



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลของโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับ
ความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล

Pillar of the Kingdom

นางสาวพัชรี แสงอรุณ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF ANAPANASTI AND PURSED LIP BREATHING ON LEVEL OF
STRESS OF HOSPITALIZED ELDERLY WITH CHRONIC OBSTRUCTION PULMONARY
DISEASE

Miss Patchari Saengarun

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ง

พัชรี แสงอรุณ : ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล.

(THE EFFECT OF ANAPANASTI AND PURSED LIP BREATHING ON LEVEL OF

STRESS OF HOSPITALIZED ELDERLY WITH CHRONIC OBSTRUCTION

PULMONARY DISEASE) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอก

หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 120 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีกาย- จิตสัมพันธ์ (mind – body connections Theory) ของ Well Federman (1995) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 27 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 17 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการฝึกบริหารการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) โปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหา .86 และ 2) เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์ระดับความเครียดซึ่งผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหา .86 และมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบเชิงสถิติด้วยการทดสอบค่าที (t - test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริหารการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา...การพยาบาลผู้สูงอายุ.....

ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2552.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๙

4977589036 : MAJOR GERONTOLOGICAL NURSING

KEYWORDS : THE ANAPANASATI PROGRAM / PURSED LIP / LEVEL OF STRESS/
CHRONIC OBSTRUCTION PULMONARY DISEASE IN ELDERLY

PATCHARI SAENGARUN: THE EFFECT OF ANAPANASATI AND PURSED
LIP BREATHING ON LEVEL OF STRESS OF HOSPITALIZED ELDERLY
WITH CHRONIC OBSTRUCTION PULMONARY DISEASE. THESIS
ADVISOR: ASST. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 120 pp.

The purpose of this experimental research was to examine the effect of anapanasati and pursed lip breathing on level of stress of hospitalized elderly with chronic obstruction pulmonary disease. Mind-body connection Theory (Federman, 1995) was utilized to develop the intervention. The sample consisted of 27 elderly with chronic obstruction pulmonary disease. The first 10 subjects were assigned to an experimental group and the later 27 subjects were assigned to a control group. The experimental group received the anapanasati and pursed lip breathing program and the control group received only pursed lip breathing. The intervention, developed by the researcher, was "the Anapanasati Program" that was tested for content validity index of .86, and 2) Data were collected by using the "level of stress" questionnaire. It demonstrated acceptable reliability with Cronbach's alpha of .70. Data were analyzed using descriptive and t-test statistics.

Major findings were as follows:

1. The mean score of level of stress in the experimental group after receiving anapanasati and pursed lip breathing program was significantly lower than before receiving the program at the level of .05.
2. The mean score of level of stress in the experimental group after receiving the anapanasati and pursed lip breathing program was significantly lower than those who received only pursed lip breathing at the level of .05.

Field of Study : Gerontological nursing Student's Signature

Academic Year : 2009 Advisor's Signature



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Chulalongkorn University

กิตติกรรมประกาศ

๑

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ท่านได้กรุณาสละเวลาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ และคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้และประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแห่งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กราบขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการทุกท่านของโรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลสถาบันโรคทรวงอกทั้งหมดที่ได้อำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณ ดร.วรรณิ ตปนียกร รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ที่ให้ความกรุณาในการเผยแพร่บทความวิจัย กราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ให้สำเร็จได้ด้วยดี กราบขอบพระคุณคุณชรินทร์ โกศลวัฒน์ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุกรรมชาย สามัญ ซึ่งเอื้อเฟื้ออนุญาตให้แลกเปลี่ยนเวลาการปฏิบัติงานของผู้วิจัยเพื่อให้ได้มีโอกาสศึกษาวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ที่คอยมอบกำลังใจ ความหวังใจ แก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอบคุณพี่ ๆ น้อง ๆ ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยให้กำลังใจช่วยเหลือ สนับสนุน จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	10
ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างกาย-จิต.....	20
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด.....	24
ความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	30
แนวคิดเกี่ยวกับการผ่อนคลาย.....	32
การหายใจแบบเป่าปาก.....	33
แนวคิดเกี่ยวกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ.....	34
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	42
โปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ.....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	67
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	73
สรุปผลการวิจัย.....	78
อภิปรายผลการวิจัย.....	78
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	80
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	81
รายการอ้างอิง.....	82
ภาคผนวก.....	90
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	91
ภาคผนวก ข จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	94
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	103
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	107
ภาคผนวก จ ตัวอย่างแบบสอบถามผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล.....	109
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย.....	112
ภาคผนวก ช จำนวนกลุ่มตัวอย่าง.....	116
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	119

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา.....	69
2	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง.....	70
3	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม.....	70
4	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	71

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	46
2	สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	65

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข พบว่าประชากรเสียชีวิตมากกว่า 44,000 คน/ปี (Malanie, 1994) จากสาเหตุการอุดกั้นทางเดินหายใจ ส่วนล่างอย่างถาวร โดยมีพยาธิสภาพแบบไม่กลับคืนสู่ภาวะปกติ (Petty, 2003) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ ที่เป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยเรื้อรัง และสาเหตุการตายอย่างกว้างขวางทั่วโลก (Pauwel & Rabe, 2004) ในปี พ.ศ. 2546 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานไว้ว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 ของประชากรทั่วโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคติดเชื้อในระบบหายใจส่วนล่าง และโรคเอดส์ (World Health Report, 2004) และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (Murray & Lopez, 1997) สำหรับในประเทศไทยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ของประเทศโดยในปี พ.ศ. 2545 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิต 21.1 คนต่อประชากร 100,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่เป็นภาระ (burden of disease) อันดับที่ 12 ของประชากรทั่วโลก โดยส่งผลกระทบต่อให้มีการดูแลในระยะยาว ทำให้มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น โดยพบเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง (สถิติประชากรศาสตร์, 2550) ซึ่งเป็นดัชนีที่บ่งบอกถึงความสูญเสียสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม/ อารมณ์ และจิตวิญญาณเป็นอย่างยิ่ง

ปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เพื่อพัฒนาเข้าสู่ประเทศอุตสาหกรรม มีการปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม จึงส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งมลพิษทางอากาศ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค และกลายเป็นปัญหาที่รุนแรง จากการเพิ่มขึ้นของรถยนต์ โรงงานอุตสาหกรรมและการก่อสร้างต่าง ๆ ก่อให้เกิดฝุ่นละอองและสารพิษลอยอยู่ในอากาศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยตรง (จิตรา จันชนะกิจ, 2541) นอกจากนี้การสูบบุหรี่ (American Lung Association, 2003) การติดเชื้อทางเดินหายใจในวัยเด็กและพันธุกรรม (Stanford & Silverman, 2002) เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรค การดำเนินของโรค ซึ่งเป็นลักษณะค่อยเป็นค่อยไป และส่วนใหญ่จะมีอาการแสดงชัดเจนเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายไปในทางที่เสื่อมถอย สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง มีการเสื่อมสภาพของถุงลม ต่อมมูกขยายและความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อ

ปอดลดลง ประกอบกับการได้ผ่านการดำเนินชีวิตมาหลากหลายก่อนวัยสูงอายุ โดยเฉพาะการประกอบอาชีพที่มีผลต่อสุขภาพ การที่ต้องสัมผัสกับมลภาวะต่าง ๆ ที่สะสมมาเป็นเวลานาน จึงทำให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่เปราะบางอยู่แล้ว โดยเฉพาะปอด ซึ่งเป็นอวัยวะด่านหน้า ที่จะต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมตลอด 24 ชั่วโมง จึงทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคเกี่ยวกับปอดมากขึ้น โดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับการออกแรงในการหายใจ เนื่องจากปอดมีการพองตัว จากอากาศจำนวนมากที่คั่งค้างภายในปอดภายหลังการหายใจออก และกระบังลมจะดึงตัวลง ทำให้การเคลื่อนไหวของกระบังลมไม่มีประสิทธิภาพขณะหายใจเข้า ส่งผลให้มีอาการหายใจเร็วตื่น หายใจลำบาก ปีกจมูกบาน การขยายตัวของทรวงอกลดลง อาจพบอาการมือสั่น และภาวะเขียว จากการขาดออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นความทุกข์ทรมานอย่างยิ่ง (Ahlheit & Stilley, 1999; Lemone & Burke, 2000 อ้างถึงใน พัชรียา ไชยลังกา, 2545)

การรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นเพียงการประคับประคองไม่ให้โรครุนแรงขึ้น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ประกอบกับระยะเวลาที่อาการของโรคปรากฏไม่แน่นอน ต้องเข้าออกโรงพยาบาลอยู่ตลอดเวลา ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง จากการสำรวจพบว่าประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณปีละ 25,969 ล้านบาท (สุรางค์รัตน์ พ้องพาน, 2542) นับว่าเป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณในการรักษาอย่างมากในผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ยังส่งผลต่อระดับความเครียด ปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก เนื่องจากระบบทางเดินหายใจเป็นระบบสำคัญระบบหนึ่งของร่างกายในการดำรงชีวิต เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก ย่อมก่อให้เกิดความรู้สึกว่าถูกคุกคามเป็นอันตรายต่อชีวิต เกิดความกลัวตาย วิดกกังวลต่ออาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่โรงพยาบาล กลัวการที่ต้องเผชิญกับภาวะอาการหายใจลำบาก เกิดความเครียดจากสิ่งที่คุณคุกคาม กลัวปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง วิดกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของโรค ผลกระทบทางเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยแยกตัวจากผู้อื่น และระยะสุดท้ายของโรคผู้ป่วยจะไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ ทำให้เป็นภาระต่อคนอื่นมากขึ้น อันเป็นสิ่งที่คุกคามต่อศักดิ์ศรีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย (เนตรนภา กาบมณี, 2541 อ้างถึงใน วไลพร หงษ์พันธุ์, 2547)

ปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียดของผู้ป่วยที่พบบ่อย คือ อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย อาการหายใจลำบาก หายใจไม่เต็มอิม อาการไอ มีเสมหะมาก การที่ต้องมาตรวจรักษาเป็นเวลานาน และการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ ซึ่งการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยใช้บ่อย คือ กังวลใจ ความพยายามควบคุมเหตุการณ์หรือสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดเท่าที่จะทำได้ ความพยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา ความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์หรือสิ่งที่

