

ภาคผนวก ก

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

- ตาราง ก 1 แสดงช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการ
- ตาราง ก 2 ค่าความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้อาการหายใจลำบากที่รุนแรงที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมง สมรรถภาพการทำงานของปอด ค่าเฉลี่ยอัตราการหายใจในรอบ 24 ชั่วโมง การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ด้านสภาวะอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน
- ตาราง ก 3 ค่าความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้อาการหายใจลำบากที่รุนแรงที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมง สมรรถภาพการทำงานของปอด ค่าเฉลี่ยอัตราการหายใจในรอบ 24 ชั่วโมง การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ด้านสภาวะอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกัน
- ตาราง ก 4 ความสัมพันธ์ของระดับการศึกษา และอาชีพกับผลลัพธ์ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ตาราง ก 1

ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการ (N=197)

คะแนนการจัดการ (คะแนน 0-4)	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	\bar{X}	SD	ระดับการจัดการ
1. พยายามนั่งตัวตรงโน้มตัวไปข้าง หน้าและลดการออกแรงขณะมี อาการหายใจลำบาก	0 - 4	2.65	1.08	ปานกลาง
2. ปรับกิจกรรมประจำวันและการ ทำงานเพื่อป้องกันและลดอาการ หายใจลำบาก	1 - 4	2.45	1.07	ปานกลาง
3. พยายามทำใจยอมรับว่าต้องมี ชีวิตอยู่กับอาการหายใจลำบาก	1 - 4	2.40	.84	ปานกลาง
4. ควบคุมลมหายใจเข้า-ออก เมื่อมี อาการหายใจลำบากกำเริบ	0 - 4	2.25	.98	ปานกลาง

ตาราง ก 2

ค่าความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้อาการหายใจลำบากที่รุนแรงในรอบ 24 ชั่วโมง สมรรถภาพการทำงานของปอด ค่าเฉลี่ยอัตราการหายใจในรอบ 24 ชั่วโมง การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ด้านสภาวะอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน (N = 197)

แหล่งของการแปรปรวน		df	ss	ms	F
1. คะแนนการรับรู้ อาการหายใจ ลำบากที่รุนแรง ที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมง	ระหว่างกลุ่ม	2	62.45	31.22	6.03**
	ภายในกลุ่ม	194	1004.22	5.18	
	ทั้งหมด	196	1066.67		
2. สมรรถภาพการ ทำงานของปอด	ระหว่างกลุ่ม	2	3662.73	1831.36	1.12 ^{ns}
	ภายในกลุ่ม	194	316686.00	1632.40	
	ทั้งหมด	196	320348.73		
3. ค่าเฉลี่ยอัตรา หายใจในรอบ 24 ชั่วโมง	ระหว่างกลุ่ม	2	15.96	37.98	3.82**
	ภายในกลุ่ม	194	1927.00	9.93	
	ทั้งหมด	196	2002.96		
4. การจัดการกับ อาการ	ระหว่างกลุ่ม	2	217.04	18.52	1.19 ^{ns}
	ภายในกลุ่ม	194	17660.08	91.03	
	ทั้งหมด	196	17877.12		
5. ผลลัพธ์ด้าน สภาวะอารมณ์	ระหว่างกลุ่ม	2	1515.23	757.16	3.71*
	ภายในกลุ่ม	194	39230.26	204.32	
	ทั้งหมด	196	40745.49		

*p < .05, **p < .01

ตาราง ก 3

ค่าความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้อาการหายใจลำบากที่รุนแรงในรอบ 24 ชั่วโมง สมรรถภาพการทำงานของปอด ค่าเฉลี่ยอัตราการหายใจในรอบ 24 ชั่วโมง การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ด้านสภาวะอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกัน (N = 197)

แหล่งของการแปรปรวน		df	ss	ms	F
1. คะแนนการรับรู้ อาการหายใจ ลำบากที่รุนแรง ที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมง	ระหว่างกลุ่ม	2	59.19	29.59	5.70**
	ภายในกลุ่ม	194	1007.49	5.29	
	ทั้งหมด	196	1066.68		
2. สมรรถภาพการ ทำงานของปอด	ระหว่างกลุ่ม	2	10755.70	5377.85	3.37*
	ภายในกลุ่ม	194	309593.00	1595.84	
	ทั้งหมด	196	320348.70		
3. ค่าเฉลี่ยอัตราการ หายใจในรอบ 24 ชั่วโมง	ระหว่างกลุ่ม	2	46.57	23.28	2.31 ^{ns}
	ภายในกลุ่ม	194	1956.40	10.09	
	ทั้งหมด	196	2002.97		
4. การจัดการกับ อาการ	ระหว่างกลุ่ม	2	12.50	12.50	.14 ^{ns}
	ภายในกลุ่ม	194	17864.62	91.61	
	ทั้งหมด	196	17877.12		
5. ผลลัพธ์ด้านสภาวะ อารมณ์	ระหว่างกลุ่ม	2	1892.72	946.86	4.68*
	ภายในกลุ่ม	194	38851.77	202.35	
	ทั้งหมด	196	40745.49		

