



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่อความสามารถ
ในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบาก
ในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
**Effects of Islamic Based Dyspnea Management Program on the Dyspnea
Management Ability and Dyspnea Status in Muslim Elderly
With Chronic Obstructive Pulmonary Disease**

สุนีย์ เฮะดือเระ

Sunee Hehduereh

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner
Prince of Songkla University**

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่อความสามารถ
ในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบาก
ในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
**Effects of Islamic Based Dyspnea Management Program on the Dyspnea
Management Ability and Dyspnea Status in Muslim Elderly
With Chronic Obstructive Pulmonary Disease**

สุนีย์ เฮะดือเระ

Sunee Hehduereh

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner
Prince of Songkla University**

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ผู้เขียน	นางสุนีย์ เฮะดีอะเราะ
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (รองศาสตราจารย์ ดร. กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุมามพร ปุญญโสพรรณ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร. กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์)
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เฟลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เฟลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)
กรรมการ (ดร. จารุวรรณ กฤตย์ประชา)
กรรมการ (ดร. ฉุนัท วอลเตอร์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(3)

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสุนีย์ เฮะคือระ)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสุนีย์ เฮะคือระ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ผู้เขียน	นางสุนีย์ เฮะดีอะเราะ
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา	2559

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 50 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบาก เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ จำนวน 25 ราย และกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการอาการและแนวคิดวิถีมุสลิมกับการดูแลสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และ (2) แบบประเมินภาวะอาการหายใจลำบาก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากเท่ากับ 0.95 และแบบประเมินภาวะอาการหายใจลำบากของอาดีละห์ (2559) เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติไคสแควร์ และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติทีคู่ และสถิติทีอิสระ

ผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=26.75, p < .001$) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= -3.21, p < .05$) ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วม โปรแกรมน้อยกว่า

(6)

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 26.75, p < .001$) กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะ
อาการหายใจลำบากหลังเข้าร่วม โปรแกรมน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($t = 6.58, p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจ
ลำบากที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการอาการและแนวคิดวิถีมุสลิมกับการดูแลสุขภาพ สามารถ
นำไปใช้ในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และช่วยให้ภาวะอาการ
หายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงได้

Thesis Title	Effects of Islamic Based Dyspnea Management Program on the Dyspnea Management Ability and Dyspnea Status in Muslim Elderly Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease
Author	Mrs Sunee Hehduereh
Major Program	Community Nurse Practitioner
Academic year	2016

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to examine the effects an Islamic Based Dyspnea Management Program on the dyspnea management ability and dyspnea status in Muslim elderly Patients with chronic obstructive pulmonary disease. The recruited sample comprised 50 Muslim elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. Purposive sampling was used to select according to the inclusion criteria. Patients were divided into two groups: 25 patients in the experimental group the program for eight weeks and 25 patients in the control group received normal nursing care.

The experimental instrument was developed based on the symptom management concept and Islamic doctrines. The instruments for data collection included: (1) the dyspnea management ability questionnaire, and (2) the dyspnea status assessment tool. All instruments were assessed for content validity by three experts. The reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of 0.95. The dyspnea (Sarai' 2016) was used to assess the dyspnea status for this study. Cronbach' Alpha for this assessment was 0.85. Demographic data were analyzed using descriptive differences of general data compared using chi square statistics and independent statistics, and the hypothesis tested using paired t-test and independent t-test.

The results revealed that the mean score of the dyspnea management ability of the experimental group after participating in Islamic Based Dyspnea Management Program was higher than the mean score of the control group with statistical significance ($t=26.75, p < .001$). The mean score of the dyspnea management ability of the experimental group after participating in Islamic Based Dyspnea Management Program was higher than the mean score before

participating in the program with statistical significance ($t = -3.21, p < .05$). The mean score of the dyspnea status of the experimental group after participating in Islamic Based Dyspnea Management Program was lower than the mean score of the control group with statistical significance ($t = 26.75, p < .001$). The mean score of the dyspnea status of the experimental group after participating in Islamic Based Dyspnea Management Program was lower than the mean score before participating in the program with statistical significance ($t = 6.58, p < 001$).

The results of this study indicated that the Islamic Based Dyspnea Management was effective in improving the dyspnea management ability and decrease the dyspnea status in Muslim elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. กาญจน์ สุนภัส บาลทิพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา ถ่ายทอดความรู้ให้คำแนะนำ และให้ข้อคิดอันเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยในทุกขั้นตอนของการทำ วิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้ การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทุก ท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้ในระหว่างการศึกษา ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจเสมอมา ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ พร้อมทั้ง ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง นอกจากนี้ขอขอบพระคุณคณะกรรมการผู้สอบวิทยานิพนธ์ ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะตลอดจนข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรือเสาะ และโรงพยาบาลศรีสาคร หัวหน้า กลุ่มการพยาบาล หัวหน้าผู้พยาบาลนอก ตลอดจนเพื่อนร่วมงาน โรงพยาบาลรือเสาะทุกท่านที่เสียสละ รับภาระงานแทนผู้วิจัยระหว่างผู้วิจัยศึกษา.รวมทั้งบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ สนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่น้อง สามีและบุตรที่คอยให้กำลังใจและ สนับสนุนด้านการศึกษาดลอดมา ขอขอบพระคุณพี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ และทุกท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและญาติผู้ดูแลทุกท่าน ที่สละเวลาให้ ความร่วมมือเป็นอย่างดี จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี คุณประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัย ครั้งนี้ ขอมอบแด่ทุกท่าน รวมทั้งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกท่าน

สุนีย์ เสะคือระ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
สารบัญตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	11
นิยามศัพท์.....	11
ขอบเขตการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	15
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุ.....	15
อาการหายใจลำบากและกลไกการเกิดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง.....	16
ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อผู้สูงอายุมุสลิม.....	16
การประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	20
แนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	23
การส่งเสริมการจัดการอาการในผู้ป่วยผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	29
แนวคิดการจัดการอาการหายใจลำบาก.....	29
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจ ลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	31

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
หลักความเชื่อทางศาสนาอิสลามเพื่อส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบาก.....	34
โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการทดลอง.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	70
ผลการวิจัย.....	71
การอภิปรายผล.....	82
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	89
สรุปผลการวิจัย.....	89
ข้อเสนอแนะ.....	92
เอกสารอ้างอิง.....	94
ภาคผนวก.....	102
ก การคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง.....	103
ข โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม.....	104
ค แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย (กลุ่มทดลอง).....	123
ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	125
ประวัติผู้เขียน.....	126

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและทดลองด้วยสถิติไคสแควร์	72
2	เปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	74
3	เปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	77
4	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ทีอัสระ.....	79
5	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนสถานะของอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอัสระ.....	80
6	เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการ	81
7	เปรียบเทียบ คะแนนสถานะของอาการหายใจลำบากระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการ	82

รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	10
2 แบบประเมินอาการหายใจลำบากประมาณค่าเชิงเส้นตรงในแนวตรงและแนวนอน	22
3 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	54

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเป็นปัญหาสำคัญสำหรับสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกประมาณ 80 ล้านคน และมีผู้ที่เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณปีละ 3 ล้านคน หรือเท่ากับเสียชีวิตนาทีละ 6 คน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558) โดยในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 โดย 1 ใน 6 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอาการรุนแรง และในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 4 ล้านกว่าคน ในปี ค.ศ.2010 คิดเป็นร้อยละ 12 และเป็นลำดับที่ 4 ของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมดทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2012) และได้มีการคาดการณ์ว่า จะมีจำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 30 ทำให้โรคนี้จะกลายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 3 ของประชากรโลกในปี ค.ศ. 2030 (WHO, 2012) สำหรับประเทศไทยจากสถิติในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวน 236,521 ราย เท่ากับ 366.01 ต่อแสนประชากร และมีอัตราการป่วยสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ 230.22 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558) สำหรับสถิติการตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากอัตราตาย 10.0 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2555 เป็น 12.1 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2557 และการตายในกลุ่มอายุ 60 - 74 ปี เป็นอันดับที่ 4 จำนวน 6,945 ราย เท่ากับ 77.6 ต่อแสนประชากร ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การหายใจล้มเหลว และภาวะหัวใจล้มเหลว (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข, 2558) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 15-59 ปี จำนวน 885 ราย เท่ากับ 2.0 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ พบว่า ภาคใต้มีอัตราการตายเป็นอันดับ 2 ของประเทศรองลงมาจากภาคเหนือ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข, 2558) สำหรับโรงพยาบาลรื้อเสาะ สถิติปี พ.ศ.2557-2559 มีจำนวน โรคระบบทางเดินหายใจทั้งหมด 285, 320, 364 รายตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีมากเป็นอันดับ 1 ใน 3 (เวชระเบียน โรงพยาบาลรื้อเสาะ, 2557-2559)

อาการหายใจลำบากเป็นอาการสำคัญและพบมากที่สุดของผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เบญจมาศ, 2555; Registered Nurses Association of Ontario [RNAO], 2010) ซึ่งอาการหายใจลำบากเกิดจากพยาธิสภาพที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างถาวร ส่งผลให้การระบายอากาศลดลง (สมาคมออร์เวซซ์ แห่งประเทศไทย, 2548) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งถุงลมจะมีขนาดใหญ่ขึ้นทำให้พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซน้อยลง และจำนวนใยอีลาสตินและความยืดหยุ่นของถุงลมลดลง ส่งผลให้ความยืดหยุ่นของปอดลดลงด้วย ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคจะมีอาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดอาการหนึ่ง (วัชรรา, 2555) โดยจากการศึกษาพบว่า อาการหายใจลำบากร้อยละ 90-95 ในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับรุนแรง (Solano, Gomes & Higginson, 2006) สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีระดับความรุนแรงมาก และไม่สามารถควบคุมอาการและจัดการกับอาการได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ (วัชรรา, 2555; สุวรรณ, 2554)

อาการหายใจลำบากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวแบบองค์รวม สำหรับผลกระทบต่อด้านร่างกาย จะทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อส่วนปลายลดลง ทำให้เกิดการอ่อนล้า จนร่างกายทำหน้าที่ได้ลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายได้ตามปกติ ผลกระทบทางด้านจิตสังคม พบว่า อาการหายใจลำบากส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีส่วนร่วมในสังคมลดลง ก่อให้เกิดความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความวิตกกังวล (Di Marco et al., 2006) เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม และเกิดภาวะซึมเศร้า และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ด้วยผู้ป่วยมักมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวขาดรายได้จากการไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการสำรวจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2555 พบว่า ภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นมากถึง 12,735 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของรายได้ประชากร และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 1 ใน 10 ของโรคเรื้อรังที่เป็นภาระต่อค่าใช้จ่ายสาธารณสุขของประเทศ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556) ดังนั้นอาการหายใจลำบากจึงถือว่าเป็นสิ่งที่คุกคามคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สุวรรณ, 2554; Hopp, & Walker, 2009) และเป็นอาการสำคัญที่จะต้องให้ความสำคัญในการจัดการอาการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากพยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลให้ความช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ ส่งเสริมวิธีการจัดการกับอาการของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากได้

การจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของการมีอาการหายใจลำบาก วิธีการจัดการอาการหายใจลำบาก และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการอาการหายใจลำบาก มีความแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้อธิบายว่า วิธีการจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยจะขึ้นอยู่กับผลลัพธ์และปัจจัยอื่นๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้พัฒนาแนวคิดการจัดการอาการต่อจากลาร์สันและคณะ (Larson et al., 1994) โดยอาศัยหลักฐานจากงานวิจัยต่างๆ ซึ่งมีแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยควรมีการจัดการกับอาการด้วยตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีประสบการณ์การมีอาการและการรับรู้อาการของตนเอง และสามารถประเมินความรุนแรง หรือมีการตอบสนองต่ออาการแตกต่างกัน (Dodd et al., 2001) จากแนวคิดนี้ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการและความรุนแรงของอาการหายใจลำบากของตนเอง ผู้ป่วยจะสามารถเลือกใช้กลวิธีในการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นกับตนเอง จากการเรียนรู้ การฝึกทักษะหรือจากการแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้นในครั้งต่อไป ผู้ป่วยจะสามารถเลือกใช้วิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากที่ตนเองรับรู้ว่าจะสามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากและบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ได้มีการนำแนวคิดการจัดการอาการตามแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่มุ่งเน้นการจัดการอาการ ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ ผลลัพธ์ และมีปัจจัยมีปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้อง มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา

ดังการศึกษาของอาดิละ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถในการจัดการอาการและสถานะของอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนอย่างเป็นขั้นตอนแบบตัวต่อตัวกับผู้วิจัย มีแผนการสอนอย่างเป็นระบบ มีสื่อการสอน และคู่มือที่มีเนื้อหาและภาษาที่เข้าใจง่าย ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินอาการหายใจลำบากได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้กลุ่มผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงสถานะอาการหายใจลำบากของตนเองลดลง

การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยการให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มอบคู่มือ พร้อมให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ และการเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษา พบว่า ผลของโปรแกรมสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้เพิ่มขึ้น และสามารถจัดการอาการหายใจ

ลำบากได้ถูกต้อง (เบญจวรรณ, 2554) และการศึกษาผลการส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลม่วงไข่ จังหวัดแพร่ (วรารคณา, 2552) ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยมีแผนการส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้ผู้ป่วยประเมินประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบากของตนเอง การให้ผู้ป่วยประเมินอาการมีอาการหายใจลำบากของตนเอง การฝึกทักษะการปฏิบัติในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการจัดการอาการหายใจลำบาก ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากซึ่งสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวข้างต้นเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วไป ซึ่งอาจจะมีวิธีการดำเนินชีวิตและบริบททางสังคม ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อที่แตกต่างกับผู้ป่วยมุสลิม ทั้งนี้เพราะมุสลิมดำเนินชีวิตตามบทบัญญัติของศาสนาที่อัลลอฮทรงประทานลงมาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต และปฏิบัติตามแบบอย่างท่านนบีมุฮัมมัด (ซ.ล) ซึ่งประกอบด้วย หลักศรัทธา หลักปฏิบัติ และหลักคุณธรรม ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาที่เพิ่มเติมในบริบทของความเป็นมุสลิม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และแนวคิดวิถีมุสลิมกับการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากของตนเองได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะการดูแลภายใต้หลักความศรัทธา หลักปฏิบัติ และหลักจริยธรรม ซึ่งผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามต้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต (ยูซุฟและสุภัทร, 2550)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากระหว่างกลุ่มที่ได้รับการ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากระหว่างกลุ่มที่ได้รับการ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม

4. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม

คำถามการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่ำกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

3. ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่

4. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดหลัก 2 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และแนวคิดวิถีมุสลิมกับการดูแลสุขภาพ ดังนี้

แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยควรมีการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยแต่ละรายมีประสบการณ์การมีอาการรับรู้อาการของตนเอง ความสามารถในการประเมินความรุนแรง และการตอบสนองต่ออาการ

แตกต่างกัน โดยแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 โนมติ และ 3 ปัจจัยที่มีผลกับมโนคติ ดังนี้

1. ประสบการณ์อาการ (symptoms experiences) ได้แก่ การรับรู้อาการ (perception of symptom) คือ บุคคลสามารถรับรู้ความเปลี่ยนแปลงของร่างกายหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป จากเดิม การประเมินอาการ (evaluation of symptom) คือ บุคคลสามารถพิจารณาความรุนแรงและสาเหตุของอาการ พิจารณาการจัดการอาการ และการประเมินการรักษาที่ถูกต้อง และการตอบสนองต่ออาการ (response of symptom) คือ บุคคลสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรม สังคม และพฤติกรรม

2. วิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) คือ กระบวนการที่เป็นพลวัตร ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะๆ ตามการรับรู้ของบุคคล โดยเริ่มจากการประเมินประสบการณ์อาการ เพื่อนำไปสู่วิธีการจัดการอาการ

3. ผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการ (outcomes) คือ ผลของวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 8 ด้าน คือ ด้านค่าใช้จ่าย (costs) ด้านสภาวะอารมณ์ (emotional status) ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care) ด้านสภาวะการทำงานที่ (functional status) ด้านคุณภาพชีวิต (quality of life) ด้านอัตราการเกิดโรคและเกิดโรคร่วม (morbidity and comorbidity) ด้านอัตราการตาย (mortality) และด้านสภาวะอาการ (symptom status)

4. ปัจจัยด้านบุคคล (person domain) คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ นิสัยประสบการณ์ในอดีต ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว หน้าที่การงาน วัฒนธรรม ศาสนา ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความแข็งแรง การพักผ่อน การปฏิบัติกิจกรรม และความสามารถของร่างกาย และปัจจัยด้านพัฒนาการ ได้แก่ การตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด การหดรัดดู เป็นต้น

5. ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (health and illness domain) คือ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการ การเลือกวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

6. ปัจจัยสภาพแวดล้อม (environment domain) คือ ปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดอาการ ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ แสง เสียง อุณหภูมิ สิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม ระบบสนับสนุน และสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อ การปฏิบัติของคนในชุมชน

แนวคิดวิถีมุสลิมกับการดูแลสุขภาพ ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม ต้องมีหลักการที่สำคัญที่เป็นพื้นฐานในการเรียนรู้ เข้าใจ และสามารถนำมาปฏิบัติ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต โดยหลักการที่สำคัญประกอบด้วย 3 หลักการ ได้แก่ หลักศรัทธา หลักปฏิบัติ และหลักคุณธรรม ดังนี้

1. หลักศรัทธา (อิมาน) เป็นเสมือนหัวใจหลักของการนับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมุสลิมทุกคนจะละเว้นไม่ได้ ทั้งนี้เพราะศาสนาอิสลาม ถือว่าการศรัทธาต่อพระเจ้ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะความศรัทธาจะนำมาซึ่งคุณค่าในชีวิตและเกิดความเชื่อในตนเองตามมา เนื่องจากมีสิ่งที่ยึดมั่นอย่างมั่นคง หากขาดความศรัทธาบุคคลจะเกิดความท้อถอยในการต่อสู้ชีวิต คุณค่าของชีวิตของคนไม่อาจจะเกิดขึ้นหากขาดความศรัทธา และเป็นสิ่งที่ชี้ทางการที่จะบรรลุถึงเป้าหมายอันสูงส่งของอิสลามโดยการยอมรับการศรัทธาในชีวิตหลังความตาย และหลักศรัทธาข้ออื่นๆ หลักศรัทธามี 6 ประการ ได้แก่ 1) ศรัทธาต่ออัลลอฮ์ มุสลิมทุกคนต้องยอมรับและศรัทธาต่ออัลลอฮ์ 2) ศรัทธาต่อบรรดามลาอิกะห์ มุสลิมทุกคนต้องเชื่อว่ามลาอิกะฮ์เป็นบ่าวของอัลลอฮ์ที่คอยปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ 3) ศรัทธาต่อบรรดาคัมภีร์ของพระองค์ มุสลิมทุกคนต้องเชื่อและยอมรับในคัมภีร์ต่างๆ ที่อัลลอฮ์ทรงประทานลงมา 4) ศรัทธาต่อบรรดาศาสนทูตของพระองค์ มุสลิมทุกคนต้องศรัทธาว่าอัลลอฮ์ทรงเลือกบุคคลที่จะนำสื่อบทบัญญัติของพระองค์มาสั่งสอนแก่มนุษย์ทุกยุคทุกสมัย และให้เกียรติบรรดาศาสดาต่างๆ 5) ศรัทธาต่อวันสิ้นโลก มุสลิมต้องเชื่อว่าโลกนี้เป็นแห่งทดลอง ไม่จริง ต้องมีการแตกสลาย และ 6) ศรัทธาต่อกฎสภาวะการของอัลลอฮ์ มุสลิมต้องศรัทธาว่าสรรพสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นกฎเกณฑ์ของอัลลอฮ์ (อิสมาอีลลูตฟี, 2555; ยูซุฟและสุภัทร, 2550; อิสมาอีล, 2548)

2. หลักปฏิบัติ มุสลิมที่สมบูรณ์ ต้องประกอบด้วย โครงสร้าง 2 ส่วน คือ หลักศรัทธา และหลักปฏิบัติ (दारง, 2548) ซึ่งหลักปฏิบัติเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต โดยมีวิธีการปฏิบัติ 5 ประการ ได้แก่ การปฏิญาณตนว่าไม่มีพระเจ้าอื่นใดที่เคารพภักดีนอกจากอัลลอฮ์ การละหมาด กำหนดให้มีการละหมาด 5 เวลา การถือศีลอด การงดเว้นจากการกิน ดื่ม การมีเพศสัมพันธ์ การพูดจาเหลวไหล หรือมีจิตอกุศล การใช้ทรัพย์สินที่เหลือในรอบปีบริจาคทาน การจ่ายซากาต และการทำฮัจญ์ มุสลิมที่บรรลุศาสนภาวะทั้งหญิงและชายต้องไปทำฮัจญ์ครั้งหนึ่งในชีวิต

3. หลักคุณธรรม หลักคุณธรรมเป็นคุณธรรมแสดงถึงพฤติกรรมที่ดีงาม หรือที่เรียกกันว่า อิห์ซานของอิสลาม คือ การทำความดี การมีคุณธรรม และจริยธรรม ด้วยความบริสุทธิ์ใจเพื่ออัลลอฮ์เท่านั้น

การศึกษาครั้งนี้เป็นการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งได้บูรณาการแนวคิดการจัดการอาการของคอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และแนวคิดวิถีมุสลิมกับการดูแลสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. ประสพการณ์อาการหายใจลำบาก

ประสพการณ์อาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย การรับรู้อาการหายใจลำบาก หมายถึง บุคคลสามารถรับรู้ความเปลี่ยนแปลงของร่างกายหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การประเมินอาการหายใจลำบาก คือ บุคคลสามารถพิจารณาความรุนแรงและสาเหตุของอาการ พิจารณา

การจัดการอาการ และการประเมินการรักษาที่ถูกต้อง และการตอบสนองต่ออาการหายใจลำบาก คือ บุคคลสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรม สังคม และพฤติกรรม หากบุคคลประเมินประสบการณ์อาการหายใจลำบากจะนำไปสู่การจัดการอาการ

โดยผู้วิจัยสอบถามความสามารถในการประเมินอาการหายใจลำบาก และความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก ที่ผ่านมาของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยตอบด้วยความบริสุทธิ์ใจต่ออัลลอส เพื่อนำคุณความดีไปยังวันสิ้นโลก (อิสมาอีลลุตฟี, 2555) และผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกลงในแบบบันทึกประสบการณ์การประเมินและการจัดการอาการหายใจลำบาก เพื่อนำผลที่ผู้ป่วยตอบไปสู่การจัดการอาการหายใจลำบากต่อไป

2. วิธีการจัดการอาการหายใจลำบาก

วิธีการจัดการอาการหายใจลำบากเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ปรับเปลี่ยนตามการรับรู้ของผู้ป่วย เริ่มจากการประเมินประสบการณ์อาการหายใจลำบาก เพื่อนำไปสู่วิธีการจัดการอาการหายใจลำบาก โดยมีความสอดคล้องกับความสามารถและบริบทของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย

ผู้วิจัยทบทวนประสบการณ์การประเมินอาการหายใจลำบากและความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผ่านมา พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับ กล่าวคำชมเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องแล้ว และร่วมวางแผนวิธีการจัดการอาการหายใจลำบากที่มีประสิทธิภาพ

การเนี่ยต (การตั้งเจตนา) เป็นฐานสำคัญในการทำกิจการต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน โดยการตั้งเจตนาที่ดี ทั้งทางใจ และกาย เพื่อหวังผลตอบแทนจากอัลลอส การเนี่ยตทั้งการกระทำทั้งภายนอก (ซอฮิร) และภายใน (บาฏิน) เพื่อหวังความเมตตาต่ออัลลอส ชุบบาฮานะสุวะตาอาลา ถึงจะได้รับการตอบแทนจากอัลลอส ทั้งนี้เนื่องจากการงานของมนุษย์จะถูกตอบรับหรือไม่ขึ้นอยู่กับที่ตั้งใจ ด้วยใจที่บริสุทธิ์ หวังในความโปรดปรานจากอัลลอสองค์เดียว แน่ใจว่าการงานนั้นจะถูกตอบรับจากพระองค์ อัลลอสองค์เดียวเท่านั้นที่รับรู้การเนี่ยต ซึ่งเป็นการเชื่อมั่นต่ออัลลอส และเป็นการแสดงความศรัทธาอย่างหนึ่ง (อิสมาอีลลุตฟี, 2555) โดยผู้วิจัยทำกิจกรรม “เนี่ยต” ก่อนการร่วมกันวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมในโปรแกรมทุกครั้ง

ผู้วิจัยให้ความรู้ เรื่อง การจัดการอาการหายใจลำบากที่มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้ป่วยเพื่อช่วยควบคุมอาการต่างๆ ที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ดังนี้ (1) การละหมาด โดยการใช้ท่าสุยูด คือ การก้มลงกราบ จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความแข็งแรงของปอด พร้อมทั้งเป็นการฝึกสมาธิ ซึ่งเกิดขึ้นในขณะที่เปลี่ยนท่าอย่างกลมกลืนในขณะละหมาด (2) การอ่านอัลกรุอ่าน ซึ่งเป็นการนึกถึงอัลลอสทำให้มีสมาธิ และช่วยลดภาวะเครียด ทั้งนี้เพราะโดยเนื้อหาในอัลกรุอ่านเกี่ยวข้องกับการศุอาร์ทที่กล่าวถึงความอดทน การศุอาร์ทที่กล่าวถึงความเมตตาคุ้มครอง

การดูแลที่กล่าวถึงการขอบคุณ และการดูแลที่รำลึกต่ออัลลอฮ์ นอกจากนี้การเปล่งเสียงอ่านอัลกรุอ่านยังช่วยส่งเสริมการขยายตัวของปอด (3) การรับประทานอาหารที่สะอาด และคอยยิบันเพื่อช่วยให้มีการสร้างเนื้อเยื่อที่ดีแก่ร่างกาย (4) การประเมินอาการหายใจลำบาก เพื่อการจัดการอาการหายใจลำบากที่ถูกต้อง (5) การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการหายใจลำบาก (6) การรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยนำเสนอผ่านคู่มือส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การพูดคุย ทำความเข้าใจ และเปิดโอกาสให้ซักถาม

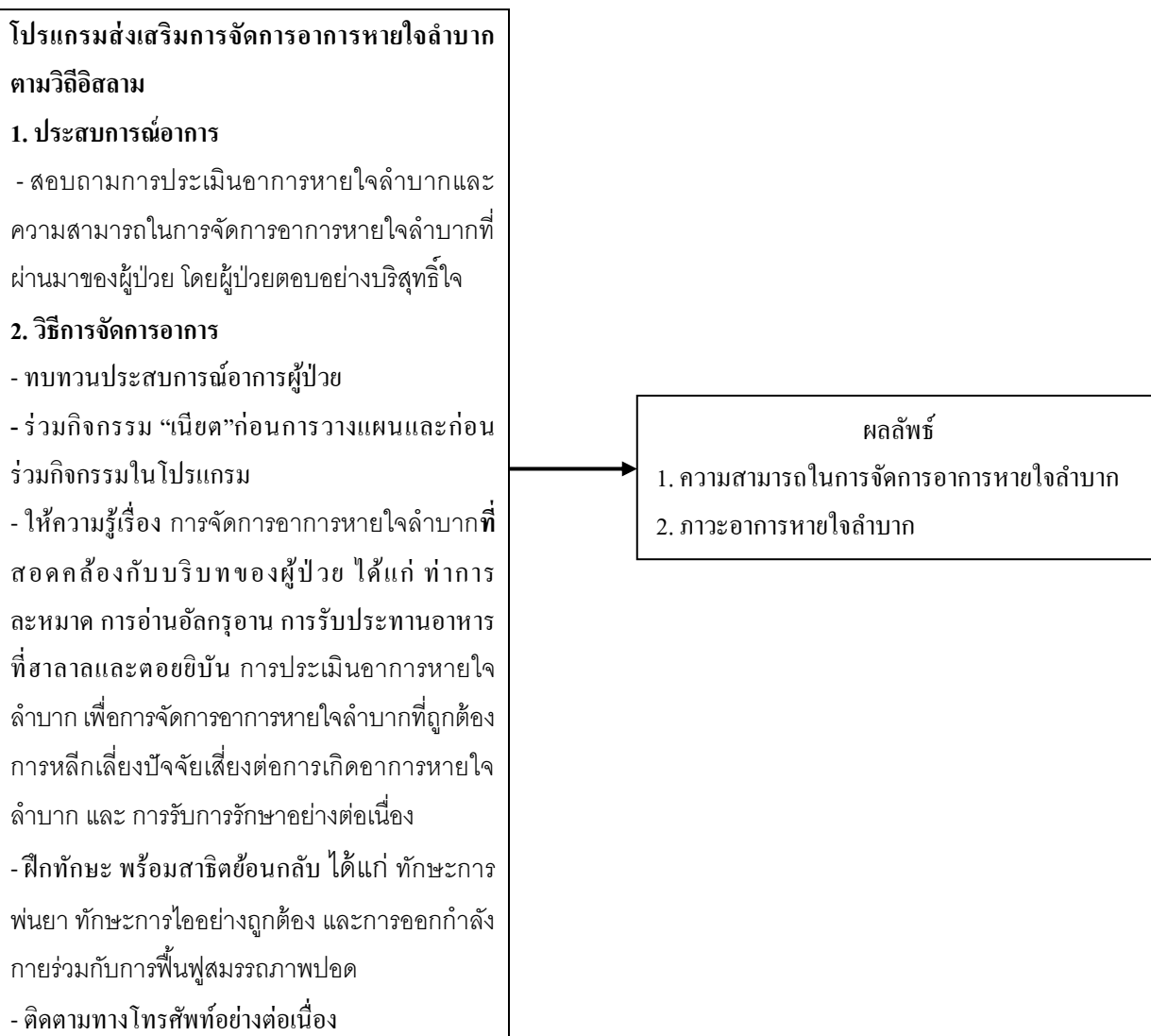
ผู้วิจัยฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบากแก่ผู้ป่วยประกอบด้วย ทักษะการพ่นยา ทักษะการไออย่างถูกวิธี และการออกกำลังกายร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ส่งผลให้มีร่างกายมีความแข็งแรง และมีความทนทาน จะทำให้สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยดีขึ้น (นภารัตน์, 2553) พร้อมให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับและมีผู้ดูแลเป็นผู้สนับสนุนและช่วยเหลือ โดยใช้คู่มือส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัด การอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001)

ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการอาการหายใจลำบากในขณะที่ผู้ป่วยพักที่บ้าน และเปิดโอกาสให้ซักถามซึ่งเป็นวิธีการที่ดี ติดต่อดี สะดวก รวดเร็ว และสามารถให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างรวดเร็ว (ศิริวัฒน์, 2551) และการติดตามทางโทรศัพท์ที่ยังแสดงออกถึงหน้าที่ต่อญาติ เพื่อนบ้าน และผู้อื่น โดยอิสลามถือว่ามุสลิมเป็นพี่น้องกัน ดังนั้นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ ห้ามตัดขาดญาติพี่น้อง ผู้ใดที่ตัดขาดญาติพี่น้อง อัลลอฮ์จะตัดขาดผู้นั้น (มานี, 2544)

3. ผลลัพธ์ของการจัดการอาการหายใจลำบาก

ผลลัพธ์ของการจัดการอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นได้แก่ ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น และมีภาวะอาการหายใจลำบากลดลง และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปฏิบัติศาสนกิจได้ตามความต้องการของผู้ป่วย และผลการกระทำทุกอย่างที่ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่ออัลลอฮ์

หลังจากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่เพิ่มขึ้น ด้วยแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากที่ลดลง ด้วยแบบประเมินภาวะอาการหายใจลำบาก หลังการประเมินผู้วิจัยสรุปผลการประเมินประสิทธิผลการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบเพื่อการปรับวิธีการจัดการอาการหายใจลำบากให้มีประสิทธิภาพต่อไป



ภาพ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่ำกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
4. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