ก่อให้เกิดความเครียด และการปลอบใจ/ช่วยเหลือจากญาติสนิทในครอบครัวหรือเพื่อน (กองสันคติการ, 2534)

เนื่องจากร่างกายและจิตใจมีการทำงานประสานกัน จึงไม่สามารถแยกออกจากกันได้ อย่างอิสระ ดังนั้น เรื่องของความเครียดที่เกิดขึ้นจึงมีผลต่อการปรับตัว ทั้งทางร่างกายและจิตใจ (วีระ ไชยศรีสุข, 2533) ซึ่งผลของความเครียดทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพเหมือนทำงานหนัก เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ถ้าเครียดนานอาจเกิดโรคต่าง ๆ ได้ เช่น ปวดศีรษะ ไมเกรน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจตีบ แผลในกระเพาะอาหาร ท้องอืด ท้องเฟ้อ หอบหืด อวัยวะเพศไม่ทำงาน ผมหงอกเร็ว ผม่วรง เป็นสิว แก่เร็ว อายุสั้น ผลเสียต่อจิตใจ ทำให้ไม่มีความสุขนอนไม่หลับ อาจเกิดโรคจิตโรคประสาท ท้อแท้ หมดอาลัย ติดสุรา ยาเสพติด หรือเกิดอุบัติเหตุเพราะความเหนื่อยล้า ใจลอย หรือคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น

นอกจากนี้ความเครียดยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าให้เกิดการหายใจลำบาก ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากอยู่ก่อนแล้ว จะยิ่งทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น (Dudley et al., 1980) โดยแสดงพฤติกรรมในรูปแบบของความวิตกกังวล ซึ่งจะทำให้มีการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีนจากต่อมไร้ท่อ ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ร่างกายต้องใช้ ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น จึงมีการศึกษาเทคนิคการผ่อนคลาย ซึ่งมีหลากหลายวิธี ที่ช่วยลดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (กัลยาณี มงคลสาร, 2529) และเทคนิคการบริหารการหายใจแบบเป่าปากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าอัตราการหายใจลดลง ปริมาตรของลมหายใจออกในเวลา 1 นาทีลดลง ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น (Mueller et al., 1970) สอดคล้องกับการศึกษาของ สิรินาถ มีเจริญ (2541) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความทุกข์สบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ามีความทุกข์สบายเพิ่มขึ้นที่ระดับ .001

การฝึกสมาธิเป็นเทคนิคการผ่อนคลายชนิดหนึ่งที่มีผู้ศึกษานำมาใช้ในการลดระดับความเครียดในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะสมาธิแบบอานาปานสติ คือ การใช้ลมหายใจเป็นอารมณ์ในการทำสมาธิ ได้แก่ การระลึกถึงลมหายใจเข้าออก จนกระทั่งจิตสงบถึงขั้นสมาธิ จิตจะก้าวเข้าสู่การพักพิง ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะใหม่ของร่างกาย คือ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง เรียกว่า คลื่นแอลฟา เกิดขึ้นเมื่อเราอยู่ในขณะผ่อนคลายอย่างลึกซึ้งทั้งกายและใจ สมองสงบในขณะที่ยังตื่นอยู่ (นันทวรรณ นาวิ, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สร้อยสุดา อิมอรุณรักษ์ (2543) เรื่องผลของการฝึกอานาปานสติภาวนาที่มีผลต่อสุขภาพจิต พบว่า ภายหลังจากการเข้าอบรมอานาปานสติภาวนาแล้ว สุขภาพจิตของผู้เข้าอบรมดีขึ้น วทีนนท์ เพชรฤทธิ์ (2550) ศึกษาการนำโปรแกรมการฝึกอานาปานสติสมาธิไปใช้ในการลดระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

จากการศึกษางานวิจัยดังกล่าวคือ เทคนิคการผ่อนคลายทั้งแบบการฝึกหายใจและการฝึกสมาธิ มีส่วนช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสุขสบายให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ปอดโดยตรง ผู้วิจัยจึงสนใจจัดสร้างโปรแกรมที่ผสมผสานเทคนิคการผ่อนคลายทั้ง 2 รูปแบบมาเป็นแนวทางในการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยโดยเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือซึ่งเป็นบทบาทอิสระอย่างหนึ่ง โดยการให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นผู้รับรู้ เฝ้าปัญหาและจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง โดยนำประสบการณ์เดิมหรือบริบททางสิ่งแวดล้อมทางสังคม ศาสนา ความเชื่อที่มีอยู่ของตนในชีวิตประจำวันมาเป็นแนวทางในการส่งเสริม ป้องกันและรักษาความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย และสุขภาพทางใจ เพื่อการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังอย่างใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อคงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีร่วมกับคนในครอบครัวอย่างมีความสุขในอนาคต

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจากได้รับโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก มีระดับความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่
2. ผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจากได้รับโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก มีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริหารการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียวหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก กับกลุ่มที่ได้รับการฝึกการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีกาย – จิตสัมพันธ์ หรือปัจจุบันเรียกว่า ทฤษฎีองค์รวม (Holistic Theory) เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม นอกเหนือจากอาการที่พบทางร่างกายแล้ว ปัจจัยทางด้านจิตใจยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักมีอาการกำเริบของโรคไม่แน่นอน พยาธิสภาพปอดไม่กลับคืนสู่ปกติได้ เมื่อมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะตอบสนองต่อสิ่งที่คุกคามนั้น หากปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการตอบสนองของร่างกายต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ผ่านการประเมินแล้วว่าเป็นอันตราย ร่างกายจะมีกลไกเพื่อการกลับเข้าสู่สมดุลให้มากที่สุด เป็นการตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งแสดงออกมาในรูปแบบการตอบสนองของระบบต่าง ๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องเสีย ปวดท้อง ปวดศีรษะ ระบบการหายใจผิดปกติ หรือนอนไม่หลับ (นันทวรรณ นาวิ, 2538) การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ซึ่งเป็นการฝึกความตั้งมั่นของจิตใจให้มีความสงบเกิดขึ้น โดยให้มีสติระลึกไว้ในอารมณ์ คือ ลมหายใจเข้าและออก (พระราชวรมนี (ประยุทธ์ ปยุตโต), 2528) ลดการทำงานของจิตสรีรวิทยา ทำให้มีการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน หรือสารสุขออกมามากขึ้น ส่งผลให้ระดับความเครียดลดลง (ประเวศ วะสี, 2540 อ้างถึงใน วทีนันท เพชรฤทธิ์, 2550) ประกอบกับจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การหายใจแบบเป่าปาก (Pursed lip breathing) จะทำให้เกิดแรงต้านขณะหายใจออกทำให้แรงดันในหลอดลมเพิ่มขึ้น ช่วยต้านแรงดันจากเยื่อหุ้มปอด หลอดลมจึงแฟบช้ากว่าปกติ ทำให้มีเวลาถ่ายเทลมหายใจมากขึ้น ส่งผลให้อัตราการหายใจช้าลง ขจัดความสิ้นเปลืองแรงงานในการหายใจและระบายอากาศค้างออกจากปอดได้มาก จึงบรรเทาอาการหอบเหนื่อยได้ (สุวรรณณี จรุงจิตราวี และสมชัย บวรกิตติ, 2531 อ้างถึงใน สิรินาถ มีเจริญ, 2541) ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทั้งสองแบบนี้มาสร้างโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากเพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีขั้นตอนของโปรแกรม ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ทำความคุ้นเคยกับผู้ป่วย และทุกขั้นตอนของโปรแกรมดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
2. ประเมินความสามารถการรับรู้ ความรู้ ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และให้ข้อมูลความรู้ เนื่องจากการขาดความรู้ในการดูแลตนเองจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง (ลินจง โปธิบาล และวารุณี พองแก้ว, 2539 อ้างถึงใน สุมลรัตน์ อัจกุล, 2548) การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (วิลาวรรณ เกิดโชค, 2550) ซึ่งในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภาวะหายใจลำบากเป็นภาวะคุกคามก่อให้เกิดความเครียด (วไลพร หงษ์พันธุ์, 2547) และวัยสูงอายุส่งผลให้ความสามารถด้านสติปัญญาลดลง จึงทำให้ความสามารถในการเผชิญความเครียดลดลง (สุนันทา กระจำแดน,

2540) ประกอบกับเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม การแยกจากครอบครัว สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เช่น แสง เสียง เตียงนอน บุคคลแวดล้อมรวมถึงเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการเผชิญความเครียดด้วยตนเอง โดยการให้เทคนิคการผ่อนคลายซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การฝึกสมาธิมีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตใจมากที่สุด (อัจจรา นุตตะโร, 2546) การฝึกสมาธิเป็นวิธีหนึ่งในการลดความเครียดที่นักวิชาการในประเทศไทยให้ความสนใจเพราะมีความสอดคล้องกับพุทธศาสนา เพราะสามารถปฏิบัติได้ง่าย สะดวก และปฏิบัติได้ตลอดเวลาโดยเฉพาะสมาธิแบบอานาปานสติมีผลต่อภาวะสุขภาพจิต (สร้อยสุดา อิมอรุณรักษ์, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุันทา กระจ่างแดน (2540) พบว่าการทำสมาธิชนิดอานาปานสติสามารถลดความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ และ วทีนันท เพชรฤทธิ์ (2550) ศึกษาการนำโปรแกรมการฝึกอานาปานสติไปใช้ในการลดระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งพบว่าต่ำลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังนั้น จากนั้นผู้วิจัยจึงจัดทำ แผนการสอนการปฏิบัติตัวอย่างง่ายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรค ในเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย วิธีการพ่นยา การส่งเสริมสุขภาพจิตของตนเองโดยการทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ของร่างกายและจิตใจเพื่อเรียนรู้สิ่งคุกคามและการเผชิญสิ่งคุกคามด้วยตนเอง การจัดทำคู่มือการฝึกอานาปานสติ แผ่นพับการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก เพื่อลดภาวะหายใจลำบาก พัฒนาสมรรถภาพของปอด ซึ่ง ดาราวรรณ รongเมือง (2545) ศึกษาการบริหารการหายใจสามารถพัฒนาสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สิรินาถ มีเจริญ (2541) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากมีผลเพิ่มความสุขสบายให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. ฝึกปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการเป่าปากด้วยตนเอง ในกลุ่มทดลอง โดยโทรศัพท์เยี่ยมชมติดตามผลการปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการนั่งสมาธิ การเป่าปาก พร้อมให้กำลังใจในการปฏิบัติ

จากแนวเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมุติฐานงานวิจัย

- 1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากมีระดับความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
- 2 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากมีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือผู้ป่วยเพศชาย และหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิง มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันโรคทรวงอก จนพ้นระยะวิกฤตของโรค ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และ/หรือโรคหัวใจจากโรคปอด ไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาท อยู่ในระยะพักฟื้นที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่อง และเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 วัน ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2553 จำนวน 40 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากโรงพยาบาลราชวิถี 20 ราย และจากโรงพยาบาลโรคทรวงอก 20 ราย โดยสุ่มจับฉลากเลือกโรงพยาบาลเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก

ตัวแปรตาม คือ ระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การฝึกสมาธิ หมายถึง กิจกรรมที่เป็นการฝึกจิตให้เพ่งความสนใจจดจ่อไปยังสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ฟุ้งซ่านหรือส่ายไปมา คล้ายกับการพักลึก และในระหว่างพักจิตสามารถทำให้เกิดภาวะใหม่ของร่างกายคือ การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ลดความวิตกกังวล มีความเครียดในจิตใจน้อยลง แสวงหาในสิ่งที่ดีกว่ามาให้ร่างกายและจิตใจ และมีการสร้างสรรค์ปัญญา หาคำทิศทางของการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ

การฝึกสมาธิชนิดอานาปานสติ หมายถึง การฝึกสติในการระลึกรู้ลมหายใจเข้าออก จนกระทั่งจิตสงบส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใหม่ของร่างกาย ระบบประสาทอัตโนมัติจะหลั่งสารต่าง ๆ ทำให้ลดอัตราการเผาผลาญอาหาร ลดอัตราการหายใจ การเต้นของหัวใจ ทำให้มีภาวะเครียดและความดันโลหิตลดลง และเกิดปัญญาหาทิศทางดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขตามสภาพการณ์

การหายใจแบบเป่าปาก หมายถึง วิธีการหายใจเข้าช้า ๆ ทางจมูกให้ลึกที่สุด จนท้องป่อง หลังจากนั้นให้หายใจออกช้า ๆ ทางปาก ห่อปากเล็กน้อยเหมือนผิวปากจนท้องแฟบ โดยให้การหายใจออกยาวที่สุด

ความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดจากการรับรู้ หรือแปลความหมายของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้ป่วย ระบุว่าจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมระดับความเครียดให้อยู่ใน เกณฑ์ที่เหมาะสม โดยมีการแสดงออกในรูปของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ได้แก่ มีระดับ อุณหภูมิที่สูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว อัตราการหายใจเร็วขึ้น และมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยที่ อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับการรักษาจนพ้นระยะ วิกฤตของโรค ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และ/หรือโรคหัวใจจากโรค ปอด ไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาท อยู่ในระยะพักฟื้นที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อเนื่อง

โปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก หมายถึง กิจกรรม การพยาบาลอย่างมีแบบแผนที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ประเมินความรู้ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ให้ความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ให้ความรู้เรื่อง “ความเครียด” แจกคู่มือการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ แผ่นพับการบริหารการหายใจแบบเป่า ปากและแบบบันทึกการปฏิบัติ บรรยายเรื่อง “ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสมาธิ” และเปิดโอกาสให้ ชักถาม

2. ฝึกปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการเป่าปากด้วยตนเอง ในกลุ่มทดลอง โดย โทรศัพท์เยี่ยมติดตามผลการปฏิบัติ ชักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการนั่งสมาธิ การเป่าปาก พร้อมให้ กำลังใจในการปฏิบัติ ส่วนกลุ่มควบคุมหลังผู้วิจัยสอนการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก ให้แผ่น พับ พร้อมแบบบันทึกการปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน โทรศัพท์เยี่ยมติดตามผลเช่นเดียวกัน

3. การประเมินผล โดยวัดระดับคะแนนความเครียด หลังการฝึกสมาธิ สอบถามปัญหา และอุปสรรคในการทำ เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการลดระดับความเครียด โดยฝึกการผ่อนคลายด้วยสมาธิแบบอานาปานสติให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เป็นแนวทางการกำหนดนโยบายส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลมีการวางแผน

นำกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมเข้ามามีบทบาทในเชิงปฏิบัติให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้น

3. เป็นพื้นฐานในการพัฒนาการเรียนการสอน โดยนำการเรียนรู้เชิงทฤษฎีสู่การปฏิบัติและพัฒนาการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมเชิงปฏิบัติการต่อไป
4. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำสมาธิแบบอานาปานสติเพื่อลดระดับความเครียดในผู้ป่วยโรคอื่นต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก ต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างกายกับจิต
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
4. ความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
5. แนวคิดเกี่ยวกับการผ่อนคลาย
6. การหายใจแบบเป่าปาก
7. แนวคิดเกี่ยวกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ
8. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
9. โปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ
10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) หมายถึง กลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินลมหายใจอย่างถาวร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหลอดลม หรือในเนื้อปอดทำให้หลอดลมตีบแคบหรือตัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) เนื่องจากโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และถุงลมปอดโป่งพอง ทำให้ผู้ป่วยขับลมออกจากปอดได้ช้ากว่าปกติ หรือ ไม่สามารถขับลมออกจากปอดจากความจุปอดทั้งหมดภายในเวลาที่กำหนดซึ่งจะทราบได้จากการทดสอบสมรรถภาพของปอด โดยเมื่อวัดค่า FEV1 (forced expiratory volume in one second) แล้วมีค่า น้อยกว่าร้อยละ 70 ของมาตรฐาน และสัดส่วนของ FEV1/FVC มีค่าน้อยกว่า 0.7 (สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2540) ปัจจัยส่งเสริมมักเกิดจากการระคายเคืองต่อปอดจากฝุ่นและก๊าซ ที่สำคัญที่สุด คือ ควันบุหรี่ โดยทั่วไปโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักหมายรวมถึง 2 โรค คือ Chronic bronchitis และ Pulmonary emphysema (สมาคมอายุรเวชแห่งประเทศไทย, 2548) ทำให้ความต้านทานในหลอดลมสูงมากขณะหายใจออก เกิดอากาศค้างในปอดมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ทรวงอกขยายออก กระบังลมถูกดันให้ต่ำและแบนราบ กล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแอเสียความตึงตัว

ไม่สามารถต้านปอดขึ้นต้านกับแรงโน้มถ่วงของโลกได้ หน้าทีในการทำงานของปอดหรือความสามารถระบายอากาศของปอดลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจไม่เพียงพอ เกิดอาการหายใจลำบาก

1.1 สาเหตุของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สาเหตุของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากหลายองค์ประกอบ และมีปัจจัยสนับสนุนการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งแบ่งได้อีก 2 กลุ่ม คือ

1.1.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย

1) ลักษณะทางพันธุกรรม ที่สำคัญ คือ ยีนส์ที่ทำให้เกิดการขาดสาร แอลฟาวัน-แอนติทริปซิน ซึ่งมีรายงานพบได้ในประเทศไทย (สมาคมอายุรเวชแห่งประเทศไทย, 2548) แต่ยังไม่มียีนส์ผู้ป่วยจากโรคนี้จริง

2) ภาวะ Bronchial hyper responsiveness มีผลส่งเสริมให้เกิดโรคง่ายขึ้น

3) การเจริญเติบโตของปอดในช่วงวัยเด็ก การเจริญที่ผิดปกติของหลอดลมตั้งแต่ขณะอยู่ในครรภ์มารดา ผนังถุงลมที่ถูกทำลายจากเอนไซม์ การล้มเหลวของหลอดน้ำเหลืองและหลอดเลือดที่จะเผาผลาญสารต่างๆ เพื่อป้องกันการรวมตัวของสารพิษ

4) อายุที่มากขึ้นทำให้ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอดน้อยลง (วไลพร หงษ์พันธุ์, 2547)

1.1.2 ปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อม ประกอบด้วย

1) คาร์บอนหรี เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของโรค พบว่ามากกว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย COPD เกิดจากคาร์บอนหรี แต่ผู้ที่สูบบุหรี่จัดจะป่วยเป็น COPD ไม่ถึงร้อยละ 20 แสดงว่ามีปัจจัยอื่นเกี่ยวข้อง

2) มลภาวะทั้งในบริเวณบ้าน ที่ทำงาน และที่สาธารณะ ที่สำคัญ คือ การเผาไหม้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหาร (biomass fuel) และสำหรับขับเคลื่อนเครื่องจักรต่าง ๆ (diesel exhaust)

3) การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจในวัยเด็ก

4) เศรษฐฐานะ พบมีความชุกเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่มีเศรษฐานะต่ำ (สมาคมอายุรเวชแห่งประเทศไทย, 2548)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม โดยเฉพาะระบบหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่เกี่ยวข้องมากมาย อันเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคมากขึ้น

1.2 การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการหายใจในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายในระบบหายใจของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้าง สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนคือ (จิตรา จันชนะกิจ, 2541)

1) ส่วนภายนอกปอด ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการทำงานหายใจด้วย เช่น มีความผิดปกติของกระดูก เกิดกระดูกสันหลังโก่งไปด้านหน้า รูปทรวงทรวงอกเปลี่ยนไป ระยะห่างระหว่างด้านหน้ากับด้านหลังเพิ่มขึ้น เนื่องจากการสูญเสียแคลเซียมของกระดูกสันหลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อคอและหลังลดลงขณะเดียวกันมีการสะสมของแคลเซียมของกระดูกอ่อนของซี่โครง ทำให้ข้อต่อบริเวณกระดูกสันหลังและกระดูกหน้าอกมีความยืดหยุ่นลดลง กล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้ออื่น ๆ ที่ใช้ในการหายใจอ่อนแรง ทำให้ผนังทรวงอกขยายได้ไม่ดีเท่าวัยหนุ่มสาว การหายใจเข้าออกของผู้สูงอายุ จึงลำบากมากขึ้น ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการหายใจและมวลของกล้ามเนื้อลดลง 1 ใน 3 หลังจากอายุ 50 ปี และจะลดลงเรื่อย ๆ ตามอายุ (Thompson, 1996 อ้างถึงใน จิตรา จันชนะกิจ, 2541)