*p< .05, **p< .01

ตาราง ก 4

ความสัมพันธ์ของระดับการศึกษา และอาชีพกับผลลัพธ์ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (N=197)

ตัวแปร	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				χ^2
	น้อยมาก (0-4 คะแนน)	น้อย (5-9 คะแนน)	ปานกลาง (10-11 คะแนน)	มาก (≥ 12 คะแนน)	
ระดับการศึกษา					.006
ไม่ได้เข้าโรงเรียนแต่ อ่านออกหรือเขียน หนังสือได้	-	2	3	21	
ประถมศึกษา/ มัธยมศึกษา	-	-	3	151	
อนุปริญญา/ปริญญา	-	-	-	17	
อาชีพ					.03
เกษตรกร	-	-	2	82	
ว่างงาน	-	2	3	79	
อื่นๆ เช่น งานบ้าน ค้าขาย	-	-	1	16	

*p < .05, **p < .01

ภาคผนวก ข

คำพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้านางสาวจุก สุวรรณโณ นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้ากำลังศึกษา วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการและผลลัพธ์ในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับ อาการหายใจลำบากและแนวทางการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้วิจัยจึงขอเชิญชวนท่านเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน สภาพสุขภาพ ประสบการณ์อาการ การจัดการกับอาการหายใจลำบากและผลลัพธ์ ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ท่านอาจจะไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรง แต่ความร่วมมือของท่านจะทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ทางการพยาบาล และสุขภาพ ในการเข้าใจถึงปัญหาอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยปอด อุดกั้นเรื้อรัง ใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการดำเนินโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และสร้างระบบการ พยาบาลเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยคนอื่นๆ หรืออาจจะรวมถึงตัวท่านเองด้วย

หากท่านยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ขอให้ท่านใช้เวลา 30-40 นาทีในการอ่านหรือฟังคำถาม จากผู้วิจัย และตอบแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ ท่าน (2) แบบสอบถามสถานะสุขภาพและความเจ็บป่วย (3) แบบสอบถามประสบการณ์อาการ หายใจลำบาก (4) แบบสอบถามวิธีการจัดการอาการหายใจลำบาก (5) แบบสอบถามผลลัพธ์จากอาการ ด้านอารมณ์และจิตใจ และ (6) แบบสอบถามผลลัพธ์จากอาการด้านความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวัน

ข้อมูลที่ได้จากตัวท่านจะเก็บเป็นความลับ การเผยแพร่รายงานวิจัย และการเสนอในที่ ประชุมจะเสนอในภาพรวมของผู้ป่วยทั้งหมด โดยไม่มีการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล และเมื่อมีการ วิเคราะห์ข้อมูลเสร็จแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารหลักฐานแบบสอบถามทันที

ท่านมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล และบริการที่ท่านจะได้รับ แม้หากท่านเข้าร่วมวิจัยแล้วในขณะที่สัมภาษณ์ท่านยังสามารถขอยกเลิก ได้ตลอดเวลา ท่านสามารถปฏิเสธไม่ให้ข้อมูลได้โดยไม่มีผลใดๆต่อท่าน หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยว กับการวิจัยท่านสามารถสอบถามข้าพเจ้าได้ตลอดเวลา หรือหากท่านสงสัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ของท่าน ข้าพเจ้าจะตอบคำถามให้เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ แต่หากท่านเข้าใจถึงสิทธิ และยินดีให้
ข้อมูลการวิจัย ขอให้ลงชื่อรับรองข้างล่างนี้

ข้าพเจ้า นางสาว/นาง/นาย ได้
รับทราบเกี่ยวกับสิทธิในการ เข้าร่วมวิจัย และทราบว่า การเข้าร่วมวิจัยเป็นเพียงการให้ข้อมูล
ทางสุขภาพของตนเอง โดยไม่ได้เข้าร่วมทดลองใดๆที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของตน และ
ยินดีให้ข้อมูลโดยสมัครใจ

ลงชื่อ ผู้ให้ข้อมูล
วันที่..... เดือน..... ปี.....

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรื่อง ประสิทธิภาพอาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการและผลลัพธ์ในผู้ป่วย
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำแนะนำเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามชุดนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาและดัดแปลงมาใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพอาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการหายใจลำบาก และผลลัพธ์ในกลุ่มผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยแบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ชุด (รวมทั้งสิ้น 16 หน้า) ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและความเจ็บป่วย

ชุดที่ 3 แบบสอบถามประสิทธิภาพอาการ การเกิดอาการและความรุนแรงของอาการ
หายใจลำบาก

ชุดที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการอาการหายใจลำบาก

ชุดที่ 5 แบบสอบถามผลลัพธ์ของอาการด้านอารมณ์จิตใจ

ชุดที่ 6 แบบสอบถามผลลัพธ์ของอาการด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

การตอบแบบสอบถามสามารถทำได้โดย

1) ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและขอให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง (self report) ขอให้ผู้ป่วย
อ่านคำถามแต่ละข้อและตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย X ลงในข้อที่ตรงกับความเป็นจริง
มากที่สุดและเขียนเติมคำและ/หรือ