นิยามศัพท์

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และแนวคิดวิถีมุสลิมกับการดูแลสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทความเป็นมุสลิมของผู้ป่วย และเป็นการช่วยเหลือในการจัดการอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรม ประกอบด้วย 1) ประสิทธิภาพอาการหายใจลำบาก เป็นการประเมินอาการหายใจลำบากและสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผ่านมาของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยตอบอย่างบริสุทธิ์ใจ 2) วิธีการจัดการอาการลำบาก โดยกระบวนการทบทวนการประเมินอาการหายใจลำบากและความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้รับรู้ข้อมูล ชมเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องแล้ว และร่วมกันวางแผนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการปรับปรุง โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรม “เนียด” (การตั้งเจตนา) ในการเรียนรู้ในครั้งนี้ทั้งการกระทำทั้งภายนอก (ซอฮิร) และภายใน (บาฏิน) เพื่อหวังความเมตตาต่ออัลลอฮ์ ชุบบาฮานะฮ์สุวะตาอาลา อัลลอฮ์องค์เดียวเท่านั้นที่จะรับรู้การเนียดในครั้งนี้ ให้ความรู้เรื่องการจัดการอาการหายใจลำบากที่มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้ป่วย เช่น

ท่วงท่าในการระหมัดที่มีส่วนให้เกิดความแข็งแรงให้กับปอด อีกทั้งยังเป็นการฝึกสมาธิด้านจิตใจให้สามารถควบคุมอาการต่างๆ ได้ การอ่านอัลกรุอ่านเป็นการนึกถึงอัลลอฮ์และช่วยลดภาวะเครียด การรับประทานอาหารที่สะอาดและตอยิบัน การประเินอาการหายใจลำบาก เพื่อการจัดการอาการหายใจลำบากที่ถูกต้อง การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการหายใจลำบาก การรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย การพ่นยา การไออย่างถูกวิธี การออกกำลังกายร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยใช้คู่มือส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมถึงการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยจากผู้ป่วยเองหรือผู้ดูแล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 5 ถึง 7 พร้อมทั้งติดตามการบันทึกความสม่ำเสมอในการจัดการอาการหายใจลำบากจากผู้ป่วยและผู้ดูแล และ 3) ผลลัพธ์ โดยผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น และมีภาวะอาการหายใจลำบากลดลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติศาสนกิจได้อย่างสะดวก ตามความต้องการของผู้ป่วย และผลการกระทำทุกอย่างที่ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่ออัลลอฮ์

ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก หมายถึง การรับรู้ความมั่นใจในการจัดการอาการหายใจลำบากจากการประเมินความถี่ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก โดยประเมินจากแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามประสพการณ์อาการและความรุนแรงของอาการอาการหายใจลำบากของจุก (2549) ซึ่งประเมินจากความถี่ในการจัดการอาการเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก ซึ่งประกอบด้วย 5 ระดับ คือ 0) ไม่ปฏิบัติเลย 1) ปฏิบัติน้อย 2) ปฏิบัติบ่อยปานกลาง 3) ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ และ 4) ปฏิบัติทุกครั้ง โดยคะแนนมาก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมมาก แสดงถึงความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับมาก และคะแนนน้อย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมน้อย

ภาวะอาการหายใจลำบาก หมายถึง การรับรู้ภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก โดยประเมินจากภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย ซึ่งสามารถอธิบายอาการหายใจลำบาก 3 ช่วง ได้แก่ 1) ช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 2) รอบหนึ่งวันที่ผ่านมา และ 3) ขณะประเมินอาการ โดยใช้แบบประเมินภาวะอาการหายใจลำบากของอาดีละห์ (2559) โดยคะแนนมาก หมายถึง ภาวะอาการหายใจลำบากมาก และคะแนนน้อย หมายถึง ภาวะอาการหายใจลำบากน้อย

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย การซักประวัติ การให้ความรู้โดยทั่วไปเกี่ยวกับโรค การได้รับยารักษาโรค และได้รับการนัดติดตามอาการตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลชุมชนสองแห่งในจังหวัดนราธิวาส เก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน-เดือนมิถุนายน ปี พ.ศ. 2560

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรสาธารณสุขมีโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามที่มีความจำเพาะเจาะจงกับบริบทของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ภาวะอาการหายใจลำบากลดลง และทำให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม ต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิม ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.1 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุ
 - 1.2 อาการหายใจลำบากและกลไกการเกิดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุ
 - โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.3 ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อผู้สูงอายุมุสลิม
 - 1.4 การประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.5 แนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. การส่งเสริมการจัดการอาการในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 2.1 แนวคิดการจัดการอาการหายใจลำบาก
 - 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการอาการและภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. หลักความเชื่อทางศาสนาอิสลามเพื่อส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบาก
4. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แนวคิดเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุมีความรุนแรงมาก เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับระบบต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งสามารถอธิบาย ดังนี้

1. หลอดลมและปอดมีขนาดที่ใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของปอดลดลง เพราะการที่เส้นใยอีลาสตินที่ลดลง ทำให้ความสามารถของกล้ามเนื้อของกล้ามเนื้อเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและหายใจออกลดลง และการแลกเปลี่ยนก๊าซจึงลดลง (เบญจมาศ, 2556; WHO, 2012)

2. การเปลี่ยนแปลงของกระดูกสันหลังและกระดูกซี่โครงตามวัยของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ทรวงอกมีลักษณะผิดปกติ จึงทำให้ผนังทรวงอกแข็งขึ้น การเคลื่อนไหวของกระดูกลดลงจากการที่มีแคลเซียมมาเกาะที่กระดูกอ่อนของชายโครง ส่งผลให้เยื่อหุ้มปอดแห้งและทึบ จากสาเหตุดังกล่าว ทำให้กล้ามเนื้อหายใจทำงานลดลง การยืดขยายและการหดตัวของปอดลดลง ทำให้อากาศค้างอยู่ในปอดมากขึ้น (พิชญานา, 2557; ดวงรัตน์, 2554; เบญจมาศ, 2551)

3. กล้ามเนื้อขนาดใหญ่ขึ้น กล้ามเนื้อจึงแตกง่ายจากการที่เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (collagen) ที่ห่อหุ้มกล้ามเนื้อลดลงและมีการเชื่อมต่อกันขวาง (cross-linkage) มากขึ้น จึงทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองง่ายขึ้น การซึมซ่านของก๊าซที่ปอดลดลงรวมกับการที่ผนังหลอดเลือดฝอยที่หน้าตัวขึ้นการแลกเปลี่ยนก๊าซจึงไม่ได้สัดส่วน (ventilation-perfusion mismatching) ดังนั้นความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดจึงลดลงประมาณร้อยละ 5 ความดันออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) ลดลงร้อยละ 10-15 แต่คาร์บอนไดออกไซด์ไม่มีการเปลี่ยนแปลง (PaCO_2) เพราะการซึมซ่านของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จะสูงกว่าการซึมซ่านของออกซิเจน (เบญจมาศ, 2555; ดวงรัตน์, 2553)

4. อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้เซลล์ขน (cilia) ลดลง การกำจัดสิ่งแปลกปลอมลดลง ประกอบกับอิมมูโนโกลบูลิน เอ (Ig A) และแมคโครฟาจ (alveolar macrophages) ลดลง การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจของผู้สูงอายุจึงเกิดได้ง่ายกว่าคนปกติ (วิไลวรรณ, 2554; ชายชาญ, 2550) และเป็นผลให้เกิดอาการหายใจลำบากตามมา

อาการหายใจลำบากและกลไกการเกิดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีอาการอย่างช้าๆ และค่อยๆ เพลดลงเรื่อยๆ ซึ่งอาการที่พบมากที่สุดคือ อาการหายใจลำบาก (dyspnea) โดยที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะรับรู้ถึงความรู้สึกในการหายใจลำบาก มักจะเกิดแบบค่อยเป็นค่อยไปและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนเกิดความไม่พอใจในการออกแรงในการหายใจและเป็นสิ่งที่รบกวน และทรมานในการดำเนินชีวิต (เบญจมาศ, 2555; วัชรรา, 2555) อาการหายใจลำบากที่ประสพจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีการออกแรงที่เพิ่มขึ้น การเกิดปฏิกิริยานี้จะทำให้ร่างกายเกิดความรู้สึกถึงความยากลำบากในการหายใจ จนทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียหรืออาการเหนื่อยง่าย รวมทั้งมีการใช้กล้ามเนื้อส่วนอื่นๆ เพื่อช่วยในการหายใจ โดยการสังเกตจากอาการแสดงที่เกิดขึ้น เช่น อัตราการหายใจที่เร็วขึ้น การใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ มีอาการขาดออกซิเจน เป็นต้น (พิชญภา, 2557; GOLD, 2015)

กลไกการเกิดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุ เกิดจากการกระตุ้นของตัวรับรู้ของตัวกระตุ้นการรับรู้ทางเคมี ซึ่งเกิดจากภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งจนทำให้เกิดภาวะออกซิเจนต่ำลง จนทำให้พีเอชที่อยู่ในน้ำไขสันหลังลดลงตามมาด้วย จากนั้นจึงส่งกระแสประสาทกลับเข้าสู่ศูนย์ควบคุมระบบการหายใจ และมีการส่งสัญญาณไปยังกล้ามเนื้อหายใจ เป็นผลให้กล้ามเนื้อการหายใจเกิดความตึงเครียด ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดอาการหายใจเร็ว แรง และลึก เพื่อขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกมา จนต้องมีการออกแรงในการหายใจมากขึ้น และรู้สึกหายใจลำบากขึ้น (เบญจมาศ, 2555) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีการหายใจเข้าและหายใจออกที่มีความสัมพันธ์กัน เมื่อปริมาตรปอดในขณะพักเพิ่มขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังทรวงอก ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจลดลง ความสามารถในการเพิ่มแรงดันลดลง ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก (วัชรรา, 2555; เบญจมาศ, 2555; อัมพรพรณ, 2542)

ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อผู้สูงอายุมุสลิม

ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุมีหลายด้าน ประกอบด้วยผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ผลกระทบด้านสังคม และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

1.1 ด้านการแลกเปลี่ยนก๊าซ จากพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้ปอดมีความยืดหยุ่นน้อยลงหรือมีการทำงานของปอดที่ลดลง จนทำให้เกิดการแฟบของปอด ดังนั้นจึงเกิดการอุดกั้นของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง หลอดลมจึงมีความไวในการกระตุ้นให้เกิดการหดตัว ต่อมาเมื่อมีการสร้างเมือกในปริมาณมาก จึงทำให้เกิดการการอุดกั้น มีเสมหะคั่งค้างจนเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค และเมื่อระบบทางเดินหายใจมีการติดเชื้อ การไหลเวียนของอากาศจะลดลง ปอดก็จะสูญเสียหน้าที่ไม่สามารถส่งก๊าซออกไปตามส่วนต่างๆของร่างกายได้ เป็นผลให้หัวใจซึ่งขาดเลือด นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะน้ำเกิน ทำให้ออกซิเจนในเลือดต่ำคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงเกิดอาการกระสับกระส่าย จนพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงและมีอาการหอบเหนื่อยจนมีระดับการรับรู้ลดลงและไม่สามารถดูแลตนเองได้ (อรินทยา; 2553; ชายชาญ, 2550) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจตามที่ต้องการได้ เช่น การเดินทางเพื่อทำศาสนกิจในการละหมาด 5 เวลาของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาจจะมีผลต่ออาการหายใจลำบาก เมื่อมีการออกกำลังกายในการเดิน หรือระยะทางในการเดินก็อาจจะมีผลต่ออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะชายต้องไปทำศาสนกิจที่มัสยิดหรือสุเหร่า จะถือว่าเป็นสุนัต (การปฏิบัติที่ได้บุญ ถ้าไม่ปฏิบัติไม่ถือว่า บาป) การถือศีลอดในเดือนรอมฎอนที่ต้องใช้ความทนทานของร่างกายในการปฏิบัติศาสนกิจ การเดินทางไปทำฮัจญ์ คือ ต้องมีกิจกรรมการเดินทางรอบกะบะฮ์หรือการเตาวาฟที่ต้องปฏิบัติระหว่างการทำฮัจญ์ เป็นต้น (ยูซุฟและสุภัทร, 2550)

1.2 ด้านโภชนาการ ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบากมีความจำเป็นที่ต้องใช้พลังงานเพื่อหายใจมากกว่าคนปกติถึง 10 เท่า ในขณะที่ร่างกายได้รับจำนวนสารอาหารเท่าเดิม ร่างกายจึงเกิดความไม่เพียงพอกับสารอาหารที่ได้ ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ (ดวงรัตน์, 2554; Robert, 2008) และบางครั้งในผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมก็มีผลต่ออาการหายใจลำบากได้เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับหลักคำสอนของศาสนาที่แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และควรรับประทานแต่พอเหมาะ และการปฏิบัติตามหลักศาสนา หรือแนวทางของศาสดาในเรื่องการรับประทานอาหาร จึงมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ปฏิบัติทั้งสิ้น (อิสมาอีลลูดีฟี, 2555; ยูซุฟและสุภัทร, 2550) อีกทั้งการมีน้ำหนักตัวที่ลดและเพิ่มของผู้ป่วย จากกระบวนการเผาผลาญที่มีความบกพร่องไป เนื่องจากการที่ร่างกายต้องใช้พลังงานสูงเมื่อมีอาการหายใจลำบาก ต้องสูญเสียเหงื่อและน้ำ จึงเป็นสาเหตุให้น้ำหนักลดลง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของกระบังลมที่มีการเคลื่อนตำแหน่งและแบนราบ ส่งผลให้เกิดความเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย และเมื่อมีอาการหายใจลำบากร่วมด้วยความอยากอาหารก็ลดลงตามมาด้วย เป็นผลให้ร่างกายต้องใช้พลังงานที่เผาผลาญจากเนื้อเยื่อไขมันและโปรตีนที่สะสมไว้มาใช้ จากการเผาผลาญดังกล่าว ทำให้มวลความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ผลของกล้ามเนื้อ

ที่ช่วยในการหายใจลดลง ทำให้เกิดการหายใจลำบากตามมา (อัมพรพรรณ, 2542) และมีความสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในชุมชน ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแล ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา (วรวรรณ, 2554; ภัทรภรณ์, 2550)

1.3 การนอนหลับพักผ่อน อาการหายใจลำบากอาจเป็นสาเหตุรบกวนการนอนหลับในเวลากลางคืน เนื่องจากเวลานอนราบจะมีอาการหายใจหอบ เป็นผลให้เกิดอาการหลับ ๆ ตื่น ๆ จนพักผ่อนไม่เพียงพอ (ดวงรัตน์, 2554; อัมพรพรรณ, 2542) และเมื่อเกิดการพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้า จนทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติศาสนกิจล่าช้า คือ การละหมาดช่วงหัวรุ่ง (ก่อนพระอาทิตย์ขึ้น) โดยผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีความชื่นชมผู้ที่ปฏิบัติตามศาสนกิจการละหมาด และไม่ยอมรับผู้ที่ไม่ละหมาดเมื่อถึงเวลา (ยูซุฟ และสุภัทร, 2550) นอกจากนี้อาการข้างเคียงของยาที่รักษาก็มีผลทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับได้เช่นเดียวกัน (Heffner, 2006)

1.4 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ดังนั้นจึงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง และทำให้เกิดความลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามมาด้วย (วรวรรณ, 2554; รัชยาภรณ์, 2551) ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมุสลิมจึงควรรับรู้กิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมทางกายที่มีความเหมาะสมกับตนเอง เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย เช่น การเตรียมอาหาร การละหมาด และการรับประทานยา ถือว่า เป็นกิจกรรมระดับเบา โดยมีอัตราการเผาผลาญพลังงานน้อยกว่า 3.5 แคลอรี/นาที่ หรือน้อยกว่า 3 METs หรือมีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในระดับ 50% (ประไพวรรณ, 2552)

1.5 สติปัญญาและการรับรู้ จากภาวะที่ออกซิเจนในเลือดต่ำ คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดการสับสน หลงลืม ความจำเสื่อม ทำให้ทักษะทางด้านการคิดและสติปัญญาลดลง (อัมพรพรรณ, 2542) ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลามซึ่งเน้นในเรื่องการมีสติ เพื่อการนึกถึงอัลลอฮ์ทุกลมหายใจ การยึดมั่นในใจ เป็นผลให้เกิดการกล่าวด้วยวาจาและการกระทำด้วยใจและอวัยวะ หากว่าใจนั้นศรัทธา และยึดมั่นแล้ว ก็จะทำให้เกิดการกล่าว ชะฮาดะฮ์ ด้วยวาจาออกมา หลังจากนั้นใจและอวัยวะก็จะทำงานต่าง ๆ ตามหน้าที่ (ดำรง, 2548)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ

2.1 ความวิตกกังวล มีผลทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการแสดงพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความกังวลและไม่มั่นใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เนื่องจากกลัวว่าจะไปกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก ซึ่งอาจหมายถึง การรับรู้สมรรถนะตนเองที่ต่ำด้วย (ชายชาญ, 2550) ดังนั้น การละหมาดตามหลักศาสนากำหนด มีแนวโน้มที่จะช่วยลดความวิตกกังวล เพราะการละหมาด

เป็นประจำจะเกิดผลดีต่อร่างกาย ได้แก่ ทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว ด้วยท่าทาง หรือการยืดเส้นยืดสาย และมีการหยุดนิ่งอย่างเป็นจังหวะขึ้นตอน อีกทั้งยังเป็นการฝึกสมาธิด้านจิตใจให้สามารถควบคุมอาการต่าง ๆ ได้ (มาหามะ, 2552)

2.2 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ จากภาวะพร่องออกซิเจน ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง จนทำให้มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (นภารัตน์, 2553)

2.3 ภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้เกิดความคับข้องใจจากข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน หวาดกลัว และไม่สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้ และพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 40 (ดวงรัตน์, ละเอียด, จารุวรรณ, วิรัตน์, และเวทิส, 2553)

2.4 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด จากภาวะเจ็บป่วยที่มีอาการเรื้อรังจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องทนกับสภาพการเจ็บป่วยที่ยาวนาน และต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดความเครียด เบื่อหน่าย และท้อแท้ เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาและในบางรายอาจคิดฆ่าตัวตายเมื่อมีอาการหายใจลำบากอย่างรุนแรง (พิชญาภา, 2557; เบลูจมาศ, 2556; พรรณีภา, 2555)

3. ผลกระทบด้านสังคม ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีการเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องได้รับการรักษาที่ยาวนาน บางครั้งอาจทำให้แบบแผนชีวิตเปลี่ยนไป ความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ลดลง ทำให้ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง เกิดอาการกลัวว่าตนเองจะเป็นที่รังเกียจของบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังบางรายแยกตัวออกจากสังคม (ชายชาญ, 2550)

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การรักษาตัวจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้สูงอายุ เป็นผลให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ เมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วยขณะมีการมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีค่ารักษาที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (อัมพรพรรณ, 2542) ถึงแม้ว่าจะมีโครงการด้านสุขภาพของภาครัฐรองรับ แต่การที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ซึ่งศาสนาอิสลามมีการส่งเสริมให้ผู้ที่มีความสามารถในการทำงานหรือประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว และในบทบัญญัติยังกล่าวถึงการประกอบอาชีพที่ดีที่สุดสำหรับหญิงที่สมรสแล้ว คือ การดูแลบุตรหลาน การดูแลบ้าน (ยูซุฟและสุภัทร, 2550)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า อาการหายใจลำบากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลาย ๆ ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย คือ เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซในร่างกายมีความบกพร่อง น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือลดลงจากการเผาผลาญอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป การนอนหลับพักผ่อน

ไม่เพียงพอ ทำให้มีอาการหลงลืม สติปัญญาลดลง ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ คือ มีภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า มีการแยกตัวออกจากสังคม ส่งผลต่อเศรษฐกิจภายในครอบครัวของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถประกอบอาชีพได้ จากการศึกษาที่ปรึกษาตัวเป็นระยะเวลานาน จึงทำให้ครอบครัวต้องขาดรายได้และต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวของผู้ป่วยบ่อยครั้ง เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นจะได้รับการดูแลจากครอบครัว ญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างใกล้ชิด

การประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การประเมินอาการหายใจลำบากมีวัตถุประสงค์ เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง การหายใจของผู้ป่วย ซึ่งในปัจจุบันสามารถประเมินอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยได้หลายวิธี ดังนี้

1. การประเมินจากการตรวจสมรรถภาพปอด โดยการใช้สไปโรมิทรี (spirometry) เป็นวิธีการทดสอบที่เป็นที่นิยมและยอมรับในปัจจุบันว่ามีประสิทธิภาพในการประเมินการทำหน้าที่ของปอดในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของโรค และอาการหายใจลำบากเป็น 4 ระดับดังนี้ (GOLD, 2011; สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548)

ระดับที่ 1 ความรุนแรงของโรคระดับเล็กน้อย (mild) ไม่มีการหอบเหนื่อยหรือหายใจลำบาก การตรวจสอบสมรรถภาพปอดพบค่าปริมาตรอากาศในขณะหายใจออกอย่างรวดเร็ว และแรงใน 1 วินาที (forced expiratory volume in one second, FEV1) มากกว่าหรือเท่ากับ 80 เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน

ระดับที่ 2 ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง (moderate) มีอาการหอบเหนื่อยหรือหายใจลำบากเล็กน้อยร่วมกับมีอาการกำเริบของโรคไม่รุนแรง การตรวจสอบสมรรถภาพปอดพบค่าปริมาตรอากาศขณะหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที (FEV1) อยู่ระหว่าง 50-79 เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน

ระดับที่ 3 ความรุนแรงของโรคระดับรุนแรง (severe) มีอาการหอบเหนื่อยหรือหายใจลำบากจนรบกวนกิจวัตรประจำวันและมีอาการกำเริบของโรครุนแรงมาก การตรวจสอบสมรรถภาพปอด พบค่าปริมาตรอากาศขณะหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที (FEV1) อยู่ระหว่าง 30-49 เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน

ระดับที่ 4 ความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงมาก (very severe) มีอาการหอบเหนื่อยหรือหายใจลำบากตลอดเวลา มีอาการกำเริบของโรครุนแรงมาก การตรวจสอบสมรรถภาพปอด

พบค่าปริมาตรอากาศขณะหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงใน 1 วินาที (FEV1) น้อยกว่า 30 เปอร์เซ็นต์ของค่ามาตรฐาน

เครื่องมือนี้สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของโรคและอาการหายใจลำบากได้ โดยมีความเที่ยงของเครื่องมือ ประเมินได้ง่ายโดยใช้เครื่องสไปโรเมทรีรี่ ซึ่งปัจจุบันมีใช้กันอย่างแพร่หลาย

2. การประเมินจากความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก (Modified Research Council Dyspnea Scale) โดยแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (American Thoracic Society [AST], & European Respiratory Society [ESR], 2004)

ระดับที่ 0 ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ สามารถเดินขึ้นบันไดหรือทางชันได้โดยไม่มีอาการหายใจลำบาก

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากเมื่อเดินเร็ว ๆ หรือขณะขึ้นทางชัน

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเดินได้น้อยกว่าคนในวัยเดียวกัน คือ ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก หรือต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นทางชัน

ระดับที่ 3 ผู้ป่วยต้องหยุดพักหายใจหลังจากเดินได้ระยะทางประมาณ 100 เมตร หรือต้องหยุดพัก 2-3 นาที เมื่อเดินขึ้นทางชัน

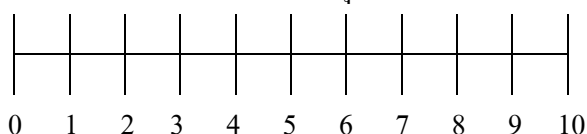
ระดับที่ 4 ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากขณะอยู่บ้านเฉย ๆ หรือขณะสวมเสื้อผ้าเครื่องแต่งกาย

แบบประเมินนี้ใช้ง่าย มีความตรง และใช้เวลาน้อย โดยที่ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถประเมินอาการหายใจลำบากของตนเองได้ เพราะผู้ป่วยจะทราบรายละเอียดเกี่ยวกับความรุนแรงของตนเองได้ดีที่สุด

3. การประเมินอาการหายใจแบบตัวเลข (dyspnea numerical rating scale) เป็นการประเมินอาการหายใจลำบาก โดยใช้ตัวเลขเป็นตัวบอกระดับของอาการหายใจลำบาก โดย 0 = ไม่มีอาการหายใจลำบาก 10 = มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด (Spector, Connolly & Carlson, 2007) ดังนี้

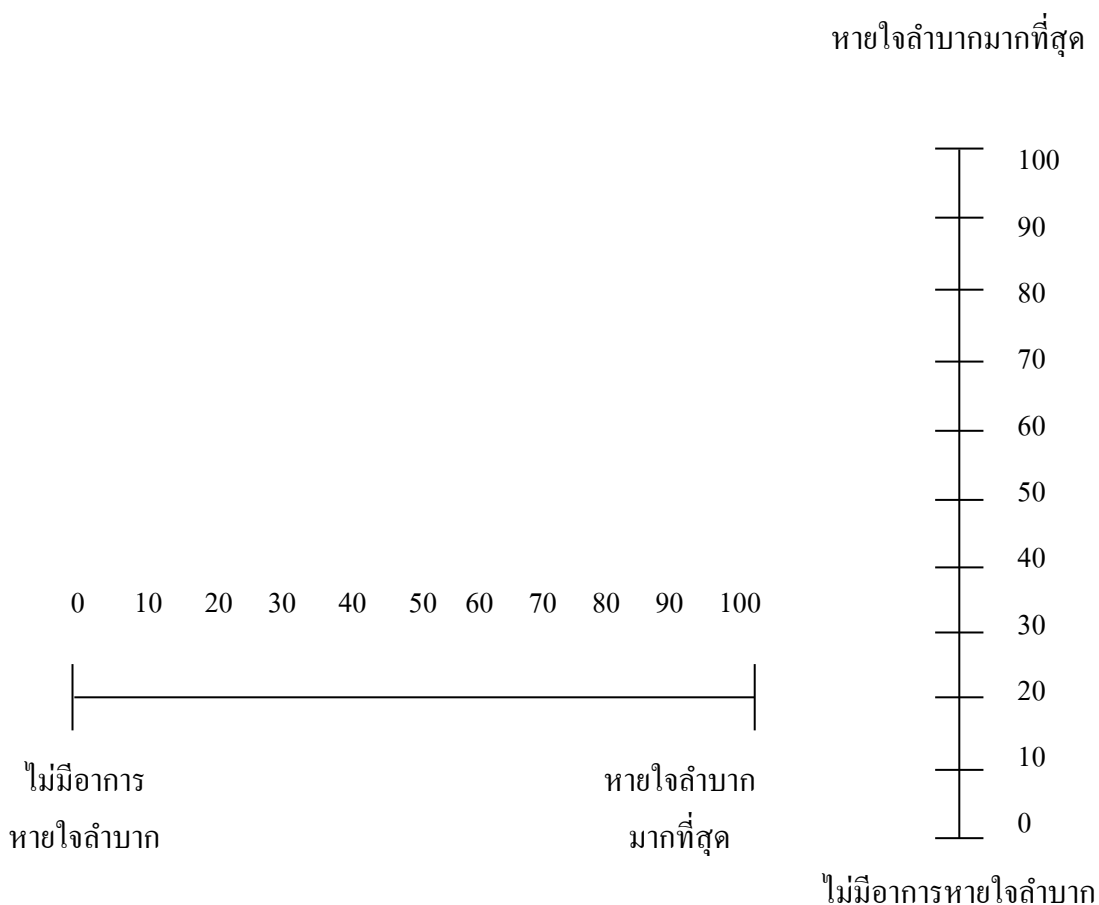
0 = ไม่มีอาการหายใจลำบาก

10 = มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด



แบบประเมินนี้ใช้ง่าย ผู้ป่วยสามารถประเมินได้ด้วยตนเองตามการรับรู้อาการหายใจลำบากของตนเอง การประเมินนี้มีความตรง และใช้เวลาน้อย สะดวกในการใช้

4. การประเมินอาการหายใจลำบากเชิงเส้นตรง (Dyspnea visual analogue scale: DVAS) แบบวัดนี้มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 เมตร มีทั้งชนิดที่เป็นแนวตั้งและแนวนอน ซึ่งมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-100 โดยชนิดแนวนอน ที่ตำแหน่ง 0 อยู่ซ้ายสุดของเส้นตรง หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบากเลย ส่วนที่ตำแหน่ง 100 อยู่ขวาสุดของเส้นตรง หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด สำหรับชนิดแนวตั้งที่ตำแหน่ง 0 อยู่ด้านล่างสุด หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบาก ที่ตำแหน่ง 100 อยู่ด้านบนสุด หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด โดยผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดตำแหน่งบนเส้นตรง ซึ่งเป็นเครื่องหมายที่แสดงถึงความรู้สึกหายใจลำบากของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในขณะนั้น (Gift, 1989) ดังภาพ 2



ภาพ 2. แบบประเมินอาการหายใจลำบากประมาณค่าเชิงเส้นตรงในแนวตั้งและแนวนอน

แบบประเมินนี้ สามารถวัดอาการหายใจลำบากที่มีความไวสูง สามารถประเมินอาการหายใจลำบากที่มีการเปลี่ยนแปลงได้เป็นนาทีต่อนาที และสามารถวัดอาการหายใจลำบากได้เป็นผลดีในผู้ป่วยที่กำลังมีกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย (ดวงรัตน์, 2554ก)

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินอาการหายใจลำบากแบบตัวเลข เพื่อสอบถามอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย ที่ผ่านการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาแล้ว (อาดีละห์, 2559) และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวมเท่ากับ .85 โดยมีการปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจนขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเลือกตอบได้ง่ายขึ้น โดยสอบถามอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ในรอบวันที่ผ่านมา และในขณะที่ประเมินอาการหายใจลำบาก เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ง่าย ผู้ป่วยสามารถประเมินได้ด้วยตนเองตามการรับรู้อาการหายใจลำบากของตนเอง มีความตรง อีกทั้งยังใช้เวลาน้อย และสามารถอธิบายถึงความสามารถของผู้ป่วย หรือความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้

แนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การรักษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมี 2 ระยะ ได้แก่ ระยะสงบ (Stable of COPD) ระยะอาการหายใจลำบาก (Dyspnea Stable of COPD) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะสงบ มีแนวทางการรักษา ดังนี้

1.1 การรักษาโดยวิธีการใช้ยา (pharmacological therapy) มีดังนี้

1.1.1 ยาขยายหลอดลม (bronchodilators) เป็นยาที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด และช่วยลดอาการหายใจลำบาก ซึ่งมี 3 กลุ่ม คือ กลุ่มการกระตุ้นเบต้า 2 โกนิสต์ (beta 2-agonist) กลุ่มยาที่ขัดขวางการทำงานของสารอะเซทิลโคลีน (anticholinergics drugs) และกลุ่มเมทิลแซนทีน (methylxanthine) โดยออกฤทธิ์ให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมเกิดการคลายตัว ส่งผลให้เซลล์ขนกวักทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เกิดลมค้ำในปอดลดลง และความจุค้ำลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้รับความนิยมในเพื่อใช้การรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพราะมีการออกฤทธิ์ในการขยายหลอดลมและออกฤทธิ์นาน โดยผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ คือ ปากแห้ง อาการสั่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนและชีพจรเต้นเร็ว การตัดสินใจเลือกใช้ยาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและการตอบสนองต่อการรักษา (วัชรวิภา, 2555; Reilly, Silverman, & Shapiro, 2010; Robert, 2008)

1.1.2 ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) ยาในกลุ่มนี้ มีทั้งชนิดรับประทานและสูดพ่น ออกฤทธิ์ช่วยลดการอักเสบ และช่วยลดจากการหลั่งมูกที่ทำให้เกิดการอุดตันของเสมหะ

อีกทั้งยังลดอาการบวมของเยื่อหุ้มหลอดลม ส่งผลให้เกิดอาการหายใจเหนื่อยกำเริบลดลง พิจารณาใช้ยาเมื่อมีอาการกำเริบ อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี (เบญจมาศ, 2556) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป เมื่อเลือกใช้ตัวยานี้สามารถทำให้อาการกำเริบทุเลาลง แต่ถ้าใช้เป็นระยะเวลานานอาจเกิดผลข้างเคียง ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การติดเชื้อ ภาวะคอกพรุน ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือโรคต่อกระจุกได้ (วัชรวิภา, 2555)

1.1.3 ยาปฏิชีวนะ (antibiotic) ใช้ในกรณีที่มีการติดเชื้อแบคทีเรีย หรือเสมหะเปลี่ยนสีเป็นสีเหลือง เขียว หรือเสมหะมากกว่าเดิม เช่น อะม็อกซิซิลลิน (amoxycillin) โค ไตรมีอ็อก ซาโซน (co-trimoxazole) โดยให้นาน 7-14 วัน เป็นต้น