2) ส่วนภายในปอด มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในส่วนที่เป็นช่องทางเดินอากาศโดยเริ่มตั้งแต่โพรงจมูก เรื่อยไปจนกระทั่งถึงหลอดลมฝอยส่วนปลาย และส่วนที่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซระหว่างอากาศภายนอกกับภายในร่างกาย นับตั้งแต่หลอดลม ท่อถุงลม และกระเปาะถุงลม โดยหนึ่งกระเปาะถุงลมประกอบด้วยถุงลมเล็ก ประมาณ 20 ถุง ถุงลมเล็กแต่ละถุงมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 100-200 ไมครอน และมีความหนาของผนังประมาณ 0.1-0.5 ไมครอน ซึ่งในปอดทั้งสองข้างมีจำนวนถุงลมเล็ก ๆ ถึง 300 x 10⁶ ถุง และมีการแลกเปลี่ยนก๊าซประมาณ 70 – 90 ตารางเมตร โครงสร้างของผนังถุงลมมีลักษณะเป็นเซลล์เยื่อบุชั้นเดียวโดยรอบ ๆ ถุงลมเล็กเป็นหลอดเลือดฝอย ถุงลมหนึ่งถุงจะมีหลอดเลือดฝอยมาเลี้ยงประมาณ 1,000 เส้น มีผลทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนกับคาร์บอนไดออกไซด์เป็นไปอย่างรวดเร็วในผู้สูงอายุจำนวนของถุงลมยังคงมีเท่าเดิม แต่ลักษณะของถุงลมเปลี่ยนแปลงไป คือ ผนังของถุงลมบางลงแต่ขนาดใหญ่ขึ้น ผนังกันระหว่างถุงลมและหลอดเลือดฝอยถูกทำลายเกิดการสูญเสียความยืดหยุ่นของปอดซึ่งสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น เนื่องจากมีเส้นใยอีลาสติน (elastin) ลดลง ทำให้ความสามารถในการขยายตัวของปอดลดลง ปอดจะยืดขยายและหดตัวได้น้อยลงซึ่งทำให้ประสิทธิภาพของพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเหลือ ประมาณ 60-70 ตารางเมตรเมื่ออายุ 70 ปี (จิตรา จันชนะกิจ, 2541) จากการเปลี่ยนแปลงกลไกในการหายใจเข้าออกและแรงเต็มที่ลดลง กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจต้องทำงานหนักมากขึ้น โดยเฉพาะกล้ามเนื้อกระบังลมและมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงปอด มีผนังหลอดเลือดฝอยที่หนาและแข็งตัวมาก

ขึ้น ความสามารถในการยืดขยายลดลง และจำนวนเลือดที่มาเลี้ยงหลอดเลือดฝอยลดลง เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดฝอยที่ถูกลมหนาวขึ้น พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง และจากการที่ผู้สูงอายุมีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง เหตุผลดังกล่าวนี้ทำให้พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง และประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถภาพปอด จากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างที่กล่าวมาทำให้มีผลกระทบต่อสมรรถภาพปอด มีการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรอากาศอัตรการไหลผ่านของอากาศ และการแลกเปลี่ยนก๊าซ ซึ่งในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1) ความจุของปอด หมายถึง ปริมาตรของอากาศที่วัดในขณะที่ทรวงอกอยู่ในลักษณะต่าง ๆ กัน จากการศึกษาพบว่า ปริมาตรอากาศทั้งหมดที่บรรจุได้เมื่อสิ้นสุดการหายใจเข้าเต็มที่ ในผู้สูงอายุไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงในส่วนของย่อย ดังนี้

2) ปริมาตรหายใจปกติ คือ ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าหรือออกจากปอด ในการหายใจปกติ 1 ครั้ง มีค่าประมาณ 500 มิลลิลิตร ในวัยผู้ใหญ่ และจะมีปริมาตรลดลงในผู้สูงอายุ

3) ปริมาตรคงค้าง คือ ปริมาตรของอากาศที่คงค้างในปอด หลังจากที่หายใจออกเต็มที่ที่มีค่า ประมาณ 1200 มิลลิลิตร ในวัยผู้ใหญ่ และจะมีปริมาตรที่คงค้างเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการหายใจออกลดลง ทรวงอกแข็งขึ้น มีการสูญเสียแรงยืดหยุ่นในปอด และปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่เป็นสาเหตุของการเพิ่มขึ้นของ RV คือ การที่ทางเดินหายใจเล็ก ๆ ในปอดมีการปิดกั้นมากขึ้น ซึ่งผลจากการเพิ่มขึ้นของปริมาตรคงค้างที่ทำให้ความจุหายใจ ลดลงถึงร้อยละ 25 ในผู้สูงอายุ ในขณะที่ปริมาตรคงค้างเพิ่มขึ้นร้อยละ 20-25 ความจุหายใจ คือ ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าลึกที่สุดหลังจากหายใจออกเต็มที่ในผู้สูงอายุ น่าจะมีผลมาจากการที่ความสามารถในการเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง

4) ความจุปอดคงค้าง คือ ปริมาตรของอากาศที่เหลือค้างในปอดหลังจากการหายใจออกปกติ มีค่าประมาณ 2400 มิลลิลิตร ในวัยผู้ใหญ่ในวัยสูงอายุจะมีปริมาตรของอากาศคงค้างเพิ่มขึ้น เนื่องจากการที่แรงยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง

5) ปริมาตรหายใจเข้าสำรอง คือ ปริมาตรอากาศที่เกินจากปริมาตรหายใจปกติในการหายใจเข้าเต็มที่ 1 ครั้ง มีค่าประมาณ 3000 มิลลิลิตร ในวัยผู้ใหญ่ และในผู้สูงอายุมีปริมาตรลดลง

6) ปริมาตรหายใจออกสำรอง คือ ปริมาตรอากาศที่เกินจากปริมาตรหายใจปกติในการหายใจออกเต็มที่ 1 ครั้ง มีค่าประมาณ 1200 มิลลิลิตร ในวัยผู้ใหญ่และมีค่าลดลง

เช่นเดียวกันในวัยสูงอายุ

7) อัตราการไหลของอากาศ นอกจากการเปลี่ยนแปลงของความจุปอดแล้วอัตราการไหลเวียนของอากาศก็ลดลงด้วย การลำเลียงอากาศในระบบหายใจขึ้นอยู่กับขนาดของทางเดินหายใจ แรงต้านในทางเดินหายใจ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ และแรงยืดหยุ่นของเนื้อปอด การทดสอบการทำงานของระบบทางเดินหายใจวัดได้จากประมาณการหายใจออกเต็มที่ ความเร็วเฉลี่ยในช่วงความจุที่กำหนด และปริมาตรหายใจสูงสุดต่อนาที ค่า FVC, FEV, FEF ลดลง พบว่า FEV1 ลดลง 25-30 มิลลิลิตรต่อปีหลังจากอายุ 30 ปี

8) การปิดกั้นทางเดินหายใจและการรบกวนการระบายอากาศอย่างทั่วถึงในผู้สูงอายุนั้นเป็นผลมาจากความสามารถในการขยายของปอดลดลง ทำให้ปริมาตรอากาศที่ค้างอยู่เมื่อหายใจออกเต็มที่เพิ่มขึ้น เพราะสูญเสียแรงยืดหยุ่นของปอดทำให้มีอากาศค้างในถุงลมเล็กเกิดแรงต้านในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น อัตราการไหลของอากาศลดลง ทำให้ปริมาตรการหายใจปกติต่ำ เนื่องจากหลอดลมอ่อนแอถูกปิดกั้นได้ง่าย การปิดของทางเดินหายใจจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งทางเดินหายใจเล็ก ๆ ถูกปิดกั้นในระหว่างที่หายใจออก และอาจเพิ่มขึ้นในท่านอนหงาย นอกจากถุงลมส่วนล่างขยายตัวได้น้อยกว่าปกติ ส่งผลต่อความสมดุลของการระบายอากาศและการกำซาบเลือด(perfusion) เพราะปอดส่วนล่างมีการกำซาบเลือดมากที่สุดจากอิทธิพลของแรงโน้มถ่วง ผลของการระบายอากาศและการกำซาบเลือดที่ลดลงเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการแลกเปลี่ยนก๊าซ

9) การแลกเปลี่ยนก๊าซในผู้สูงอายุ พบว่า ค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดง (PaO₂) ลดลงประมาณ 4 มิลลิเมตรปรอท / 10 ปี ในผู้ที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไปค่าปกติประมาณ 90 มิลลิเมตรปรอท และในผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ค่าปกติประมาณ 75 มิลลิเมตรปรอท การลดลงของความดันออกซิเจนของเลือดแดงนี้ สาเหตุสำคัญน่าจะเกิดจากปริมาตรปิด (closing volume) อันเนื่องมาจากการระบายอากาศและการกำซาบเลือดไม่สมดุลกันพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซของถุงลมน้อยลงทำให้ค่า PaO₂ ลดลง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ในผู้สูงอายุอีก เช่น การลดลงของฮีโมโกลบินซึ่งจำเป็นต่อการลำเลียงออกซิเจน