2) ผู้วิจัยอ่านคำถามทีละข้อร่วมกับการสัมภาษณ์และขอให้ผู้ป่วยตอบตามความเป็นจริง
มากที่สุด

ชุดที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1. เพศ []
 - [] 1. ชาย [] 2. หญิง
 2. อายุ (ปี) []
 3. สถานภาพการสมรส []
 - [] 1. โสด ไม่เคยแต่งงาน
 - [] 2. แต่งงานแล้ว สามี/ภรรยายังมีชีวิตอยู่
 - [] 3. แต่งงานแล้ว สามี/ภรรยาเสียชีวิต
 - [] 4. แต่งงานแล้วแต่แยกกันอยู่หรือหย่าร้าง
 4. ท่านสำเร็จการศึกษาในระบบโรงเรียน/สถาบันการศึกษาสูงสุดในระดับใด []
 - [] 1. ไม่ได้เข้าโรงเรียนและอ่านเขียนหนังสือไม่ได้
 - [] 2. ไม่ได้เข้าโรงเรียนแต่อ่านออกหรือเขียนหนังสือได้
 - [] 3. เรียนจบชั้นประถมศึกษา ปี
 - [] 4. เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นปี
 - [] 5. เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายปี
 - [] 6. ประกาศนียบัตร อนุปริญญา ปวส.....ปี
 - [] 7. ปริญญาตรี ปี
 - [] 8. สูงกว่าปริญญาตรี ปี
 5. ในปัจจุบันนี้ท่านยังทำงานหรือไม่ []
 - [] 1. ทำ [] 2. ไม่ทำ
 6. ถ้าในข้อ 5 ตอบว่า ทำ โปรดระบุอาชีพ []
 7. ถ้าในข้อ 5 ตอบว่า ไม่ทำ โปรดระบุอาชีพที่ทำในอดีต []
- ตัวเลือกสำหรับตอบข้อ 6-7
1. ผู้ปฏิบัติงานที่ใช้วิชาชีพ วิชาการ และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง
 2. ผู้ปฏิบัติงานบริหาร ธุรการ และจัดดำเนินการ
 3. ผู้ปฏิบัติงานอาชีพเสมียน
 4. ผู้ปฏิบัติงานอาชีพเกี่ยวกับการค้า
 5. เกษตรกร ชาวประมง
 6. ผู้ทำงานเหมืองแร่ ผู้ต่อเยื่อยหิน และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง
 7. ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการขนส่งและคมนาคม

8. ช่าง หรือผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิตและกรรมการ
9. ผู้ทำงานเกี่ยวกับการบริการ การกีฬา และการละเล่นต่าง ๆ
10. ทำงานบ้าน 11. อื่นๆ
8. ถ้าในข้อ 5 ตอบว่า ทำ โปรดระบุสถานภาพการทำงานในปัจจุบัน [] []
9. ถ้าในข้อ 5 ตอบว่า ไม่ทำ โปรดระบุสถานภาพการทำงานในอดีต [] []
ตัวเลือกสำหรับตอบข้อ 8-9
1. ลูกจ้างรัฐบาล 2. ลูกจ้างเอกชน 3. ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ
4. นายจ้าง 5. ช่วยธุรกิจครอบครัวโดยไม่รับค่าจ้าง
6. ประกอบธุรกิจส่วนตัว 7. อื่น ๆ (ระบุ)
10. รายได้จากการทำงาน (เฉพาะที่ตอบว่า ทำงาน ในข้อ 5) [] [] [] []
..... บาทต่อเดือน
11. ถ้าในข้อ 5 ตอบว่า ไม่ทำงาน ผู้ป่วยมีรายได้สำหรับดำรงชีพจากไหน [] [] [] []
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
[] 1. เงินสะสม เงินออม
[] 2. เงินบำเหน็จบำนาญของตนเอง
[] 3. เงินบำเหน็จบำนาญของกลุ่มสมรส
[] 4. บุตร หลาน ญาติพี่น้องส่งเสีย
[] 5. อยู่อาศัยครอบครัว บุตรหลาน ญาติพี่น้อง
[] 6. สังคมสงเคราะห์
[] 7. อื่น ๆ (ระบุ)
12. รายได้ของครอบครัวท่านเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันหรือไม่ [] []
[] 1. ไม่เพียงพอและต้องกู้ยืม มีหนี้สิน
[] 2. ไม่เพียงพอแต่ไม่ต้องกู้ยืม ไม่มีหนี้สิน
[] 3. เพียงพอ แต่ไม่มีเงินออม
[] 4. เพียงพอ และมีเงินออมเหลือใช้
13. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง [] [] []
[] 1. อยู่คนเดียว
[] 2. อยู่กันสองคนสามีภรรยาเท่านั้น
[] 3. อยู่กับสามี/ภรรยา และลูก/หลาน
[] 4. อยู่กับลูก/หลาน
[] 5. อยู่กับญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หรือคนรู้จัก

[] 6. อื่น ๆ (ระบุ)

.....

14. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านต้องสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมในบ้าน [][][]
 หรือสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน ดังต่อไปนี้บ้างหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- [] 1. ฝุ่นละออง
 [] 2. คิวไฟ
 [] 3. คิวบุหรี่
 [] 4. ไรฝุ่นในบ้าน ที่นอน
 [] 5. สัตว์เลี้ยง เช่น แมว สุนัข
 [] 6. แมลงสาบ หนู
 [] 7. เชื้อราในบ้าน เช่น ในห้องน้ำ ฝ้าเพดาน พริก/หอม/กระเทียมขึ้นรา
 [] 8. สารเคมี เช่น สี สเปรย์น้ำหอม น้ำยาขัดล้างห้องน้ำ
 [] 9. ละอองเกสรดอกไม้
15. อาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่อิ่ม/หายใจลำบากของท่านกำเริบขึ้น [][][]
 เมื่อต้องสัมผัสหรือสูดดมสิ่งเหล่านี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- [] 1. ละอองฝน
 [] 2. ฝุ่นละออง
 [] 3. คิวไฟ
 [] 4. คิวบุหรี่
 [] 5. ไรฝุ่นในบ้าน ที่นอน
 [] 6. สัตว์เลี้ยง เช่น แมว สุนัข
 [] 7. แมลงสาบ หนู
 [] 8. เชื้อราในบ้าน เช่น ในห้องน้ำ ฝ้าเพดาน พริก/หอม/กระเทียมขึ้นรา
 [] 9. สารเคมี เช่น สี สเปรย์น้ำหอม น้ำยาขัดล้างห้องน้ำ
 [] 10. ละอองเกสรดอกไม้
16. ผู้ที่คอยดูแลช่วยเหลือดูแลท่านขณะอยู่บ้านมีใครบ้าง [][][]
- [] 1. ไม่มี
 [] 2. คู่สมรส
 [] 3. บุตร หลาน
 [] 4. ญาติพี่น้อง
 [] 5. เพื่อน เพื่อนบ้าน คนรู้จัก

6. คนอื่นๆ (ระบุ)

.....
.....

17. ผู้ที่ช่วยเหลือนำท่านมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการหรือมาตามวันนัดมีใครบ้าง[][]

1. มาเอง

2. คู่สมรส

3. บุตร หลาน

4.ญาติพี่น้อง

5. เพื่อน เพื่อนบ้าน คนรู้จัก

6. คนอื่นๆ (ระบุ)

.....

ชุดที่ 2. แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและความเจ็บป่วย

1. ท่านทราบว่าตนเองเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/มีอาการหอบเหนื่อย
มานาน เดือน หรือ ปี [][][]
2. ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่ [][][]
 - [] 1. ไม่เคยสูบ
 - [] 2. เคยสูบ แต่ตอนนี้เลิกแล้ว
 - [] 3. เคยสูบ และตอนนี้ยังสูบบุหรี่อยู่
3. ประวัติการสูบบุหรี่ สำหรับผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่ขณะนี้เลิกแล้ว
 - 3.1 หากท่านเลิกสูบบุหรี่แล้ว ก่อนหน้านี้ท่านสูบบุหรี่มานาน ปี [][][]
 - 3.2 จำนวนที่สูบในแต่ละวัน มวน [][][]
 - 3.3 ท่านเลิกสูบบุหรี่มาแล้วนาน เดือน หรือ ปี [][][]
4. สำหรับผู้ที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ในปัจจุบันเป็นอย่างไร
 - 4.1 ท่านสูบบุหรี่มานาน เดือน หรือ ปี [][][]
 - 4.2 จำนวนที่สูบโดยเฉลี่ยต่อวัน มวน [][][]
5. คนในบ้านหรือคนรอบข้างของท่านมีใครสูบบุหรี่บ้างหรือไม่ [][][]
 - [] 1. ไม่มีใครสูบบุหรี่เลย
 - [] 2. มีคนในบ้านหรือคนรอบข้างสูบบุหรี่
6. ในรอบปีที่ผ่านมามีใครมาตรวจรักษาตามการนัดของแพทย์/พยาบาล บ่อยแค่ไหน [][][]
 - [] 1. มาตามวันนัดทุกครั้งไม่เคยขาด
 - [] 2. มาตามวันนัดสม่ำเสมอ ขาดไม่เกิน 3 ครั้ง
 - [] 3. มาตามวันนัดเป็นส่วนใหญ่ ขาดไม่เกิน 5 ครั้ง
 - [] 4. มาเฉพาะเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ/หายใจลำบากเท่านั้น
 - [] 5. ไม่มาเลย
7. ในรอบปีที่ผ่านมามีการรับประทานยาของท่านเป็นอย่างไร [][][]
 - [] 1. รับประทานยาทุกวันไม่เคยขาด
 - [] 2. เคยขาดยาบ้างเป็นบางครั้งแต่ไม่เกิน 1 สัปดาห์