1.1.4 ยาละลายเสมหะ (mucolytic) ใช้เพื่อลดความหนืดของเสมหะ และช่วยแยกสลายของโปรตีนที่เมือก (mucoprotein) เช่น แอมบรอกซอล (ambroxal) เอนอะซีติลซิสเตอีน (N-acetylcysteins) เป็นต้น

1.1.5 ยาแอนติออกซิแดนท์ (anti-oxidant) เช่น N-acetylcysteine จะลดความถี่ในระยะกำเริบ และมีบทบาทในการรักษาอาการกำเริบที่กลับเป็นซ้ำ (GOLD, 2013; Reily, Silver man, & Shapiro, 2010)

1.1.6 วัคซีน แนะนำให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง ระยะเวลาที่เหมาะสมคือ เดือนมีนาคม-เมษายน แต่อาจให้ได้ตลอดทั้งปี สามารถป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรค ลดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากปอดอักเสบ การมาพบแพทย์ และอัตราการป่วยและตายลงครั้งหนึ่ง (ดวงรัตน์, 2554; ศิวศักดิ์, 2556)

2. ระยะอาการหายใจลำบาก มีแนวทางการรักษา ดังนี้

2.1 การให้ออกซิเจนในอัตราที่ควบคุม (Controlled oxygen therapy) โดยการปรับอัตราการไหลของออกซิเจนในเลือดเพื่อให้เกิดการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เท่ากับร้อยละ 90-92 (GOLD, 2015)

2.2 การใช้ยาขยายหลอดลม ในกลุ่มเบต้าทูโกนิสต์ (β2-agonist) หรือเบต้าทูโกนิสต์ (β2-agonist) ร่วมกับยากลุ่มแอนติ-โคลิเนอร์จิก (Anti-cholinergic drug) ซึ่งเป็นยาขั้นต้น โดยให้ผ่านทางจุ่มก โดยการพ่นและสูด (Metered dose inhaler) ร่วมกับกระบอกพ่นยา (Spacer) 4-6 ครั้ง หรือให้ผ่านทางเครื่องพ่นละอองฝอย (Nebulizer) ถ้าไม่ดีขึ้นสามารถให้ซ้ำ ได้ทุก 20 นาที (วัชรวิภา, 2555)

2.3 การใช้กลุ่มยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) โดยให้ในรูปแบบของยาฉีด ไฮโดรคอร์ติโซล (Hydrocortisone) ขนาด 100-200 มิลลิกรัม หรือเดกซามาทาโซน (Dexamethasone) 5-10 มิลลิกรัมเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง หรือการให้ยารับประทานเพรดนิโซโลน (Prednisolone)

30 มิลลิกรัม เมื่ออาการทุเลาลงจึงเปลี่ยนเป็นเพรดนิโซโลน รับประทาน 30-40 มิลลิกรัมต่อวัน จนครบเวลารวม 10-14 วัน (เบญจมาศ, 2556; วัชร, 2555)

2.4 การใช้กลุ่มยาต้านจุลชีพ พิจารณาให้ทุกรายเมื่อมีอาการกำเริบ โดยยาที่เลือกใช้ควรออกฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อได้กว้าง เช่น เบต้าแลคแตม/เบต้าแลคแตมเมสอินฮิบิเตอร์ (Beta-lactam/beta-lactamase inhibitor) หรือฟลูออโรควิโนโลน (Fluoroquinolone) ทั้งนี้ขึ้นกับประวัติการได้รับยาต้านจุลชีพในอดีตของผู้ป่วยแต่ละรายด้วย (GOLD, 2015)

3. การรักษาอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา มีแนวทางการรักษา ดังนี้

3.1 การให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องการหยุดสูบบุหรี่ (smoking cessation) เนื่องจากสารพิษจากควันบุหรี่ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่หลอดเลือดและเกิดการอักเสบตามมา ดังนั้นการหยุดสูบบุหรี่จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดการเกิดภาวะการอุดตันของทางเดินหายใจ และทำให้การความรุนแรงของโรคหรือการดำเนินของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังช้าลง (ชายชาญ, 2550)

3.2 การให้ออกซิเจน (oxygen therapy) ด้วยผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีออกซิเจนในเลือดต่ำ การได้รับออกซิเจนจะสามารถเพิ่มออกซิเจนในเลือดให้สูงขึ้น ส่งผลให้มีการลดการทำงานของระบบทางเดินหายใจ และทำให้เกิดอาการหายใจลำบากลดลง (GOLD, 2015)

3.3 การให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวมีทัศนคติความเชื่อทางด้านสุขภาพและมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง เพื่อความร่วมมือและการมีส่วนร่วมต่อแผนการรักษา เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งการให้ความรู้ประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบทางเดินหายใจ ความหมายของโรค สาเหตุและอาการของโรค ภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรักษา และการจัดการตนเอง แผนการรักษา ยาที่ใช้ วิธีการในการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน และการฝึกทักษะที่เหมาะสมในการควบคุมโรค เพื่อให้เข้าใจและยอมรับโรคที่เป็น พร้อมทั้งจะปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค (นภารัตน์, 2553)

3.4 การฝึกออกกำลังกาย เป็นหัวใจหลักสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีจุดประสงค์เพื่อให้มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น ทำให้มีร่างกายมีความทนทาน การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและค่อยเป็นค่อยไปตามระยะเวลาของโรค และความสามารถของผู้ป่วย จะทำให้สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้เต็มศักยภาพ ลดความเบื่ออาหารนอนหลับได้ดีขึ้น และอาการหายใจลำบากลดลง นอกจากนี้สามารถส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตอีกด้วย การออกกำลังกายสามารถแบ่งได้เป็น 2 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) ชนิดของการออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกายเพื่อฝึกความทนทานของแขน ขา และฝึกกำลังกล้ามเนื้อ (2) ความหนักในการออกกำลังกาย มีเป้าหมายให้ชีพจรถึงร้อยละ 70 ของค่าสูงสุด

ของชีพจร (คิดจาก 220 – อายุจริงคิดเป็นปี) เป็นร้อยละของอัตราการเต้นของหัวใจ โดยกำหนดจากอัตราการเต้นของหัวใจ โดยคำนวณจากสูตร 220 – อายุ และร้อยละของอัตราการเต้นของหัวใจสำรองคำนวณจากค่าประมาณจากอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด – อัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก (3) ระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 20 – 30 นาที ประกอบด้วย การอบอุ่นร่างกาย การออกกำลังกายและการผ่อนคลายหลังออกกำลังกาย และ (4) ความถี่ในการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มี 2 รูปแบบ ดังนี้

3.4.1 การออกกำลังกายกล้ามเนื้อร่างกายส่วนบน ซึ่งเป็นการบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรง และความทนทานของกล้ามเนื้อทรวงอก ไหล่ และแขน ทำให้กล้ามเนื้อทรวงอกมีความยืดหยุ่น และลดแรงต้านทานภายในช่องทางเดินหายใจ ทำให้ปริมาตรในปอดเพิ่มขึ้น ลดการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจ ลดอาการหายใจลำบาก การออกกำลังกายกล้ามเนื้อร่างกายส่วนบน มุ่งเน้นการออกกำลังกายของกล้ามเนื้อไหล่และแขน โดยวิธี การยกน้ำหนัก การยกแขนขึ้นลงเหนือศีรษะ การแกว่งแขน การบริหารหัวไหล่ การยกดัมเบลล์ โดยบริหารวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง (ปวีณา, 2553; อจิรวดี, 2552)

3.4.2 การออกกำลังกายกล้ามเนื้อร่างกายส่วนล่าง จะช่วยเพิ่มเส้นใยกล้ามเนื้อ และมีการสะสมพลังงานไว้ในกล้ามเนื้อ ทำให้ร่างกายมีความทนทานในการออกกำลังกาย จากเลือดมาเลี้ยงที่กล้ามเนื้อขามากขึ้น มีการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น เป็นการออกกำลังกายเพื่อเคลื่อนไหวและลดน้ำหนัก เพื่อความสมดุลของร่างกาย โดยเฉพาะการเดิน ซึ่งจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่างๆ ของร่างกาย และเป็นการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งรูปแบบการออกกำลังกายกล้ามเนื้อร่างกายส่วนล่าง ประกอบด้วย การเดิน การเดินขึ้นบันได การงอเข่า การเหยียดเข่า (วัชรรา, 2555; วิไลวรรณ, 2554)

3.5 การฝึกการหายใจ เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยบรรเทาและควบคุมอาการหายใจลำบาก ซึ่งประกอบด้วย การหายใจแบบเป่าปาก การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ประโยชน์จากการบริหารการหายใจ ทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้นานขึ้น การระบายอากาศดีขึ้น และลดอาการหายใจเหนื่อยหอบ การฝึกการหายใจมี 2 วิธี ดังนี้

3.5.1 การฝึกการหายใจโดยการเป่าปาก (pursed-lip breathing) กับการฝึกบริหารการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม (abdominal breathing) จุดมุ่งหมายของการหายใจแบบนี้ คือ ลดอัตราการหายใจ เพิ่มการระบายอากาศของถุงลม ยืดเวลาในการหายใจออก และเพิ่มความดันในหลอดลมในการหายใจออก ลดอากาศที่ค้างอยู่ในถุงลม และลดแรงต้านทาน

การหายใจ ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกระบังลม (วรวรรณ, 2554) โดยทั้งสองเทคนิคนี้ทำควบคู่กัน เพื่อประสิทธิภาพการหายใจและทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนมากขึ้น สามารถลดอาการหายใจลำบากได้ (พรธนิภา, 2555; Facchiano, Snyder, & Nunez, 2011; Marciniuk, et al., 2011; Roberts, Stern, Schreuder, & Watson, 2009) มีวิธีปฏิบัติโดยการสูดหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ นับ 1-2 ในใจ โดยให้ท้องป่องจากนั้นหายใจออกทางปากโดยห่อปากเล็กน้อยเหมือนฉีดยา โดยใช้เวลาในการหายใจออกนานเป็น 2 เท่าของการหายใจเข้า เป็นการฝึกเพื่อลดอาการเหนื่อยหอบและป้องกันปอด การฝึกหายใจโดยใช้ฟู่ เริ่มฝึกโดยถือฟู่แล้วหายใจเข้าทางจมูก นับในใจ 1-2 แล้วหายใจออกทางปากโดยการห่อปาก นับในใจ 1-2-3-4 ถ้าหายใจได้ถูกต้องจะเห็นว่าลมหายใจออกจะทำให้ฟู่ปลิวไสวได้นาน (จตุพร, 2552; รัตตินันท์, 2552)

3.5.2 การหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม ในผู้สูงอายุกล้ามเนื้อกระบังลมมีการอ่อนล้าจากการทำงานที่มากขึ้น ส่งผลให้การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ จึงมีการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องเพื่อช่วยการหายใจ การฝึกปฏิบัติโดยหายใจเข้า-ออก ช้าๆ วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น ครั้งละ 5-10 นาที ทำสัปดาห์ละ 5-7 ครั้ง โดยนั่งพิงพนักเก้าอี้ปล่อยตัวตามสบาย วางมือทั้งสองข้างวางไว้ที่หน้าท้อง หายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ ให้หน้าท้องป่องแล้วปล่อยลมหายใจออกทางปาก พร้อมห่อริมฝีปาก ควรมีการฝึกอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ใช้เวลา 15 นาที ในเวลาเช้า เย็น สัปดาห์ละ 5-7 วัน เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการเคลื่อนตัวของกล้ามเนื้อกระบังลม ช่วยเพิ่มปริมาตรช่องอก ทำให้การระบายอากาศดีขึ้น เพิ่มความแข็งแรงและประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ (จตุพร, 2552; รัตตินันท์, 2552)

3.6 การไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยขับเสมหะที่คั่งค้างออกมาได้ มีการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดดีขึ้น อาการหายใจลำบากลดลง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น (พรธนิภา, 2555) ซึ่งสามารถไออย่างมีประสิทธิภาพได้ ดังนี้

3.6.1 ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง หรือนอนศีรษะสูง หลังจากนั้นใช้มือกดขวางบนหน้าท้อง เพื่อให้กระบังลมมีการเคลื่อนที่ และทำให้เกิดอาการไอได้แรงขึ้น

3.6.2 ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ แล้วหายใจออกทางปากช้า ๆ

3.6.3 ขณะผู้ป่วยหายใจเข้าเป็นครั้งสุดท้าย ควรหายใจเข้าให้เต็มปอดให้ได้มากที่สุด แล้วพยายามกลั้นหายใจประมาณ 1-2 วินาที หลังจากนั้นให้อ้าปากกว้าง ๆ และไอออกมาแรง ๆ เพื่อให้ขับเสมหะออกมาให้ได้มากที่สุด

3.7 การใช้เทคนิคการสงวนพลังงาน (energy conservation technique) เป็นการลดการใช้พลังงานที่ไม่จำเป็น โดยการวางแผนในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีประโยชน์เพื่อลดอาการหายใจลำบากขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดอาการ

เหนื่อยล้าในการทำงานต่าง ๆ (RNAO, 2010) การสงวนพลังงานทำได้โดย การลดความต้องการในการหายใจและการลดแรงต้านทานในการหายใจ (วรวรรณ, 2554)

3.8 การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย โดยเฉพาะทางเดินหายใจที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ และเมื่อมีภาวะขาดสารอาหารทำให้มีอาการเหนื่อยหอบเพิ่มขึ้น เนื่องจากร่างกายจะนำเอาพลังงานที่สะสมไว้ในเนื้อเยื่อไขมัน และ โปรตีน จากกล้ามเนื้อ มาเผาผลาญเป็นพลังงานทำให้มวลและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อเพื่อการหายใจและการทำงานของปอดลดลง (นภรัตน์, 2553; มณี, 2550)

3.9 การดูแลทางจิตสังคม เป็นการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทางด้านจิตใจและอารมณ์ อาการหายใจลำบาก จะทำให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย ส่งผลให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล การดูแลเน้นการใช้กลุ่มและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อเป็นการให้กำลังใจ ในการจัดการความเครียด ซึ่งสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรค และลดความวิตกกังวล (โชติกา, 2552) นอกจากนี้การสนับสนุนและให้กำลังใจ รวมทั้งการผ่อนคลายความเครียด ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ในการบรรเทาความวิตกกังวลที่ได้ผลดี เช่น การฝึกผ่อนคลาย และการทำสมาธิ (วรวรรณ, 2554) จากการศึกษา พบว่า การละหมาดตามหลักศาสนาอิสลามกำหนด มีแนวโน้มนที่จะช่วยลดความวิตกกังวล เพราะการละหมาดเป็นประจำจะเกิดผลดีต่อร่างกาย ได้แก่ ทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว ด้วยท่าทาง หรือการยืดเส้นยืดสาย และมีการหยุดนิ่งอย่างเป็นจังหวะขั้นตอน อีกทั้งยังเป็นการฝึกสมาธิด้านจิตใจให้สามารถควบคุมอาการต่าง ๆ ได้ (มาหามะ, 2552)

จะเห็นว่ามีแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ นั้น แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะอาการสงบ และระยะอาการหายใจลำบาก ซึ่งต้องได้รับความร่วมมือจากทุก ๆ ฝ่ายๆ ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแล ชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพ ที่คอยช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการจัดการอาการของตนเอง พร้อมทั้งส่งเสริมกลวิธีต่าง ๆ ที่จะช่วยชะลออาการหายใจลำบากแก่ผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด ตามบริบทของผู้ป่วย พร้อมทั้งคอยทำหน้าที่ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ เพื่อส่งต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และรายงานติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยอย่างเป็นระยะ ๆ

การส่งเสริมการจัดการอาการในผู้ป่วยผู้สูงอายุ muslim ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แนวคิดการจัดการอาการหายใจลำบาก

การจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) อธิบายความสัมพันธ์ต่างๆ เกี่ยวกับมโนคติหลักสำคัญ 3 มิติ ที่สัมพันธ์ ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (symptoms experiences) กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์การจัดการกับอาการ (outcomes) รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีกทั้งสามด้าน คือ ปัจจัยด้านบุคคล (person) ปัจจัยด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วย (health and illness) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment) โดยต้องมีข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

1. การศึกษาประสบการณ์อาการต้องมาจากการรับรู้อาการของบุคคลนั้น และได้รับการรายงานอาการจากบุคคลที่ประสบอาการนั้นๆ
2. แนวคิดการจัดการอาการไม่จำกัดสำหรับอธิบายประสบการณ์ของบุคคลที่มีอาการแล้วเท่านั้น แต่ยังสามารถนำไปใช้กับผู้ที่มิภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอาการได้ด้วย
3. ในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการสื่อสาร ต้องได้รับการแปลความและได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด
4. เป้าหมายสูงสุดของการจัดการอาการ คือ บุคคล ครอบครัว และ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน สามารถจัดการกับอาการได้
5. การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งมีปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) เป็นประสบการณ์ที่ผ่านกระบวนการคิดที่ไม่หยุดนิ่ง จนทำให้บุคคลสามารถรับรู้อาการ และนำไปสู่การประเมินอาการที่เป็นสาเหตุให้เกิดการคุกคามต่อชีวิต และตอบสนองต่ออาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและพฤติกรรม ดังนั้น การเข้าใจความสัมพันธ์ดังกล่าว เป็นสิ่งสำคัญในการจัดการอาการหายใจลำบากอย่างมีประสิทธิภาพ โดยประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของแต่ละบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ และการรักษา ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (Perception of symptoms) การที่บุคคลมีการสังเกต การเปลี่ยนแปลงจากความรู้สึก และใช้สติปัญญาในการแปลข้อมูลจากความรู้สึกที่ได้รับ เพื่อแปล ความหมายในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

1.2 การประเมินอาการ (Evaluation symptoms) การตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับ อาการที่เกิดขึ้น เช่น ความรุนแรงของอาการ สาเหตุที่เกิด การรักษา และผลกระทบจากอาการที่ เกิดขึ้น การประเมินอาการจะเป็นความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะประเมินความเสี่ยงของภาวะคุกคาม ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตต่อไป

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) การที่บุคคลเปลี่ยนแปลง องค์กรประกอบด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมสังคม และพฤติกรรม เพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่เปลี่ยนแปลง ไป

2. วิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) คือ กระบวนการที่เป็น พลวัตร โดยเริ่มจากการประเมินอาการ นำมาสู่การแสวงหาวิธีการจัดการอาการ ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยน เป็นระยะๆ ตามการรับรู้ ความต้องการ หรือการตอบสนองของบุคคลนั้นๆ ซึ่งบุคคลเหล่านั้นจะเป็น ผู้กำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ ระยะเวลาที่จะปฏิบัติ ความถี่ และเหตุผลในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ

3. ผลลัพธ์ (outcomes) คือ ผลของการจัดการอาการและประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งผลลัพธ์ที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพในการจัดการอาการที่สำคัญ 8 ด้าน ดังนี้ 1) ค่าใช้จ่าย (costs) 2) สภาวะอารมณ์ (emotional status) 3) ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care) 4) การทำหน้าที่ ต่างๆ ของร่างกาย (functional status) 5) คุณภาพชีวิต (quality of life) 6) อัตราการเกิดโรค และเกิด โรคร่วม (morbidity and co-morbidity) 7) อัตราตาย (mortality) และ 8) สภาวะอาการ (symptom status)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มีผลต่อมโนคติทั้ง 3 มิติที่กล่าวมา ประกอบด้วย ปัจจัยด้าน บุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล (person domain) เป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล ความรู้สึก นึกคิด และแปลข้อมูลจากอาการที่ปรากฏ หากตัวแปรด้านบุคคลนี้เกิดขึ้นก่อน จะส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับ อาการ คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ นิสัย ประสบการณ์ในอดีต ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ ในครอบครัว หน้าที่การงาน วัฒนธรรม ศาสนา และปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความแข็งแรง การพักผ่อน การปฏิบัติกิจกรรม และความสามารถของร่างกาย และปัจจัยด้านพัฒนาการ ได้แก่ การตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด การหดรัดตัว เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (health and illness domain) เป็นลักษณะเฉพาะ ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะทางสุขภาพที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ความเสี่ยงทางพันธุกรรมที่เกิดขึ้น ได้แก่

ประวัติการสูบบุหรี่ สภาพทางสุขภาพ ความผิดปกติของสรีระหรือ โครงสร้างของร่างกาย การทำหน้าทีของร่างกาย โรคหรือการได้รับบาดเจ็บจากพยาธิสภาพของโรคจะส่งผลต่อการเบี่ยงเบนทางสุขภาพทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง

3. ปัจจัยสภาพแวดล้อม (environment domain) เป็นสถานการณ์ที่มีผลต่อการรับรู้อาการที่ผ่านมา ปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการ ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกาย ได้แก่ แสง เสียง อุณหภูมิ สิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม ระบบสนับสนุน และสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อ การปฏิบัติของคนในชุมชน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะหายใจลำบาก ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล

1.1 เพศ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ที่แตกต่างเกี่ยวกับการดูแล การรักษา ซึ่งมีผลต่อการเกิดอาการหายใจลำบาก จากการศึกษา ที่พบว่า อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าจะทำให้ความถี่ของการเกิดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพศหญิง มากกว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพศชาย (Laurin et al., 2006; Nueman et al., 2006) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของโรคและอาการแสดงของระบบทางเดินหายใจ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพศชาย จะมีอาการหายใจลำบากที่รุนแรงน้อยกว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพศหญิง (Voll-Aanerud, Eagan, Wentzel-Larson, Gulsvik, & Bakke, 2008) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาศึกษาของวู (Woo, 2000) ที่พบว่า อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างเพศหญิงและเพศชายแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาของจุก (2549) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนของการเกิดอาการหายใจลำบาก การจัดการอาการ ผลลัพธ์ด้านสถานะอารมณ์และผลลัพธ์ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกัน และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของจอมและจุก (2550) พบว่า อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ได้เกี่ยวข้องกับเพศของผู้ป่วย

1.2 อายุ เนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นของผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะทำให้อาการดำเนินของโรครุนแรงขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะพบ

มากในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ (เบญจมาศ, 2556; GOLD, 2015) และสอดคล้องกับการศึกษาของจอมและจุก (2550) พบว่า ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น และการศึกษาของเบญจมาศ (2556) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุ มากกว่า 35-40 ปี จะมีความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก (American Lung Association, 2003) นอกจากนี้การศึกษาของจารุณี (2544) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นสามารถปรับตัวและปฏิบัติกิจกรรมได้ตามวัยของตนเอง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

1.3 ระดับการศึกษาเป็นแหล่งการเรียนรู้ที่จะบุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ และสามารถนำไปใช้กับการดำเนินชีวิต จากการศึกษาของจอมและจุก (2550) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความรุนแรงของโรคมกกว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า เพราะผู้ที่มีการศึกษาที่ดีกว่าย่อมมีแนวทางในการเลือกการดูแลสุขภาพดีกว่า ผู้ที่ได้รับการศึกษาที่ต่ำกว่า

1.4 สภาพจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เกิดความคับข้องใจจากข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน หวาดกลัว และไม่สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้ เพราะผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ แล้วเกิดอาการหายใจลำบาก เป็นผลให้เกิดความวิตกกังวล จึงทำให้การเกิดอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้นตามมาด้วย โดยผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 40 (ดวงรัตน์, ละเอียด, จารุวรรณ, วิรัตน์, และเวทิส, 2553) และยังพบอีกว่าอาการหายใจลำบาก ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความวิตกกังวล เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง ไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีความวิตกกังวลว่าจะเกิดอาการหายใจลำบาก ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสมรรถนะการรับรู้ของตนเองน้อยลง (ชายชาญ, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเจนส์เซนส์และคณะ (Janssens et al., 2011) พบว่า อาการหายใจลำบากที่รุนแรงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้น ส่วนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะมีภาวะซึมเศร้ามากหรือน้อยขึ้นอยู่กับเปลี่ยนแปลงของร่างกาย หรือการสูญเสียหน้าที่ทางสังคม (Anderson, 1995) และจากการศึกษา ยังพบว่า สมรรถภาพการทำงานของปอด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จอม, จุก, และลัดดา, 2552) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของโดนัลด์สันและคณะ (Donaldson et al., 2008) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบของโรคน้อยจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ

2. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย

2.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบาก ซึ่งสามารถอธิบายด้วยพยาธิสภาพของโรค คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีการเสื่อมสภาพของปอดเรื่อย ๆ และทวีความรุนแรงตามอายุของผู้ป่วย จนทำให้เกิดอาการหายใจลำบากที่รุนแรงมากขึ้น (ทศพลและครรชิต, 2551; ATS, 2004)

2.2 ความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการได้รับจำนวนออกซิเจนที่แตกต่างกัน ดังนั้น อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงมากจะมีความถี่ในการหายใจลำบากมากกว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงน้อย (กาญจนา, 2551; ทศพลและครรชิต, 2551)

2.3 คุณลักษณะของอาการหายใจลำบาก การรับรู้อาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยที่มีการรับรู้อาการหายใจลำบากเร็วจะมีอาการหายใจลำบากน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้อาการหายใจลำบากช้า (ดวงรัตน์, 2554)

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วน ดังนี้

3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบาก เกิดจากการได้รับมลพิษทางอากาศ ก๊าซ หรือจากควันต่าง ๆ เช่น ควันบุหรี่ เป็นระยะเวลายาวนาน จนเกิดพยาธิสภาพที่ปอดและทำให้เนื้อปอดถูกทำลายลงเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหายใจลำบาก (Spector, Connolly, & Carlson, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของสังวาล (2550) ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการกำเริบที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการสูบบุหรี่

3.2 สิ่งแวดล้อมทางสังคม การสนับสนุนของครอบครัว สามารถให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอมและจุก (2550) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ เผชิญกับสถานการณ์เจ็บป่วยได้ดี การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ลดการรับรู้ความเครียดที่มีผลต่ออาการหายใจลำบากได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการมีแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การละครร่วมกัน การอ่านอัลกรูอาน การมีกลุ่มออกกำลังกายประเภทต่าง ๆ การจัดระบบเพื่อช่วยเพื่อน โดยให้ผู้ป่วยได้สอบถามหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ประเมิน และติดตาม (รสสุคนธ์, 2555; ปิยะมาลย์, 2554; พรนภา, และคณะ, 2551; รสมาลิน, 2550) นอกจากนี้สิ่งที่น่าสนใจที่ได้บัญญัติไว้ว่า การเอาใจใส่ต่อครอบครัว เครือญาติ สนใจชีวิตของกันและกัน เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวพยายามอย่างสุดความสามารถที่จะฟันฝ่าอุปสรรค เพื่อนำบุคคลใกล้ชิดไปสู่ทางที่ถูกต้อง

เช่น การติดตาม ตักเตือนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (เพ็ญนภา, 2555; สัตมา, 2554)

จากการอธิบายข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลกับความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ จิตใจและระดับการศึกษา ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค คุณลักษณะการหายใจลำบาก และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม ทั้งหมดล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งสิ้น

หลักความเชื่อทางศาสนาอิสลามเพื่อส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบาก

ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม ต้องมีหลักการที่สำคัญที่เป็นพื้นฐานในการเรียนรู้ เข้าใจ และสามารถนำมาปฏิบัติ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ดังนี้

1. หลักศรัทธา

หลักศรัทธา (อีมาน) เป็นเสมือนหัวใจหลักของการนับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมุสลิมทุกคนจะละเว้นไม่ได้ สำหรับศาสนาอิสลาม ถือว่าการศรัทธาต่อพระเจ้ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะความศรัทธาจะนำมาซึ่งคุณค่าในชีวิตและเกิดความเชื่อในตนเองตามมา เนื่องจากมีสิ่งที่ยึดมั่นอย่างมั่นคง หากขาดความศรัทธาบุคคลจะเกิดความท้อถอยในการต่อสู้ชีวิต คุณค่าของชีวิตของคนไม่อาจจะเกิดขึ้นหากขาดความศรัทธา และเป็นสิ่งที่ชี้ทางการที่จะบรรลุถึงเป้าหมายอันสูงส่งของอิสลาม โดยการยอมรับการศรัทธาในชีวิตหลังความตาย และหลักศรัทธาข้ออื่น ๆ หลักศรัทธามี 6 ประการ (อิสมาอีลตุตฟี, 2555; ยูซุฟและสุภัทร, 2551) ดังนี้

1.1 การศรัทธาในอัลลอฮ คือ การยอมรับและศรัทธาอย่างแท้จริงต่ออัลลอฮ ซึ่งเป็นพระเจ้าองค์เดียว ไม่มีสิ่งอื่นมาเทียบเทียมพระองค์ได้ ไม่มีการตั้งภาคีต่อพระองค์ ไม่มีการขอความช่วยเหลือจากสิ่งอื่น ๆ นอกเหนือจากพระองค์ ถึงแม้การช่วยเหลือที่เกิดขึ้นเกิดจากความช่วยเหลือจากมนุษย์ด้วยกัน แต่มนุษย์จงศรัทธาว่าความสำเร็จหรือไม่สำเร็จอยู่ที่พระองค์ ผู้ที่เป็นมุสลิมต้องยอมรับในคุณลักษณะของพระองค์ เช่น พระองค์ทรงรู้ ทรงเห็น และทรงได้ยินทุกสิ่งทุกอย่างทั้งที่ลับและที่แจ้ง ตลอดจนในจิตใจของมนุษย์ด้วย ดังนั้นมุสลิมผู้ที่ศรัทธาต่อพระองค์อย่างแท้จริงจะต้องคิดดีทำดี เมื่อเผชิญกับความทุกข์ต่างๆ จงมอบหมายและขอความช่วยเหลือจากอัลลอฮองค์เดียวเท่านั้น สำหรับผู้ป่วยต้องเชื่อว่าโรคที่ตนเองกำลังประสบเป็นความประสงค์ของอัลลอฮ เพราะฉะนั้นผู้ป่วยต้องหาวิธีการเพื่อจัดการกับอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น เช่น การรับประทานยา การรักษาอย่าง

ต่อเนื่อง การขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรด้านสาธารณสุข หรืออีกหลายๆวิธีที่สามารถทำได้ รวมถึงการขอพร เพื่อให้อัลลอฮ์ทรงตอบรับในสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังขอคัวร์ (ยูซุฟและสุภัทร, 2551)

1.2 การศรัทธาในบรรดามลาอิกะห์ เป็นบ่าวของพระเจ้าประเภทหนึ่ง ซึ่งมีคุณสมบัติแตกต่างไปจากมนุษย์ คือ ไม่กิน ไม่ดื่ม ไม่มีเพศ ไม่ขัดขึ้นต่อคำสั่งของอัลลอฮ์ ท่านมีหน้าที่ในการนำโองการจากอัลลอฮ์มาถ่ายทอดแก่ศาสดา บางท่านทำหน้าที่ในการบันทึกความคิดความเข้าใจของมนุษย์ บางท่านทำหน้าที่ในการถอดวิญญาณออกจากร่างของมนุษย์ มุสลิมทุกคนจะต้องศรัทธาว่ามลาอิกะห์มีจริง และจะทำให้มนุษย์กระทำความดี ละเว้นความชั่ว เพราะเชื่อว่าจะมีมลาอิกะห์คอยบันทึกการปฏิบัติของมนุษย์อยู่ตลอดเวลา การจัดการอาการหายใจลำบากถือเป็นการทำดี เพราะตั้งใจที่จะทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ปลอดภัยจากโรค ดังนั้นมลาอิกะห์จึงจะบันทึกการจัดการอาการที่ผู้ป่วยปฏิบัติว่าเป็นความดีที่ถูกกระทำ (ยูซุฟ และสุภัทร, 2551)

1.3 การศรัทธาในคัมภีร์ทั้งหลายของอัลลอฮ์ คือ มุสลิมต้องมีความเชื่อและศรัทธาในต้นฉบับเดิมของคัมภีร์ที่ถูกประทานแก่ศาสดาก่อนๆ ได้แก่ คัมภีร์เตวรอฮ์ทรงประทานแก่นบีมูซา (โมเสส) คัมภีร์อินญีลทรงประทานแก่ท่านนบีอิซา (เยซู) คัมภีร์ซาบูร์ซึ่งอัลลอฮ์ได้ทรงประทานแก่นบีดาวูด (เดวิด) และต้องยอมรับว่าคัมภีร์อัลกรุอาน เป็นคัมภีร์สุดท้ายที่อัลลอฮ์ประทานให้แก่มนุษยชาติ โดยผ่านท่านนบีมุฮัมมัด (ซ.ล) อิสลามถือว่าคัมภีร์เล่มสุดท้ายคือคัมภีร์ที่สมบูรณ์ที่สุด ซึ่งก็คือ อัลกรุอาน เพราะมีความต่อเนื่องและสรุปยอดคัมภีร์อื่นๆ ถือเป็นธรรมนูญสูงสุดของมุสลิมที่ได้รับการประทานจากอัลลอฮ์ผ่านศาสดามุฮัมมัด เพื่อนำมาประกาศใช้ต่อมวลมนุษย์ การที่ผู้ป่วยนำบทบัญญัติในศาสนามาใช้ควบคู่กับการจัดการอาการ กล่าวคือ การอ่านอัล-กรุอาน และสามารถแปลความหมายจากสิ่งที่บัญญัติไว้มาใช้ควบคู่กับการจัดการอาการ เช่น เรื่องการรักษาโรคที่มาพร้อมกับโรค เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับการของโรคที่ดำเนินอยู่ ว่าต้องได้รับการรักษาควบคู่กันไป ไม่ขาดการติดต่อ มีความตั้งใจที่จะรักษา เพื่อให้ลดอาการหายใจลำบากต่อไป (ยูซุฟ และสุภัทร, 2551; คำรง, 2548)