10) ระบบการป้องกันของปอด (lung host defense) นอกจากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของระบบทางเดินหายใจของผู้สูงอายุแล้ว อีกส่วนหนึ่งที่สำคัญ คือ มีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการฟอกอากาศ และการดูแลรักษาป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจจากการที่ระบบการป้องกันของปอดของผู้สูงอายุมีความบกพร่อง จึงทำให้การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายในผู้สูงอายุ และนอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสริมต่าง ๆ อีก เช่น การเสื่อมของภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ (cell mediated immunity) และการสร้างแอนติบอดี (humoral antibody)

formation) ลดลง ซึ่งเกิดจากความเสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น รีเฟล็กซ์การไอลดลง ประสิทธิภาพการไอลดลง เนื่องจากมีการแข็งตัวของผนังทรวงอก และการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจออกลดลง การทำงานของฝาปิดกล่องเสียงและรีเฟล็กซ์การขย้อน (gag reflex) ลดลง เป็นสาเหตุให้เกิดอาการสำลักและเกิดโรคปอดบวมได้ง่ายขึ้น จำนวนและประสิทธิภาพของเซลล์ขนกวัดลดลง ทำให้อากาศไม่บริสุทธิ์ที่สุดหายใจเข้าไปผ่านทางหลอดลมผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้การลดลงของอิมมูโนโกลบูลินเอ ในผู้สูงอายุ ซึ่งทำหน้าที่ในการหลังอินมมูโนโกลบูลิน ของจมูก และเนื้อเยื่อของทางเดินหายใจทำหน้าที่ในการป้องกันเชื้อไวรัส ซึ่งจะเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในทางเดินหายใจในผู้สูงอายุได้ง่าย นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะมีเสมหะในทางเดินหายใจมากขึ้น ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจและติดเชื้อได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับน้ำน้อย ๆ จะทำให้เยื่อทางเดินหายใจแห้งและระคายเคือง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีประวัติสูบบุหรี่ พบว่ามีความบกพร่องมากขึ้น

จากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของระบบทางเดินหายใจในผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการหายใจ โดยการหายใจเร็วขึ้น และตื้นขึ้น บางคนหายใจไม่สม่ำเสมอ ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าและออกในแต่ละครั้งลดลงทำให้การระบายอากาศภายในปอดเป็นไปได้ไม่ดี ปอดมีอากาศแพร่เข้าไปได้น้อย บริเวณฐานเนื้อปอดจะแฟบลงเลือดที่ไหลเวียนไปสู่ปอดมีปริมาณของออกซิเจนลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความทนในการทำกิจกรรมลดลง เหนื่อยง่ายเมื่อปฏิบัติกิจกรรม ร่างกายจึงมีการโดยกล้ามเนื้อในการหายใจต้องทำงานมากขึ้น และใช้กล้ามเนื้ออื่นนอกจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจมาช่วยในการหายใจเพื่อให้ได้ปริมาณอากาศเข้าออกอย่างเพียงพอ ซึ่งปัญหาที่เกิดจากความเสื่อมในวัยสูงอายุต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ได้รับการชะลอก็จะทำให้มีการเสื่อมมากยิ่งขึ้น ซึ่งวิธีการพัฒนาสมรรถภาพปอดสามารถทำได้โดยการบริหารการหายใจ ซึ่งการบริหารการหายใจ สามารถสร้างเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ ได้แก่กล้ามเนื้อกะบังลมและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงและเพิ่มประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหวของทรวงอก ส่งผลให้ปริมาณอากาศที่หายใจเข้าออกในแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น สมรรถภาพปอดจึงมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

1.3 อาการและอาการแสดง

อาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการไอ หายใจอาจมีเสียงวี๊ด (wheezing) หรือไม่มีก็ได้ อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย ผู้ป่วยจะต้องออกแรงมากขึ้นเมื่อหายใจออก (force exhalation) และต้องเป่าปากเวลาหายใจออกเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้ลมหายใจออกนานขึ้น ต้องใช้กล้ามเนื้ออื่น

ช่วยในการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อที่คอ ไหล่ หน้าท้อง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) และทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (Gift & Mc Crone, 1993) ในผู้ป่วยถุงลมโป่งพอง อาการหายใจลำบากเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการขาดออกซิเจนในร่างกาย และอาการจะค่อย ๆ รุนแรงขึ้นเมื่อมีปัจจัยเสริม เช่น การสูบบุหรี่ ติดเชื้อในทางเดินหายใจ อาการไอจะไม่ไอบ่อยหรือไอแห้ง ๆ ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการเขียว เนื่องจากอัตราส่วนของการไหลเวียนอากาศต่อการไหลเวียนเลือด แม้จะลดลงแต่ก็ยังสมดุลอยู่

1.4 ระดับความรุนแรงของโรค

ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้ความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ (American Lung Association, 1975 cited in Dudley et al., 1980 อ้างถึงใน สุมลรัตน์ อัจกุล, 2548)

ความรุนแรงระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดใด ๆ สามารถประกอบกิจกรรมได้ตามปกติ

ความรุนแรงระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเล็กน้อย หรือปานกลางเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิต เดินที่ราบได้เหนื่อยเมื่อเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันได

ความรุนแรงระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมมากขึ้น แต่สามารถดูแลตัวเองได้เดินที่ราบไม่ได้เท่ากับคนปกติ เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้นและต้องหยุดพักเมื่อขึ้นตึกสูง 2 ชั้น

ความรุนแรงระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเป็นอย่างมาก แต่สามารถดูแลตนเองได้ เดินทางราบไกลกว่า 100 หลาไม่ได้ต้องหยุดและพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น

ความรุนแรงระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างรุนแรง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เดินเพียง 2-3 ก้าวหรือแค่นั่งก็เหนื่อย

1.5 การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถวินิจฉัยได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการตรวจสมรรถภาพปอด เพื่อวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ (FEC) ปริมาตรอากาศที่หายใจโดยเร็วและแรงเต็มที่ในเวลา 1 วินาที (FEV1) ในคนปกติจะหายใจออกในช่วงวินาทีแรกได้ ร้อยละ 75 ของอากาศหายใจออกทั้งหมด ดังนั้น การรายงานผลจึงบอกเป็นค่าร้อยละของอัตราเทียบ FEV1 กับ FVC ($FEV1/FVC \times 100$) ซึ่งเป็นค่าที่ใช้ในการประเมินความผิดปกติ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ระยะการหายใจออกนานขึ้น ค่า FEV1 ลดลงและ

FEV1/FVC ลดลง และเมื่อการอุดกั้นรุนแรงขึ้น FEV1 และ FEV1/FVC จะลดลงมากขึ้น ในรายที่มีการอุดกั้นมาก ๆ และมีอากาศถูกขังอยู่ในปอดมาก FVC จะลดลง การตรวจสมรรถภาพปอดที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ค่า FEV1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70

การตรวจทางรังสีวิทยา ช่วยในการวินิจฉัยแยกจากโรคอื่น นอกจากนี้การวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง มีประโยชน์เพื่อช่วยประเมินความรุนแรงของโรค และวางแผนติดตามการรักษา ในระยะแรกค่า PaO₂ จะปกติ เมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้น จะพบมีค่า PaO₂ ต่ำลง เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นอีก ค่า PaCO₂ จะสูงขึ้น

1.6 แนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.6.1 จุดมุ่งหมายของการรักษา การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้น การรักษาจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2548)

- 1) การบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง
- 2) ป้องกันการกำเริบของโรค
- 3) คงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้หรือให้เสื่อมลงช้าที่สุด
- 4) ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

โดยแบ่งการรักษาเป็นช่วงระยะสงบ (stable COPD) และช่วงที่มีการกำเริบของโรค (acute exacerbation of COPD) แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสงบ คือ การหยุดสูบบุหรี่และการรักษาด้วยยา รวมถึงมาตรการอื่น ๆ

การดูแลรักษาผู้ป่วยอาศัยการประเมินความรุนแรงของโรคตามอาการและความผิดปกติจากสไปโรมิตรีรี่ ประกอบกับการตอบสนองต่อการรักษา ปัจจัยอื่นที่นำมาใช้ประกอบในการประเมินความรุนแรง คือ ภาวะแทรกซ้อน ภาวะการหายใจล้มเหลว โรคอื่นที่พบร่วมและสภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยแต่ละราย การจัดแผนการรักษามีลักษณะเป็นขั้นไปตามระดับความรุนแรง โดยต้องนำข้อมูลของระดับการศึกษา ความเชื่อและความเข้าใจต่อโรคของผู้ป่วยมาใช้ประกอบเชิงบูรณาการ

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยและญาติที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเรียนรู้การใช้ชีวิตกับโรคนี้ดีขึ้น การเตรียมตัวเผชิญกับการกำเริบของโรค และการเตรียมการในกรณีที่โรคดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายนอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในการวางแผนให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่

1.6.2 การรักษาด้วยยา

1) ยาขยายหลอดลม ที่นิยมใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ Beta 2 – agonist, Anticholinergic และ Xanthine derivative การเลือกใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่ง

ร่วมกันขึ้นกับความรุนแรงของโรค และการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาระยะยาว การใช้ยาขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์ยาวมีประสิทธิภาพดี และสะดวกสำหรับผู้ป่วยมากกว่ายาที่ออกฤทธิ์สั้น และทำให้สภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น (สมาคมอายุรเวชแห่งประเทศไทย, 2548)

การบริหารยาขยายหลอดลม แนะนำให้ใช้วิธีสูดพ่น เป็นอันดับแรก ยกเว้นในรายที่ไม่สามารถใช้รูปแบบสูดได้ถูกวิธี อาจอนุโลมให้ใช้ยาชนิดรับประทานทดแทนได้ การใช้ยาสูดโดยวิธี nebulization ขณะที่ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการกำเริบของโรค ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนว่ามีประโยชน์มากกว่าการใช้ยาโดยวิธีสูด ดังนั้นควรพิจารณาใช้เฉพาะในรายที่ไม่สามารถใช้ยาโดยวิธีสูดอย่างมีประสิทธิภาพเท่านั้น

2) คอร์ติโคสเตียรอยด์ สามารถลดการกำเริบของโรคในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไปที่มีอาการกำเริบบ่อยหรือรุนแรงและช่วยให้สภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น โดยที่ยังมีข้อมูลขนาดยาที่เหมาะสมและความปลอดภัยระยะยาวน้อย

3) ยาอื่น ๆ

3.1) วัคซีน แนะนำให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง ระยะเวลาที่เหมาะสมคือ เดือนมีนาคม-เมษายน แต่อาจให้ได้ตลอดทั้งปี

3.2) ยาละลายเสมหะ อาจพิจารณาให้ในรายที่เสมหะเหนียวข้นมาก

3.3) ยา Anti-oxidant เช่น N-acetylcysteine กำลังอยู่ในระหว่างการศึกษา ประเมินผลในระยะยาวว่าสามารถลดการกำเริบของโรคได้หรือไม่