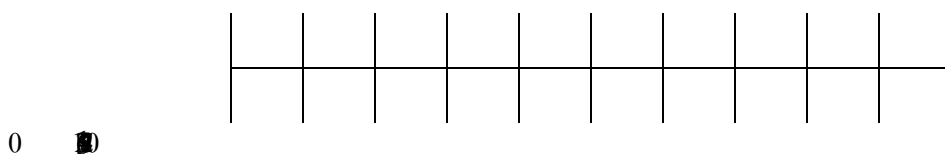
3. เคยขาดยาบ้าง แต่ไม่เกิน 1 เดือน
4. เคยขาดยาเกิน 3 เดือน
5. รับประทานยาเฉพาะเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ/หายใจลำบากเท่านั้น
8. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่อิ่ม/หายใจลำบาก
- ที่ต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินก่อนเวลานัดปกติ ครั้ง
9. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่อิ่ม/หายใจลำบาก
- ควบคุมไม่ได้จนต้องนอนรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล ครั้ง
10. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่อิ่ม/
หายใจลำบากที่ต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินก่อนเวลานัดปกติครั้ง
11. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่อิ่ม/
หายใจลำบากควบคุมไม่ได้จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล..... ครั้ง
12. ท่านคิดว่าโดยภาพรวมแล้วสุขภาพของตัวเองในระยะ 6 เดือน
- ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร
1. แข็งแรงสมบูรณ์ดีมาก
2. แข็งแรงแม้ว่าจะเจ็บป่วย
3. ไม่ค่อยแข็งแรงนัก
4. ไม่แข็งแรงเลย
13. ท่านคิดว่าโดยภาพรวมแล้วสุขภาพของตัวเองในขณะนี้ เป็นอย่างไร
1. แข็งแรงสมบูรณ์ดีมาก
2. แข็งแรงแม้ว่าจะเจ็บป่วย
3. ไม่ค่อยแข็งแรงนัก
4. ไม่แข็งแรงเลย

การตรวจร่างกายผู้ป่วย

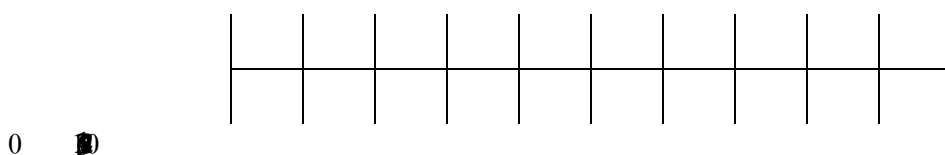
14. อัตราการหายใจของผู้ป่วยขณะพัก..... ครั้งต่อนาที
15. อัตราการเดินขึ้นบันไดของผู้ป่วยขณะพัก..... ครั้งต่อนาที
16. ความดันซิสทอลิก (SBP) ขณะพัก mmHg
17. ความดันไดแอสทอลิก (DBP) ขณะพัก mmHg
18. สมรรถภาพการทำงานของปอด: Peakflow

ชุดที่ 3. แบบสอบถามประสบการณ์อาการและความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก

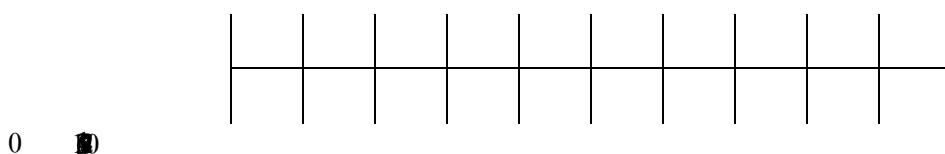
1. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจลำบากรุนแรงมากที่สุดเท่าใด เมื่อให้คะแนนจาก 0 ถึง 10 คะแนน.....



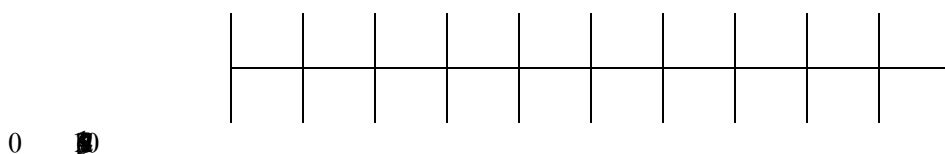
2. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจลำบากน้อยที่สุดเท่าใดเมื่อให้คะแนนจาก 0 ถึง 10 คะแนน.....



3. ในรอบวันที่ผ่านมาท่านมีอาการหายใจเหนื่อย/หายใจลำบากรุนแรงมากที่สุดเท่าใดเมื่อให้จาก 0 ถึง 10 คะแนน.....

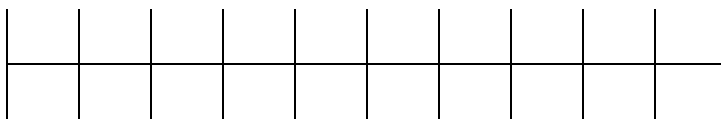


4. ในรอบวันที่ผ่านมาท่านมีอาการหายใจเหนื่อย/หายใจลำบากรุนแรงน้อยที่สุดเท่าใดเมื่อให้คะแนนจาก 0 ถึง 10 คะแนน.....



5. ในรอบวันที่ผ่านมาท่านมีอาการหายใจเหนื่อย/หายใจลำบากรุนแรงเฉลี่ยเท่าใดเมื่อให้คะแนน

จาก 0 ถึง 10 คะแนน.....