1.4 การศรัทธาในบรรดาศาสนทูตของอัลลอฮ์ คือ มุสลิมต้องศรัทธาว่าอัลลอฮ์ทรงเลือกบุคคลในหมู่มนุษยชาติให้เป็นผู้สื่อสารและนำบทบัญญัติของพระองค์เพื่อนำมาสั่งสอนแก่มนุษย์ทุกยุคทุกสมัย มุสลิมต้องยกย่องและให้เกียรติแก่บรรดาศาสดาต่าง ๆ ตั้งแต่ นบิอาดัม ซึ่งเป็นมนุษย์คนแรกจนถึงมุฮัมมัด ซึ่งเป็นศาสดาคนสุดท้าย รวมทั้งหมด 25 ท่าน บรรดาศาสดาจะมีหน้าที่ในการเชิญชวนมนุษย์ให้รู้จักอัลลอฮ์และดำเนินชีวิตตามคำสอนของอัลลอฮ์ (อิบนิ กอยยิม, 2548)

1.5 การศรัทธาในวันปรโลกหรือวันแห่งการฟื้นคืนชีพ (วันกิยามะฮ์) คือ มนุษย์ต้องศรัทธาโลกนี้เป็นโลกแห่งการทดลองไม่จริง ต้องมีวันแตกสลาย ทุกสิ่งทุกอย่างดับสิ้นทั้งหมดเหลือเพียงแต่อัลลอฮ์เท่านั้น แล้วมนุษย์ก็จะเกิดขึ้นอีกครั้ง เพื่อมารับคำพิพากษา (เสาวนีย์, 2535) การกระทำทุกอย่างของมนุษย์จะไม่มีวันสูญหาย ต้องมีการตอบแทนทั้งความดีและความชั่ว ดังนั้นมนุษย์จึงต้องมีความระมัดระวังในการดำเนินชีวิต ไม่ประพฤตสิ่งที่ไม่ดี ความศรัทธาในโลกหน้าจะทำให้จิตใจมนุษย์ไม่ยึดติดหรือวิตกกังวลกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในโลกนี้ เพราะโลกนี้เป็นสถานที่ชั่วคราวและความตายเป็นสะพานไปสู่โลกอันถาวร (อิสมาอีลลูตฟี, 2555) ผู้ป่วยต้องศรัทธาว่าการจัดการอาการที่กำลังปฏิบัติอยู่เป็นความดีอย่างหนึ่งที่จะนำไปสู่โลกหน้า ถึงแม้ว่าการจัดการอาการจะไม่ประสบผลสำเร็จทุกครั้ง หรือความตายอาจจะมาพรากก่อนวัยอันควร แต่ความดีที่ทำจะไม่สูญหาย เพราะในวันที่มวลมนุษย์ฟื้นคืนชีพนั้นก็จะถูกไต่สวนถึงความดีและความชั่วที่เคยประพฤตในโลกปัจจุบัน ไปถึงวันอิรติ (วันสิ้นโลก)

1.6 การศรัทธาในการกำหนดสถานะของอัลลอฮ์ คือ การศรัทธาว่า สรรพสิ่งทั้งหลายในสากลโลกนี้เกิดมาได้ เพราะการดำเนินตามกฎเกณฑ์ของอัลลอฮ์ผู้เดียวเท่านั้น สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ 1) กฎที่ตายตัว คือ ทุกอย่างดำเนินไปตามความประสงค์ของอัลลอฮ์ เช่น การกำเนิด รูปร่างหน้าตา การโคจรของดวงดาว การแปรปรวนของดินฟ้า อากาศ เป็นต้น 2) กฎที่ไม่ตายตัว คือ ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผล ซึ่งอยู่ในดุลพินิจของมนุษย์ในการเลือกใช้สติปัญญาในการปฏิบัติ (ฮัดถูร/52: 21 อ้างตาม มัรวาน, ม.ป.ป.) ผู้ป่วยต้องศรัทธาต่อกฎสถานะที่อัลลอฮ์กำหนด คือ โรคที่ประสบอยู่ ซึ่งเป็นกฎตายตัวที่อัลลอฮ์กำหนด แต่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการตามสติ ปัญญาที่ได้รับมาจากการประทานของอัลลอฮ์ การรับรู้ ประสบการณ์ที่ผ่านมา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากมีการจัดการอาการ ซึ่งถือว่าเป็นกฎไม่ตายตัวที่มนุษย์สามารถปฏิบัติได้ (อิสมาเอลลูตฟี, 2555; ยูซุฟและสุภัทร, 2551)

ดังนั้น ผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงควรนำหลักศรัทธาทั้ง 6 ประการ นี้มาใช้ควบคู่กับการดำเนินชีวิต และการจัดการอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เพราะการศรัทธานี้ถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง มีความสงบ และอดทนต่อการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคทั้งปวงที่เกิดขึ้น รวมทั้งยังเป็นบททดสอบ ที่เป็นเกราะป้องกันตนเองไม่ให้นुकคลดกระทำ ความชั่วอีกด้วย

2. หลักปฏิบัติ

มุสลิมที่สมบูรณ์ต้องประกอบด้วยโครงสร้าง 2 ส่วน คือ หลักศรัทธา และหลักปฏิบัติ ซึ่งหลักปฏิบัติเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต โดยมีวิธีการปฏิบัติดังนี้

2.1 การปฏิบัติตน เป็นการแสดงถึงการศรัทธาต่ออัลลอฮ์และท่านศาสดาซึ่งเป็นศาสนทูตของพระองค์ ด้วยประโยคที่ว่า “ลาอิลาฮะอิลลัลลอฮ์” คือ ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์ และ “มุฮัมมะคุรรุสูลุลลอฮ์” เป็นการยอมรับในกฎเกณฑ์และหลักการต่างๆ ในศาสนาอิสลาม มุสลิมจะไม่ตั้งภาคีหรือนำสิ่งอื่นใดมาเทียบเทียมอัลลอฮ์ และพร้อมปฏิบัติตามคำสั่งสอนของอัลลอฮ์และรอซูลหรือท่านนบีมุฮัมมัดคือละทุกประการ ซึ่งการปฏิบัติตน 2 ประโยคนี้ ถือเป็น การประกาศตนว่าเป็นมุสลิม (ดาร์ง, 2548) และนำเอาอิสลามมาเป็นการดำเนินชีวิต นอกจากนี้การกล่าวปฏิบัติตนยังเป็นคติหรือข้อคิดที่คอยเตือนใจให้มุสลิมประพฤตินอยู่ในกรอบแห่งความดีงาม ตามแนวทางของอัลลอฮ์ และช่วยสร้างความเชื่อมั่นว่าเขาไม่ได้อยู่คนเดียว แต่มีพระเจ้าคอยดูแลและอยู่ข้างๆ พร้อมจะชี้แนะแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องให้แก่พวกเขาอยู่เสมอ การระลึกถึงพระเจ้าโดยการปฏิบัติตนจึงเป็นวิธีการสร้างเสริมสุขภาพจิตอีกวิธีหนึ่งที่มุสลิมทั่วโลกถือปฏิบัติได้ (ยูซุฟและสุภัทร, 2551)

2.2 การดำรงนมาซหรือการละหมาด 5 เวลา การทำนมาซเป็นการแสดงถึงความเคารพ และการขำเกรงต่ออัลลอฮ์ ผู้ที่นมาซต้องเป็นผู้ที่มีจิตใจที่สงบมุ่งตรงต่ออัลลอฮ์ ซึ่งถือเป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนทั้งชาย และหญิงที่ต้องถือปฏิบัติจนวาระสุดท้ายของชีวิต สำหรับเพศหญิงเริ่มมีประจำเดือน หรือมีอายุครบ 15 ปีบริบูรณ์ (สุคาร์ตันและคณะ, 2549) โดยเวลานมาซมีทั้งหมด 5 เวลา ดังนี้ 1) เวลาอรุรุ่ง เรียกว่าซุบฮิ ปฏิบัติ 2 รอกาอัต 2) เวลากลางวัน เรียกว่า ดูฮริ ปฏิบัติ 4 รอกาอัต 3) เวลาเย็น เรียกว่า อัซริ ปฏิบัติ 4 รอกาอัต 4) เวลาพลบค่ำ เรียกว่า มัฆริบ ปฏิบัติ 3 รอกาอัต 5) เวลากลางคืน เรียกว่า อิชา ปฏิบัติ 4 รอกาอัต (ดาร์ง, 2548)

การนมาซนอกจากจะได้รับผลบุญจากอัลลอฮ์แล้ว ยังเป็นการฝึกคุณธรรมต่างๆ ที่มีผลต่อสภาพจิตใจ เพราะเป็นการแสดงถึงความเคารพ การขอบคุณอัลลอฮ์ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ถือเป็น การขัดเกลาจิตใจตนเองให้ใสสะอาดอยู่เสมอ เป็นการฝึกการเอาชนะใจตนเอง ไม่ให้มีอารมณ์ใฝ่ต่ำ ฝึกความหนักแน่น ความอดทน และเป็นการสร้างพลังใจให้เข้มแข็ง และช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากการประกอบพิธีกรรมนมาซจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงท่าทาง การยืน การก้ม ในลักษณะเดียวกันกับการบริหารร่างกาย ช่วยยืดและผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ตึงเครียด นอกจากนี้ผู้ที่ จะทำนมาซต้องมีสมาธิ ในการอ่าน และฟังบทบัญญัติจากคัมภีร์อัลกรุอัน ซึ่งเป็นวัจนะของอัลลอฮ์ที่มีความไพเราะ ในขณะที่อ่านจะช่วยทำให้ผู้ที่อ่านได้คิดถึงการทำความดีและละเว้นความชั่ว รวมทั้งการประพฤติดี ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพจิตและจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นผลให้เกิดการลดอาการ หายใจลำบากได้

2.3 การถือศีลอด คือ การงดเว้นจากการบริโภค การดื่ม การร่วมสังวาส การรักษา อวัยวะทุกส่วนให้พ้นจากความชั่ว ทั้งทางด้านกายกรรม วาจากรรม และมโนกรรม ตั้งแต่แสงอรุณขึ้น

จนกระทั่งหมดแสง (ยูซุฟและสุภัทร, 2551; คำรง, 2548) โดยมีการปฏิบัติในช่วงเดือนรอมฎอน หรือเดือนเก้าของเดือนอิสลามทุกปี การถือศีลอดเป็นอีกกิจกรรมที่เป็นการเชื่อฟังอัลลอฮ์ และเป็นการบังคับมุสลิมที่บรรลุนิติภาวะ มีสติสัมปชัญญะ มีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง แต่ผู้ที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องถือศีลอด ได้แก่ 1) เด็กที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ 2) คนที่ขาดสติสัมปชัญญะ 3) คนชราที่มีปัญหาด้านสุขภาพ 4) ผู้ป่วยเรื้อรังที่แพทย์วินิจฉัยว่ารักษาไม่หาย หรือผู้ป่วยโรคทั่วไปแต่อยู่ในสภาพปกติ 5) หญิงมีครรภ์และแม่ลูกอ่อนในให้นมทารก 6) อยู่ในระหว่างการเดินทาง ซึ่งมีความลำบากในการถือศีลอด และ 7) บุคคลที่ทำงานหนัก ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของบุคคลนั้น ๆ ว่าจะสามารถถือศีลอดได้หรือไม่ โดยไม่หลอกตนเองและพระเจ้า

การถือศีลอดในอิสลามเป็นการละเว้นการกินอาหาร ดื่มน้ำ แม้แต่การลูบไล้ด้วยของหอม และการประกอบกรใดๆ อันเป็นกิเลส ตั้งแต่เช้ามีจนถึงตะวันตกดิน (เสฐียร, 2542) การถือศีลอดเป็นการสร้างเสริมสุขภาพจิตอย่างหนึ่งตามแนวทางอิสลาม เพราะเป็นการฝึกจิตใจในการควบคุมอารมณ์ต่างๆ ให้ระงับ รัก โลภ โกรธ หลง อิจฉาริษยา รวมทั้งต้นเหตุต่างๆ เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ที่กล่าวมาทั้งหมดได้ จะเป็นผลให้ผู้ป่วยสามารถลดภาวะอาการหายใจลำบากได้เช่นกัน

2.4 การบริจาคชะกาต คำว่า ชะกาต มาจากภาษาอาหรับ หมายถึง การเพิ่มทวี การทำให้บริสุทธิ์หรือการขัดเกลาจิตใจ เป็นทรัพย์สินที่ต้องแบ่งออกมาจากบรรดาทรัพย์สินที่เราเป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ เพื่อนำไปบริจาคแก่ผู้มีสิทธิ์ได้รับส่วนแบ่งตามที่ศาสนากำหนดไว้ ถือเป็นหน้าที่บังคับมุสลิมทุกคนตามหลักเกณฑ์ การจ่ายชะกาตเป็นการชำระจิตใจให้บริสุทธิ์ปราศจากกิเลส คือความตระหนี่ (เสฐียร, 2542) และเป็นหลักปฏิบัติข้อหนึ่งในหลักปฏิบัติที่มุสลิมต้องปฏิบัติ ในรอบ 1 ปี เป็นความสัมพันธ์ที่มนุษย์มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน คนที่มีความสามารถในการจ่ายชะกาตได้นั้นจะมีจิตใจที่ปีติสุข กล่าวคือ เขาได้เล็งเห็นถึงความลำบากของบุคคลอื่นที่มีมากกว่า ซึ่งจะทำให้เขารู้สึกมีความทุกข์และความกังวลลดลง (ยูซุฟและสุภัทร, 2551)

2.5 การทำฮัจญ์ หรือการประกอบพิธีฮัจญ์ เป็นการแสวงบุญ ณ สถานที่ศักดิ์สิทธิ์ที่เรียกว่า กะฮะบะฮ์แห่งนครมักกะฮ์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย เป็นหน้าที่ของมุสลิมผู้ที่มีสติสัมปชัญญะ บริบูรณ์ ร่างกายแข็งแรง และมีค่าใช้จ่ายเพียงพอในการประกอบพิธีฮัจญ์ให้สักทำอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต โดยต้องมีหนี้สินและสร้างความลำบากแก่คนในครอบครัว (เสาวนีย์, 2535) ในการไปประกอบพิธีฮัจญ์มุสลิมต้องประพฤติมั่นในกฎเหล่านี้ ได้แก่ 1) เว้นจากการก่อวิวาท 2) อดทนต่อการพรุสวาท 3) มีความโอบอ้อมอารี 4) มิได้มีตรีต่อพรรคพวกที่มาแสวงบุญด้วยกัน 5) มีการทำบุญให้ทานตลอดทาง (เสาวนีย์, 2535) โดยช่วงของการประกอบพิธีฮัจญ์เป็นช่วงของการชำระจิตใจให้สะอาดบริสุทธิ์ และเป็นหลักการที่ต้องการทดสอบความเสียสละ ความอดทน เช่น ทรัพย์สิน ความสะดวกของมุสลิม

และยังช่วยให้มุสลิมทั่วโลกได้พบปะสังสรรค์ เป็นการสร้างความเสมอภาค ภารดรภาพ และความเป็นเอกภาพของอัลลอฮ์ (เสาวนีย์, 2535)

3. หลักคุณธรรม

หลักคุณธรรมเป็นคุณธรรมแสดงถึงพฤติกรรมที่ดีงาม หรือที่เรียกกันว่า อิห์ซาน ของอิสลามประกอบด้วย

3.1 จริยธรรมต่ออัลลอฮ์ คือ การเคารพภักดีต่ออัลลอฮ์ การปฏิบัติตามคำบัญชาต่ออัลลอฮ์ กระทำตนให้ห่างไกลจากสิ่งที่พระองค์ห้ามด้วยความบริสุทธิ์ใจ

3.2 จริยธรรมต่อท่านศาสดา คือ การแสดงออกถึงความเคารพต่อท่าน โดยการฟังคำตักเตือนของท่านแล้วนำไปปฏิบัติ

3.3 จริยธรรมต่อบุคคล ซึ่งผู้ที่เป็นอิสลามต้องมีหน้าที่ ดังนี้

3.3.1 หน้าที่ของสามี ภรรยา โดยสามีจะต้องเลี้ยงดูภรรยาและลูกๆ ให้มีความมั่นคง และปลอดภัยตลอดจนมีชีวิตที่ดี มีความสุข (เสาวนีย์, 2535) ส่วนภรรยามีหน้าที่ดูแลทรัพย์สินและลูก ๆ ของสามี สนองความต้องการของสามี รักษาเกียรติยศ ชื่อเสียงของสามี แนะนำซึ่งกันและกันในการทำความดี และปรึกษาหารือในการเลี้ยงดูลูก (มานี, 2544)

3.3.2 หน้าที่ของพ่อแม่ที่มีต่อลูกนั้น นอกจากอาหาร เครื่องนุ่งห่ม การให้การศึกษาและให้อาชีพที่ดีแก่ลูกแล้ว อิสลามยังกำหนดให้พ่อแม่ ให้ความรัก ความอบอุ่น ความใกล้ชิดซื่อ การอบรมสั่งสอน และปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูก ยึดถือแนวปฏิบัติของศาสนาอิสลามในการเสริมสร้างให้มีความประพฤติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในศีลธรรมอันดี

3.3.3 หน้าที่ของลูกที่มีต่อพ่อแม่ อิสลามให้ความสำคัญในการทำความดีต่อพ่อแม่เป็นอันดับรองลงมาจาก การเคารพต่ออัลลอฮ์ (มานี, 2544) ลูกต้องปฏิบัติต่อพ่อแม่ด้วยความเคารพ และอ่อนโยน ทั้งตอนที่ยังมีชีวิตอยู่และเสียชีวิตไปแล้ว กล่าวคือ ภายหลังจากพ่อแม่เสียชีวิต ลูกต้องทำการนมาซเพื่อขอกภัยโทษแก่พ่อแม่

3.3.4 หน้าที่ในการปฏิบัติต่อผู้ใหญ่และผู้เยาว์ อิสลามให้ความสำคัญในการให้เกียรติต่อผู้ใหญ่ และผู้เยาว์ มุสลิมที่ดีต้องไม่ประพฤติตนที่เป็นการไม่ให้เกียรติต่อบุคคลอื่น

3.3.5 หน้าที่ต่อญาติ เพื่อนบ้าน และผู้อื่น อิสลามถือว่ามุสลิมเป็นพี่น้องกัน ดังนั้นจึงให้เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ ห้ามตัดขาดญาติพี่น้อง ผู้ใดที่ตัดขาดญาติพี่น้อง อัลลอฮ์จะตัดขาดผู้นั้น (มานี, 2544)

4. มารยาทในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การกล่าวถ้อยคำ การรับประทานอาหาร การนั่งในที่ชุมชน การต้อนรับบุคคลอื่น เป็นต้น

หลักศรัทธา หลักปฏิบัติ และหลักคุณธรรมของศาสนามีผลต่อจิตใจ ใน 4 ลักษณะ
คือ

1. ความสบายใจ คือ เมื่อบุคคลรู้สึกสบายใจ บุคคลจะพึงพาพระเจ้าในการค้นหา การค้นหาความสุขสบาย ความรัก และการค้นหาความหมายของชีวิต
2. การสร้างเครือข่ายทางจิตใจ เมื่อบุคคลเกิดภาวะวิกฤติทางจิตใจ บุคคลมักจะเชื่อว่าอำนาจเหนือธรรมชาติเป็นผู้ที่สามารถแก้ปัญหาได้ และสามารถแนะแนวทางในการแก้ปัญหาได้ และมักจะติดต่อกับอำนาจเหล่านั้นด้วยการสวดมนต์ ทำให้มีความหวัง มีแหล่งช่วยเหลือทางจิตใจ เพิ่มความเข้มแข็งภายในจิตใจ และลดความรู้สึกโดดเดี่ยว
3. การควบคุม เมื่อบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองและสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ บุคคลจะแสวงหาอำนาจหรือสิ่งที่ยิ่งใหญ่กว่า เพื่อมาควบคุม โดยจะคิดถึงอำนาจเหนือธรรมชาติเพื่อให้รู้สึกว่ามีผู้ที่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้
4. การเชื่อมโยง เนื่องจากระบบศาสนาจะช่วยให้เกิดความสนิทสนมระหว่างกัน ในผู้ที่มีความเชื่อเหมือนกัน ก่อให้เกิดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมมุสลิม ที่ถือว่ามุสลิมเป็นพี่น้องกัน ดังนั้น มุสลิมจะมีความรู้สึกเห็นใจ และเกิดความรู้สึกร่วมต่อพี่น้องมุสลิมที่ได้รับความลำบาก และตกทุกข์ได้

หลักศรัทธา หลักปฏิบัติ และหลักคุณธรรม ที่กล่าวมาข้างต้น เป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีจิตใจที่ดีงาม ประพฤติดี ทั้งกาย และใจ ส่งผลต่อการสภาพจิตใจที่ดี มีผลให้เกิดการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีสุขภาพจิตที่ดี ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ก็จะมีการควบคุมที่ดี การจัดการที่ดี ลดปัญหาการเกิดอาการหายใจลำบากได้

การประยุกต์ใช้แนวคิดวิถีอิสลามในการจัดการอาการหายใจลำบาก

การจัดการอาการหายใจลำบากเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องมีการจัดการกับอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการอาการหายใจลำบากและลดผลกระทบที่อาจจะเกิดจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ในระยะยาว เพื่อให้สุขภาพร่างกาย มีความสมบูรณ์มากที่สุด ดังความต้องการของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามต้องการ คือ การมีสุขภาพดี ถือเป็นสิ่งที่โปรดปรานของอัลลอฮ์ (นิอัมัต) อย่างหนึ่งของอัลลอฮ์ และท่านนบีมุฮัมมัด (ซ.ล) ได้กล่าวไว้ “แท้จริงท่านมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของท่าน” เพราะการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมุสลิมทุกคน การดูแลสุขภาพถือเป็นวาญิบ (ต้องทำ) มุสลิมทุกคนต้องทำความดี

เพื่ออัลลอฮ์ อัลลอฮ์จะตอบแทนผลบุญให้ได้เข้าสวรรค์ ดังนั้น การดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะส่งผลให้สุขภาพร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง จึงเป็นหน้าที่ของมุสลิมที่จะต้องมีความสำนึกในคุณค่าและแสดงความกตัญญูที่มีต่ออัลลอฮ์ ด้วยการดำรงรักษาความโปรดปรานนั้นไว้อย่างดีที่สุด (ศูนย์ประสานงานภาคใต้ แผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย, 2549) โดยมีแนวคิดวิถีอิสลามที่นำมาประยุกต์กับการจัดการอาหารหายใจลำบาก ดังนี้

1. การเนียต (การตั้งเจตนา) เป็นฐานสำคัญในการทำงานต่าง ๆ ทั้งนี้เนื่องจากการงานของมนุษย์จะถูกตอบรับหรือไม่ขึ้นอยู่กับที่ตั้งใจ ผู้ใดที่ประกอบกิจการงานใด ๆ ด้วยใจที่บริสุทธิ์ หวังในความโปรดปรานจากอัลลอฮ์องค์เดียว (อิสมาอีลตุตฟี, 2555; มาหะมะ, 2552) และตรงกับคำสอนของท่านบีแล้ว แน่อนการงานนั้นจะถูกตอบรับจากพระองค์ ในทางกลับกันใครก็ตามที่หันเหไปยังเป้าหมายอื่นนอกจากพระองค์ หรือตั้งภาคีกับพระองค์แล้ว การงานนั้นจะถูกปฏิเสธ และนั่นเป็นการขาดทุนที่ใหญ่หลวง ดังคำกล่าว จากอะมีรุลมูมินีน อับูหุสัยบ์ อุมร์ บิน อัลค็อตฎอบ เราะฎิยัลลอฮุอะนฮู ที่ว่า ข้าพเจ้าได้ยิน ท่านรَسُولุลลอฮ์ ศ็อลลัลลอฮุ อะลัยฮิ วะสัลลัม กล่าวไว้ว่า “แท้จริงทุกๆ การงานจะขึ้นอยู่กับที่ตั้งเจตนา และแท้จริงทุกๆ คนจะได้รับ (การตอบแทน) ตามที่เขาได้เจตนาไว้ ดังนั้นผู้ใดที่ การอพยพของเขามีเจตนาเพื่อ (แสวงหาความโปรดปรานจาก) อัลลอฮ์และรสูลของพระองค์ การอพยพของเขาก็จะกลับไปสู่ (ความ โปรดปรานของ) อัลลอฮ์ และรสูลของพระองค์ และผู้ใดที่การอพยพของเขามีเจตนาเพื่อ (ผลประโยชน์) ทางโลกที่เขาจะได้รับ หรือเพื่อหญิงนางหนึ่งที่เขาหวังจะแต่งงานด้วย การอพยพของเขาก็จะกลับคืนสู่สิ่งที่เขาได้อพยพไป (จะถูกพิจารณาตามที่เขาได้ตั้งเจตนาไว้)” (สุเราะฮ์ อัลอะอฺรอฟ 29, อัลบัยยีนะฮ์ 5) โดยการเนียตมีเงื่อนไข ดังนี้

- 1.1 เนียตหรือเจตนาเป็นเงื่อนไขที่จะระบุว่าการงานจะถูกรับหรือถูกปฏิเสธ
- 1.2 การประกอบอิบาอะฮ์ใด ๆ จะไม่ได้รับการตอบแทนผลบุญ หากปราศจากการตั้งเจตนา (เนียต) ที่บริสุทธิ์เพื่ออัลลอฮ์
- 1.3 เวลาสำหรับการตั้งเจตนา คือ เวลาเริ่มต้นของอิบาอะฮ์ และสถานที่ของมันคือในจิตใจ ไม่ใช่คำพูดที่กล่าวออกจากปาก
- 1.4 การมีเจตนาที่บริสุทธิ์เพียงเพื่ออัลลอฮ์เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับทุกๆ การทำดีและการประกอบอิบาอะฮ์
- 1.5 มุอฺมินแต่ละคนจะได้รับการตอบแทนผลบุญตามสภาพของเจตนาที่เขาได้เจตนาไว้

1.6 ทุก ๆ การกระทำที่เป็นประโยชน์และเป็นที่ยอมรับ เมื่อถูกปฏิบัติพร้อมกับมีเจตนาเพื่อแสวงหาความโปรดปรานจากอัลลอฮ์ การกระทำนั้นก็จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของอิบาดะฮ์ที่ผลบุญตอบแทน

1.7 การตั้งเจตนาจะเป็นเครื่องแยกแยะระหว่างการกระทำที่เป็นอิบาดะฮ์กับการกระทำที่เป็นปกติวิสัย

1.8 หะดีษข้างต้นบ่งชี้ว่า เนิยตหรือเจตนาเป็นสาขาหนึ่งของอิมาน เพราะมันเป็นการกระทำของจิตใจ เพราะอิมานในความหมายของอะฮ์ลุลสุนนะฮ์ วัลญะมาอะฮ์ หมายถึง การเชื่อมั่นในจิตใจ การกล่าวขานด้วยปาก และการปฏิบัติด้วยอวัยวะส่วนอื่นๆ

” ดังนั้น การเนียต เป็นการตั้งเจตนาเพื่อประกอบกิจการต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของมนุษย์ การเนียต ต้องบริสุทธิ์ใจถึงจะได้รับการตอบแทนจากอัลลอฮ์ ในโปรแกรมนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการเนียต ในขั้นตอนการร่วมกันวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมในโปรแกรม เพื่อการจัดการอาการหายใจลำบากให้ผู้ป่วยมีการเจตนาที่ดี ทั้งทางใจ และกาย เพื่อหวังผลตอบแทนจากอัลลอฮ์

2. การปฏิบัติศาสนกิจ หมายถึง การปฏิบัติศาสนกิจต่าง ๆ เช่น การละหมาด หรือการนมาส ทั้ง 5 เวลา ถือเป็น การเข้าเฝ้าอัลลอฮ์ โดยผู้ที่ปฏิบัติศาสนกิจต้องมีสมาธิ มีจิตใจที่สงบ และต้องรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ซบ.) โดยพบว่า การละหมาด (นมาซ) มีประโยชน์ทางการแพทย์ (อิสมาอีลตุตฟี, 2555) ดังนี้

2.1 การสูดหรือการหมอบกราบต่ออัลลอฮ์ ไม่น้อยกว่า 90 ครั้ง จะทำให้เลือดไหลไปยังสมอง ส่งผลให้สมองที่มีสุขภาพดี และการไหลเวียนของเลือดขณะสูดจะทำให้เลือดจำนวนมากจะไปเลี้ยงบริเวณหน้า ช่วยป้องกันการเกิดโรค chilblain อีกด้วย

2.2 จะมีการไหลเวียนภายในของ sinuses ในช่องจมูก และป้องกันการเกิดมีการติดเชื้อของโพรงจมูก

2.3 จากปกติการหายใจเอาอากาศ 2 ใน 3 ส่วนของปอดออกมา แต่ระหว่างการสูดจะทำให้ abdominal visra ไปกดกระบังลมและกระบังลมจะไปกดส่วนล่างของปอด เมื่อหายใจเข้า จะทำให้ส่วน 1 ใน 3 ที่ค้างอยู่ในปอดออกมา ส่งผลให้ปอดมีความแข็งแรง

2.4 การสูด venes return จะเพิ่มขึ้น จึงมีโอกาสเป็นโรค ไข้เลือดน้อยลง

2.5 การนั่งลงแล้วเมื่อลุกขึ้นที่ตำแหน่งเดิม น้ำหนักจะอยู่ที่ส่วนล่างของเท้า กล้ามเนื้ออ่อนแอ และ ต้นขาจะถูกกระตุ้น ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปยังส่วนล่างของร่างกาย

2.6 ท่าเช่น ยืนตรง ยืนโค้งตัว หมอบ เมื่อข้อกระดูกสันหลังถูกเปลี่ยนท่า ทำให้ลดการเกิดโรคที่ข้อกระดูกของกระดูกสันหลัง

2.7 การเคลื่อนไหวอย่างมีจังหวะ เช่น การโค้ง การก้ม การกราบ การยืน และนั่ง ในระยะเวลาที่เหมาะสม จะทำให้กล้ามเนื้อมีการยืดเหยียด ส่งผลให้รู้สึกผ่อนคลาย

ดังนั้น การละหมาด มีประโยชน์ทางการแพทย์หลายอย่าง เช่น การกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด การกระตุ้นอากาศในปอด โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ และการผ่อนคลาย การละหมาดจึงเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติอย่างละเลยไม่ได้ เพราะเป็นสิ่งที่มีความหมายทางจิตวิญญาณและร่างกาย การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการให้ความรู้เรื่องประโยชน์ของการการละหมาด เพื่อการจัดการอาการหายใจลำบากตามบริบทที่ผู้ป่วยยึดถือและปฏิบัติ

3. การอ่านอัลกรุอัน เป็นหลักศรัทธาอีกข้อหนึ่งที่ผู้ศรัทธาในศาสนาอิสลามต้องยึดถือ เพราะอัลกรุอันเป็นธรรมนูญของชีวิต เป็นสิ่งที่อัลลอฮ์ประทานลงมาให้แก่บ่าวผู้ภักดีต่อพระองค์ นอกจากนี้ยังมีอัลฮาดิษ คือ การปฏิบัติและการพูด หรือกล่าวของท่านนบีมุฮัมมัด (ซล.) ซึ่งมุสลิมทุกคนพึงปฏิบัติตาม จากการศึกษาของรอฮานา (2552) พบว่า เนื้อหาในอัลกรุอันมีผลต่อความเครียดในผู้ป่วย ดังนี้ (1) คูอาร์ที่กล่าวถึงความอดทน (2) คูอาร์ที่กล่าวถึงความเมตตาคุ้มครอง (3) คูอาร์ที่กล่าวถึงการขอบคุณ และ (4) คูอาร์ที่รำลึกต่ออัลลอฮ์ ซึ่งมีเนื้อหา ดังนี้