1.6.3 การให้ออกซิเจน

การให้ออกซิเจน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีค่าความดันออกซิเจนในหลอดเลือดแดงน้อยกว่า 55 มิลลิเมตรปรอท หรือความอิ่มตัวของออกซิเจนน้อยกว่าร้อยละ 90 มีภาวะเม็ดเลือดแดงในเลือดมาก หรือมีภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว ผู้ป่วยจะได้รับออกซิเจนที่มีอัตราการไหลเวียนเพียง 1-3 ลิตร/นาที อย่างน้อย 15 ชั่วโมง รวมทั้งในขณะนอนหลับด้วย

1.6.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพ (pulmonary rehabilitation) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนี้จะต้องครอบคลุมปัญหาที่เกี่ยวข้องด้วย คือ สภาพของกล้ามเนื้อที่ไม่ค่อยได้ใช้งาน สภาพอารมณ์และจิตใจที่ค่อนข้างซึมเศร้า และการแยกตัวจากสังคม รวมไปถึงน้ำหนักตัวที่ลดลง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยทุกรายที่เริ่มมีอาการ โดยเริ่มต้นจากการจัดกิจกรรมในโรงพยาบาลทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ถ้าเป็นไปได้ให้ขยายถึงการจัดกิจกรรม

ในชุมชนด้วย ในการฟื้นฟูต้องมีการประเมินผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้เป็นตัวชี้วัดประโยชน์ที่ได้รับและเป้าหมายที่ต้องการในผู้ป่วยแต่ละราย

1) การออกกำลังกายทั่วไป

1.1) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทาน (endurance exercise) ได้แก่ การเดินหรือขี่จักรยาน โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3 วัน โดยในการออกกำลังกายแต่ละครั้งมีเป้าหมายให้ชีพจรถึงร้อยละ 70 ของค่าสูงสุดของผู้ป่วย (ซึ่งเท่ากับ 220-อายุ) หรือจนมีอาการเหนื่อย (สมาคมอายุรเวชแห่งประเทศไทย, 2548) ทั้งนี้ ต้องไม่มีความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตหรือมีภาวะพร่องออกซิเจนเกิดขึ้นระหว่างการทดสอบ

1.2) การบริหารกล้ามเนื้อทั่วไป

2) การฝึกกล้ามเนื้อหายใจ ทำโดยการฝึกให้ผู้ป่วยหายใจด้วยวิธี Pursed-lip นานประมาณ 5 นาที ทั้งนี้อาจทำไปพร้อมกับการบริหารกล้ามเนื้อทั่วไปก็ได้

3) การฟื้นฟูสมรรถภาพอื่น ๆ ได้แก่ ให้คำแนะนำในการประหยัดกำลังงาน เช่น จัดเครื่องใช้ต่าง ๆ ให้อยู่ในที่ที่สะดวกต่อการนำไปใช้ เป็นต้น นอกจากนี้ควรให้ศึกษาแก่ผู้ป่วยถึงธรรมชาติของโรค โภชนาการที่เหมาะสม รวมทั้งการสนับสนุนในด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยด้วย ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดควรปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และระยะเวลาขั้นต่ำสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่จะทำให้เกิดผลคือ 8 สัปดาห์ และถ้าสามารถทำได้ต่อเนื่องนานกว่านั้น ก็จะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้มากขึ้น ควรประเมินผลเป็นระยะ โดยการตรวจสมรรถภาพปอด ความสามารถในการออกกำลังกาย เป็นต้น

1.6.5 การฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจและสังคม

การสนับสนุนทางอารมณ์ การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยนับว่ามีความสำคัญมาก เพราะจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาของ อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 120 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยส่วนรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ

1.6.6 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

เกี่ยวกับข้อมูลของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยแนะนำให้หลีกเลี่ยงสาเหตุส่งเสริมการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ ฝุ่นละออง การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารเช้าในปริมาณเพียงเล็กน้อยแต่รับประทานบ่อยครั้งขึ้น ลักษณะอาหารควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย แต่ให้พลังงานสูงและมีอัตราส่วนของไขมันสูงกว่าโปรตีนและคาร์โบไฮเดรต เพราะใน

การเปลี่ยนแปลงไขมันให้เป็นพลังงานจะใช้ออกซิเจนน้อย แต่ร่างกายได้รับพลังงานสูงและเกิดคาร์บอนไดออกไซด์น้อยกว่าสารอาหารประเภทอื่น ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซ เช่น ถั่ว กะหล่ำปลี หอม เนื่องจากกระเพาะอาหารจะขยายขนาดมากเกิดปกติและไปดันกระบังลม จนกระทั่งผู้ป่วยหายใจลำบาก และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทนมช็อคโกแลต เพราะจะทำให้ น้ำลายเหนียวและขับเสมหะออกยาก ผู้ป่วยควรดื่มน้ำอุ่นในปริมาณ 2,000-3,000 ซีซี/ วัน (ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร อ่างโน สิรินาถ มีเจริญ, 2541) เพื่อให้เสมหะละลายและถูกขับออกง่าย ยกเว้น ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนของร่างกาย เช่น การทำงานของหัวใจหรือไตล้มเหลว

การดำเนินของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นไปอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไปอย่างเรื้อรังเมื่อการดำเนินของโรครุนแรงขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหายใจลำบาก โดยเฉพาะเวลาหายใจออกต้องใช้แรงขับอากาศหายใจค่อนข้างมาก อาการหายใจลำบากจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อมีปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคและมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความสุขสบาย เกิดเป็นอาการที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยประเมินเหตุการณ์นี้เป็นสิ่งที่เป็นอันตราย ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลเกิดขึ้น หากไม่ได้รับการแก้ไขย่อมส่งผลกระทบต่อให้การดำเนินของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของจิตใจและร่างกาย การมีปฏิสัมพันธ์กัน ความเชื่อมโยง การส่งผลกระทบต่อหาแนวทางในการช่วยเหลือได้ตรงวัตถุประสงค์ ในผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดอย่างเหมาะสม ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพต่อไป

2. ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างกายกับจิต (The Mind – Body Connection Theory)

ทฤษฎีในกลุ่มนี้เน้นความสัมพันธ์ระหว่างระบบประสาทที่เชื่อมต่อกับอวัยวะ ระบบประสาทในการทำหน้าที่ของร่างกาย และระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (neuroanatomy, neurophysiology, neuroendocrinology) ต่อมาในปัจจุบันเรียกแนวคิดนี้ว่า ทฤษฎีองค์รวม (Holistic Theory) ที่ให้ความสำคัญกับ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม นอกเหนือจากอาการที่พบทางร่างกายและปัจจัยทางด้านจิตใจ ทฤษฎีนี้ชี้ให้เห็นว่า โลกของสิ่งมีชีวิตมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับต่อส่วนอื่นด้วย บางครั้งอาจเรียกทฤษฎีที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ของร่างกายและจิตใจที่มีความเกี่ยวข้องกับธรรมชาตินี้ว่า Natural Systems Theory (Guzzetta, 1989: 609) เช่นเดียวกับทฤษฎีความสัมพันธ์ของร่างกายและจิตใจ (The Mind – Body Connection Theory) ของ Well - Federman (1995: 59 - 66) ซึ่งกล่าวถึงจุดเด่นของทฤษฎีนี้ว่า เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่ให้ความสำคัญของความสัมพันธ์ร่างกายและจิตใจ มากกว่าทฤษฎีทางการแพทย์ (Bio – medical

theory) โดยเฉพาะความเป็นองค์รวม (กาย- จิต - จิตสังคม - จิตวิญญาณ) และความสัมพันธ์ของแต่ละมิติกับสิ่งแวดล้อม เนื่องจากไม่มีระบบไหนจะอยู่โดดเดี่ยวได้ จะต้องมีแรงส่งถึงกันจากปัจจัยด้านสรีระวิทยาของร่างกายก็มีผลต่อสภาวะทาง ความคิด อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ พฤติกรรม ซึ่งพบว่าความสัมพันธ์ของร่างกายและจิตใจจะมีการสื่อสารกันอย่างต่อเนื่องผ่าน 3 ระบบหลัก คือ ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous Systems: ANS) ระบบประสาทกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal Systems: MSS) และระบบจิตประสาทต่อมไร้ท่อ (Psychoneuroendocrine System) ระบบเหล่านี้ได้ตอบสนองต่อข้อมูลที่ผ่านเข้ามาในร่างกายในการตอบสนองต่อความเครียด และได้เสนอปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายที่พบไว้ทั้งหมด 3 ประเภท ดังนี้

2.1) ปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียด (stress response)

การตอบสนองความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อ บุคคลนั้นรับรู้ว่ามีภาวะคุกคามตนหรือรับรู้ว่าคุณภาพการดำเนินชีวิตต่อความผาสุกทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด จิตวิญญาณ หรือสังคม การรับรู้นี้ก่อให้เกิดผลทางเคมีชีววิทยาต่อกันมาเป็นขั้น ๆ ในระบบประสาทส่วนกลาง โดยเริ่มจากเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก cerebral cortex จะบันทึกว่าตัวกระตุ้นหรือสถานการณ์นั้น ๆ เป็นภาวะคุกคามของตน ต่อมาต่อมใต้สมองส่วน hypothalamus จะถูกกระตุ้นส่งผลต่อใยประสาท sympathetic ของระบบประสาทอัตโนมัติผ่านมาทาง สารสื่อประสาท (norepinephrine and epinephrine) ที่หลั่งมาจาก Adrenal medulla and postganglionic neurons จนมีผลโดยตรงต่อหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต เพิ่มการระแวดระวังในสิ่งแวดล้อมเพิ่มปริมาณเลือดไหลเวียนในอวัยวะภายในใหญ่ ๆ เพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การเผาผลาญไขมันเปลี่ยนแปลง เพิ่มความสามารถในการรวมกันของเกล็ดเลือด เพิ่มอัตราการหายใจและเรียกการตอบสนองความเครียดของร่างกายนี้ว่า Flight or fight response การเปลี่ยนแปลงระบบจิตประสาทต่อมไร้ท่อ ในการตอบสนองต่อความเครียดเกี่ยวข้องกับไฮโปทาลามัส ต่อมใต้สมอง และต่อมหมวกไต (hypothalamic – pituitary- adrenal axis) โดย ไฮโปทาลามัสจะหลั่งฮอร์โมน Corticotropin จนกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้หลั่งฮอร์โมน Adrenocorticotopin และเป็นสาเหตุให้ ต่อมหมวกไตหลั่ง Corticosteroids ที่ทำให้เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มการคงไว้ของเกลือโซเดียม มีการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการเผาผลาญไขมัน เพิ่มการตอบสนองต่อการอักเสบในระยะแรกแต่ในระยะยาว จะทำให้ลดกลไกภูมิคุ้มกันของร่างกาย คล้ายกับในการตอบสนองความเครียดที่มีผลในการควบคุมฮอร์โมนตัวอื่น ๆ จากระบบจิตประสาทต่อมไร้ท่อ เช่น ในระบบสืบพันธุ์ และ Growth Hormone, Endorphins, Enkephalins ที่ต่างก็ได้รับผลจากการตอบสนองต่อความเครียด ระบบประสาทลิมบิก ของ ระบบ