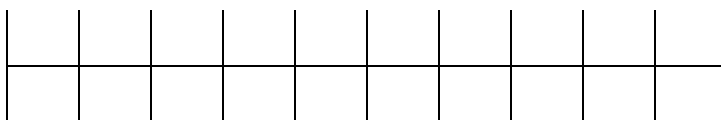


0 6. ในรอบวันที่ผ่านมาท่านเกิดอาการหายใจเหนื่อย/หายใจลำบากรุนแรงที่สุดในช่วงเวลาใด

.....

7. ขณะนี้ท่านมีอาการหายใจเหนื่อย/หายใจลำบาก เท่าใดเมื่อให้คะแนนจาก 0 ถึง 10 คะแนน

.....



0 8

8. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่อิ่ม/ [] [] []

หายใจลำบากกำเริบบ่อยแค่ไหน

- [] 1. ไม่มีอาการ
- [] 2. มีอาการเกิดขึ้น 1 - 2 ครั้ง
- [] 3. มีอาการเกิดขึ้น 3 - 4 ครั้ง
- [] 4. มีอาการเกิดขึ้นมากกว่า 4 ครั้ง
- [] 5. มีอาการเกิดขึ้นเกือบทุกวัน

ชุดที่ 4. แบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการหายใจลำบาก

คำชี้แจง	<p>แบบสอบถามนี้ต้องการทราบว่าท่านใช้วิธีการอย่างไรบ้าง และใช้บ่อยแค่ไหน ในการจัดการเพื่อป้องกันหรือบรรเทาแก้ไขเมื่อเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่เต็มอิ่ม/หรือรู้สึกหายใจลำบาก ในการตอบคำถามแต่ละข้อขอให้ท่านนึกย้อนถึงครั้งที่เกิดอาการกำเริบในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วตอบคำถามว่าในเหตุการณ์นั้นท่านมีวิธีการจัดการเพื่อบรรเทาอาการอย่างไรบ้าง ท่านใช้แต่ละวิธีบ่อยมากน้อยแค่ไหน ขอให้ท่านให้คะแนน 4, 3, 2, 1 หรือ 0 ตามความบ่อยในการใช้วิธีเหล่านั้น ดังนี้</p>
คำถาม	<p>คะแนน 4 สำหรับวิธีการที่ท่านใช้ทุกครั้งเมื่อมีอาการ คะแนน 3 สำหรับวิธีการที่ท่านใช้เป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้งที่มีอาการ คะแนน 2 สำหรับวิธีการที่ท่านใช้บ่อยปานกลาง คะแนน 1 สำหรับวิธีการที่ท่านใช้น้อย คะแนน 0 สำหรับวิธีการที่ท่านไม่ใช้เลย</p> <p>ในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ท่านใช้วิธีการเหล่านี้มากน้อยเพียงไรในการบรรเทาอาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่เต็มอิ่ม/หายใจลำบาก</p>

ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงในช่องคะแนนที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

วิธีการจัดการกับอาการที่ใช่	ใช้ทุก ครั้ง	ใช้เกือบ ทุกครั้ง	ใช้บ่อย ปานกลาง	ใช้น้อย	ไม่ใช้ เลย
<input type="radio"/> ฉันรับประทานยา/พ่นยาเมื่อมีอาการหายใจ ลำบากกำเริบ	4	3	2	1	0
<input type="radio"/> ฉันควบคุมลมหายใจเข้า-ออก เมื่อมีอาการ หายใจลำบากกำเริบ	4	3	2	1	0
<input type="radio"/> ฉันพยายามนั่งตัวตรงโน้มตัวไปข้างหน้าและ ลดการออกแรงขณะมีอาการหายใจลำบาก	4	3	2	1	0

4	<input type="radio"/> ฉันหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสิ่งที่กระตุ้นให้เกิด อาการหายใจลำบาก เช่น ฝุ่นละออง คิววันไฟ ควันบุหรี่ สเปรย์ฉีด	4	3	2	1	0
วิธีการจัดการกับอาการที่ใช้		ใช้ทุก ครั้ง	ใช้เกือบ ทุกครั้ง	ใช้บ่อย ปานกลาง	ใช้น้อย	ไม่ใช้ เลย
5	<input type="radio"/> ฉันใช้วิธีการที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลายเมื่อเกิด อาการหายใจลำบาก เช่น ทำสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ ทำใจให้สงบ	4	3	2	1	0
6	<input type="radio"/> ฉันขอความช่วยเหลือและปรึกษาบุคคล รอบข้าง เมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก ได้แก่ คนในครอบครัว แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สา ธารณสุข คนรู้จัก เพื่อนบ้าน	4	3	2	1	0
7	<input type="radio"/> ฉันพยายามหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่นเมื่อ เกิดอาการหายใจลำบาก เช่น คิดถึงเรื่องดีๆ ดู ทีวี พยายามไม่ใส่ใจ	4	3	2	1	0
8	<input type="radio"/> ฉันปรับกิจกรรมประจำวัน และการทำงาน เพื่อป้องกันและลดอาการหายใจลำบาก	4	3	2	1	0
9	<input type="radio"/> ฉันออกกำลังกายที่พอเหมาะเพื่อเพิ่มความ แข็งแรงของปอดและกล้ามเนื้อหายใจ	4	3	2	1	0
10	<input type="radio"/> ฉันพยายามทำใจให้ยอมรับว่าต้องมีชีวิตอยู่ กับอาการหายใจลำบาก	4	3	2	1	0