3.1 คูอาร์ที่กล่าวถึงความอดทน ในอัลกรุอันซูเราะฮยาซีน โองการที่ 45: (36:45) ในเนื้อหากล่าวถึงผู้ที่ศรัทธาต่ออัลลอฮ์ต้องมีความอดทนต่อสิ่งที่อัลลอฮ์ได้ทรงกำหนด ไม่ว่าจะทุกข์ สุข หรือจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผู้ที่อดทน ถือว่าเป็นผู้ที่ศรัทธาต่ออัลลอฮ์อย่างสมบูรณ์ การได้อ่านซูเราะฮนี้จะทำให้ผู้อ่านมีความหวังในการต่อสู้กับความทุกข์ยาก เกิดการผ่อนคลายจากปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นผลให้สามารถลดความเครียดได้

3.2 คูอาร์ที่กล่าวถึงความเมตตาคุ้มครอง ในอัลกรุอันซูเราะฮอัตเตาบะฮ โองการที่ 128: (36:128) ในเนื้อหากล่าวถึง การเจ็บป่วยเป็นความเมตตาของอัลลอฮ์ (ซบ.) จึงเป็นโอกาสที่จะทำให้ผู้ที่เป็นมุสลิมได้วิงวอนขอความเมตตาจากอัลลอฮ์ เพื่อทรงอภัยโทษในการทำผิดต่างๆ ที่ผ่านมา รวมถึงการขอให้พระองค์ทรงบรรเทาการเจ็บป่วย และความทุกข์ที่เกิดขึ้น ผู้ที่ขอคูอาร์จะรู้สึกผ่อนคลายจากความเครียดลงได้

3.3 คูอาร์ที่กล่าวถึงการขอบคุณ ในอัลกรุอัน โองการที่ 29: (36:29) ความยำเกรงต่ออัลลอฮ์ จะป้องกันการโกรธกริ้วจากพระองค์ ดังนั้น ผู้ที่ศรัทธาในกฎศรัทธาที่อัลลอฮ์กำหนด จะต้องยอมรับโดยไม่มีข้อโต้แย้งใดๆ ดังนั้นผู้ที่เป็นมุสลิมต้องยอมรับและพอใจในสิ่งที่อัลลอฮ์ทรงกำหนดทุกประการ การอ่านโองการนี้จะทำให้ผู้อ่านเกิดความสบายใจเมื่อรู้ว่าการยำเกรงต่อพระองค์เป็นเกราะป้องกันไม่ให้พระองค์ทรงโกรธกริ้ว

3.4 คูอาร์ที่รำลึกต่ออัลลอฮ์ การอ่านบทซิกรุลลอฮ์ เป็นกล่าวสรรเสริญ และการขอบคุณพระองค์ จะทำให้ผู้อ่านมีสมาธิ เกิดความสุขุม รอบคอบ เพราะเป็นการใกล้ชิดพระองค์

ผู้อ่านจะนึกถึงแต่อัลลอฮ์องค์เดียวเท่านั้น เพราะอัลลอฮ์จะเป็นที่พึ่งของมวลมนุษย์และสรรพสิ่งในโลก จะทำให้ผู้อ่านมีที่พึ่งทางใจ เกิดความอบอุ่นทางใจ จนทำให้ลดความเครียดได้

ดังนั้น ผู้ที่ศรัทธาต่ออัลลอฮ์ต้องยอมรับในกฎสภาพการณ์ของพระองค์ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องทุกข์ และสุข ความเครียดก็เป็นทุกข์อย่างหนึ่งที่อัลลอฮ์ทรงทดสอบ ผู้ที่ย้ำเกรงต่ออัลลอฮ์ต้องจำนนในสิ่งที่พระองค์กำหนด ดังนั้น การรำลึกถึงอัลลอฮ์ และการมอบหมายต่ออัลลอฮ์เป็นผู้ที่ศรัทธาอย่างสมบูรณ์ และอ่านอัลกุรอานเป็นหลักศรัทธาที่ผู้ที่เป็นมุสลิมต้องศรัทธา ในอัลกุรอานจะมีโองการต่างๆ เพื่อให้มวลมนุษย์ได้ใกล้ชิดกับอัลลอฮ์ ขอความเมตตาจากอัลลอฮ์ ขอภัยโทษจากอัลลอฮ์ มีความเชื่อมั่นในอัลลอฮ์ ทำให้มีความใกล้ชิดพระองค์ จะทำให้บุคคลมีความอบอุ่นทางใจ ไม่เกิดความโดดเดี่ยว เพราะมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางใจ จนทำให้สามารถจัดการกับความเครียดได้

4. อาหารและโภชนาการ อัลลอฮ์สร้างมนุษย์และให้ดำรงชีวิตด้วยอาหารการกิน และทรงบัญญัติเกี่ยวกับอาหารการกิน เช่น ให้รับประทานในสิ่งที่ดี พอประมาณ ไม่ฟุ่มเฟือย ไม่เกินขอบเขตความพอดี แต่การรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลามนั้นต้องเป็นอาหารที่ฮาลาล (เป็นอาหารที่อนุมัติ) และเป็นอาหารที่ฮาลาล (อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ) ดังรายละเอียด ดังนี้

4.1 อาหารฮาลาล (เป็นที่อนุมัติ) อาหารที่ฮาลาลจะช่วยสร้างเนื้อเยื่อต่าง ๆ จะมีส่วนในการเสริมสร้างจิตวิญญาณที่บริสุทธิ์ ซึ่งแตกต่างจากอาหารฮารอม (เป็นที่ต้องห้าม) เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะส่งผลต่อการปฏิบัติศาสนกิจ จะทำให้มีการแปลเป็นถึงขั้นไม่ได้รับการตอบรับจากอัลลอฮ์ (ยูซุฟและสุภัทร์, 2551) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักที่ศาสนากำหนด คือ เป็นอาหารที่สะอาด ไม่ปนเปื้อน และผ่านกรรมวิธีตามหลักศาสนา เพื่อให้เกิดการพัฒนาการด้านจิตใจและร่างกายต่อไป

4.2 อาหารฮาลาล (อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ) ผู้ป่วยควรเลือกอาหารที่ที่มีความเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อให้ร่างกายมีความสมบูรณ์แข็งแรง (ยูซุฟและสุภัทร์, 2551)

ดังนั้น การรับประทานอาหารตามหลักศาสนาอิสลามจะช่วยลดอาการหายใจลำบากได้ เพราะเป็นการรับประทานอาหารแต่พอดี ไม่มากเกินไป จนทำให้เกิดอาการแน่นท้อง ซึ่งจะไปกดกระบังลมทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก หรือการรับประทานอาหารที่มีการจำกัดจำพวกแป้ง รับประทานอาหารที่มีใยอาหาร ย่อยง่าย จะช่วยลดอาการหายใจลำบากได้ดีขึ้น

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง มีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีตัวแปรต้นเป็นรูปแบบการทดลองและตัวแปรตาม คือ ภาวะหายใจลำบาก การลดอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย ผลการส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลม่วงไข่ จังหวัดแพร่ (วารงคณา, 2552) (หลักฐานระดับ 3.1) เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยมีแผนการส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก คือ (1) มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (2) การให้ผู้ป่วยประเมินประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบากของตนเอง (3) การให้ผู้ป่วยประเมินอาการมีอาการหายใจลำบากของตนเอง (4) การฝึกทักษะการปฏิบัติในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการจัดการอาการหายใจลำบาก (5) การมีเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล (แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย/แบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ดังนั้น สามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีการประเมินอาการหายใจลำบากของตนเองได้ถูกต้อง และมีการจัดการอาการหายใจลำบากที่ดี ส่งผลให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลภาวะหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (นวลจันทร์, 2550) (หลักฐานระดับ 3.1) เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยหลังได้รับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในรูปคู่มือและสื่อวีดิทัศน์ การฝึกพ่นยา การฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การดูแลแบบต่อเนื่อง การโทรศัพท์ติดตาม การติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพปอดไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและความสามารถในการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองมาใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สอดคล้องกับการศึกษาของ (อชฉาณัช, 2553; รัตนา, 2550; รจเรช, 2550) ที่มีการประเมินอาการหายใจลำบาก การให้ความรู้ การทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการติดตามเยี่ยมบ้าน ดังนั้น การได้รับ โปรแกรมที่มีความหลากหลาย ส่งผลต่อการจัดการอาการหายใจลำบากที่ดีขึ้นแก่ผู้ป่วย แต่จากการทบทวนยังพบว่า กิจกรรมที่ใช้กับผู้ป่วยบางส่วนยังไม่สอดคล้องกับบริบท

ความเป็นมุสลิม ที่มีความลึกซึ้งในเรื่องความเชื่อ การปฏิบัติ และการดำเนินชีวิต ที่มีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีความสอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลาม บริบทและวิถีมุสลิม ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติในโปรแกรม ดังนี้

1. การให้ผู้ป่วยได้รับรู้ประสบการณ์อาการหายใจลำบากของตนเอง

1.1 ผู้วิจัยสอบถามการประเมินอาการหายใจลำบากและความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผ่านมาของผู้ป่วยด้วยความบริสุทธิ์ใจ

1.2 ผู้วิจัยบันทึกคำตอบของผู้ป่วยลงในแบบบันทึกประสบการณ์การประเมินและการจัดการอาการหายใจลำบาก เพื่อนำผลที่ผู้ป่วยตอบไปสู่การจัดการอาการหายใจลำบากต่อไป

2. วิธีการจัดการอาการ

2.1 ผู้วิจัยทบทวนประสบการณ์การประเมินอาการหายใจลำบากและความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้รับรู้ข้อมูล ชมเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องแล้ว และร่วมกันวางแผนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการปรับปรุง

2.2 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม “เนียต” โดยให้ผู้ผู้ป่วยตั้งเจตนาในใจถึงการกระทำหรือปฏิบัติในครั้งนี้ เพื่ออัลลอฮ)

2.3 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการจัดการอาการหายใจลำบากที่มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.3.1 ทำในการละหมาด โดยการอธิบายท่าสujud คือ การก้มลงกราบ จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความแข็งแรงของปอด พร้อมทั้งเป็นการฝึกสมาธิ ซึ่งเกิดขึ้นในขณะที่การเปลี่ยนท่าอย่างกลมกลืนในขณะที่ละหมาด ทำให้ให้ปอดแข็งแรง

2.3.1 การอ่านอัลกรุอาน โดยการอธิบายถึงคูอาร์ในอัลกรุอานที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับคูอาร์ถึงความอดทน การคูอาร์ถึงความเมตตาคุ้มครอง การคูอาร์ถึงการขอบคุณ และการคูอาร์ที่รำลึกอัลลอฮ เป็นการนึกถึงอัลลอฮและช่วยลดภาวะเครียด นอกจากนี้การเปล่งเสียงอ่านอัลกรุอานยังช่วยส่งเสริมการขยายตัวของปอด

2.3.1 การรับประทานอาหารที่ฮาลาล และตอยยิบัน โดยอธิบายที่มีอาหารที่ความเกี่ยวข้องกับโรคของผู้ป่วย และอาหารที่ถูกต้องตามหลัก เพื่อการเสริมสร้างเนื้อเยื่อที่ดีแก่ร่างกาย

2.3.2 การประเมินอาการหายใจลำบาก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการหายใจลำบากเบื้องต้นได้

2.3.3 การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการหายใจลำบาก

2.3.4 การรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.3.6 การฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย การพ่นยา การไออย่างถูกวิธี การออกกำลังกายร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

2.3.7 การติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการอาการหายใจลำบาก และการบันทึกความสม่ำเสมอในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยและผู้ดูแล

3. ผลลัพธ์การจัดการอาการหายใจลำบาก โดยผู้วิจัยประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และประเมินภาวะอาการหายใจลำบาก พร้อมสรุปผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ทราบข้อมูลในการร่วมโปรแกรมครั้งนี้

องค์ประกอบของโปรแกรม

องค์ประกอบของโปรแกรม ประกอบด้วยเครื่องมือ ดังนี้

1. แนวปฏิบัติโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เป็นการดูแลผู้ป่วยในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องการจัดการอาการหายใจลำบากที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้ป่วย พร้อมทั้งฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบาก สำหรับครั้งที่ 3-5 เป็นการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการจัดการอาการหายใจลำบากขณะผู้ป่วยพักที่บ้าน และครั้งที่ 6 เป็นการประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบาก

2. แผนการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้จัดทำขึ้น เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งแผนการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบากที่มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้ป่วย ได้แก่ ทำการละหมาด การอ่านอัลกรุอาน การรับกระทานอาหารที่ฮาลาล และคอยยิบัน การประเมินอาการหายใจลำบาก เพื่อการจัดการอาการหายใจลำบากที่ถูกต้อง การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อ

การเกิดอาการหายใจลำบาก การรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ประเมินการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย ทักษะการพ่นยา ทักษะการไออย่างถูกวิธี การออกกำลังกาย ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการประเมินผล

3. คู่มือส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ คู่มือที่ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน ดังนี้ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1) แบบทบทวนประสบการณ์การประเมินอาการและการจัดการอาการหายใจลำบาก เป็นข้อมูลที่ได้รับจากการสอบถามจากผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 โดยผู้วิจัยจดบันทึกลงไป เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูย้อนหลังว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี และควรปรับปรุงในด้านไหน ซึ่งผู้วิจัยจะมีการทบทวนทุกครั้งที่พบผู้ป่วย ส่วนที่ 2) เป็นส่วนที่จะสร้างแรงบันดาลใจแก่ผู้ป่วยในการจัดการอาการหายใจลำบาก ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิถีมุสลิมกับการดูแลสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้ป่วย ส่วนที่ 3) ใบความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เรียนรู้ ส่วนที่ 4) เป็นแบบบันทึกความสม่ำเสมอในการจัดการอาการหายใจลำบาก เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีการบันทึกความต่อเนื่องในการจัดการอาการหายใจลำบาก โดยบันทึกทุกครั้งหลังจากพบผู้วิจัย (เริ่มต้นจากช่องที่ 1 หลังจาก 1 วันที่พบผู้วิจัยจนถึงช่องที่ 7 ถือว่าครบ 1 สัปดาห์ และบันทึกทุกวัน/ทุกสัปดาห์ ในกรณีที่มีการติดตามทางโทรศัพท์ก็จะใช้หลักการเดียวกัน คือ เริ่มต้นจากช่องที่ 1 หลังจาก 1 วันที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามจนถึงช่องที่ 7 ถือว่าครบ 1 สัปดาห์) (ภาคผนวก ข)

การประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามที่มีผลต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีการประเมินผลความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบาก ดังนี้

1. แบบประเมินสภาวะอาการหายใจลำบาก เป็นแบบประเมินอาการหายใจลำบาก เพื่อสอบถามอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ในรอบวันที่ผ่านมา และในขณะที่ประเมินอาการหายใจลำบาก ที่คัดแปลงจาก (อาดีละห์, 2559) เป็นการประเมินภาวะอาการหายใจลำบาก ที่สอบถามในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการหายใจลำบากรุนแรงสุดที่เท่าใด ในรอบ 1 วัน ที่ผ่านมา ท่านมีอาการหายใจลำบากที่รุนแรงสุดที่เท่าใด และขณะนี้ ท่านมีอาการหายใจลำบากรุนแรงสุดที่เท่าใด

2. แบบประเมินอาการหายใจลำบาก (Medical Research Council Dyspnea Scale: MRC) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยเครื่องมือนี้สามารถประเมินอาการหายใจลำบากและความสามารถของร่างกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งทำได้เมื่อผู้ป่วยทราบรายละเอียดในแต่ละระดับของความรุนแรง และเลือกระดับที่เหมาะสมกับอาการหายใจลำบากของตนเองมากที่สุด 1 ระดับ (ชิตติภรณ์, 2554)

3. แบบวัดอาการหายใจลำบาก เป็นแบบประเมินอาการหายใจลำบากเป็นมาตรฐานแสดงการรับรู้อาการหายใจลำบากของผู้ป่วย ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร ทางด้านบนสุดที่ตำแหน่ง 100 มิลลิเมตร ตรงกลางที่ตำแหน่ง 50 มิลลิเมตร และด้านล่างสุดที่ตำแหน่ง 0 มิลลิเมตร โดยที่ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการหายใจลำบากโดยการระบุตำแหน่งด้วยตนเอง (ทีปภา, 2551)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการประเมิน 2 แบบ โดยประเมินผลก่อนและหลังทดลองด้วยการตอบแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient). เท่ากับ .95 และแบบประเมินภาวะอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินสภาวะอาการหายใจลำบากของอาดีละห์ (2559) มาใช้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient). เท่ากับ 0.85

สรุปการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย และยังเป็นปัญหาสำคัญสำหรับสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ซึ่งอาการสำคัญที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ อาการหายใจลำบาก ดังนั้นการจัดการอาการหายใจลำบากจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงอายุ โดยผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินอาการ ตลอดจนสามารถจัดการอาการได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในการจัดการอาการหายใจลำบากที่เหมาะสมกับตนเอง การจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) มีความสำคัญ เพราะประสบการณ์อาการหายใจลำบาก จะทำให้บุคคลรับรู้อาการหายใจลำบาก และสามารถรับรู้ได้ถึง ความเปลี่ยนแปลงของร่างกายหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ตลอดจนสามารถประเมิน ความรุนแรงและสาเหตุของอาการ เพื่อพิจารณาการจัดการอาการ และการประเมินการรักษาที่ถูกต้อง และการตอบสนองต่ออาการหายใจที่เปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรม สังคม วิธีการจัดการ

อาการหายใจลำบากเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ปรับเปลี่ยนเป็นตามการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่วิธีการจัดการอาการหายใจลำบากที่มีประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการ เป็นผลของวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีกิจกรรมที่ใช้ในการจัดการอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากมาย แต่ยังไม่พบความสอดคล้องกับบริบทความเป็นมุสลิม ผู้วิจัยจึงได้นำหลักการทางศาสนา และวิถีอิสลามมาปรับใช้ เพื่อความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย และเพื่อความยั่งยืนของการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นต่อไป โดยการให้หลักศรัทธา หลักปฏิบัติ และหลักจริยธรรม มาประยุกต์ใช้กับกิจกรรมที่ใช้กับผู้ป่วย ได้แก่ การเนียด (การตั้งเจตนา) ในการร่วมกันวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมทุกครั้ง การให้ความรู้ที่มีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วย 1) ประกอบด้วย 1) ประสพการณ์อาการ โดยให้ผู้ป่วยมีการประเมินประสพการณ์อาการหายใจลำบากและตอบแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผ่านมาของตนเองด้วยความบริสุทธิ์ใจ 2) วิธีการจัดการอาการโดยกระบวนการทบทวน พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วยและญาติ และร่วมกันวางแผนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการปรับปรุง ให้ความรู้เรื่อง การจัดการอาการหายใจลำบากที่มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและบริบทของ รวมทั้งการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบาก 3) ผลลัพธ์ โดยผู้ป่วยมีความสามารถในการจัด การอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น และมีภาวะอาการหายใจลำบากลดลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติศาสนกิจได้อย่างสะดวก ตามความต้องการของผู้ป่วย และผลการกระทำทุกอย่างที่ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่ออัลลอฮ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบการศึกษา 2 กลุ่ม (two-groups pretest design-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ซึ่งเป็นการศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามกับกลุ่มที่ได้รับดูแลตามปกติ



X_1 หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม

X_2 หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลตามปกติ คือ การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วย การซักประวัติ ให้ความรู้ การให้ความรู้โดยทั่วไปเกี่ยวกับโรค การได้รับยารักษาโรค และการได้รับการติดตามอาการตามปกติ

O_1 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม

O_2 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม

O_3 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_4 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลชุมชนสองแห่งในจังหวัดภาคใต้ โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและไม่มีภาวะหายใจล้มเหลว
2. มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 0-3 (Modified Research Council Dyspnea Scale: MMRC) ระดับที่ 0 คือ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ สามารถเดินขึ้นบันไดหรือทางชันได้โดยไม่มีอาการหายใจลำบากระดับที่ 1 คือ ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากเมื่อเดินเร็ว ๆ หรือขณะขึ้นทางชันระดับที่ 2 คือ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเดินได้น้อยกว่าคนในวัยเดียวกัน คือ ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก หรือต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นทางชัน และระดับที่ 3 คือ ผู้ป่วยต้องหยุดพักหายใจหลังจากเดินได้ระยะทางประมาณ 100 เมตร หรือต้องหยุดพัก 2-3 นาที เมื่อเดินขึ้นทางชัน
3. อัตราการหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติประมาณ 12-20 ครั้งต่อนาที ค่า O₂ saturation ไม่เกินร้อยละ 92
4. สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทยและภาษาท้องถิ่น

คุณสมบัติที่คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1. มีอาการกำเริบ เป็นเหตุให้ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
2. มีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจวาย ไตวาย หอบหืด หรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ Acute exacerbation เป็นต้น
3. ไม่มีผู้ดูแลและไม่สามารถติดตามทางโทรศัพท์ได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

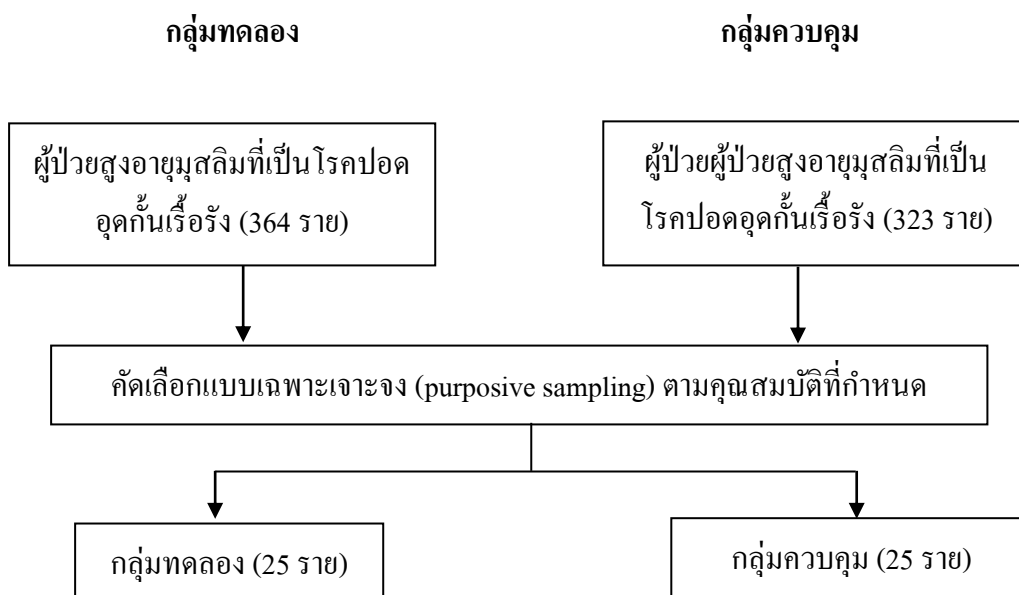
ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบโดยใช้โปรแกรม จีสตาร์เพาเวอร์ (G*Power) (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ด้วยวิธี t – test independent samples โดยการทดสอบแบบทางเดียวและกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ .05 นำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในงานวิจัยของอาดิสสะห์ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการบูรณาการการวางแผนจำหน่าย ร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถในการจัดการอาการและสภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาคำนวณขนาดค่าอิทธิพล (Effect size = d) ได้เท่ากับ 0.7 และอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.8 อัตราส่วนการจัดสรรขนาดตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (Allocation ratio N_2/N_1) เท่ากับ 1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 รายรวมทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 50 ราย (ภาคผนวก ก)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ muslim ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชนสองแห่งในจังหวัดภาคใต้ ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ และมีสิ่งแวดล้อมที่คล้ายคลึงกัน ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. เลือกผู้ป่วยสูงอายุ muslim ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง แห่งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 364 ราย และแห่งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 323 ราย

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าแต่ละกลุ่มโดยการจับคู่ให้มีความใกล้เคียงกัน (Homogeneous selection) ในด้านอายุ เพศ และระดับความรุนแรงของโรคที่ผ่านมา 1 เดือน ในการมารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเป็นการควบคุมแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลในการทดลอง จนครบกลุ่มละ 25 ราย ดังนี้



ภาพ 3. ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบาก ตามวิถีอิสลาม โดยแนวคิดการจัด การอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และแนวคิดวิถีมุสลิมกับการดูแลสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่คลินิก โรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรังและการติดตามทางโทรศัพท์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย ดังนี้

1. แนวปฏิบัติโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็น โรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เป็นการดูแลผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง โดยการสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องการจัดการอาการหายใจลำบากที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้ป่วย พร้อมทั้งฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบาก สำหรับครั้งที่ 3-5 เป็นการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามปัญหา

และอุปสรรคในการจัดการอาการหายใจลำบากขณะผู้ป่วยพักที่บ้าน และครั้งที่ 6 เป็นการประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบาก (ภาคผนวก ข)

2. แผนกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุ muslim ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่ประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ muslim ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งแผนการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุ muslim ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบากที่มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้ป่วยการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย การพ่นยา การไออย่างถูกวิธี การออกกำลังกายร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการประเมินผล (ภาคผนวก ข)

3. คู่มือส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุ muslim ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยคู่มือ ประกอบด้วย เนื้อหา 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1) แบบทบทวนประสบการณ์การประเมินอาการและการจัดการอาการหายใจลำบาก เป็นข้อมูลที่ได้รับจากการสอบถามจากผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 โดยผู้วิจัยจดบันทึกลงไป เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูย้อนหลังสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี และสิ่งที่ควรปรับปรุง ซึ่งผู้วิจัยจะทบทวนทุกครั้งที่พบผู้ป่วย ส่วนที่ 2) เป็นส่วนที่จะสร้างแรงบันดาลใจแก่ผู้ป่วยในการจัดการอาการหายใจลำบาก ซึ่งมีเนื้อหาซึ่งเกี่ยวกับวิถี muslim กับการดูแลสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้ป่วย ประกอบด้วย ท่วงท่าในการละหมาดที่มีผลต่อความแข็งแรงของปอด การอ่านอัลกรุอันมีส่วนช่วยให้ลดความเครียด การรับประทานอาหารที่อาลาและตอยฮิบัน ส่วนที่ 3) ใบความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเรียนรู้ ส่วนที่ 4) เป็นแบบบันทึกความสม่ำเสมอในการจัดการอาการหายใจลำบาก เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการบันทึกความต่อเนื่องในการจัดการอาการหายใจลำบาก โดยบันทึกทุกครั้งหลังจากพบผู้วิจัย (โดยเริ่มต้นจากช่องที่ 1 หลังจาก 1 วันที่พบผู้วิจัยจนถึงช่องที่ 7 ถือว่าครบ 1 สัปดาห์ และบันทึกทุกวัน/ทุกสัปดาห์ ในกรณีที่มีการติดตามทางโทรศัพท์ก็จะใช้หลักการเดียวกัน คือ เริ่มต้นจากช่องที่ 1 หลังจาก 1 วันที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามจนถึงช่องที่ 7 ถือว่าครบ 1 สัปดาห์) (ภาคผนวก ข)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิ การรักษา ระดับการศึกษา ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ และรายได้จำนวน 8 ข้อ (ภาคผนวก ค)

2. แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ข้อมูลประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะเวลา 1 ปี ความรุนแรงของโรค สถานบริการที่ไปรับการรักษา การช่วยเหลือตนเองเมื่อมีอาการหายใจลำบาก จำนวน 5 ข้อ (ภาคผนวก ก)

3. แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว สูบบุหรี่ การเลี้ยงสัตว์มีขนในบ้าน การใช้ยากันยุงในบ้าน สถานที่อยู่อาศัย สมาชิกในครอบครัว การกำจัดขยะมูลฝอย และข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล ได้แก่ บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อมีอาการหายใจลำบาก บุคคลที่ดูแลเรื่องความสะอาดภายในบ้าน บุคคลที่ดูแลเรื่องการหุง/หาอาหาร บุคคลที่ช่วยเหลือจัดยา บุคคลที่พาไปโรงพยาบาล/สถานบริการ จำนวน 11 ข้อ (ภาคผนวก ก)

4. แบบสอบถามความสามารถการประเมินอาการหายใจลำบาก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของคอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และของอาดีละห์ (2559) จำนวน 9 ข้อ (ภาคผนวก ก)

โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 5 เท่ากับ 4 คะแนน หมายถึง เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากผู้ป่วยจะปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นๆ ทุกครั้ง เช่น เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ปฏิบัติตามข้อคำถามทั้ง 4 ครั้ง

ระดับ 4 เท่ากับ 3 คะแนน หมายถึง เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากผู้ป่วยจะปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นๆ มากกว่าที่จะไม่ปฏิบัติ เช่น เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ปฏิบัติตามข้อคำถาม 3 ครั้ง ไม่ปฏิบัติตามข้อคำถาม 1 ครั้ง

ระดับ 3 เท่ากับ 2 คะแนน หมายถึง เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากผู้ป่วยจะปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นๆ เท่ากับที่ไม่ปฏิบัติ เช่น เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ปฏิบัติตามข้อคำถาม 2 ครั้ง ไม่ปฏิบัติตามข้อคำถาม 2 ครั้ง

ระดับ 2 เท่ากับ 1 คะแนน หมายถึง เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากผู้ป่วยจะปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นๆ น้อยกว่าที่ไม่ปฏิบัติ เช่น เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ปฏิบัติตามข้อคำถาม 1 ครั้ง ไม่ปฏิบัติตามข้อคำถาม 3 ครั้ง

ระดับ 1 เท่ากับ 0 คะแนน หมายถึง เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากผู้ป่วยจะไม่ปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นๆเลย เช่น เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ไม่ปฏิบัติตามข้อคำถามทั้ง 4 ครั้ง

โดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาจัดลำดับคะแนนการจัดการอาการหายใจลำบาก โดยจัดลำดับแบบอิงเกณฑ์คำนวณหาอันตรายภาคขึ้น (ชูศรี, 2544) โดยใช้สูตร

คะแนนเฉลี่ยสูงสุด - คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด
จำนวนช่วง

โดยกำหนดจำนวนช่วงคะแนน ดังนี้

0.01-1.33 ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับน้อย

1.34-2.66 ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับปานกลาง

2.67-4.00 ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับมาก

5. แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และของอาดิละห์ (2559) จำนวน 23 ข้อ (ภาคผนวก ก)

โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 5 เท่ากับ 4 คะแนน หมายถึง เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากผู้ป่วยจะปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นๆ ทุกครั้ง เช่น เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ปฏิบัติตามข้อคำถามทั้ง 4 ครั้ง

ระดับ 4 เท่ากับ 3 คะแนน หมายถึง เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากผู้ป่วยจะปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นๆ มากกว่าที่จะไม่ปฏิบัติตาม เช่น เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ปฏิบัติตามข้อคำถาม 3 ครั้ง ไม่ปฏิบัติตามข้อคำถาม 1 ครั้ง

ระดับ 3 เท่ากับ 2 คะแนน หมายถึง เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากผู้ป่วยจะปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นๆ เท่ากับที่ไม่ปฏิบัติตาม เช่น เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ปฏิบัติตามข้อคำถาม 2 ครั้ง ไม่ปฏิบัติตามข้อคำถาม 2 ครั้ง

ระดับ 2 เท่ากับ 1 คะแนน หมายถึง เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากผู้ป่วยจะปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นๆ น้อยกว่าที่ไม่ปฏิบัติตาม เช่น เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ปฏิบัติตามข้อคำถาม 1 ครั้ง ไม่ปฏิบัติตามข้อคำถาม 3 ครั้ง

ระดับ 1 เท่ากับ 0 คะแนน หมายถึง เมื่อเกิดอาการหายใจลำบากผู้ป่วยจะไม่ปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นๆ เลย เช่น เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ไม่ปฏิบัติตามข้อคำถามทั้ง 4 ครั้ง

โดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาจัดลำดับคะแนนการจัดการอาการหายใจลำบาก โดยจัดลำดับแบบอิงเกณฑ์คำนวณหาอันตรภาคชั้น (ชูศรี, 2544) โดยใช้สูตร

คะแนนเฉลี่ยสูงสุด - คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด
จำนวนช่วง