ประสาทส่วนกลางจะบูรณาการความคิด ความรู้สึก อารมณ์ ในขณะที่ส่วน Hypothalamic ของระบบประสาทลิมบิก จะปรับสมดุลของร่างกาย โดยการมีปฏิกิริยาย้อนกลับของร่างกาย – จิตใจ อย่างต่อเนื่อง (อัจฉรา นุตตะโร, 2546)

การตอบสนองของความเครียดจะเกิดขึ้นซ้ำอีกเมื่อเราเผชิญเรื่องทำทนายในแต่ละวัน โดยที่การตอบสนองอย่างอัตโนมัติของร่างกายต่อตัวกระตุ้นความเครียด จำเป็นต้องประสบความสำเร็จต่อข้อเรียกร้องนั้น มิฉะนั้น การตอบสนองของความเครียดอาจก่อให้เกิดกลุ่มอาการเฉียบพลันได้ เช่น ความวิตกกังวล อาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปวด ปวดศีรษะจากความเครียด นอนไม่หลับ ระบบทางเดินอาหารแปรปรวน แต่ถ้ามีความเครียดทางร่างกาย หรือทางจิตใจเกิดขึ้นซ้ำอีกหรือใช้เวลานานมากขึ้นก็จะเป็นสาเหตุของโรคและกลุ่มอาการของโรค ที่ถูกคุกคามและเกี่ยวข้อง ระบบประสาทส่วนกลางทั้งหมด

2.2) ปฏิกริยาตอบสนองการผ่อนคลาย (relaxation response)

ปฏิกริยานี้แสดงผลตรงกันข้ามกับการตอบสนองของความเครียด การตอบสนองการผ่อนคลายเป็นบูรณาการการตอบสนองทางร่างกายมีจุดกำเนิดที่ไฮโปทาลามัส ไปสู่การลดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง Wellace , Benson & Wilson (1971) ได้อธิบายการผ่อนคลายครั้งแรกในการสังเกตระยะการเผาผลาญอาหารต่ำในขณะการฝึกสมาธิ Transcendental Meditation = TM และอธิบายว่า การตอบสนองการผ่อนคลาย คือ การพักผ่อนขั้นลึก (deep rest) ซึ่งได้มาจากที่ตั้งใจให้จดจ่ออยู่กับสิ่งหนึ่ง ได้แก่ คำ วลี ภาพ ทำให้เกิดความเกี่ยวข้องกับการลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก เป็นผลให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเผาผลาญอาหาร ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง จนกล่าวได้ว่าการตอบสนองการผ่อนคลาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตรงกันข้ามกับ การตอบสนองความเครียด การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเพื่อตอบสนองต่อการผ่อนคลายนั้น เกิดขึ้นทันทีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้านร่างกาย และจะเกิดขึ้นเมื่อมีการตอบสนองการผ่อนคลายจริงเกิดขึ้นเท่านั้น Hoffman, et al., (1981) ได้ทดสอบการเปลี่ยนแปลงระยะยาวหลังมีการตอบสนองการผ่อนคลายจริง โดยหาระดับนอร์อิพิเนฟริน Norepinephrine ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ขณะอยู่ในภาวะ Orthostatic, Isometric and Mental stress ในกลุ่มทดลองหลังวัดระดับ Norepinephrine ครั้งแรก จะได้รับการฝึกเทคนิคง่าย ๆ ของการตอบสนองการผ่อนคลาย 20 นาทีวันละ 2 ครั้ง ตลอด 28 วัน และวัดอีกครั้งด้วย Stress Protocal เมื่อมีความเครียดอีกพบว่า อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเผาผลาญอาหาร ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง และที่น่าสนใจ คือ มีการเพิ่มระดับนอร์อิพิเนฟรินในการวัดระดับ ครั้งที่สอง ซึ่งมีนัยสำคัญสูงสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ทฤษฎีที่มีข้อค้นพบสวนทางกันนี้ สามารถ

อธิบายว่า หลังเกิดการตอบสนองการผ่อนคลายจริง อวัยวะจะลดการตอบสนองต่อระดับ Norepinephrine ในระดับปกติ ซึ่งประโยชน์ของการตอบสนองการผ่อนคลายจริงจะขยายผลการตอบสนองทั้งระยะเฉียบพลันและระยะยาว

นอกจากนี้การตอบสนองการผ่อนคลายจริง สามารถหยุดวงจรของอาการหรือความเจ็บป่วยจากความเครียด หรือการกำเริบของกลุ่มอาการเหล่านั้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งประโยชน์จากการตอบสนองการผ่อนคลายจริงนี้ได้รับการยืนยันจากกลุ่มประชากรทางคลินิกจำนวนมาก ได้แก่ โรคทางช่องท้อง โรคกระดูก การผ่าตัดฟัน การฉีดสีทางเส้นเลือดดำใหญ่ที่ขา การส่องกล้องดูลำไส้ใหญ่ ภาวะเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะส่งเสริมกล้ามเนื้อหัวใจตาย การฟื้นฟูหัวใจ การเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ (PVC) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดปานกลาง โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ การเจ็บปวดเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การหย่าเครื่องช่วยหายใจ ภาวะมีบุตรยาก และกลุ่มอาการก่อนมีประจำเดือน (Mandle, Jacobs & Domar, 1996: 4 – 26 อ้างถึงใน อัจฉรา นุตตะโร, 2546)

การทำความเข้าใจในสรีระวิทยาของการตอบสนองการผ่อนคลาย ทำให้เข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติพยาบาลในลักษณะการบำบัดทางการพยาบาลต่อการเยียวยา (healing) และการส่งเสริมภาวะสุขภาพ ขณะที่พยาบาลให้การพยาบาล เช่น นวดหลัง ดนตรีบำบัด หรือสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การสร้างจินตภาพ การที่พยาบาลแสดงถึงความเข้าใจและความมั่นใจในกระบวนการของการตอบสนองการผ่อนคลาย จะทำให้ผู้ป่วยประเมินภาวะคุกคามหรือ ความเครียดลดลง ช่วยลดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การใช้มิติทางสรีระวิทยาในเรื่องนี้ทำได้โดยการเข้าใจกับความสัมพันธ์ของร่างกาย – จิตใจซึ่งมีความสำคัญต่อการนำไปใช้ปฏิบัติทางการพยาบาล ในวิธีการพูด การฟัง การสัมผัส ที่สามารถส่งเสริมการเยียวยามากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ภายหลังเกิดการตอบสนองการผ่อนคลายจริง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นเรื่องง่ายในการฝึกการผ่อนคลาย ดังนั้นก่อนที่ผู้ป่วยจะสนใจการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมของตนเอง ผู้ป่วยจะเลือกใช้วิธีการเข้าใจกับความสัมพันธ์ของร่างกาย – จิตใจ นี้แทนวิธีคิดเดิมหรือพฤติกรรมเดิม เนื่องจากวิธีเดิม ๆ ไม่ทำให้สถานการณ์ของเขาดีขึ้นเท่าวิธีใหม่ นอกจากนี้ การเข้าใจความสัมพันธ์ของร่างกาย – จิตใจ ยังช่วยให้เขาคิดในทางบวกมากขึ้น และส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นด้วย จนเกิดแนวทางใหม่ที่เปลี่ยนพฤติกรรมให้ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น และเป็นทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต (อัจฉรา นุตตะโร, 2546)

สรุปได้ว่า ร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กันที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้ทั้งปฏิกิริยาการผ่อนคลาย และผลจากการกระตุ้นจากสิ่งเร้า โดยที่การเปลี่ยนแปลงของร่างกายมีผลต่อ ความคิดและ

ความรู้สึกเช่นกัน (อัจฉรา นุตตะโร, 2546) ดังนั้น การให้การรักษาบุคคลต้องสอดคล้องกันทั้งกาย ใจ จิตวิญญาณ เพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ เป็นองค์รวมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

3.1 ความหมาย

ความเครียด หมายถึง สถานการณ์ที่คับแค้นที่มีผลทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ ความเครียดจะเกิดเกี่ยวพันกับความวิตกกังวล บางครั้งความเครียดอาจเกิดขึ้นกับร่างกาย เมื่อมีการใช้พลังงานมาก และมีการเปลี่ยนแปลงต่อขบวนการทางสรีรวิทยาของร่างกาย เช่น การอยู่ในสถานที่ที่มีอุณหภูมิสูงมาก ๆ หรืออาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนาน ๆ ซึ่งจะเป็นตัวเร่งความเครียดให้เกิดขึ้น (วีระ ไชยศรีสุข, 2533)

ความเครียด หมายถึง ลักษณะอาการที่สมองไม่ได้ผ่อนคลายเพราะคร่ำเคร่งอยู่กับงานจนเกินไป, ลักษณะอาการที่จิตใจมีอาการบางอย่างมากกดดันความรู้สึกอย่างรุนแรง (เอกชัย จุละจาริตต์, 2543)

ความเครียด หมายถึง ภาวะทางชีวภาพที่แสดงให้เห็นได้โดยปรากฏการณ์ของกลุ่มอาการเฉพาะ ซึ่งจะเกิดขึ้นจากปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไปของร่างกายต่อสิ่งรบกวน (Selye, 1976)