11	วิธีการอื่น ๆ	4	3	2	1	0
					
					

ชุดที่ 5. แบบสอบถามผลลัพธ์ของอาการด้านอารมณ์จิตใจ

คำถาม	<p>เมื่อเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่เต็มอิ่ม/หรือหายใจลำบาก ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา หลังจากได้ใช้วิธีการต่างๆที่ท่านตอบมาดังกล่าวในการป้องกันและบรรเทาเบาบางอาการหายใจลำบากแล้วนั้น ท่านคิดว่าการเกิดอาการหายใจลำบากและวิธีการที่ใช้ในการจัดการกับอาการมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกของท่านในข้อต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด ขอให้ท่านให้คะแนน 4, 3, 2, 1 และ 0 ตามลำดับความรู้สึกจากมากที่สุดจนถึงไม่มีความรู้สึกนี้เลย ดังนี้</p> <p>คะแนน 4 ในกรณีที่เกิดอาการและการจัดการกับอาการมีผลต่ออารมณ์ด้านนั้น <u>มากที่สุด</u></p> <p>คะแนน 3 ในกรณีที่เกิดอาการและการจัดการกับอาการมีผลต่ออารมณ์ด้านนั้น <u>มาก</u></p> <p>คะแนน 2 ในกรณีที่เกิดอาการและการจัดการกับอาการมีผลต่ออารมณ์ด้านนั้น <u>ปานกลาง</u></p> <p>คะแนน 1 ในกรณีที่เกิดอาการและการจัดการกับอาการมีผลต่ออารมณ์ด้านนั้น <u>เล็กน้อย</u></p> <p>คะแนน 0 ในกรณีที่เกิดอาการและการจัดการกับอาการมีผลต่ออารมณ์ด้านนั้น <u>ไม่มีความรู้สึกนี้เลย</u></p>
--------------	---

ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงในช่องคะแนนที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ท่านรู้สึกว่าการเกิดอาการหายใจลำบากและ การจัดการกับอาการมีผลต่อสภาวะทางอารมณ์ของท่านในด้านต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีความรู้สึกนี้เลย
--	-----------	-----	---------	----------	-----------------------

1 (๑) ท่านรู้สึกตึงเครียด	4	3	2	1	0
2 (๒) ท่านรู้สึกโกรธ	4	3	2	1	0
3 (๓) ท่านรู้สึกอึดโรย	4	3	2	1	0
4 (๔) ท่านรู้สึกมีชีวิตชีวา	4	3	2	1	0
5 (๕) ท่านรู้สึกสับสน	4	3	2	1	0
6 (๖) ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย	4	3	2	1	0
ท่านรู้สึกว่าอาการหายใจลำบากและ การจัดการ กับอาการมีผลต่อสภาวะทางอารมณ์ ของท่านในด้านต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีความรู้สึกนี้เลย
7 (๗) ท่านรู้สึกโศกเศร้าเสียใจ	4	3	2	1	0
8 (๘) ท่านรู้สึกดองแค้น	4	3	2	1	0
9 (๙) ท่านรู้สึกหงุดหงิดไม่สบายอารมณ์	4	3	2	1	0
10 (๑๐) ท่านรู้สึกประริ่กระเปร่า	4	3	2	1	0
11 (๑๑) ท่านรู้สึกไม่มีค่า	4	3	2	1	0
12 (๑๒) ท่านรู้สึกไม่สะดวกใจ อึดอัดใจ	4	3	2	1	0
13 (๑๓) ท่านรู้สึกอ่อนเพลีย	4	3	2	1	0
14 (๑๔) ท่านรู้สึกรำคาญ	4	3	2	1	0
15 (๑๕) ท่านรู้สึกท้อใจ	4	3	2	1	0
16 (๑๖) ท่านรู้สึกระวนระวาย	4	3	2	1	0
17 (๑๗) ท่านรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว	4	3	2	1	0

18 <input checked="" type="radio"/> ท่านรู้สึกยุ่งเหยิง	4	3	2	1	0
19 <input checked="" type="radio"/> ท่านรู้สึกหมดแรง	4	3	2	1	0
20 <input checked="" type="radio"/> ท่านรู้สึกเป็นกังวล	4	3	2	1	0
21 <input checked="" type="radio"/> ท่านรู้สึกหม่นหมอง	4	3	2	1	0
22 <input checked="" type="radio"/> ท่านรู้สึกเฉื่อยชา	4	3	2	1	0
23 <input checked="" type="radio"/> ท่านรู้สึกเหนื่อยใจ	4	3	2	1	0
ท่านรู้สึกว่าการหายใจลำบากและการจัดการกับอาการมีผลต่อสภาวะทางอารมณ์ของท่านในด้านต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีความรู้สึกนี้เลย
24 <input checked="" type="radio"/> ท่านรู้สึกงุนงง ไม่เข้าใจ	4	3	2	1	0
25 <input checked="" type="radio"/> ท่านรู้สึกโกรธมาก	4	3	2	1	0
26 <input checked="" type="radio"/> ท่านรู้สึกถึงการมีศักยภาพและความสามารถ	4	3	2	1	0
27 <input checked="" type="radio"/> ท่านรู้สึกกระตือรือร้น	4	3	2	1	0
28 <input checked="" type="radio"/> ท่านรู้สึกอารมณ์เสีย	<input checked="" type="radio"/> 4	3	2	1	0
29 <input checked="" type="radio"/> ท่านรู้สึกกระฉับกระเฉง	4	3	2	1	0
30 <input checked="" type="radio"/> ท่านรู้สึกหลงลืม	4	3	2	1	0