โดยกำหนดจำนวนช่วงคะแนน ดังนี้

0.01-1.33 ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับน้อย

1.34-2.66 ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับปานกลาง

2.67-4.00 ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับมาก

6. แบบประเมินภาวะอาการหายใจลำบาก เป็นการประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากโดยตัวผู้ป่วยเอง ประเมินโดยการประยุกต์ใช้แบบประเมินอาการหายใจลำบากแบบตัวเลข (dyspnea numerical rating scale) โดยผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากของตนเองทั้งหมด 3 ครั้ง ได้แก่ 1) ขณะพักในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 2) ในรอบวันที่ผ่านมา และ 3) ขณะประเมินอาการ โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอน ยาว 10 เซนติเมตร กำหนดคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน เริ่มจากคะแนน 0 ด้านซ้ายมือ หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไปจนถึงปลายสุดทางขวามือ คะแนน 10 หมายถึง มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ซึ่งคัดแปลงมาจาก (อาดีละห์, 2559) โดยคัดแปลงภาษาที่เขียนในแต่ละข้อของการประเมิน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในข้อคำถามให้ชัดเจนขึ้น (ภาคผนวก ก)

โดยแบ่งช่วงคะแนนเพื่อแปลความหมายความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ดังนี้
ไม่มีอาการหายใจลำบาก คะแนนความรุนแรงเท่ากับ 0

มีอาการหายใจลำบากรุนแรงเล็กน้อย คะแนนความรุนแรงอยู่ระหว่าง 1-4

มีอาการหายใจลำบากรุนแรงปานกลาง คะแนนความรุนแรงอยู่ระหว่าง 5-6

มีอาการหายใจลำบากรุนแรงมาก คะแนนความรุนแรงอยู่ระหว่าง 7-10

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ความตรงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) แผนกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) คู่มือส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 4) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (แบบสอบถาม) นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์

ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคทรวงอก จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ถูกต้องและชัดเจน และมีข้อเสนอแนะในเรื่องกิจกรรมโดยให้ญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมให้มากขึ้น เพิ่มการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย และพื้นที่ ในคู่มือส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรปรับปรุงเรื่องภาพให้มีความชัดเจน เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นได้ชัด และแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก ควรมีการจัดให้เป็นหมวดหมู่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแยกตอบได้สะดวก หลังจากได้คำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและแบบประเมินภาวะอาการหายใจลำบากไปทดลองใช้เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

ความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก ที่ได้ปรับปรุงแก้ไข ด้านภาษาและความตรงตามเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงจากความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก เท่ากับ .95 ส่วนแบบประเมินภาวะอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินสภาวะอาการหายใจลำบากของอาดีละห์ (2559) มาใช้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการทำวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำของพยาบาลประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่มแนะนำตัวโดยละเอียดแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงข้อมูลอย่างเพียงพอและครบถ้วน อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนของการวิจัย และระยะเวลาของการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามปัญหา

หรือข้อสงสัยก่อนให้ความร่วมมือในการร่วมทำการวิจัย อีกทั้งแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ที่จะตัดสินใจ เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมการทำการวิจัย หรือเมื่อเข้าร่วมแล้วกลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะถอนตัวออกจากการทำวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัยแต่อย่างใด และไม่มีผลต่อการได้รับการต่อกรบริการ หรือการรักษา กับกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น และการวิจัยครั้งนี้จะมีการนำเสนอที่ไม่เจาะจงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่จะเป็นการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมทั้งหมด และจะมีการเก็บความลับของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด หากมีข้อสงสัยหรือปัญหาในระหว่างทำการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมด้านความรู้ ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การจัดการอาการหายใจลำบาก วิถีมุสลิม เพื่อจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.2 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาแล้ว ให้คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์ พิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ทั้ง 2 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาการหายใจลำบาก ที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้ง 2 แห่ง

1.4 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ทั้ง 2 แห่ง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดต่างๆ และขอความร่วมมือในการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เตรียมตัวผู้วิจัยทั้งด้านความรู้ โดยทบทวนงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังการจัดการอาการ การใช้เครื่องมือ และการนำไปโปรแกรมไปใช้

1.6 เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 4 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายวิธีการใช้แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และภาวะอาการหายใจลำบาก

ก่อน-หลังทดลองเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 4 คน คือ พยาบาลพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 1 ปี และไม่ได้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยแยกเก็บข้อมูลโรงพยาบาลละ 2 คน ทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการประเมินอาการหายใจลำบาก ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และแบบประเมินภาวะอาการหายใจลำบาก (ภายหลังจากได้รับการชี้แจงรายละเอียดข้อมูลในแบบสอบถามเกี่ยวกับรายละเอียดของแต่ละข้อคำถาม รวมถึงแบบประเมินให้เป็นแนวทางเดียวกัน และมีการซักซ้อมปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อคำถามแต่ละข้อ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยแต่ละคนสามารถปฏิบัติและแก้ปัญหาเพื่อ ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และไม่เกิดอคติต่อการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง) โดยข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ช่วยวิจัยจะเก็บจากแฟ้มประวัติและการสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ความสามารถการประเมินอาการหายใจลำบาก และความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และแบบประเมินภาวะอาการหายใจลำบาก ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามแต่ละข้อให้กลุ่มตัวอย่างฟัง รวมถึงการอธิบายแต่ละข้อคำถามจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ หรือกลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามได้หากมีข้อสงสัย แล้วผู้ช่วยวิจัยทำการลงคะแนนในแบบสอบถามตามความจริงของกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนการ

หลังจากได้รับอนุญาตจากจากคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลพร้อมทั้งอธิบายประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น โดยดำเนินการวิจัยแยกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม

2.1.1 ผู้วิจัยชี้แจงช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง รวมถึงกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.1.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับอธิบายถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากงานวิจัย และขอ

ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยความสมัครใจทั้งนี้บอกให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธในการให้ข้อมูลโดยไม่มีผลกระทบในการรับบริการ ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ รวมถึงสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาและเมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าใจและยินยอมให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลเซ็นชื่อ เป็นลายลักษณ์อักษร

2.1.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อม แบบสอบถามความสามารถการประเมินอาการหายใจลำบาก แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และประเมินภาวะอาการหายใจลำบาก ก่อนการทดลอง พร้อมทั้งให้การพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การตรวจสัญญาณชีพ การซักประวัติ การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การพบแพทย์ และนัดติดตามอาการทุกๆ 1-2 เดือน โดยพยาบาลประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและทีมสหวิชาชีพ

สัปดาห์ที่ 1-7 ผู้ป่วยดูแลตนเองและดำเนินชีวิตตามปกติ

สัปดาห์ที่ 8 ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และประเมิน ภาวะอาการหายใจลำบากหลังการทดลอง โดยพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.2 กลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือ ในการทำวิจัยโดยการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วม การวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงลายมือชื่อไว้ในใบพิทักษ์สิทธิ และอธิบายการเข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอน ในโปรแกรมการทดลอง

2.2.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 “ยาบำบัดทางน” (การสลายเมือพบ) ที่คลินิกโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพูดคุยในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ใช้เวลาประมาณ 60 นาที โดยดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ โดยการกล่าวทักทาย “อัสซาลามูออลัยกุม” ขอความสันติสุขจงมีแด่ท่าน แนะนำตัวพูดคุยเรื่องสุขภาพและเรื่องทั่วไป พูดคุยถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย การมารักษา เพื่อให้สุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงเพื่อการประกอบ

อิวาคะห์ที่ต้องการใกล้ชิดอัลลอฮมากที่สุด ถ้าร่างกายไม่สมบูรณ์การทำอิวาคะห์ก็อาจจะไม่ราบรื่น และเพื่อสร้างบรรยากาศของความเป็นกันเองเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ พร้อมทั้งให้การดูแลตามปกติ

2) ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อม แบบสอบถามความสามารถการประเมินอาการหายใจลำบาก แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และแบบประเมินภาวะอาการหายใจลำบาก

3) ผู้วิจัยสอบถามการประเมินอาการหายใจลำบาก และความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผ่านมาของผู้ป่วย และทำการบันทึกตามที่ผู้ป่วยตอบลงในแบบ ทบทวนประสบการณ์การประเมินอาการและการจัดการอาการหายใจลำบาก (ในส่วนของ 1 ของคู่มือ) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูย้อนหลังเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการประเมิน อาการหายใจลำบาก และความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับรู้ข้อมูล ในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี และสิ่งที่ควรปรับปรุง

4) ชมเชยสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องแล้ว รวมถึงการเน้นย้ำการดูแล สุขภาพร่างกายให้สมบูรณ์ เพื่อการประกอบอิวาคะห์ตามที่ผู้ป่วยต้องการ พร้อมทั้งสร้างแรงบันดาลใจ เกี่ยวกับในเรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อการประกอบอิวาคะห์ ทั้งนี้ ส่วนแต่ความประสงค์ของอัลลอฮ “อินชาอัลลอฮ”

5) ร่วมกันวางแผนเพื่อจัดการอาการหายใจลำบากในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ ไม่ดีร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการหายใจลำบากได้ถูกต้อง

6) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรม “เนียต”(การตั้งเจตนา) ในสิ่งที่ร่วมกัน วางแผน และปฏิบัติในครั้งนี้ เพื่อความเมตตาจากอัลลอฮชุบบาฮานะฮูวะตาอาลา (อัลลอฮองค์เดียว เท่านั้นที่จะรับรู้การเนียตในครั้งนี้)

7) ผู้วิจัยให้ความรู้ เรื่องการจัดการอาการหายใจลำบากที่มีความ สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้ป่วย ได้แก่ สำคัญ ดังนี้ (1) การละหมาด โดยการใช้ท่า สูดคือ การก้มลงกราบ จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความแข็งแรงของปอด พร้อมทั้งเป็นการฝึกสมาธิ ซึ่ง เกิดขึ้นในขณะที่การเปลี่ยนท่าอย่างกลมกลืนในขณะที่ละหมาด (2) การอ่าน อัลกรุอ่าน ซึ่งเป็นการนึก ถึงอัลลอฮทำให้มีสมาธิ และช่วยลดภาวะเครียด ทั้งนี้เพราะ โดยเนื้อหาในอัลกรุอ่านเกี่ยวข้องกับการ คูอาร์ที่กล่าวถึงความอดทน การคูอาร์ที่กล่าวถึงความเมตตาคุ้มครอง การคูอาร์ที่กล่าวถึงการ ขอบคุน และการคูอาร์ที่รำลึกต่ออัลลอฮ นอกจากนี้การเปล่งเสียงอ่านอัลกรุอ่านยังช่วยส่งเสริมการ ขยายตัวของปอด (3) การรับประทานอาหารที่สะอาด และคอยยิบัน เพื่อช่วยให้มีการสร้างเนื้อเยื่อที่ดี แก่ร่างกาย (4) การประเมินอาการหายใจลำบาก เพื่อการจัดการอาการหายใจลำบากที่ถูกต้อง (5) การ

หลักเลี้ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการหายใจลำบาก (6) การรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ด้วยวิธีการพูดคุย ถามและตอบกับผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเป็นกันเอง

8) ผู้วิจัยฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย ทักษะการพ่นยา ทักษะการไออย่างถูกวิธี การออกกำลังกายร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับทักษะที่ฝึกไปทั้งหมด พร้อมชมเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง

9) ผู้วิจัยแจกคู่มือส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พร้อมทั้งอธิบายการใช้คู่มือในแต่ละส่วนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1) แบบทบทวนประสบการณ์การประเมินอาการและการจัดการอาการหายใจลำบาก เป็นข้อมูลที่ได้รับจากการสอบถามจากผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 แล้วผู้วิจัยจดบันทึกข้อมูลที่ได้นในคู่มือส่วนที่ 1 เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถคุยย้อนหลังว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้ดีและควรปรับปรุงในด้านไหน ซึ่งผู้วิจัยจะมีการทบทวนทุกครั้งที่พบผู้ป่วย ส่วนที่ 2) เป็นส่วนที่จะสร้างแรงบันดาลใจแก่ผู้ป่วยในการจัดการอาการหายใจลำบาก ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิถีมุสลิมกับการดูแลสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้ป่วย ส่วนที่ 3) ไขความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเรียนรู้ ที่สอดคล้องกับการรักษาและบริบทของผู้ป่วย ส่วนที่ 4) เป็นแบบบันทึกความสม่ำเสมอในการจัดการอาการหายใจลำบาก เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีการบันทึกความต่อเนื่องในการจัดการอาการหายใจลำบาก โดยบันทึกทุกครั้งหลังจากพบผู้วิจัย (เริ่มต้นจากช่องที่ 1 หลังจาก 1 วันที่พบผู้วิจัยจนถึงช่องที่ 7 ถือว่าครบ 1 สัปดาห์ และบันทึกทุกวัน/ทุกสัปดาห์ ในกรณีที่มีการติดตามทางโทรศัพท์ก็จะใช้หลักการเดียวกัน คือ เริ่มต้นจากช่องที่ 1 หลังจาก 1 วันที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามจนถึงช่องที่ 7 ถือว่าครบ 1 สัปดาห์)

10) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และผู้ดูแล ได้ซักถามถึงปัญหาและอุปสรรค โดยมีผู้วิจัยคอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และร่วมกันแก้ปัญหาพร้อมกับผู้ป่วยและญาติ

11) ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยและผู้ดูแลที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีก 3 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 “ดีอะตุลลอ” (พบกันที่เดิม) ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพูดคุยในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ใช้เวลาประมาณ 45 นาที โดยดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการกล่าวทักทาย “อัสซาลามูออลัยกุม” ขอความสันติสุขจงมีแด่ท่าน เพื่อให้ผู้ป่วยและทำให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจโดยการพูดคุยเรื่อง การปฏิบัติตามสัญญาของผู้ป่วยถือเป็นสิ่งจะอย่างหนึ่งที่ผู้ป่วย

ปฏิบัติ และได้รับผลบุญไม่ต่างจากการทำอโงะหิระหะต่างๆ ยิ่งการปฏิบัติตามสัจจะที่ส่งผลให้สุขภาพดีแล้วผลบุญก็จะยิ่งทวีคูณ

2) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรม “เนียด” (การตั้งเจตนา) ในสิ่งที่จะปฏิบัติในครั้งนี้ เพื่อความเมตตาจากอัลลอฮ์ชุบบาฮานะฮฺวะตาอาลา คือ อัลลอฮ์องค์เดียวเท่านั้นที่จะรับรู้การเนียดในครั้งนี้

3) ค้นหาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการจัดการอาการหายใจลำบาก ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตลอด 3 สัปดาห์ ที่ผ่านมาขณะอยู่ที่บ้าน

4) ผู้วิจัยทบทวนการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผ่านมาของผู้ป่วย ปฏิบัติได้ถูกต้อง และไม่ถูกต้อง พร้อมชมเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องให้กำลังใจ และปรับปรุงในสิ่งที่ปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง โดยการให้ความรู้และทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการอาการหายใจลำบากที่มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้ป่วย ด้วยวิธีพูดคุย ถามและตอบกับผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเป็นกันเอง

6) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับทักษะการจัดการอาการหายใจลำบากที่ได้ฝึกมาทั้งหมด พร้อมสังเกตว่าผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องหรือไม่ พร้อมเพิ่มเติมส่วนที่ขาดหายไป เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

7) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามปัญหาและอุปสรรคในการจัดการอาการหายใจลำบากในครั้งนี้ โดยที่ผู้วิจัย คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และแก้ไขปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

8) ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการทางโทรศัพท์อีก 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 3-5 สัปดาห์ที่ 5-7 โดยการติดตามทางโทรศัพท์ขณะผู้ป่วยพักที่บ้าน “แกแจะ ตาลีโฟน” โดยการพูดคุยทางโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที โดยดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ โดยการใช้โทรศัพท์ โดยการกล่าวทักทาย “อัสซาลามูออลัยกุม” ขอความสันติสุขจงมีแด่ท่านพูดคุยเพื่อสร้างความไว้วางใจ ในเรื่องต่างๆ ไป เช่น ตอนนี้สุขภาพผู้ป่วยเป็นอย่างไร สามารถประกอบอโงะหิระหะที่ต้องการได้หรือไม่ และมีการขอคู่มือเพื่ออัลลอฮ์ทรงตอบรับในสิ่งที่กำลังปฏิบัติมากน้อยแค่ไหน เพราะผู้ป่วยและญาติจะได้ในสิ่งที่ต้องการ คือ ผลบุญจากการปฏิบัติในคุนฮา (โลก) ไปสู่วันอะคีร์ติ (วันสิ้นโลก)

2) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรม “เนียด”(การตั้งเจตนา) ในสิ่งที่จะปฏิบัติทุกครั้ง เพื่อความเมตตาจากอัลลอฮ์ชุบบาฮานะฮฺวะตาอาลา คือ อัลลอฮ์องค์เดียวเท่านั้นที่จะรับรู้การเนียดในครั้งนี้

3) ผู้วิจัยค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการอาการหายใจลำบากใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาขณะที่ผู้ป่วยพักที่บ้าน

4) ผู้วิจัยทบทวนการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผ่านมาของผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง และไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งสอบถามวิธีการจัดการอาการที่ผู้ป่วยปฏิบัติไปในทิศทางใด ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการจัดการดีขึ้นหรือไม่

5) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ซักถามปัญหาและอุปสรรคในการจัดการอาการหายใจลำบากในครั้งนี้ โดยที่ผู้วิจัย คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และแก้ไขปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

6) ผู้วิจัยนัดติดตามอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์อีก 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 6 และ 7) และนัดติดตามอาการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสัปดาห์ที่ 8

ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 8 “ซาบียตีอับต” (ถึงที่หมาย) ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการดูแลตามปกติและพูดคุยในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ใช้เวลาประมาณ 20 นาที โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการกล่าวทักทาย “อัสซาลามูออลัยกุม” ขอความสันติสุขจงมีแก่ท่าน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ

2) ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก

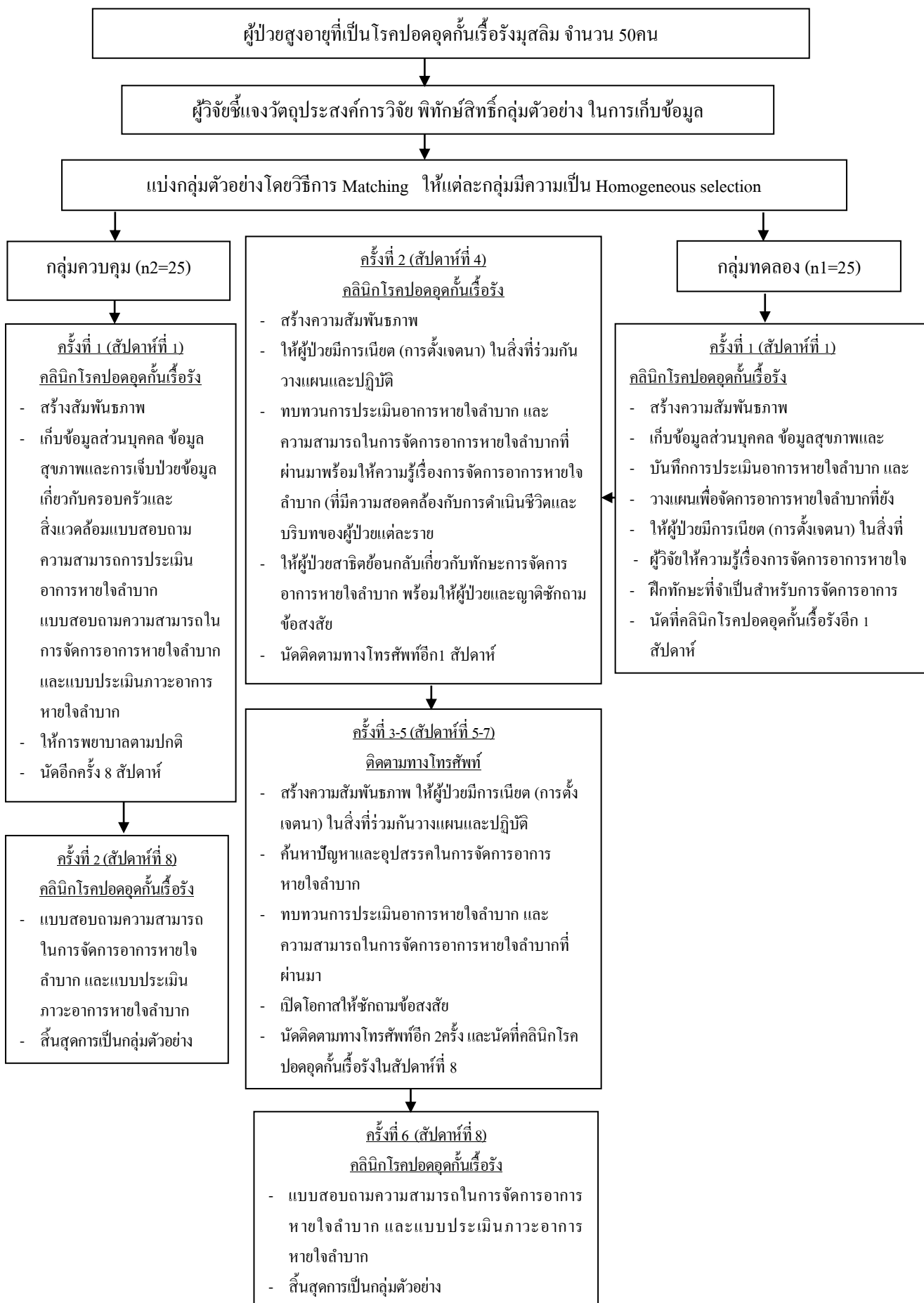
3) ผู้วิจัยประเมินภาวะอาการหายใจลำบาก โดยใช้แบบประเมินภาวะอาการหายใจลำบาก

4) ผู้วิจัยสรุปผลการประเมินประสิทธิภาพการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบเพื่อการปรับวิธีการจัดการอาการหายใจลำบากให้มีประสิทธิภาพต่อไป

5) ผู้วิจัยสรุปผลการดำเนินโปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

6) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและญาติพร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและญาติรำลึกอยู่เสมอว่าอัลลอฮ์ทรงเห็น และทรงรับรู้ทุกอย่าง อัลลอฮ์เป็นผู้ทรงยิ่งใหญ่

เหนือสิ่งใด การปฏิบัติและการกระทำทุกอย่างอยู่ภายใต้ความประสงค์ของอัลลอฮ์ “อินชาอัลลอฮ์”
และยุติการเข้าร่วมโปรแกรม



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติอ้างอิง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยโดยใช้สถิติความถี่ และร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ในข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย โดยหาค่าคะแนนที่มีค่าต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบการแจกแจงเป็นปกติ (test of normality) โดยใช้สถิติสถิติ Kolmogorov-Sminov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และทดสอบความแปรปรวน (homogeneity of variances) ระหว่างชุดข้อมูลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Levene's test พบว่า ข้อมูลทั้งสองกลุ่มมีความแปรปรวนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. วิเคราะห์คะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากโดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)
5. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติอิสระ (Independent t-test)
6. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากโดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test)
7. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งใน โดยทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 50 ราย ซึ่งแบ่งที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และแห่งที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

1. สมมติฐานข้อที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. สมมติฐานข้อที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. สมมติฐานข้อที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม

4. สมมติฐานข้อที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64 และ 56 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 60) (SD = 7.61) กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 64) (SD= 5.31) สถานภาพสมรสทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68 เท่ากัน) สิทธิการรักษาทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ เป็นสิทธิผู้สูงอายุ (ร้อยละ 88 และ 96 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการศึกษาสายสามัญมากที่สุด (ร้อยละ 56 และ 68 ตามลำดับ) ระดับการศึกษาศาสนา ทั้ง 2 กลุ่มศึกษาดาดิคา และอื่น ๆ เช่น มัธยม กลุ่มทดลอง ร้อยละ 44 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 36 การประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 64) กลุ่มควบคุมทำเกษตรกรรม ร้อยละ 44 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวเท่ากับ 2,001-4,000 บาท มากที่สุดทั้ง 2 กลุ่ม (ร้อยละ 48 และ 44 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 56 กลุ่มควบคุมมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 48 เมื่อนำมาข้อมูลมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติไคสแควร์และสถิติทีอิสระ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่าทั้ง สองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและทดลอง ด้วยสถิติไคสแควร์ (n1 = 25, n2 = 25)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n1 = 25)		กลุ่มทดลอง (n2 = 25)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.333 ^a	0.564
ชาย	14	56	16	64		
หญิง	11	44	9	36		
อายุ (ปี)	(M = 67.32, SD = 5.31, Min = 64, Max = 82)		(M = 69.40, SD = 7.61, Min = 62, Max = 91)		0.155 ^b	0.268
60-69 ปี	16	64	15	60		
70-79 ปี	8	32	7	28		
80-89 ปี	1	4	2	8		
90-99 ปี	0	0	1	4		
สถานภาพสมรส					1.0 ^a	0.619
คู่	17	68	17	68		
หม้าย	8	32	8	32		
สิทธิการรักษา					1.420 ^a	0.492
จ่ายเอง	1	4	2	8		
บัตรทอง	0	0	1	4		
ผู้สูงอายุ	24	96	22	88		
ระดับการศึกษาสามัญ					0.820 ^a	0.664
ไม่ได้รับการศึกษา	17	68	14	56		
ประถมศึกษา	7	28	10	40		
มัธยมศึกษา	1	4	1	4		
ระดับการศึกษาศาสนา					0.450 ^a	0.930
ไม่ได้รับการศึกษา	5	20	5	20		
ตาดีกา	9	36	11	44		
อับดีดาอี	2	8	2	8		
อื่น ๆ	9	36	7	28		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n1 = 25)		กลุ่มทดลอง (n2 = 25)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ					3.504 ^a	0.471
ค้าขาย	2	8	2	8		
เกษตรกร	11	44	7	28		
ธุรกิจส่วนตัว	1	4	0	0		
อื่นๆ	11	44	16	64		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน					15.873 ^a	0.146
น้อยกว่า 2,000	11	44	10	40		
2,001-4,000	11	44	12	48		
4,001-6,000	3	12	2	8		
6,001-8,000	0	0	0	0		
8,001-10,000	0	0	1	4		
ความเพียงพอรายได้					2.936 ^a	0.230
ไม่เพียงพอ	8	32	14	56		
เพียงพอ	12	48	8	32		
เพียงพอเหลือเก็บ	5	20	3	12		

a = Pearson Chi-Square, b = Independent t.-test * p < .05

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีประวัติเคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 96 และ 92 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการสูบบุหรี่ 31-40 ปี และ มากกว่า 41 ปี (ร้อยละ 28 เท่ากัน) กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการสูบบุหรี่ 21-30 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 40) ส่วนจำนวนมวนที่สูบ ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่สูบน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 มวน/วัน (ร้อยละ 95.8 เท่ากัน) ส่วนระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม อยู่ในระยะ 1-5 ปี มากที่สุด โดยกลุ่มทดลอง ร้อยละ 48 และ กลุ่มควบคุม ร้อยละ 72 ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีประวัติเคยเข้ารับการรักษากรองพยาบาลในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 80 และ 88 ตามลำดับ) เป็นการการรักษแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 1-2 ครั้ง ทั้ง

2 กลุ่ม (ร้อยละ 100 และ 90.90 ตามลำดับ) และมีประวัติเคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง มากที่สุดทั้ง 2 กลุ่ม (ร้อยละ 30 และ 45.45 ตามลำดับ) สำหรับอาการหนักที่เคยประสบที่ผ่านมา พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีอาการหายใจลำบากเมื่อเดินเร็ว (ร้อยละ 64 และ 68 ตามลำดับ) ส่วนประวัติการรักษา ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่รักษาโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 88 และ 100 ตามลำดับ) กรณีเมื่อมีอาการหายใจลำบาก ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ มีแนวทางการช่วยเหลือ โดยการพ่นยาขยายหลอดลมทันทีเมื่อมีอาการ (ร้อยละ 100 และ 92 ตามลำดับ) รองลงมาใช้วิธีการนั่งฟุบ (ร้อยละ 88 และ 92 ตามลำดับ) และนี่ก็ถึงอัลลอส (ร้อยละ 84 และ 80 ตามลำดับ) ยาที่ได้รับประทาน ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ ใช้ยาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 88 และ 80 ตามลำดับ) และเมื่อนำมาข้อมูลมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติไคสแควร์และสถิติทีอิสระ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 2

เปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n1 = 25, n2 = 25)

ข้อมูลสุขภาพและ การเจ็บป่วย	กลุ่มควบคุม (n1 = 25)		กลุ่มทดลอง (n2 = 25)		χ ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประวัติการสูบบุหรี่					0.355 ^a	0.552
ไม่เคยสูบ	2	8	1	4		
เคยสูบ	23	92	24	96		
กรณีที่เคยสูบ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่					13.418 ^a	0.339
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	6	24	6	24		
21-30 ปี	10	40	4	16		
31-40 ปี	5	20	7	28		
มากกว่า 41 ปี	2	8	7	28		
จำนวนมวนที่สูบ/วัน					12.39 ^a	0.088
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 มวน/วัน	23	92	23	92		
21-40 มวน/วัน	0	0	1	4		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค					7.728 ^a	0.461
1-5 ปี	18	72	12	48		
6-10 ปี	6	24	10	40		

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพและ การเจ็บป่วย	กลุ่มควบคุม (n1 = 25)		กลุ่มทดลอง (n2 = 25)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ในระยะเวลา 1 ปี เคยเข้ารับการรักษารพ.					0.595 ^a	0.440
ไม่เคย	3	12	5	20		
เคย	22	88	20	80		
ผู้ป่วยนอก					2.111 ^a	0.550
1-2 ครั้ง	20	90.9	20	100		
3 ครั้ง	2	9.09	0	0		
ผู้ป่วยใน					2.900 ^a	0.401
1-2 ครั้ง	10	45.45	6	30		
3 ครั้ง	1	4.54	0	0		
เวลามีอาการหนักขนาดใด					4.029 ^a	0.258
สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ	4	20	4	20		
มีอาการหายใจ	17	68	16	64		
ลำบากเมื่อเดินเร็ว						
มีข้อจำกัดในการเดินได้น้อย	3	12	1	4		
ต้องหยุดพักหายใจ	0	0	3	12		
ประวัติการรักษา					3.191 ^a	0.203
โรงพยาบาลชุมชน	25	100	22	88		
อื่นๆ	0	0	3	12		
แนวทางการช่วยเหลือ (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)						
พ่นยาขยายหลอดลม	23	92	25	100	2.671 ^a	0.099
นั่งฟูบ	23	92	22	88	1.563 ^a	0.781
หายใจแบบเป่าปาก	21	84	18	72	2.123 ^a	0.097
นึกถึงอัลลอย	20	80	21	84	2.001 ^a	0.159
ไปรับการรักษาที่	18	72	16	64	0.992 ^a	0.211
โรงพยาบาล						
อื่นๆ หมอบ้าน	8	32	11	44	1.941 ^a	0.159

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพและ การเจ็บป่วย	กลุ่มควบคุม (n1 = 25)		กลุ่มทดลอง (n2 = 25)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ยาที่ผู้ป่วยรับประทาน					0.595 ^a	0.440
ยาโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง	20	80	22	88		
ยารักษาโรคร่วม	5	20	3	12		

a = Pearson Chi-Square, b = Independent t.-test * p < .05

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 56 สำหรับการมีสัตว์เลี้ยงมีขน พบว่า กลุ่มทดลองมี ร้อยละ 72 ส่วนกลุ่มควบคุมมี ร้อยละ 24 และทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีการใช้ยากันยุง (ร้อยละ 76 และ 100 ตามลำดับ) ส่วนบ้านและที่อยู่อาศัย พบว่า กลุ่มทดลองมีบ้านและที่อยู่อาศัยในแหล่งที่มีการเผาถ่าน และอยู่ริมถนนมากที่สุดเท่ากัน ร้อยละ 32 รองลงมา คือ บ้านเดี่ยวนก/แพะ/แกะ ร้อยละ 24 ส่วนกลุ่มควบคุมมีบ้านอยู่ริมถนน ร้อยละ 52 รองลงมา คือ บ้านเดี่ยวนก/แพะ/แกะ ร้อยละ 28 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการกำจัดขยะมูลฝอย โดยการเผามากที่สุด (ร้อยละ 60 และ 56 ตามลำดับ) การอยู่อาศัยในครอบครัว พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอาศัยอยู่คนเดียวมากที่สุด (ร้อยละ 48 และ 44 ตามลำดับ) ทั้ง 2 กลุ่มมีบุคคลที่ให้การดูแลเมื่อมีอาการ (ร้อยละ 84 และ 100 ตามลำดับ) ดูแลความสะอาดภายในบ้าน (ร้อยละ 72 และ 88 ตามลำดับ) ดูแลเรื่องการหุงหาอาหาร (ร้อยละ 72 และ 88 ตามลำดับ) จัดยา (ร้อยละ 56 และ 76 ตามลำดับ) และ พาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 92 และ 88 ตามลำดับ)

ตาราง 3

เปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n1 = 25, n2 = 25)

ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว และสิ่งแวดล้อม	กลุ่มควบคุม (n1 = 25)		กลุ่มทดลอง (n2 = 25)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่					1.282 ^a	0.258
มี	14	56	10	40		
ไม่มี	11	44	15	60		
เลี้ยงสัตว์เลี้ยงมีขน					11.538 ^a	0.391
มี	6	24	18	72		
ไม่มี	19	76	7	28		
ในครอบครัวใช้ยากันยุง					6.818 ^a	0.009
มี	0	0	6	24		
ไม่มี	25	100	19	76		
บ้าน/สถานที่อยู่อาศัยใกล้เสียง					13.267 ^a	0.021
มีการเผาถ่าน	0	0	8	32		
เลี้ยงนก/แพะ/แกะ	7	28	6	24		
อยู่ใกล้ที่ทิ้งขยะ	3	12	0	0		
บ้านอยู่ริมถนน	13	52	8	32		
ขายซียาง	2	8	2	8		
อื่นๆ	0	0	1	4		
การกำจัดขยะมูลฝอย					2.508 ^a	0.474
เผา	14	56	15	60		
ใส่ถังขยะ	11	44	8	32		
อื่นๆ	0	0	2	8		
สมาชิกครอบครัว					1.022 ^a	0.600
อยู่กัน 2 คน	8	32	5	20		
อยู่กับลูกหลาน	6	24	8	32		
อื่นๆ อยู่คนเดียว	11	44	12	48		

a = Pearson Chi-Square, b = Independent t.-test * p < .05

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว และสิ่งแวดล้อม	กลุ่มควบคุม (n1 = 25)		กลุ่มทดลอง (n2 = 25)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อมีอาการ					5.556 ^a	0.062
ไม่มี	0	0	4	16		
มี	25	100	21	84		
บุคคลที่ช่วยดูแลความสะอาดภายในบ้าน					2.000 ^a	0.157
ไม่มี	3	12	7	28		
มี	22	88	18	72		
บุคคลที่เป็นผู้ดูแลเรื่องการหุง/หาอาหาร					2.000 ^a	0.157
ไม่มี	3	12	7	28		
มี	22	88	18	72		
บุคคลที่ช่วยเหลือเรื่องการจัดยา					2.228 ^a	0.136
ไม่มี	6	24	11	44		
มี	19	76	14	56		
บุคคลที่พาท่านไปโรงพยาบาล					0.232 ^a	0.637
ไม่มี	3	12	2	8		
มี	22	88	23	92		

a = Pearson Chi-Square, b = Independent t.-test * p < .05

ส่วนที่ 4 ผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย

สมมุติฐานข้อที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบาก ตามวิถีอิสลามสูงกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 26.75, p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองเท่ากับ 64.64 ($SD = 3.79$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 37.80 ($SD = 3.27$) (ดังรายละเอียดตาราง 4)

ตาราง 4

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ที่อิสระ ($N = 50$)

หลังการทดลอง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความสามารถในการจัดการ อาการหายใจลำบาก	37.80	3.27	64.64	3.79	26.75	000**

** $p < .001$

สมมติฐานข้อที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่ำกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.58, p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.08 ($SD = 1.07$) และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะอาการหายใจลำบากของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 5.80 ($SD = 0.64$) (ดังรายละเอียดตาราง 5)

ตาราง 5

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนสถานะของอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ (N = 50)

หลังการทดลอง	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ภาวะอาการ หายใจลำบาก	5.80	0.64	รุนแรง	4.08	1.07	รุนแรง เล็กน้อย	6.58	.000**

** p < .001

สมมติฐานข้อที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม พบว่า คะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.21, p < .05$) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคก่อนการได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามเท่ากับ 46.76 (SD = 2.94) และค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลังการได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามเท่ากับ 60.24 (SD = 3.79) (ดังรายละเอียดตาราง 6)

ตาราง 6

เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการ ($n = 25$)

กลุ่มทดลอง	ก่อนได้รับ โปรแกรม		หลังได้รับ โปรแกรม		t	p-value
	M	SD				
ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก	46.76	2.94	60.64	3.79	-3.21	.004*

* $p < .05$

สมมติฐานข้อที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่ำกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม พบว่า คะแนนภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม ต่ำกว่า ก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.58, p < 001$) โดยคะแนนค่าเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนการได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามเท่ากับ 5.12 (SD = 1.23) และคะแนนค่าเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามเท่ากับ 4.08 (SD = 1.07) (ดังรายละเอียดตาราง 7)

ตาราง 7

เปรียบเทียบ คะแนนสถานะของอาการหายใจลำบากระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการ (n = 25)

หลังการทดลอง	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
สถานะของ อาการหายใจ ลำบาก	5.12	1.23	รุนแรง	4.08	1.07	ปานกลาง เล็กน้อย	6.58	.000**

** p < .001

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 ประเมินผลโดยการวัดค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบาก ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอการอภิปราย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เพราะเพศชายเคยมีประวัติ การสูบบุหรี่มาเป็นเวลานาน (สุภภรณ์, 2548) ที่ส่งผลให้เกิด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มากกว่าเพศหญิง ด้านอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยสูงอายุมากที่สุด ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ทำให้มีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซน้อยลง และจำนวน ไยอีลาสตินและความยืดหยุ่นของถุงลมลดลง ส่งผลให้ความยืดหยุ่นของปอดลดลง ดังนั้น ผู้สูงอายุที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรค ส่งผลให้มีอาการหายใจลำบาก

ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดอาการหนึ่ง (วัชรรา, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะพบมากในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ (เบญจมาศ, 2556; GOLD, 2015) นอกจากนี้ด้วยพยาธิสภาพ ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคไปอย่างช้า ๆ ในช่วงระยะของโรคจะไม่แสดงอาการต่อเมื่อผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากที่รุนแรง ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ มีผู้ดูแลขณะเจ็บป่วยเป็นบุตรหลานและคู่สมรส เนื่องจากอิสลามมีหลักการเกี่ยวกับจริยธรรมการดูแลบุคคลในครอบครัวที่ชัดเจน โดยที่บุคคลในครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแล ให้ความมั่นคง ความปลอดภัย รวมถึงการให้เกียรติซึ่งกันและกันของบุคคลในครอบครัว (เสาวนีย์, 2535) ด้านการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการศึกษาหรือสำเร็จ การศึกษาระดับประถม ศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ ตอนปลายและผู้สูงอายุ จึงไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาสายศาสนา คือ การศึกษาระดับตติย และมัธยม ซึ่งมีความเชื่อทางศาสนาโดยมีองค์อัลลอฮ์เป็นสิ่งยึดเหนี่ยว จิตใจ ด้านรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพดังกล่าว ข้างต้น ส่วนหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่พึ่งพาสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ ประกอบกับการมี เหตุการณ์ไม่สงบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่กล้าออกไปประกอบอาชีพ โดยเฉพาะการกรีดยางกลางคืน และจำนวนสมาชิกในครอบครัวอาศัยค่อนข้างมาก คือ 3-8 คน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีประวัติเคยสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลาเกินกว่า 20 ปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่รายงานมา สาเหตุสำคัญของการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การมีประวัติการสูบบุหรี่รวมถึงระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (วัชรรา, 2555; สังวาล, 2550) ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีประวัติเคยเข้ารับการรักษาของโรงพยาบาลในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นการการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 1-2 ครั้ง และมีประวัติเคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง ทั้งนี้เพราะส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องมาจากสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพภูมิอากาศของพื้นที่ที่มีความชื้นสูง การเลี้ยงสัตว์บริเวณบ้าน การมีแหล่งเผาถ่าน และการตั้งบ้านเรือนริมถนนร่วมกับพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้ป่วยเอง สอดคล้องกับการศึกษาของพิมลพรรณ (2550) ที่พบว่า ปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก ได้แก่ สภาพแวดล้อมและอากาศ โดยเฉพาะอากาศเย็น มีผลทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบากมากขึ้น ดังนั้นทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย สำหรับอาการหนักที่เคยประสบที่ผ่านมา พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีอาการหายใจลำบากเมื่อเดินเร็ว และกรณีเมื่อมีอาการหายใจลำบาก ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ มีแนวทางการ

ช่วยเหลือ โดยการพ่นยาขยายหลอดลมทันทีเมื่อมีอาการ ทั้งนี้เพราะตัวยาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด และช่วยลดอาการหายใจลำบาก (วัชรา, 2555) และการพ่นยาเมื่อมีอาการเป็นความรู้พื้นฐานที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ (ดวงรัตน์, 2554) นอกจากนี้วิธีการที่สำคัญ คือ การนึกถึงอัลลอฮ์ ด้วยมุสลิมนทุกคนมีพระเจ้าเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีที่พึ่ง ไม่โดดเดี่ยว (ยูซุฟและสุภัทร, 2550)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่มากกว่า ร้อยละ 40 มีสัตว์เลี้ยงมีขน มากกว่า ร้อยละ 72 และมีบ้านและที่อยู่อาศัยในแหล่งที่มีการเผาถ่าน และอยู่ริมถนนมากที่สุด รวมถึงการเลี้ยงนก/แพะ/แกะ มากกว่า ร้อยละ 20 และการกำจัดขยะมูลฝอย โดยการเผามากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจ รวมถึงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการมีอาการหายใจลำบาก (Spector et al, 2007) สำหรับการอยู่อาศัยแม้ทั้ง 2 กลุ่มจะอาศัยอยู่ตามลำพัง แต่มีบุตรหลานอาศัยอยู่ใกล้เคียง ดังนั้นจึงมีผู้คอยช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลเมื่อมีอาการหายใจลำบาก การดูแลความสะอาดภายในบ้าน การดูแลเรื่องการหุงหาอาหาร การจัดยา รวมถึงการพาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งมุสลิมส่งเสริมให้สร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัว และเครือญาติ ห้ามตัดขาดญาติพี่น้อง ผู้ใดที่ตัดขาดญาติพี่น้อง อัลลอฮ์จะตัดขาดผู้นั้น (มานี, 2544)

ส่วนที่ 4 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากหลังได้รับ โปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ข้อ 2 ข้อ 3 และ ข้อ 4 โดยสามารถอภิปรายผลการศึกษาดังกล่าวได้ดังนี้

ประการแรก อาจเป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง ทั้งนี้

เพราะผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การมีอาการ การรับรู้อาการของตนเอง ความสามารถในการประเมิน ความรุนแรง และการตอบสนองต่ออาการ (Dodd et al., 2001) ซึ่งดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้ให้แนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการที่ชัดเจน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้ง่าย โดยโปรแกรมมีจุดเน้นที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การประเมินประสบการณ์อาการหายใจลำบาก ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีรับรู้อาการหายใจลำบาก การประเมินอาการหายใจลำบาก และการตอบสนองต่ออาการหายใจลำบาก ด้วยแบบสอบถามความสามารถในการประเมินอาการหายใจลำบาก และความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก การส่งเสริมวิธีการจัดการอาการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นการส่งเสริมผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ เรื่อง การจัดการอาการหายใจลำบากที่มีความสอดคล้องกับความเป็นมุสลิม พร้อมทั้งการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบาก และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ด้วยการติดตามทางโทรศัพท์ และการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการหายใจลำบาก ซึ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น และมีภาวะอาการหายใจลำบากลดลง และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และได้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อการปรับปรุง (Dodd et al., 2001)

ประการที่ 2 อาจจะเป็นผลมาจากขั้นตอนในการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบาก โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดวิถีมุสลิมกับการดูแลสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนวคิดที่สำคัญมีดังนี้

การเนียต (การตั้งเจตนา) เป็นฐานสำคัญในการทำงานต่างๆ การงานของมนุษย์จะถูกตอบรับหรือไม่ขึ้นอยู่กับที่ตั้งใจ ผู้ใดที่ประกอบกรงานใดๆด้วยใจที่บริสุทธิ์ หวังในความโปรดปรานจากอัลลอฮ์องค์เดียว แน่ใจที่งานนั้นจะถูกตอบรับจากพระองค์เสมอ การระลึกถึงพระเจ้าเป็นวิธีการสร้างเสริมสุขภาพจิตอีกวิธีหนึ่งที่มุสลิมทั่วโลกถือปฏิบัติ (ยูซุฟและสุภัทร; 2551)

การละหมาด การละหมาด เป็นหลักปฏิบัติในศาสนาอิสลาม การละหมาดหรือทำนมาซเป็นการแสดงถึงความเคารพ และการยำเกรงต่ออัลลอฮ์ (เสาวนีย์, 2535) โดยการใช้ท่าสujud คือ การก้มลง จะทำให้ abdominal visra ไปกดกระบังลมและกระบังลมจะไปกดส่วนล่างของปอด เมื่อหายใจเข้า จะทำให้ส่วน 1 ใน 3 ที่ค้างอยู่ในปอดออกมา ส่งผลให้ปอดมีความแข็งแรงจะช่วยส่งเสริมให้เกิดความแข็งแรงของปอด พร้อมทั้งเป็นการฝึกสมาธิ ซึ่งเกิดขึ้นในขณะที่การเปลี่ยนท่าอย่างกลมกลืนในขณะที่ละหมาด (มาหะมะ, 2552)

การอ่านอัลกุรอาน ซึ่งเป็นการนึกถึงอัลลอฮ์ทำให้มีสมาธิ และช่วยลดภาวะเครียด ทั้งนี้เพราะโดยเนื้อหาในอัลกุรอานเกี่ยวข้องกับการศูอาร์ต่อพระเจ้า ประกอบด้วย (1) ศูอาร์ที่กล่าวถึงความอดทน ในอัลกุรอานซูเราะฮยาซีน (2) ศูอาร์ที่กล่าวถึงความเมตตาคุ้มครอง ในอัลกุรอานซูเราะฮอัตเตาบะฮ์ (3) ศูอาร์ที่กล่าวถึงการขอขอบคุณ (4) ศูอาร์ที่รำลึกต่ออัลลอฮ์ การอ่านบทซิกิร์ลลอฮ์ ซึ่งทำ

ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกใกล้ชิดกับพระเจ้า มีความอบอุ่นใจ รู้สึกไม่โดดเดี่ยว มีความอดทนอดกลั้น พร้อมเผชิญกับปัญหาที่จะเกิดขึ้น จนทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และลดความเครียด (ดำรงค์, 2548)

การรับประทานอาหารที่มีข้อกำหนดตามหลักการของอิสลาม คือ การรับประทานอาหารที่ฮาลาล (เป็นที่อนุมัติ) อาหารที่ฮาลาลจะช่วยสร้างเนื้อเยื่อต่าง ๆ จะมีส่วนในการเสริมสร้างจิตวิญญาณที่บริสุทธิ์ การรับประทานอาหารตอยยิบัน (อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ) การเลือกอาหารที่มีความเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง รับประทานอาหารในที่ที่พอประมาณ ไม่เกินขอบเขตความพอดี เพื่อให้ร่างกายมีความสมบูรณ์แข็งแรง (ยูซุฟและสุภัท, 2551)

ประการที่ 3 การใช้สื่อ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้ให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยเนื้อหาและภาษาที่เข้าใจง่าย ตัวอักษรชัดเจนมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ และมีภาพประกอบการปฏิบัติทุกขั้นตอนที่ชัดเจน กลุ่มตัวอย่างสามารถนำคู่มือส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปอ่านทบทวนที่บ้านได้ ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการป้องกันและจัดการอาการหายใจลำบากได้ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ซึ่งการมีคู่มือในการปฏิบัติตัวที่บ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินตนเองและเตือนอาการของการเกิดอาการหายใจลำบากได้ทันทั่วทั้ง และสามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ด้วยตนเองที่บ้าน ดังกาญจนา (2551) ได้กล่าวไว้ว่า องค์ประกอบของคู่มือเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้คู่มือเป็นคู่มือที่ดี มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เพื่อให้ความรู้ แนวทางและข้อเสนอแนะให้ปฏิบัติตามได้ โดยให้ผู้ใช้อ่านเข้าใจ และสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของไพรัช (2550) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คู่มือการประเมินอาการเริ่มหายใจเหนื่อยหอบกำเริบด้วยตนเองที่บ้าน มีอัตราการเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบกำเริบเฉียบพลันน้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจมาโรงพยาบาลเร็วกว่า ส่งผลให้อัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้คู่มือ) สอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ (2557) เรื่อง การใช้สื่อการสอนพ่นยาต่อความสามารถในการปฏิบัติ ของผู้ป่วยมุสลิม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โดยใช้สื่อวีดิทัศน์สอนพ่นยาภาษามลายู และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมุสลิม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติชนิดขยายหลอดลม และชนิดลดการอักเสบของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจากได้รับการสอนพ่นยาโดยใช้สื่อภาษามลายูมากกว่าก่อน ได้รับการสอนพ่นยาโดยใช้สื่อภาษามลายูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$)

ประการที่ 4 การนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งในบางกิจกรรมอาจจะปฏิบัติได้ลำบากกว่ากลุ่มอื่น แต่ผู้ป่วยมีผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญใน

การเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ โดยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมาร่วมโปรแกรมทุกครั้ง และให้ความสนใจ และใส่ใจในสิ่งที่ผู้วิจัยได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งความช่วยเหลือผู้ป่วยในการร่วมกิจกรรมในโปรแกรม เช่น การพ่นยา การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การแสดงความคิดเห็นในเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ตลอดจนการบันทึกความสม่ำเสมอในการจัดการอาการหายใจลำบากแก่ผู้ป่วยระหว่างที่อยู่ที่บ้านด้วย นอกจากนี้ผู้ดูแลคอยให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการจัดการอาการอย่างถูกต้องเสมอมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอมและจุก (2550) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ เผชิญกับสถานการณ์เจ็บป่วยได้ดี การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ลดการรับรู้ความเครียดที่มีผลต่ออาการหายใจลำบากได้ นอกจากนี้สิ่งที่อิสลามได้บัญญัติไว้ว่า การเอาใจใส่ต่อครอบครัว เครือญาติ สนใจชีวิตของกันและกัน เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวพยายามอย่างสุดความสามารถที่จะฟื้นฟูอุปสรรค เพื่อนำบุคคลใกล้ชิดไปสู่ทางที่ถูกต้อง เช่น การติดตาม ตักเตือนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (เพ็ญญา, 2555; สัลมา, 2554)

ประการที่ 5 วิธีการจัดกิจกรรม โดยการให้ความรู้และการฝึกทักษะเป็นรายบุคคล และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ มีความเข้าใจ มีโอกาสซักถามเกี่ยวกับการจัดการอาการหายใจลำบากได้อย่างทั่วถึง และฝึกทักษะได้อย่างถูกต้อง ที่จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมโรค ลดอาการกำเริบของโรค เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ลดาวัลย์, ชดช้อย, และพีระพงศ์, 2554)

ประการที่ 6 การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ถือเป็นวิธีการที่สำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการอาการหายใจลำบากได้มากขึ้น โดยจากโปรแกรมนี้อาการหายใจลำบากได้รับการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 5 ถึง สัปดาห์ที่ 7 หลังเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลระหว่างการจัดการอาการในขณะที่อยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้ตรงกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากได้อย่างถูกต้อง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่า การติดตามทางโทรศัพท์เป็นวิธีการที่ดี ติดต่อกันสะดวก รวดเร็ว และสามารถให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างรวดเร็ว (ศิริวัฒน์, 2551)

ผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสามารถจัดการอาการหายใจลำบาก และภาวะอาการหายใจลำบากดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและมีภาวะอาการหายใจลำบากที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ส่วนกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากระหว่างการทำการศึกษาเป็นช่วงที่สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดเก็บข้อมูลในไตรมาสที่สอง เพื่อเก็บข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงทำให้ทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการให้ความรู้ และแนวทางการดูแลแก่ผู้ป่วยที่เข้มข้นมากกว่าปกติ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดเลือกเข้ามาในการศึกษาครั้งนี้ อาจจะมีการรู้ตัว เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุมเช่นกัน

ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม โดยใช้แนวทางการจัดการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และแนวคิดวิถีมุสลิมกับการดูแลสุขภาพมีจุดเน้น โดยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ ซึ่งจะมีผลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามมีผลต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากที่ดีขึ้น ดังนั้นการจัดการอาการหายใจลำบากดังกล่าว ต้องมีชุดกิจกรรมใน โปรแกรมที่มีความชัดเจน มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยและมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ การร่วมกิจกรรมต้องเป็นไปอย่างสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหายใจลำบากได้ดีกว่าเดิม และสามารถยืนยันถึงประสิทธิภาพของ โปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมา

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 แห่ง จำนวน 50 ราย ซึ่งแห่งที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และแห่งที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนเมษายน – มิถุนายน 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 แนวปฏิบัติโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เป็นการดูแลผู้ป่วยในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องการจัดการอาการหายใจลำบากที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้ป่วย พร้อมทั้งฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบาก สำหรับครั้งที่ 3-5 เป็นการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการจัดการอาการหายใจลำบากขณะผู้ป่วยพักที่บ้าน และครั้งที่ 6 เป็นการประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและภาวะอาการหายใจลำบาก

1.2 แผนการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่ประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งแผนการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบากที่มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้ป่วย เช่น การละหมาด การอ่านอัลกุรอาน การฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการ

การอาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย การพ่นยา การไออย่างถูกวิธี การออกกำลังกายร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการประเมินผล

1.3 คู่มือส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คู่มือที่ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1) แบบบททวนประสบการณ์การประเมินอาการและการจัดการอาการหายใจลำบาก เป็นข้อมูลที่ได้รับจากการสอบถามจากผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึก เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถย้อนหลังถึงการปฏิบัติของผู้ป่วย เพื่อการปรับปรุงในครั้งต่อไป ซึ่งผู้วิจัยทบทวนทุกครั้งที่พบผู้ป่วย ส่วนที่ 2) การสร้างแรงบันดาลใจแก่ผู้ป่วยในการจัดการอาการหายใจลำบาก ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิถีมุสลิมกับการดูแลสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้ป่วย ส่วนที่ 3) ใบความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรียนรู้ ส่วนที่ 4) แบบบันทึกความสม่ำเสมอในการจัดการอาการหายใจลำบาก เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลบันทึกความต่อเนื่องในการจัดการอาการหายใจลำบาก โดยบันทึกทุกครั้งหลังจากพบผู้วิจัย โดยเริ่มต้นจากช่องที่ 1 หลังจาก 1 วันที่พบผู้วิจัยจนถึงช่องที่ 7 ถือว่าครบ 1 สัปดาห์ และบันทึกทุกวัน/ทุกสัปดาห์ ในกรณีที่มีการติดตามทางโทรศัพท์ก็จะใช้หลักการเดียวกัน คือ เริ่มต้นจากช่องที่ 1 หลังจาก 1 วันที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามจนถึงช่องที่ 7 ถือว่าครบ 1 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาศาสนา อาชีพ และรายได้

2.2 แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่ และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ข้อมูลประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะเวลา 1 ปี ความรุนแรงของโรค สถานบริการที่ไปรับการรักษา และการช่วยเหลือตนเองเมื่อมีอาการหายใจลำบาก

2.3 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ การเลี้ยงสัตว์มีขนในบ้าน การใช้ยาแก้อาการในบ้าน สถานที่อยู่อาศัย สมาชิกในครอบครัว การกำจัดขยะมูลฝอย รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล ได้แก่ บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อมีอาการหายใจลำบาก บุคคลที่ดูแลเรื่องความสะอาดภายในบ้าน บุคคลที่ดูแลเรื่องการหุง/หาอาหาร บุคคลที่ช่วยเหลือจัดยา และบุคคลที่พาไปโรงพยาบาล/สถานบริการ

2.4 แบบสอบถามความสามารถในการประเมินอาการหายใจลำบาก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอคค์และคณะ (Dodd et al., 2001) และของอาดีละห์ (2559)

2.5 แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอคค์และคณะ (Dodd et al., 2001) และของอาดีละห์ (2559)

2.6 แบบประเมินภาวะอาการหายใจลำบาก เป็นการประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากโดยตัวผู้ป่วยเอง ประเมิน โดยการประยุกต์ใช้แบบประเมินอาการหายใจลำบากแบบตัวเลข (dyspnea numerical rating scale) โดยผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากของตนเองทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ขณะพักในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ครั้งที่ 2 ในรอบวันที่ผ่านมา และครั้งที่ 3 ขณะประเมินอาการผู้ป่วย โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ข้อ แต่ละข้อ มีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอน ยาว 10 เซนติเมตร กำหนดคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน เริ่มจากคะแนน 0 ด้านซ้ายมือ หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไปจนถึงปลายสุดทางขวามือ คะแนน 10 หมายถึง มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ซึ่งดัดแปลงมาจากอาดีละห์ (2559)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงจากความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก เท่ากับ .95 ส่วนแบบประเมินภาวะอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินสภาวะอาการหายใจลำบากของอาดีละห์ (2559) มาใช้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุมก่อน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย 8 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรม ประกอบด้วย 1) ประสพการณ์อาการหายใจลำบาก เป็นการประเมินอาการหายใจลำบากและสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผ่านมาของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยตอบอย่างบริสุทธิ์ใจ 2) วิธีการจัดการอาการลำบาก โดยกระบวนการทบทวนการประเมินอาการหายใจลำบากและความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้รับรู้ข้อมูล ชมเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องแล้ว และร่วมกันวางแผนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการปรับปรุง ให้ความรู้ในสิ่งที่สอดคล้องกับบริบทความเป็นมุสลิม รวมทั้งการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบาก รวมถึงการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นหาปัญหาและ

อุปสรรคในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยจากผู้ป่วยเองหรือผู้ดูแลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 5 ถึง 7 และ 3) ผลลัพธ์ เพื่อประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น และมีภาวะอาการหายใจลำบากลดลง พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อมโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายในกลุ่ม โดยใช้ (Paired t-test) และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ (Independent t-test)

สามารถสรุปสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนี้

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่ำกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
4. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล ควรสนับสนุนการนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามไปใช้ในให้การพยาบาลเพื่อลดอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากโปรแกรมห้แนวทางที่ชัดเจน มีคู่มือประกอบ ดังนั้นจึงมีความง่ายต่อการนำไปใช้ และที่สำคัญช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและลดภาวะอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้โปรแกรมยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในเขตพื้นที่อื่นๆ ได้โดยการปรับปรุงเนื้อหา และสื่อการการสอนให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
2. ด้านบริหารกรพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลควรนำสนับสนุนการนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลามมาใช้ในหน่วยงาน เพื่อจะช่วยให้บุคลากร เช่น พยาบาลวิชาชีพ มีแนวทางในการให้การพยาบาลที่มีแนวทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำขั้นตอนต่างๆ ที่ใช้ในโปรแกรมมาปรับใช้กับการจัดการกับอาการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ของผู้ป่วยมุสลิม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ให้แนวทางสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน และสอดคล้องกับบริบทของมุสลิม
2. ควรทำการศึกษาผลลัพธ์ด้านภาวะอาการหายใจลำบากที่นานขึ้น เช่น ติดตามประเมินผลลัพธ์ที่ 2, 4 หรือ 6 เดือน เป็นต้น เพื่อตรวจสอบความยั่งยืนของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา สุขประเสริฐ. (2551). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองในผู้ป่วยที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- กรีธา ธรรมคำภีร์ (2556). การป้องกันโรคหืดกำเริบ. ใน บดินทร์ ขวัญนิมิตร (บรรณาธิการ), *การป้องกันสู่คุณภาพการดูแลทางอายุรกรรม* (หน้า 34-50). สงขลา: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กนกพิน อัญญา. (2551). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จตุพร จักรเงิน.(2552). *ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไปและแบบประยุกต์ต่อสมรรถภาพการทำงานของปอดและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชายชาญ โภธิรัตน์.(2550). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ), *ตำราโรคระบบทางเดินหายใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 408-443). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์
- จารุณี บันลือ. (2544). *คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จอม สุวรรณ โณ, จุก สุวรรณ โณ, และลัดดา จามพัฒน์. (2552). ปัจจัยด้านอาการหายใจเหนื่อยหอบ สมรรถนะการทำงานของปอด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *Rama Nursing Journal*, 5(1), 127-140.
- จุก สุวรรณ โณ. (2549). *ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ละเอียด จารุสมบัติ, จารุวรรณ รัตนมงคลกุล, วิรัตน์ โปกะรัตน์ศิริ, และ เวทิส ประทุมศรี.(2553). ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(2), หน้า 67-76.

- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ.(2554). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน ปราณี ทัพไพเราะ, และคณะ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2* (หน้า 17-43). กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพรส
- ดำรง แวอาลี.(2548). การเชี่ยวชาญจิตใจด้านอิสลาม. *สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข*. (กรุงเทพมหานคร; โรงพิมพ์โอ. เอส. พรินติ้ง เฮาส์.
- ทีปภา พุดปา.(2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ทศพล ลิ้มพิจารณ์กิจ, และครรชิต ลิขิตชนสมบัติ.(2551). อาการหายใจลำบากเฉียบพลัน. ใน ทศพล ลิ้มพิจารณ์กิจ (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ ครั้งที่ 2 หน้า 51-64). กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ อินเตอร์ไพร์ซ์ จำกัด.
- ธิดิกรณ์ ยอเสน. (2554).ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชั้นยาภรณ์ โพธิ์ถาวร. (2551). *ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวการปฏิบัติด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นภารัตน์ อมรพัฒน์สถาพร. (2553). ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน วสันต์ สุเมธกุล และคณะ (บรรณาธิการ). *ปัญหาทางอายุรศาสตร์ในเวชปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 234-352). กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ท.
- นวลจันทร์ พิมพ์รักษา. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลภาวะหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เบญจมาศ ช่วยชู. (2551). สรีรวิทยาาระบบทางเดินหายใจ. ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ), *ตำราโรคระบบการหายใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 20-38). กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- เบญจมาศ ช่วยชู. (2555). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน อภิรดี ศรีวิจิตร, วันชัย เศษสมฤทธิ์ฤทัย, และรุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ทันยุค 2555* (หน้า 36-49). กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.

- เบญจมาศ ช่วยชู. (2556). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์ทั่วไป* (หน้า 296-317). กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- เบญจวรรณ ถิ่นเครือจีน. (2554). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประไพวรรณ ศรีเมธาวรรคคุณ. (2552). *กิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในชนบทภาคใต้*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พรรณิภา สืบสุข. (2555). บทบาทพยาบาลกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *Journal of Nursing Science*, 29(2), 18-26.
- พิชญภา รุจิวิษชญ์. (2557). บทบาทพยาบาลกับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *Journal of Nursing Science*, 29(2), 18-26
- พิมลพรรณ เนียมหอม. (2550). *ประสบการณ์การกลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ภัทรารณ จัยเจริญ. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- มานี ชูไทย. (2544). *หลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ม.ป.ท.: ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- มาหามะ เมาะมูลา. (2552) การจัดการบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม ช่วงวัยผู้ใหญ่. ใน พงศ์เทพ สุธีรัฐดิ และยูซุฟ นิมะ (บรรณาธิการ), *การจัดการบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม 4 ช่วงวัย: วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และการดูแลระยะสุดท้าย* (หน้า 21-58) ม.ป.ท.
- ยูซุฟ นิมะ, และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (บรรณาธิการ). (2550). *การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม*. สงขลา. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (สวรส.ภาคใต้) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รจเรช พิมพากรณ์. (2550). *ผลของโปรแกรมการเรียนรู้สมรรถนะตนเอง ความวิตกกังวลและการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- รัตนนา พรหมบุตร. (2550). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการศึกษาเพื่อศึกษาการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- รสมาลิน โทธรรม. (2550). ผลของค่ายโยคะต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รสสุคนธ์ กักดีไพบุลย์สกุล. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รอฮานา อาแว. (2552). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการอ่านคัมภีร์อัล-กุรอานต่อความเครียดของผู้ป่วยเบาหวาน. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รัตตินันท์ เหมวิชัยวัฒน์. (2552). การใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารลาปางเวชสาร, 30(1),9-17.
- วรางคณา เพชรโก. (2552). ผลการส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลม่วงไข่ จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง. (2554). การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: การส่งเสริมกิจวัตรประจำวัน. ใน ศิริอร สินธุ และสุพัตรา บัวที (บรรณาธิการ), บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่องสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 10 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (พิมพ์ครั้งที่ 3) (หน้า 161-171). กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ (2554). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชรานา บุญสวัสดิ์. (2555). Trends in new guideline for COPD ใน แจ่มศักดิ์ ไชยคุณา (บรรณาธิการ), Current chest 2012 อูรเวชชร่วมสมัย 2555 (หน้า 59-70). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์.
- เวชระเบียน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา. (2557). สถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปี พ.ศ. 2555-2559. ข้อมูล ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2557.

- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. (2548). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2548)*. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- สัตมา ชูอ่อน. (2554). *การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสำหรับสตรีมุสลิมที่มีน้ำหนักเกิน*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุวรรณ โมคกา. (2554). *การจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะที่มีอาการทางคลินิกคงที่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2558) *สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2557*. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- เสฐียร พันธงสี. (2542). *ศาสนาเปรียบเทียบ*. กรุงเทพมหานคร: เบลโล่ การพิมพ์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). สปสช เขต 4 ระบุวิธีร่วมกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น และเครือข่ายบริการสุขภาพสร้างกลไกการรักษา ป้องกันการกำเริบของโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. สืบค้นเมื่อ 4 กรกฎาคม 2557, จาก <http://www.nhso.go.th/>
- อรินทยา พรหมินธิกุล. (2553). อาการเหนื่อย (Dyspnea). ใน เมตดาภรณ์ พรพัฒน์กุล (พิมพ์พิไล), และจรงค์ศักดิ์ นพคุณ (บรรณาธิการ), *อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์* (หน้า 55-66). เชียงใหม่: ทรिक ชิงค์.
- อาดิลละห์ สะไร. (2559). *ผลของโปรแกรมการบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถในการจัดการอาการและสถานะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,
- อีนิกอยยิม อัลญะฮิยะห์. (2548). *การแพทย์ตามแนวทางท่านศาสดามุฮัมมัด ชล.* (กษิดิษ ศรีสง่า, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย ศูนย์ศึกษานโยบายเพื่อการพัฒนา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (ฉบับดั้งเดิมตีพิมพ์ พ.ศ. 2548).
- อิสมาอีลุดดีเย ปะเกีย. (2555). *คู่มือผู้ป่วยและการจัดการตามหลักศาสนาอิสลาม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). บัสดานี: สำนักเลขานุการ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา.
- อิสมาแอล อาลี. (2548). *อิสลามกับการสร้างพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ: องค์ความรู้อย่างบูรณาการ*. ใน *องค์ความรู้อิสลามกับสุขภาพวะ* (หน้า 9-16). บัสดานี: โรงพิมพ์ มิตรภาพ.

- อัจฉานซ์ วังโสม. (2553). โปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากร่วมกับแรงสนับสนุนของครอบครัว การหายใจลำบากคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยรังสิต, กรุงเทพฯ.
- อัมพรพรรณ ธีรานุตร. (2542). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริพันธ์ออฟเซ็ท.
- American Lung Association. (2003). *Breathless in America: COPD treatment*. Retrieved from <http://www.carchula.ac>.
- American Thoracic Society, & European Respiratory Society. (2004). *Standards for diagnosis and management of patient with chronic obstructive pulmonary disease*. Retrieved from <http://www.thoracic.org/sections/copd/resources/copddoc.pdf>
- 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>
- Di Marco F., & et al. (2006). Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity. *Respiratory Medicine*, 100(10), 1767-1774
- 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.
- Donaldson, J. A., Wedzicha J. K., Quint, R., Baghai-Ravary, G. C. (2008). Relationship between depression and exacerbations in COPD. *European Respiratory Journal*, 32, 53-60.
- Gift, A. G. (1989). Validation of vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. *Rehabilitation Nursing*, 14(6), 323-325.
- Heffner, J. S. (2006). Update in pulmonary medicine. *Annals of International Medicine*, 145, 765-773
- Hopp, L., & Walker, J. (2009). Effectiveness of arm exercise on dyspnoea in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *JBI Library of Systemic Review*, 7(31),1352-1371.
- Janssens, T., De Peuter S., Stans L., Verleden G., Troosters T., Decramer M., & et al. (2011). Dyspnea perception in COPD: association between anxiety, dyspnea-related fear, and dyspnea in a pulmonary rehabilitation program. *Chest*, 140(3), 618-625.

- Larson. P. J., et al. (1994). Model of symptom management. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 26,272-278.
- Laurin, C., Lavoie, K. L., Bacon, S. L., Duphous, G., Lacoste, G., Cartier, A., et al. (2007). Sex differences in the prevalence of psychiatric disorder and psychological distress in patients with COPD. *Chest*, 132, 148-155.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2011). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease Revised 2011*. Retrieved March 10, 2012, from <http://www.goldcopd.com>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2013). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (update 2013)*. Retrieved March 15, 2013, from <http://www.goldcopd.com>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]. (2015). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (update 2015)*. Retrieved from http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2015.pdf
- Neuman, A., Gunnbjornsdottir, M., Tunsater, A., Nystrom, L., Franklin, K. A., Norrman, E., et al. (2006). Dyspnea in relation to symptoms of anxiety and depression: A prospective population study. *Respiratory Medicine*, 100, 1843-1849.
- Reilly, J. J., Silverman, E. K., & Shapiro, S. D. (2010). Chronic obstructive pulmonary disease. In A. S. Fauci & et al. (eds). *Harrison's principles of internal medicine* (18th ed., pp. 178-190). New York: McGraw-Hill.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2010). *Nursing care of dyspnea: The 6th vital signs in individual with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) guideline supplement*. Retrieved March 10, 2012, from <http://www.rnao.org>
- 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.
- Spector, N., Connolly, M. A., & Carlson, K. K. (2007). Dyspnea applying research to bedside practice. *American Association of Critical Care Nurses Advanced Critical Care*, 18(1), 45-60.

- Voll-Aanerud, M., Eagan, T. M., Wentzel-Larson, T., Gulsvik, A., & Bakke, P. S., (2008). Respiratory symptom COPD severity and health related quality of life in a general population sample. *Respiratory Medicine, 102*, 399-406.
- Woo, K. (2000). A pilot study to examine the relationships of dyspnea physical activity and fatigue in patients with COPD. *Journal of Clinical Nursing, 9*, 526- 533.
- World Health Organization. (2012). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Retrieved March 15, 2012, From <http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs315/en/index.html>
- 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/mediacenter/factsheets/fs315/en/index.html>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้จากการศึกษาของอาติละห์ (2559) ผลของโปรแกรมการบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อความสามารถในการจัดการอาการและสภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

$$\bar{X}_1 = 2.7 \quad \bar{X}_2 = 2.44$$

$$SD_1 = 0.38 \quad SD_2 = 0.33$$

คำนวณโดยป้อนข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูปจิสตาร์เพาเวอร์ (G*POWER) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.7 หลังจากนั้นป้อนข้อมูลโดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (1- β) เท่ากับ 0.8 อัตราส่วนการจัดสรรขนาดตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (Allocation ratio N2/N1) เท่ากับ 1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย ดังนั้นในการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างรวม 50 ราย ดังผลที่แสดงตามโปรแกรม ดังนี้ (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007)

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis:	A priori: Compute required sample size		
Input:	Tail(s)	=	One
	Effect size d	=	0.7
	α err prob	=	0.05
	Power (1- β err prob)	=	0.8
	Allocation ratio N2/N1	=	1
Output:	Noncentrality parameter δ	=	2.52
	Critical t	=	1.67
	Df	=	40
	Sample size group 1	=	22
	Sample size group 2	=	22
	Total sample size	=	44
	Actual power	=	0.8

ภาคผนวก ข

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม

ประกอบด้วย

1. แนวปฏิบัติของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเครื่องมือสำหรับบุคลากร
2. แผนการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเครื่องมือสำหรับบุคลากร
3. คู่มือส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเอกสารสำหรับผู้ป่วยและญาติ

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากตามวิถีอิสลาม

ส่วนที่ 1 คำชี้แจงโปรแกรม

ชื่อการวิจัย : ผลของ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการต่อการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

บทนำ : โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นชุดกิจกรรมที่พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยนำแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก และไม่กระทบต่อความเชื่อของผู้ป่วยประกอบด้วยปัจจัย 4 ด้าน ด้วยกัน คือ 1) ด้านประสบการณ์การมีอาการ 2) ด้านกลวิธีการจัดการอาการ 3) ด้านผลลัพธ์จากอาการ 4) ด้านปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย เป็นผลให้ผู้ป่วยสามารถสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือปฏิบัติศาสนกิจตามหลักศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือได้ได้อย่างสุขใจ ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งจะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้ผู้ป่วยผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถการจัดการอาการหายใจลำบากได้ถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วย และปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง
2. บุคลากรทางสาธารณสุขมีโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยผู้สูงอายุที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการจัดการอาการหายใจลำบากที่มีความเฉพาะเจาะจงในบริบทของความเป็นมุสลิมได้อย่างถูกต้อง

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและนับถือศาสนาอิสลาม และมีอาการคงที่ โดยไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่มีอาการหายใจล้มเหลว สามารถมีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย และภาษาท้องถิ่น ได้ รวมทั้งมีผู้ดูแลที่สามารถติดตามทางโทรศัพท์ได้

ผู้ใช้โปรแกรม : พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ระยะเวลาของการใช้โปรแกรม : 8 สัปดาห์

แผนกิจกรรมครั้งที่ 1 “ยาบัตตางัน” (การสถามเมื่อพบ) (สัปดาห์ที่ 1)

- วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม:**
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว
 2. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
 3. เพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับประสบการณ์การประเมินอาการและการจัดการอาการหายใจลำบากแก่ผู้ป่วย
 4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะการจัดการอาการหายใจลำบาก

สถานที่ : คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ระยะเวลา: 60 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของเจ้าหน้าที่	กิจกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม	วัสดุอุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว	1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ โดยการกล่าวทักทาย “อัสซาลามูออลัยกุม” ขอความสันติสุขจงมีแด่ท่าน แนะนำตัวพูดคุยเรื่องสุขภาพและแนะนำตัวพูดคุยถึงปัญหาเรื่องต่างๆ ไป พูดคุยถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย การมารักษา	1. กล่าวทักทายผู้ป่วยและญาติ 2. ยิ้มแย้ม แจ่มใส แสดงถึงความเป็นมิตรและความจริงใจ	1. กล่าวทักทายพยาบาล		5 นาที	1. ผู้ป่วยและญาติ แสดงถึงความเป็นมิตร 2. ให้ความร่วมมือในการพูดคุย และการตอบคำถาม

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมของ เจ้าหน้าที่	กิจกรรมของ ผู้เข้าร่วมโปรแกรม	วัสดุอุปกรณ์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>เพื่อให้สุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรงเพื่อการประกอบอiba คะห้ที่ต้องการใกล้ชิดอัลลอฮ มากที่สุด ถ้าร่างกายไม่สมบูรณ์ การทำ อิบาคะห้ก็อาจจะไม่ ราบรื่น และ เพื่อสร้างบรรยากาศ ของความเป็นกันเองเพื่อให้ผู้ป่วย ไว้วางใจ</p>					

คู่มือส่งเสริมการจัดการอาการหายใจ ลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิม ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



จัดทำโดย

สุนีย์ เฮะดีอะระ

นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อม

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความสามารถการประเมินอาการหายใจลำบาก

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก

ตอนที่ 6 แบบประเมินสภาวะของอาการหายใจลำบาก

8. รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน

- () 1 ไม่เพียงพอ
 () 2 เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ
 () 3 เพียงพอ เหลือเก็บ

ตอนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย

1. ประวัติการสูบบุหรี่

- () 1 ไม่เคยสูบ
 () 2 เคยสูบ
 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่..... ปี ปริมาณที่สูบ..... มวน/วัน
 ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่หรือไม่
 () สูบ () ไม่สูบ
 (ถ้าสูบ) จำนวน..... มวน/วัน
 เคยได้รับการแนะนำให้เลิกบุหรี่หรือไม่
 () เคย () ไม่เคย

2. ท่านได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ผู้รักษาว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาเป็นระยะเวลา.....ปี

3. ในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมามีท่านเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจลำบากหรือไม่

- () 1 ไม่เคย
 () 2 เคย โปรดระบุ.....
 ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก.....ครั้ง
 ได้รับการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง

4. เวลาที่มีอาการหายใจลำบากมีอาการหนักขนาดไหน

- () 0 สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติสามารถเดินขึ้นบันไดได้โดยไม่มีอาการหายใจลำบาก
 () 1 มีอาการหายใจลำบากเมื่อเดินเร็วๆ หรือขึ้นทางชัน
 () 2 มีข้อจำกัดในการเดินได้น้อยกว่าคนในวัยเดียวกัน คือ มีอาการหายใจลำบาก หรือต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นทางชัน
 () 3 ต้องหยุดพักหายใจ หลังเดินได้ระยะทางประมาณ 100 เมตร หรือต้องหยุดพัก 2-3 นาที เมื่อเดินขึ้นทางชัน
 () 4 มีอาการหายใจลำบากขณะอยู่เฉยๆ หรือขณะสวมเสื้อผ้าเครื่องแต่งกาย

5. ท่านเคยได้รับการรักษาจากที่ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - () 2 โรงพยาบาลชุมชน
 - () 3 โรงพยาบาลจังหวัด
 - () 4 คลินิก โปรตระบุญ.....
 - () 5 อื่นๆ.....
6. เมื่อมีอาการหายใจลำบาก ท่านมีแนวทางช่วยเหลือตนเองอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () 1 พ่นยาขยายหลอดลมทันทีเมื่อมีอาการ และห่างกัน 15 นาที
 - () 2 นั่งพับ
 - () 3 เป่าพัดลม
 - () 4 อยู่เฉยๆ จนกว่าอาการจะทุเลา
 - () 5 หายใจแบบเป่าปาก
 - () 6 ดื่มน้ำอุ่นๆ เพื่อลดความเหนียวของเสมหะ
 - () 7 นึกถึงอัลลอฮ์
 - () 8 ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน
 - () 9 อื่นๆ โปรตระบุญ.....
7. ยาที่ท่านรับประทานในปัจจุบัน
- () 1 ยาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โปรตระบุญยา.....
 - () 2 ยารักษาโรคร่วม โปรตระบุญยา.....
- ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อม**
1. มีสิ่งกระตุ้นเหล่านี้ในครอบครัว
- 1.1 มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่เป็นประจำ
 - () 1 มี () 2 ไม่มี
 - 1.2 เลี้ยงสัตว์ที่มีขนในบ้าน เช่น สุนัข แมว นก กระจ่าง เป็นต้น
 - () 1 มี () 2 ไม่มี
 - 1.3 ในครอบครัวใช้ยาแก้คันยุง
 - () 1 ใช้ () 2 ไม่ใช้
2. บ้าน/สถานที่อยู่อาศัย สถานที่ใกล้เคียง และสิ่งแวดล้อม
- () 1 มีการเผาถ่าน
 - ระบุงระบุงห่าง.....

- () 2 มีโรงงานแปรรูปไม้ยาง
 ระบุระยะห่าง.....
- () 3 เลี้ยงนก/แพะ/แกะ/วัว/กระต่าย
 ระบุระยะห่าง.....
- () 4 อยู่ใกล้ที่ทิ้งขยะ
 ระบุระยะห่าง.....
- () 5 บ้านอยู่ริมถนน
 ระบุระยะห่าง.....
- () 6 ชายข้าง / มุสลิม
 ระบุระยะห่าง.....
- () 7 อื่นๆ
 โปรดระบุ.....
3. การกำจัดขยะมูลฝอย
- () 1 เเผา () 2 ฝัง
 () 3 ใส่ถังขยะ เพื่อรอเจ้าหน้าที่มาเก็บ () 4 อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. สมาชิกครอบครัว
- () 1 อยู่กัน 2 คน ได้แก่ สามี/ภรรยา
 () 2 อยู่กับลูกกับหลาน ได้แก่ บุตรสาว/บุตรชาย/หลานสาว/หลานชาย/สะใภ้/เขย
 () 3 อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อท่านมีอาการหายใจลำบาก
- () ไม่มี
 () มี ถ้ามี โปรดระบุ.....
6. บุคคลที่ช่วยท่านดูแลความสะอาดภายในบ้าน
- () 1 ไม่มี เพราะ.....
 ท่านจัดการอย่างไร.....
- () 2 มี โปรดระบุ.....
7. บุคคลที่เป็นผู้ดูแลเรื่องการหุง/หาอาหารให้ท่าน
- () 1 ไม่มี เพราะ.....
 ท่านจัดการอย่างไร.....
- () 2 มี โปรดระบุ.....

8. บุคคลที่ช่วยเหลือเรื่องการจัดยาในแต่ละวันให้ท่าน
- () 1 ไม่มี เพราะ.....
ท่านจัดการอย่างไร.....
- () 2 มี ไปรกระบุ.....
9. บุคคลที่พาท่านไปโรงพยาบาล/สถานบริการ เมื่อท่านมีอาการหายใจลำบาก
- () 1 ไม่มี เพราะ.....
ท่านจัดการอย่างไร.....
- () 2 มี ไปรกระบุ.....

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความสามารถการประเมินอาการหายใจลำบาก

คำชี้แจง: แบบสอบถามความสามารถการประเมินอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามที่ต้องการทราบว่าผู้ป่วยมีการประเมินอาการหายใจลำบากลำบากที่ผ่านมาอย่างไร และปฏิบัติบ่อยมากน้อยแค่ไหน ซึ่งผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความจริงที่ผู้ป่วยปฏิบัติ ซึ่งมีการจัดคะแนน 4, 3, 2, 1 และ 0 ดังนี้

ความถี่ในการปฏิบัติ	การแปลผล	คะแนน
ปฏิบัติทุกครั้ง	เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ปฏิบัติตามข้อคำถามทั้ง 4 ครั้ง	4
ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ปฏิบัติตามข้อคำถาม 3 ครั้ง ไม่ปฏิบัติตามข้อคำถาม 1 ครั้ง	3
ปฏิบัติบ่อยปานกลาง	เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ปฏิบัติตามข้อคำถาม 2 ครั้ง ไม่ปฏิบัติตามข้อคำถาม 2 ครั้ง	2
ปฏิบัติน้อย	เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ปฏิบัติตามข้อคำถาม 1 ครั้ง ไม่ปฏิบัติตามข้อคำถาม 3 ครั้ง	1
ไม่ปฏิบัติเลย	คือ เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ไม่ปฏิบัติตามข้อคำถามทั้ง 4 ครั้ง	0

ความสามารถในการประเมินอาการหายใจลำบาก	ปฏิบัติ ทุกครั้ง (4)	ปฏิบัติ เป็นส่วน ใหญ่ (3)	ปฏิบัติ บ่อย ปานกลาง (2)	ปฏิบัติ น้อย (1)	ไม่ ปฏิบัติ เลย (0)
1. ฉันประเมินอาการหายใจลำบากจากอาการไอในตอนเช้าที่เพิ่มมากขึ้น					
2. ฉันประเมินอาการหายใจลำบาก จากการเปลี่ยนสีของเสมหะ หรือเสียงครืดคราดในคอ หรือเสียงหวีด					
3. ฉันประเมินอาการหายใจลำบาก จากอาการหายใจเร็วและตื่นที่เกิดขึ้นติดๆ กัน					

ความสามารถในประเมินอาการหายใจลำบาก	ปฏิบัติ ทุกครั้ง (4)	ปฏิบัติ เป็นส่วน ใหญ่ (3)	ปฏิบัติ บ่อย ปานกลาง (2)	ปฏิบัติ น้อย (1)	ไม่ ปฏิบัติ เลย (0)
4. ฉันประเมินอาการหายใจลำบาก จาก ความรู้สึกอึดอัดในอก หรืออาการแน่น หน้าอก					
5. ฉันประเมินอาการหายใจลำบาก จากการที่ ฉันต้องใช้กล้ามเนื้อคอและไหล่ในการ หายใจเข้าฉันต้องใช้กล้ามเนื้อคอและไหล่ ในการหายใจเข้า					
6. ฉันประเมินอาการหายใจลำบาก จาก ความถี่ในการพ่นยา หรือความถี่ที่มี อาการหายใจเหนื่อย					
7. ฉันประเมินอาการหายใจลำบากจากการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง					
8. ฉันประเมินอาการหายใจลำบาก จากการที่ ฉันต้องหยุดงานที่กำลังทำ เนื่องจากอาการ กำเริบขึ้น					
9. ฉันประเมินอาการหายใจลำบากจากการ ขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการทำ กิจกรรมบางอย่าง เช่น การหยิบของ การ ตก เป็นต้น					

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก

คำชี้แจง: แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากสำหรับผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามที่ต้องการทราบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่ผ่านมาอย่างไร และปฏิบัติบ่อยมากน้อยแค่ไหน ซึ่งผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความจริงที่ผู้ป่วยได้ใช้ โดยให้คะแนน 4, 3, 2, 1 และ 0 ดังนี้

ความถี่ในการปฏิบัติ	การแปลผล	คะแนน
ปฏิบัติทุกครั้ง	เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ปฏิบัติตามข้อคำถามทั้ง 4 ครั้ง	4
ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ปฏิบัติตามข้อคำถาม 3 ครั้ง ไม่ปฏิบัติตามข้อคำถาม 1 ครั้ง	3
ปฏิบัติบ่อยปานกลาง	เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ปฏิบัติตามข้อคำถาม 2 ครั้ง ไม่ปฏิบัติตามข้อคำถาม 2 ครั้ง	2
ปฏิบัติน้อย	เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ปฏิบัติตามข้อคำถาม 1 ครั้ง ไม่ปฏิบัติตามข้อคำถาม 3 ครั้ง	1
ไม่ปฏิบัติเลย	คือ เกิดอาการหายใจลำบาก 4 ครั้ง ไม่ปฏิบัติตามข้อคำถามทั้ง 4 ครั้ง	0

ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก	ปฏิบัติ ทุกครั้ง (4)	ปฏิบัติเป็น ส่วนใหญ่ (3)	ปฏิบัติ บ่อย ปานกลาง (2)	ปฏิบัติ น้อย (1)	ไม่ ปฏิบัติ เลย (0)	ไม่เคย พบเหตุ การณ์
1. ฉันพ่นยาทุกครั้งเมื่อมีอาการหายใจลำบาก						
2. ฉันรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ						
3. ฉันพยายามควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยการหายใจเข้าทางจมูก และหายใจออกทางปาก						
4. ฉันนั่งพัก หรือพยายามนั่งตัวตรง โน้มตัวไปข้างหน้า หรือลดการออกกำลังกาย เมื่อมีอาการหายใจลำบาก						

ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก	ปฏิบัติ ทุกครั้ง (4)	ปฏิบัติเป็น ส่วนใหญ่ (3)	ปฏิบัติ บ่อย ปานกลาง (2)	ปฏิบัติ น้อย (1)	ไม่ ปฏิบัติ เลย (0)	ไม่เคย พบเหตุ การณ์
5. ฉันหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการ หายใจลำบาก เช่น ฝุ่นละออง ควันไฟ ควัน บุหรี ขนสัตว์ พริก หัวหอม เป็นต้น						
6. ฉันหลีกเลี่ยงหรือลดการรับประทานอาหารที่ ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก เช่น แกงมัสมั่น นาซิดาเม บูดู ลูกเนียง ลูกสะค่อ เป็นต้น						
7. ฉันพยายามลดการทำงานหนัก เช่น กรีดยาง ปลูกผัก ค้อนวัว กวาดบ้าน เป็นต้น						
8. ฉันใช้เทคนิคการสงวนพลังงาน เช่น วางอุปกรณ์ ต่างๆ ไว้ใกล้ตัว ละหมาดในท่านั่งหรือนอน นั่งอาบน้ำ นั่งสระผม นั่งหุงข้าว เป็นต้น						
9. ฉันออกกำลังกายที่พอเหมาะ เพื่อให้กล้ามเนื้อ ปอดมีความแข็งแรง เช่น การเดินแกว่งแขน การบริหารการหายใจ เป็นต้น						
10. ฉันหลีกเลี่ยงสถานที่ที่ทำให้เกิดอาการหายใจ						
11. ฉันบอกสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการปรุง อาหารที่เหมาะสมกับโรคของฉัน						
12. ฉันแนะนำสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนๆ ให้ ไปสูบบุหรี่ให้ไกลจากตัวฉัน						
13. ฉันสร้างความอบอุ่นแก่ร่างกาย โดยการสวม เสื้อผ้าหนาๆ เมื่ออากาศเปลี่ยนแปลง						
14. เมื่อฉันมีอาการหายใจลำบาก ฉันจะขอ ความ ช่วยเหลือบุคคลในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เป็นต้น						
15. เมื่อฉัน ไม่มีแรงกดกระบอกพ่นยา ฉันจะขอ ความช่วยเหลือจากญาติ						
16. เมื่อฉันพ่นยาแล้วอาการหายใจลำบากยังไม่ทุเลา ฉันรีบไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที						
17. ฉันไปตรวจตามแพทย์นัดเสมอ						

ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก	ปฏิบัติ ทุกครั้ง (4)	ปฏิบัติเป็น ส่วนใหญ่ (3)	ปฏิบัติ บ่อย ปานกลาง (2)	ปฏิบัติ น้อย (1)	ไม่ ปฏิบัติ เลย (0)	ไม่เคย พบเหตุ การณ์
18. ฉันรำลึกและต้องยอมรับเสมอว่า อัลลอสเป็นผู้ ประทานโรคลงมา และฉันต้องยอมรับกับสิ่ง						
19. ฉันรำลึกและต้องยอมรับเสมอว่า การประทาน โรคของอัลลอสนั้น ต้องประทานยารักษาโรค						
20. เมื่อนึกถึงอัลลอส ทำให้ฉันมีแรงในการดูแล ตัวเอง เพื่อลดอาการหายใจลำบากทุกครั้ง						
21. แม้ฉันถือศีลอด เวลามีอาการหายใจลำบาก ฉัน ก็รับประทานยา หรือพ่นยาขยายหลอดลม						
22. ฉันใช้วิธีการผ่อนคลายเมื่อเกิดอาการหายใจ ลำบาก เช่น การนึกถึงอัลลอส การซิกรูดลอส การขอคูอาร์ เป็นต้น						
23. ฉันต้องดูแลตนเองให้มีความสมบูรณ์ เพื่อการ ประกอบอิบาดะห์ตามที่อัลลอสประสงค์						

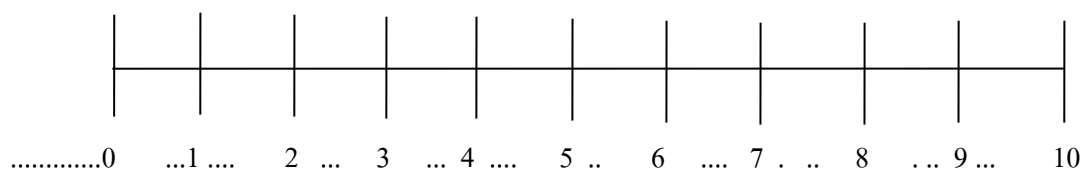
ตอนที่ 6 แบบประเมินภาวะอาการหายใจลำบาก

คำชี้แจง : พยาบาลประเมินสถานะของอาการหายใจลำบากที่แสดงถึงผลลัพธ์ของการรับรู้ของอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย จากเป็นเส้นตรงที่มีลักษณะยาว 10 เซนติเมตร

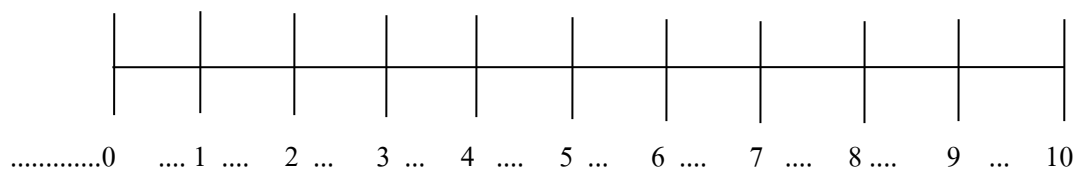
ทางด้านซ้ายสุด ที่ตำแหน่ง 0 เซนติเมตร หมายถึง ท่านไม่มีอาการหายใจลำบาก
ตรงกึ่งกลาง ที่ตำแหน่ง 5 เซนติเมตร หมายถึง อาการหายใจลำบากปานกลาง
ทางขวาสุด ที่ตำแหน่ง 10 เซนติเมตร หมายถึง มีอาการหายใจลำบากมากที่สุด

โปรดให้ท่านทำเครื่องหมาย × ลงบนเส้นตรง เพื่ออธิบายอาการหายใจลำบากของท่าน ใน 3 ช่วง ได้แก่ 1) ช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 2) รอบหนึ่งวันที่ผ่านมา และ 3) ขณะประเมินอาการ

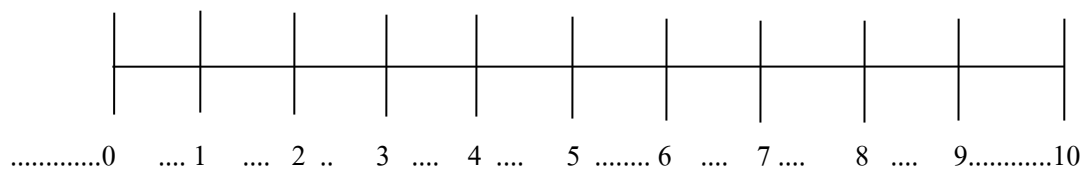
1. ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการหายใจลำบากรุนแรงที่สุดเท่าใด



2. รอบ 1 วัน ที่ผ่านมา ท่านมีอาการหายใจลำบากรุนแรงที่สุดเท่าใด



3. ขณะนี้ ท่านมีอาการหายใจลำบากรุนแรงที่สุดเท่าใด



ภาคผนวก ก

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ดิฉัน นางสาวสุนีย์ เฮะคือระ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการต่ออาการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการและลดอาการหายใจลำบากได้

การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อม แบบสอบถามความสามารถการประเมินอาการหายใจลำบากแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก

แบบประเมินสภาวะของอาการหายใจลำบาก ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที พร้อมทั้งดำเนินการวิจัยโดยการให้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในสัปดาห์แรกใช้เวลา 60 นาที สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 45 นาที หลังจากนั้นเมื่อท่านพักอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามอาการรวมทั้งให้คำแนะนำในการจัดการอาการของท่าน ในสัปดาห์ที่ 5-7 ใช้เวลา 10-20 นาที และในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยประเมินผลโดยการขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก แบบประเมินสภาวะของอาการหายใจลำบาก เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมเท่านั้น

ในกรณีที่ท่านอยากยุติการเข้าร่วมวิจัย หรือมีอาการหายใจลำบากขณะเข้าร่วมวิจัยท่านสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ทุกเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่านและครอบครัวและท่านยังคงได้รับการบริการพยาบาลตามปกติ

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์ เบอร์ 089-9770761

ขอขอบคุณทุกท่านที่สละเวลาตอบแบบสอบถามและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นางสุนีย์ เฮะคือระ

.....ผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้ทราบค่าชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

.....

(.....) (.....)

..... ผู้เข้าร่วมวิจัย

พยาน

แบบฟอร์มพิกษ์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย (กลุ่มควบคุม)

ดิฉัน นางสาวสุนีย์ เฮะคือระ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการต่อการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการและลดอาการหายใจลำบากได้

การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วยแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อม แบบสอบถามความสามารถการประเมินอาการหายใจลำบากแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก แบบประเมินสภาวะของอาการหายใจลำบาก ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที หลังจากนั้นเมื่อเวลาผ่านไป 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินผลโดยการขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก แบบประเมินสภาวะของอาการหายใจลำบาก เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมเท่านั้น

ในกรณีที่ท่านอยากยุติการเข้าร่วมวิจัย หรือมีอาการหายใจลำบากขณะเข้าร่วมวิจัยท่านสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่านและครอบครัวและท่านยังคงได้รับการบริการพยาบาลตามปกติ

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์ เบอร์ 089-9770761

ขอขอบคุณทุกท่านที่สละเวลาตอบแบบสอบถามและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นางสุนีย์ เฮะคือระ

ผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้ทราบคำสั่งแจงตามรายละเอียดข้างต้น มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

.....

.....

(.....)

(.....)

.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

พยาน

ภาคผนวก ง
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. แพทย์หญิง เพชรวรรณ พึ่งรัมย์
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุศรา หมั่นศรี
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพมาส ชินวงศ์
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

