MEDSURG Nursing, 13(1), 42-47.
- Dodd, M., & et al. (2001). *Nursing theory and concept development or analysis: Advancing the science of symptom management*. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 668-676.
- Gift, A. G. (1989). *Validation of vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea*. *Rehabilitation Nursing*, 14(6), 323-325.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2007) *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Retrieved From <http://www.goldcopd.org/guidelineitem.asp>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2008) *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive lung disease (Update 2008)*. Retrieved November 17, 2013, from <http://www.goldcopd.org>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2009) *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive lung disease*. From <http://www.goldcopd.com>

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2010) **Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive lung disease (Update 2010)**. from <http://www.goldcopd.org>
- Hopp, L., & Walker, J. (2009). Effectiveness of arm exercise on dyspnoea in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *JB Library of Systemic Review*, 7(31), 1352-1371.
- Hunter, M. H., & King, D.E. (2001). **COPD: Management of acute exacerbations and chronic stable disease**. *American Family Physician*, 64, 603-612
- Larson. P. J., et al. (1994). **Model of symptom management**. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 26, 272-278.
- Larson, P. J., Carrieri-kolman, v., Dodd, M. J., Douglas, M., Faucett, J., Froelicher, E.S., Cortner, S. R., Halliburton, P., Janson-Bjerklie, s., Lee, k. a., Talor, D., & Underwood, P. R. (1994) **Model for symptom management**. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 26, 272-278
- Solono, J. P., Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31, 58-69.
- Thakur, N., Blanc, P. D., Julian, L. J., Yelin, E. H., Katz, P. P., Sidney, S., Carlos, I., & Mark, D. E. (2010). **COPD and cognitive impairment: the role of hypoxemia and oxygen therapy**. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 5, 263-269.
- World Health Organization. (2012). **Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)**. Retrieved November 17, 2013, from <http://www.who.int/Chronic/obstructive/Pulmonary/disease.html>.
- World Health Organization. (2012). **Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)**. Retrieved March 15, 2012, From <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/index.html>