ชุดที่ 6. แบบสอบถามผลลัพธ์ของอาการด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

คำถาม	เมื่อเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่เต็มอิ่ม/หรือหายใจลำบาก ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา หลังจากได้ใช้วิธีการต่างๆที่ท่านได้ตอบมาแล้วนั้น ท่านคิดว่าอาการหายใจลำบากและวิธีการที่ใช้ในการจัดการกับอาการ มีผลต่อระดับความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของตนเอง หรือเกิดข้อจำกัดที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ในระดับใดบ้างในแต่ละกิจกรรมต่อไปนี้
--------------	--

ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงในระดับกิจกรรมที่ท่านสามารถปฏิบัติได้จริงภายหลังเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่เต็มอิ่ม/หายใจลำบาก

1 ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเองหรือไม่

2	สามารถรับประทานอาหารได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วย
1	สามารถรับประทานอาหารได้เองแต่ต้องมีผู้คอยช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร เช่น จัดเตรียมสำรับไว้ให้ ช่วยตักแบ่งอาหาร
0	ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองต้องมีคนช่วยตักป้อนให้

2 ท่านสามารถเคลื่อนย้ายตัวเองจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ได้หรือไม่

3	สามารถเคลื่อนย้ายได้ด้วยตัวเองโดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วย
2	สามารถเคลื่อนย้ายได้แต่ต้องมีผู้คอยช่วยเหลือในขั้นตอนการเคลื่อนตัวเพื่อให้เกิดความปลอดภัย
1	สามารถถูกนั่งบนเตียงได้ แต่ต้องมีคนช่วยยกตัวเมื่อต้องลงจากเตียง
0	ไม่สามารถถูกนั่งได้เลย

3 ท่านสามารถเดินเคลื่อนไหวในทางราบได้หรือไม่

3	เดินได้เอง โดยอาจต้องใช้เครื่องพยุงเดิน เกาะราว หรือไม้เท้า
2	ต้องมีผู้คอยช่วยเหลือ เช่น พยุงหรือประคองตัวให้เดิน
1	ต้องใช้รถเข็นช่วยในการเคลื่อนที่
0	เดินหรือเคลื่อนที่ไม่ได้เลย

4 ท่านสามารถแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้าได้เองหรือไม่

2	ทำได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย
1	ต้องมีผู้คอยช่วยเหลือในบางขั้นตอน เช่น การรัดซิป ติดกระดุม
0	ทำเองไม่ได้เลยต้องมีผู้คอยช่วยเหลือตลอดทุกขั้นตอน

5 ท่านสามารถอาบน้ำเช็ดตัวได้ด้วยตนเองหรือไม่

1	ทำได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย
0	ต้องมีคนช่วยอาบน้ำ ตัดกรด หรือเช็ดตัวให้

6 ท่านสามารถจัดการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลได้ด้วยตนเองหรือไม่

1	สามารถจัดการดูแลตัวเองได้ในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด หรือแต่งหน้า
0	ต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในขั้นตอนของการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด หรือแต่งหน้า

7 ท่านสามารถช่วยเหลือตนเองในกรการใช้ห้องสุขาหรือกระโถนได้หรือไม่

2	สามารถเข้า-ออกห้องสุขา นั่งโถส้วมได้เอง ลุก และทำความสะอาด หลังขับถ่ายโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ
1	ทำเองได้บ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน
0	ไม่สามารถทำเองได้เลย

8 ท่านสามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้หรือไม่

2	สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ กลับอุจจาระได้
1	ควบคุมการถ่ายอุจจาระได้เป็นส่วนใหญ่ สามารถสวน หรือควักด้วยตนเอง
0	ควบคุมไม่ได้เลย ถ่ายอุจจาระรดพื้นนอน ต้องให้ผู้อื่นช่วยสวนหรือควักอุจจาระให้

9 ท่านสามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้หรือไม่

2	ควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้ ไม่มีปัสสาวะกระปริดกระปรอย
1	กลั้นปัสสาวะได้เป็นส่วนใหญ่ ปัสสาวะไหลเล็ดนานๆครั้ง
0	กลั้นปัสสาวะไม่ได้เลย มีปัสสาวะไหลเล็ดเกือบทุกวัน ต้องช่วยสวนให้

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

- | | |
|--|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุไร หัตถกิจ | หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 2. ดร. กิตติกร นิลมานันต์ | ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 3. นายแพทย์ไพบุลย์ จิระธรรม โอภาส | หัวหน้าแผนกอายุรกรรม
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา |