



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้สมาธิต่ออาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

มณฑา ทองดำสิง* และสุรีพร ธนศิลป์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษชั้น 12 พระราม 1 เขตปทุมวัน กทม. 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้สมาธิต่ออาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แบบแผนงานวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินงานวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในอำเภอบางพลี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยจัดให้แต่ละกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันด้าน เพศ และระดับความรุนแรงของโรค กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้สมาธิ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการกำเริบเฉียบพลัน 2) การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลัน 3) การฝึกทักษะในการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลัน 4) การปฏิบัติในการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลัน และ 5) การประเมินผลการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลัน ประเมินอาการกำเริบเฉียบพลันโดยการวัดอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก (Peak Expiratory Flow Rate: PEFR) โดยใช้ Wright Peak Flow Meter วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยาย และสถิติทดสอบที่

ผลการวิจัย:

1) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้สมาธิ มีอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก



เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้สมาธิ สามารถลดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้สมาธิ / อาการกำเริบเฉียบพลัน / ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 5 ของโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือด ภาวะซึมเศร้า อุบัติเหตุจราจร และโรคหลอดเลือดสมอง และคาดว่าในปี ค.ศ. 2020 จะเป็นสาเหตุการตายในอันดับที่ 3 ของประชากรโลก (Stang, Lydick, Silberman, Kempel, & Keating, 2000) ความเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุทำให้ร่างกายเสื่อมสมรรถภาพ เป็นภาระในการดูแลค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ธนาคารโลกได้ประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของประชากรโลกไว้มากกว่า 29 ล้านเหรียญสหรัฐ (Nathan, 2005; Stang et al., 2000) จากการสำรวจในประเทศไทย พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 คิดเป็นอัตรา 37.2 และ 42.9 ต่อประชากรแสนคน และจากการคาดประมาณความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ปี 2553 คนไทยจะเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ถึง 70.35 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกลุ่มอาการที่มีการอุดกั้นของทางเดินอากาศ มีลักษณะของการจำกัดของการไหลเวียนอากาศในปอด (Collin, Doherty, Duke, Good, Hudson, & Hyers, 2002; WHO,

2005) ทำให้หลอดลมตีบแคบ เนื้อปอดและหลอดเลือดถูกทำลายซึ่งจะรบกวนการแลกเปลี่ยนก๊าซและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ไม่สามารถกลับสู่สภาพปกติได้ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548) เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541) ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับโรคและต้องใช้เวลาในการรักษาตัวจนกว่าจะเสียชีวิตในที่สุด (วัชรนา บุญสวัสดิ์, 2547) อาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องมาใช้บริการทางสุขภาพที่แผนกห้องฉุกเฉิน ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด และต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (Kim et al., 2007) รวมทั้งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต (Groenewegen, Schols, & Wouters, 2003) และส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม (จักรี หมดล่า, จินดารัตน์ ชัยโพธิ์คำ, และปริญญ์ดา นาคาคง, 2546)

การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอัตราตายในโรงพยาบาล ประมาณร้อยละ 3-4 และอัตราตายที่ 6 เดือน ประมาณร้อยละ 33 อัตราตายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ประมาณ ร้อยละ 11-24 และอัตราตายที่ 1 ปี ประมาณร้อยละ 43-46 (พูนทรัพย์ วงศ์สุเกียรติ, 2548; ไพรัช เกตุรัตนกุล, 2549) ด้วยสาเหตุดังกล่าว



จะเห็นว่าอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ส่งผลกระทบต่อความผาสุก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

การจัดการกับอาการตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) เป็นรูปแบบหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและได้ผลดีซึ่งประกอบด้วยหลักการที่สำคัญ 3 แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ประสพการณ์เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของอาการ โดยการจัดการกับอาการอาศัยการบอกเล่าถึงประสพการณ์ของอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกับพยาบาล และการจัดการกับอาการนั้นต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ทำให้การจัดการกับอาการมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ Duangia (1999) ที่ศึกษาผลของการจัดการกับอาการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยหอบหืดกับพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหอบหืด จำนวน 35 ราย ผลการวิจัย พบว่าผลของการจัดการกับอาการร่วมกันจะเพิ่มระดับความพึงพอใจและการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษา พบว่า การฝึกปฏิบัติสมาธิมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในร่างกายและจิตใจของมนุษย์อย่างเป็นองค์รวม (สมพร เตรียมชัยศรี, 2552) สมาธิได้รับการยอมรับว่าเป็นเทคนิคเพื่อการผ่อนคลายเป็นเทคนิคการเยียวยาที่มีผลต่อร่างกาย อารมณ์ และจิตใจของมนุษย์ (Benson, 1983) การปฏิบัติสมาธิในเชิงวิทยาศาสตร์เป็นการปฏิบัติสมาธิที่ทำให้จิตใจสงบ สามารถลดความตึงเครียดได้เนื่องจากสมาธิทำให้ระดับของกรดแลคติก และระดับคอร์ติซอลในเลือดลดลง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น (กฤตยา มนูญ, 2538) การฝึกหายใจเข้าออกจะช่วยให้หายใจได้ลึก ปอดได้รับออกซิเจน ขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดการหายใจเหนื่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลจากแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ

สมาธิ (สมพร เตรียมชัยศรี, 2552) ซึ่งเป็นวิธีการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพเพื่อทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น ลดความรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดผลดีทั้งร่างกาย อารมณ์ และสังคม สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอพุนพิน จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้าน อายุ เพศ และประสพการณ์การหายใจเหนื่อยกำเริบเฉียบพลัน จากนั้น จับฉลากเพื่อจัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เครื่องตรวจสมรรถภาพปอดเพื่อประเมินอาการกำเริบเฉียบพลันโดยการวัดอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก (Peak Expiratory Flow Rate :



PEFR) โดยใช้ Wright Peak Flow Meter

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันร่วมกับการฝึกปฏิบัติสมาธิ โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากรูปแบบการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการกำเริบเฉียบพลัน 2) การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลัน 3) การฝึกทักษะในการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลัน 4) การปฏิบัติในการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลัน และ 5) การประเมินผลการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลัน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ประจำ (5 คะแนน) ถึงไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน)

การดำเนินการทดลอง

ในการทดลองครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2554 ถึง 7 เมษายน 2554 ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพูนพิณ โดยดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย โดยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นผู้ให้ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมตนเองให้เป็นผู้มีความรู้และความชำนาญในการฝึกปฏิบัติสมาธิแบบ SKT โดยฝึกปฏิบัติกับ

รศ.ดร. สมพร เตรียมชัยศรี ซึ่งเป็นผู้คิดค้นดัดแปลงวิธีการฝึกปฏิบัติสมาธิแบบนี้

1.2 เตรียมเครื่องมือ โดยจัดทำโปรแกรมการจัดการกับอาการ ร่วมกับการใช้สมาธิในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.3 เตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอำเภอพูนพิณ โดยพูดคุยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและพินิจสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในด้านอายุ เพศ และประสบการณ์การหายใจเหนื่อยกำเริบเฉียบพลัน จากนั้น จับฉลากเพื่อจัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 20 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม

1. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่พยาบาลโรงพยาบาลพูนพิณเกี่ยวกับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรู้ในการใช้ยา การดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาการรุนแรงของโรค และการควบคุมอาการกำเริบเฉียบพลันด้วยตนเอง

2. หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนนัดกลุ่มตัวอย่างประเมินสมรรถภาพปอด

3. หลังจากทดลองในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามที่นัดหมายไว้ ขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการกับอาการ แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย กล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

2.2 กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ให้ผู้เข้าร่วม



วิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. จัดโปรแกรมการจัดการกับอาการให้แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยจัดกิจกรรมแบบกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน มีรายละเอียดดังนี้

2.1 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วย ซึ่งแจ้งให้ผู้ป่วยทราบใช้เวลาในการทำกิจกรรมกลุ่มประมาณ 1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนในโปรแกรมการจัดการกับอาการ ประเมินสมรรถภาพปอด ดังนี้

2.1.1 ประเมินประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการกำเริบเฉียบพลัน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ของอาการกำเริบเฉียบพลัน การรับรู้เกี่ยวกับอาการ การประเมินอาการและการตอบสนองกับอาการ ตามมุมมองของผู้ป่วย ผู้วิจัยสอบถามถึงแนวทางการจัดการกับอาการ หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ป่วยประเมินความต้องการ ตั้งเป้าหมายในการจัดการกับอาการ

2.1.2 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย สาเหตุ อาการ การรักษารวมถึงการฝึกปฏิบัติสมาธิ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ป่วยฝึกทักษะการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลัน และการฝึกปฏิบัติสมาธิ พร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและคู่มือการฝึกปฏิบัติสมาธิ

2.2 สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

2.2.1 ผู้วิจัยทักทาย สร้างสัมพันธภาพ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบเรื่องการใช้เวลาในการทำกิจกรรมประมาณ 1 ชั่วโมง รับฟังปัญหาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลัน

2.2.2 ทบทวนเนื้อหาที่สอนในสัปดาห์ที่ 1 จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการหายใจสูดพ่นโดยผู้วิจัยปฏิบัติให้ผู้ป่วยดูแล้วให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

2.2.3 ทบทวนการฝึกปฏิบัติสมาธิ โดยให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติ ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติ กล่าวชมเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยทำถูกต้องและให้กำลังใจในการฝึกปฏิบัติ

2.3 สัปดาห์ที่ 3 ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน

2.3.1 ผู้วิจัยไปเยี่ยมบ้าน ประเมินความรู้ความเข้าใจ สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการฝึกปฏิบัติ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และผู้วิจัยแนะนำให้ความรู้เพิ่มเติม

2.4 สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

2.4.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งใช้เวลาในการทำกลุ่ม ประเมินตามคู่มือการประเมินอาการกำเริบเฉียบพลัน

2.4.2 พุดคุยสอบถามอุปสรรคในการปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการกับอาการ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และผู้วิจัยแจ้งผลการจัดการกับอาการหลังจากได้รับความรู้และได้รับการสอนทักษะในการจัดการกับอาการ จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการกับอาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนมีพฤติกรรมจัดการกับอาการเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มากกว่าร้อยละ 80 ทุกคน

2.4.3 ผู้วิจัยแจ้งการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มทดลอง พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ

ขั้นตอนที่ 3 ระยะประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินอาการกำเริบเฉียบพลัน โดยการวัดอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกโดยใช้ Wright Peak Flow Meter ในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมวิจัยและภายหลังการเข้าร่วมวิจัย เป็นเวลา 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เปรียบเทียบอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและ



กลุ่มควบคุมโดยใช้ Independent t-test และเปรียบเทียบอาการกำเริบเฉียบพลันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ โดยใช้ Dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 40 คน ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65 อายุอยู่ระหว่าง 56-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60 และ 80 ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 60 อาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 60 และ 65 ทุกคนมีรายได้เพียงพอ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง คิดเป็นร้อยละ 75 และ 85 และส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน 2-3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 70

2. ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X}_{\text{post}} = 373.50$, $SD = 39.11$, $\bar{X}_{\text{pre}} = 223$, $SD = 42.80$) ดังแสดงในตารางที่ 1 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการเป็นเวลา 4 สัปดาห์ มีอาการกำเริบเฉียบพลันน้อยลง โดยประเมินอาการกำเริบเฉียบพลันได้จากสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยด้วยการวัดอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก ถ้าอาการกำเริบเฉียบพลันลดลง สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้น

3. ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการวัดอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
PEFR	223.000	42.80	373.50	39.11	19	15.53	.00

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการวัดอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

PEFR	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ก่อนการทดลอง	229.50	32.19	223.00	42.81
หลังการทดลอง	231.00	33.86	373.50	39.11



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่าง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

PEFR	จำนวน	$\bar{d}$	SD	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม	20	-13.36	33.200	-3.054	19	.002
กลุ่มทดลอง	20	53.03	42.373			

($\bar{d}$ กลุ่มทดลอง = 53.03, SD = 42.373, $\bar{d}$ กลุ่มทดลอง = -13.36, SD = 33.20) แสดงว่า อาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผล

อาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการภายหลังได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยการประเมินอาการกำเริบเฉียบพลันหรือสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยประเมินได้จากการวัดอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก ถ้าอาการกำเริบเฉียบพลันลดลงสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังผลการวิจัยที่แสดงในตารางที่ 1, 2 และ 3

ผลการศึกษาอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ที่มุ่งเน้นการประเมินประสิทธิผลเกี่ยวกับอาการกำเริบเฉียบพลันเป็นรายบุคคล ทำให้มีการแก้ปัญหาและปรับกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการได้ด้วยตนเอง มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอาการกำเริบ รวมถึงมีการพัฒนาทักษะในการจัดการอาการด้วยตนเองที่ครอบคลุมการสงวนพลังงาน การใช้ยาและเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น รวมถึงการ

บริหารการหายใจ ซึ่งเป็นการให้ความรู้ที่ครอบคลุมทุกด้าน

การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาสูดพ่นที่ถูกต้องเนื่องจากยาเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งที่ลดอาการกำเริบเฉียบพลัน ยาที่ใช้มีหลายชนิด ยาสูดพ่นขยายหลอดลมเป็นยาที่ใช้เฉพาะที่และได้ผลเร็ว ผู้ป่วยต้องมีความรู้และใช้ยาให้ถูกต้องเหมาะสม หากใช้ถูกต้องจะสามารถลดอาการกำเริบเฉียบพลันได้ การศึกษาในครั้งนี้ได้มีการให้ความรู้เรื่องยา การสาธิตการใช้ยาสูดพ่นและมีการสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันได้ด้วยตนเอง การสงวนพลังงาน เป็นการวางแผนการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในขณะที่กิจกรรมหรือขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะมีอาการเหนื่อยง่าย ดังนั้นการให้ความรู้ในการวางแผนการทำกิจกรรม และใช้ท่าที่เหมาะสมในการทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ ลดการสูญเสียพลังงานของร่างกายสามารถลดอาการเหนื่อยได้ ตลอดทั้งผู้ป่วยรู้สึกอิสระในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง (อัมพรพรรณ อีรนุช, 2542)

การหายใจแบบเป่าปาก เป็นเทคนิคการหายใจ โดยการหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ จากนั้น หายใจออกทางปากโดยการห่อปากเล็กน้อย การหายใจด้วยวิธีนี้จะทำให้เกิดแรงต้านของลมหายใจออกในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น ทำให้ถุงลมและหลอดลมปอดหดตัวกลับช้าลง จึงเป็นการเพิ่มปริมาณของอากาศที่หายใจออกเพิ่มขึ้น



อากาศที่ค้างอยู่ในปอดจึงลดน้อยลง ลดการใช้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจน้อยลง ผู้ป่วยจึงรู้สึกหายใจสะดวกและอาการหายใจลำบากลดลง (Gosselink, 2003) นอกจากนี้ พยาบาลยังสอนเทคนิคการหายใจสูดพ่นขยายหลอดลม สามารถลดอาการหายใจกำเริบเฉียบพลันได้ผลดี เพราะเป็นยาออกฤทธิ์เฉพาะที่ได้ผลเร็วและมีผลข้างเคียงน้อย (อัมพรพรรณ ฮีรนุช, 2542) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วย 3 ราย มีการใช้ยาสูดพ่นไม่ถูกต้อง คือ ไม่เขย่าขวดก่อนพ่นยา ผู้ป่วย 6 ราย กดยาไม่สัมพันธ์กับการหายใจ โดยไม่หายใจเข้าก่อน บางรายหายใจเร็วเกินไป การที่ผู้ป่วยไม่ทราบเทคนิคการหายใจสูดพ่น ทำให้ไม่สามารถจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันได้ผลเท่าที่ควร ดังนั้น การฝึกทักษะในการใช้ยาสูดพ่น จึงมีความสำคัญช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ โปรแกรมฯยังมุ่งเน้นการปฏิบัติสมาธิที่ทำให้จิตใจสงบ สามารถลดความตึงเครียดได้เนื่องจากสมาธิทำให้ระดับของกรดแลคติกและระดับคอร์ติซอลในเลือดลดลง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น (กฤตยา มนูญิจ, 2538) การฝึกปฏิบัติสมาธิเป็นการฝึกการหายใจ ช่วยให้หายใจได้ลึกปอดได้รับออกซิเจน ชับคาร์บอนไดออกไซด์ออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้จิตใจสงบ เกิดการผ่อนคลาย ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรวลัย โคตรตะ และสุริพร ธนศิลป์ (2548) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการด้วยตนเองต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุสงฆ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประเภทผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ ปุณณยุช คงเสน่ห์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเจริญ

สติต่ออาการปวดเข้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมพบว่า อาการปวดเข่าหลังได้รับโปรแกรมการเจริญสติต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้สมาธิ ไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่กล้าที่จะออกกำลังกายเพราะเกรงว่าจะมีอาการเหนื่อยและไม่ทราบว่า จะออกกำลังกายอย่างไรจึงจะเหมาะสม การใช้ยาสูดพ่น พบว่า ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาบ่อยเกินความจำเป็น บางครั้งยาหมดก่อนกำหนด ผู้ป่วยต้องเสียเวลาเดินทางมาโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องซื้อยาเองบ้าง ซึ่งทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้จักรับประทานการหายใจโดยการเป่าปากเพื่อลดอาการเหนื่อย เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยอาการหายใจกำเริบเฉียบพลัน แพทย์และพยาบาลก็มุ่งเน้นการลดและการควบคุมอาการกำเริบเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในขณะนั้น และการปรับขนาดยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยขาดการให้คำแนะนำถึงวิธีการปฏิบัติตัวที่จะควบคุมอาการกำเริบเฉียบพลันด้วยตนเองอย่างครอบคลุม นอกจากนี้ยังขาดการดูแลที่ต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการได้ด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้สมาธิ สามารถลดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ฉะนั้น จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการลดอาการกำเริบเฉียบพลันเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้น



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กฤตยา มนูญปัจจุ. (2538). สมาธิเชิงวิทยาศาสตร์ประยุกต์. *เวชสารโรงพยาบาลนครราชสีมา*, 19 (มกราคม-เมษายน), 1-9.
- จักรี หมดล่า, จินดารัตน์ ชัยโพธิ์คำ, และสุปรียานาคาคง. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อการตายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก.
- บุญยงษ์ คงเสนห์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2558). ผลของโปรแกรมการเจริญสติต่ออาการปวดเข้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 27(3), 68-79.
- พูนทรัพย์ วงศ์สุรเกียรติ. (2548). Acute exacerbation of COPD. ใน สุรพล อิศระไกรศีล (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ทันยุค*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ไพรวลัย โคตรตะ และสุริพร ธนศิลป์. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 17(2), 73-83.
- วัชร บุญสวัสดิ์. (2548). *Future approach for better treatment of COPD*. ขอนแก่น: เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องอายุรศาสตร์ฉุกเฉิน ภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2541). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2*. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ. พรินติ้ง.
- สมพร เตรีมชัยศรี. (2545). *การแพทย์ทางเลือกสำหรับผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องในการ*

ดูแลสุขภาพทางเลือกและการดูแลแบบผสมผสานสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพมหานคร: เจ เอส การพิมพ์.

สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย. (2548). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2548). *อัตราตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2544-2548*. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สมเกียรติ วงษ์ทิม. (2545). COPD ที่มี Acute Exacerbations. ในวิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), *Emergency Medicine อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัมพรพรรณ อีรานูตร. (2542). *โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ*. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์ ออฟเซ็ท.

ภาษาอังกฤษ

- Collin, D.D., Doherty, D.E., Duke, J.R., Good, J.T., & Hudson, H. (2002). *Frontline advice for COPD*. Denves: The Snowdrift Pulmonary Foundation.
- Dodd, M. et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 686-676.
- Gosselink, R. (2003). Controlled breathing and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 40(5), 25-34.
- Kim, S., Emerman, C.L., Cydulka, R.K., Rowe, B.H., Clark, S., & Camargo, C.A. (2007).



- Prospective multicenter study of relapse following emergency department treatment of COPD exacerbation. *Chest*, 125, 473-481.
- Laurin, C. et al. (2007). Sex differences in the prevalence of psychiatric disorder and psychological distress in patients with COPD. *Chest*, 132, 148-155.
- Oostenbrink, J.B., Maureen P.M.H., & Molken, R. (2004). Resource use and risk factors in high cost exacerbations of COPD. *Respirology Medicine*, 98, 883-891.
- Mahler, D.A. (2006). Mechanisms and measurement of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease. *American Thoracic Society*, 3, 234-238.
- Mallia, P. & Johnston, S.L. (2005). *Mechanisms and experimental model chronic obstructive pulmonary disease exacerbation*. Retrieved from: <http://www.atsjournal.org>.
- Mommikhof, E. et al. (2003). Effects of a comprehensive self-management programme in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*, 22, 815-820.



The Effect of Symptom Management and Meditation Program on Acute Exacerbations in Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Montha Thongtumlueng* and Sureeporn Thanasilp**

Abstract

Purpose: To test the effect of the symptom management and meditation program on acute exacerbation in persons with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Design: Quasi-experimental research.

Method: The subjects consisted of 40 COPD patients at Phunphin hospital. They were assigned to a control group and an experimental group. They were matched by gender and disease severity. The control group received routine nursing care while the experimental group received the Symptom Management Program with Meditation. The program composed of five sessions: 1) symptom experience assessment, 2) knowledge providing, 3) skill building, 4) self-symptom management, and 5) evaluation. Acute exacerbation was evaluated using Peak Expiratory Flow Rate (PEFR) by Wright Peak Flow Meter. Data were analyzed using descriptive statistics, and t-test.

Findings:

1. The PEFR mean score of persons with COPD after participating in the symptom management and meditation program was significantly higher than before participating in the program ($p < .05$).

2. The PEFR different mean score of the experimental group was significantly greater than that of the control group ($p < .05$).

Conclusion: The result suggests that the symptom management and meditation program could reduce acute exacerbation in persons with COPD.

Keywords: Symptom management and meditation program/Acute exacerbation/COPD