นั่นคือ ความเครียด หมายถึง สถานการณ์ที่คับแค้นที่มีผลทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์จากการประเมินสถานการณ์นั้นว่ามีการสูญเสียหรือเป็นอันตราย หรือถูกคุกคามซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไปของร่างกาย จนอาจรบกวนการดำเนินชีวิต

สาเหตุของความเครียด สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การกระทบกระเทือนทางจิตใจ มีผลเนื่องมาจากการสูญเสียหรือความรู้สึกกลัวต่อการสูญเสียสิ่งที่มีค่ามีความสำคัญหรือสิ่งที่รักไป

2. การได้รับอันตรายหรือเสี่ยงต่ออันตราย และความเจ็บป่วยที่เกิดแก่ร่างกายและจิตใจ

3. ความขัดแย้งทางใจหรือความคับข้องใจ เนื่องจากการได้รับการตอบสนองที่ไม่เพียงพอกับความต้องการ

ดังนั้นการรับรู้และการตอบสนองต่อความเครียดของแต่ละบุคคล จะแตกต่างกันอยู่กับขีดความสามารถและการอดทน (tolerance & threshold) ซึ่ง Holmes & Masuda อ้างถึงใน Lazarus & Folkman 1984 ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงใดๆ ก็ตามไม่ว่าด้านบวกหรือลบสามารถก่อให้เกิดความเครียดได้ทั้งนั้น

3.2 ทฤษฎีความเครียดเป็นการตอบสนอง (stress as a response) โดย Selye

(1976) กล่าวว่า การตอบสนองจะออกมาทางร่างกายในรูปแบบที่เหมือนกัน เรียกว่า “กลุ่มอาการปรับตัวทั่วไป” (general adaptation syndrome : GSA) เกิดขึ้นเป็น 3 ระยะ คือ

3.2.1 ระยะเตือน (alarm reaction) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในระยะแรก ปฏิกิริยาในระยะนี้จะเกิดขึ้นเพียงระยะสั้น ๆ ตั้งแต่เพียงไม่กี่นาทีถึง 48 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของตัวกระตุ้น อาการแสดงนั้นเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก และต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า

3.2.2 ระยะช็อค (shock phase) เป็นระยะแรกของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าซึ่งบุคคลที่ถูกกระทบจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของร่างกาย ปฏิกิริยาจะเกิดขึ้นเป็นอันดับแรกที่สมองส่วนคอร์เทกซ์ แล้วจึงส่งคลื่นประสาทมากระตุ้นต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า ประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก และต่อมหมวกไตตามลำดับ ทำให้มีการผลิตฮอร์โมน แคทีโคลามีน คอร์ติโคโทรฟิก และโกนาโดโทรฟิกเข้าสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น ในระยะนี้จะพบว่าการสลายโปรตีนของกล้ามเนื้อ มีการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นและเซลล์ตับมีการหลั่งฮิสตามีนเพิ่มขึ้น มีน้ำและเกลือโซเดียมคั่งระหว่างเซลล์ ระดับโปรตีนในเลือดสูงขึ้น ซึ่งโปรตีนที่สูงขึ้นนี้จะมีผลกดสมองส่วนกลางทำให้การตั้งตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง หลอดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อขยายตัว ในขณะที่หลอดเลือดฝอยส่วนปลายตามผิวหนังและช่องท้องหดตัว ถ้าปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นรุนแรงมาก ความดันโลหิตจะลดต่ำลงอาจมีอาการช็อคหรือหัวใจหยุดเต้นได้ การเปลี่ยนแปลงในระยะนี้ร่างกายยังไม่พร้อมที่จะมีการปรับตัว และถ้ายังดำเนินต่อไปร่างกายจะถูกใช้พลังงานจนหมดภายใน 24 - 48 ชั่วโมง นอกจากนี้จะมีกลไกการป้องกันตนเองซึ่งจะเข้าสู่ระยะต้านช็อค (countershock phase) เป็นระยะถัดจากระยะช็อค ซึ่งร่างกายเริ่มปรับตัวกลับสู่ภาวะสมดุล โดยจะมีการดึงเอากลไกการต่อสู้ของร่างกายออกมาช่วยเหลือ ระบบต่างๆ ของร่างกายเริ่มประสานกันอย่างมีระเบียบ ต่อมพิทูอิทารีจะขับฮอร์โมนส์คอร์ติโคโทรฟิกเพิ่มขึ้น ส่วนต่อมหมวกไตจะหลั่งฮอร์โมนส์กลูโคคอร์ติคอยด์เพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเผาผลาญของร่างกายสูงขึ้นร่วมกับการเร่งของประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก อาการแสดงที่ตรวจพบคือ อัตราการเต้นของหัวใจจะแรงและเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็ว มีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียน ม่านตาขยายและเหงื่อออกมากผิดปกติ

3.2.3 ระยะต่อต้าน (stage of resistance) สิ่งมีชีวิตจะปรับตัวอย่างเต็มที่ต่อตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดและผลที่ตามมาคือ อาการจะดีขึ้นหรือหายไป ลักษณะที่ปรากฏในระยะนี้จะแตกต่างหรือมีลักษณะตรงกันข้ามกับระยะเตือน เช่น ในระยะเตือน เซลล์คอร์เทกซ์ของต่อมหมวกไตปล่อยฮอร์โมนเข้าสู่กระแสเลือด เพราะฉะนั้นจะไม่มีฮอร์โมนคอร์ติคอยด์เก็บสะสม

ไว้แต่ ในระยะต่อต้านคอร์เทกซ์จะมีฮอร์โมนเก็บไว้มาก ในระยะเดือนเลือดจะเข้มข้นและคอร์โรวด์ต่ำ และมีการทำลายของเนื้อเยื่อมากแต่ในระยะต่อต้านเลือดจะเจือจาง คอร์โรวด์สูงและเซลล์มีการซ่อมแซมทำให้น้ำหนักกลับเข้าสู่ปกติ แต่ถ้าสิ่งมีชีวิตนั้นยังได้รับการกระตุ้นจากสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดอยู่ สิ่งมีชีวิตนั้นจะนั้นจะสูญเสียการปรับตัวอีกและจะเข้าสู่ระยะที่ 3 คือ

3.3 สิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด

ชนิดของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด สามารถแบ่งได้ดังนี้คือ

3.3.1 ด้านพันธุกรรม ได้แก่ การทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายที่ผิดปกติ ซึ่งเกิดจากการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ด้านฟิสิกส์และเคมี แบ่งออกอีก 3 ประการ ได้แก่

- 1) สารพิษหรือสารที่เป็นอันตรายที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ ความร้อน ความเย็น รังสี ไฟฟ้า อากาศที่ร้อน หรือหนาวเกินไป สารพิษจากโรงงาน ยา เป็นต้น
- 2) สารอันตรายจากสิ่งแวดล้อมภายในร่างกายเอง เช่น การหลังสารอินซูลินมากเกินไป ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในกระแสเลือด
- 3) การขาดสารเคมีที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น การขาดสารอาหารและวิตามิน ภาวะที่ขาดน้ำรุนแรง การสูญเสียสารเกลือแร่

3.3.2 ด้านจุลินทรีย์และปรสิต ได้แก่ จุลินทรีย์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรค เช่น แบคทีเรีย ไวรัส และพยาธิต่าง ๆ

3.3.3 ด้านจิตใจ ปัจจัยด้านจิตเจ้านั้นอาจเกิดเป็นผลมาจากปัจจัยด้านฟิสิกส์และสารเคมี ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางกาย และมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจตามมา หรืออาจเป็นผลจากสภาพการเจริญเติบโต ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย และพัฒนาการในช่วงวัยต่าง ๆ ปัจจัยเหล่านี้ขึ้นอยู่กับ

- 1) อายุ สาเหตุและผลของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดทางด้านจิตเจ้านั้นแตกต่างกันตามช่วงของอายุ เช่น วัยเด็กตอนปลาย เป็นช่วงที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโต อาจจะเป็นจุดอ่อนที่ทำให้เกิดการติดเชื้อหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่ต้องแข่งขัน ความเหนื่อยล้าเป็นผลทำให้เกิดภาวะเครียด เกิดผลกระทบตามมา เช่น เป็นแผลในกระเพาะ โรคหัวใจ โรคพิษสุราเรื้อรัง ส่วนวัยผู้สูงอายุนั้นส่วนใหญ่จะปลดเกษียณจากการทำงาน รู้สึกโดดเดี่ยว มีความหวังลดน้อยลง ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง
- 2) เพศ การเกิดความเครียดก็แตกต่างกันในแต่ละเพศ โดยสังคมกำหนดบทบาทในเพศหญิงและเพศชายที่แตกต่างกัน

2.1) เพศชาย สังคมกำหนดให้มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัวหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมเกิดความเครียดขึ้น เนื่องจากมีผลกระทบต่อบทบาท

2.2) เพศหญิง ก็มีโอกาสดำเนินการจากบทบาททางสังคม ได้ เช่นเดียวกับเพศชายโดยเฉพาะเพศหญิงที่ต้องรับภาระหนักตามลำพังไม่เพียงรับบทบาทของการเป็นภรรยา มารดา ผู้ดูแลทำงานบ้าน และยังคงต้องรับบทบาทการทำงานนอกบ้านด้วย ซึ่งเป็นภาระหนักที่เพิ่มความตึงเครียด หากเพศหญิงต้องรับผิดชอบดูแลครอบครัวตามลำพัง อาจเกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดได้

3) ปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านเพศและอายุที่ทำให้เกิดความเครียดได้แตกต่างกันคือ

3.1) การกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ เช่น การสูญเสียหรือความรู้สึกกลัวการสูญเสียสิ่งที่มีคุณค่า เช่น บุคคลที่สำคัญ ภาพลักษณ์ บทบาททางสังคม เป็นต้น

3.2) การได้รับบาดเจ็บและความเจ็บปวดเป็นสิ่งที่เพิ่มความเครียดทางด้านจิตใจมากขึ้น

3.3) ปัจจัยที่ทำให้เกิดความรู้สึกอ่อนแอ ได้แก่ ภาวะคุกคามจากการทำร้ายร่างกาย ความรู้สึกสูญเสีย ความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้ง การสูญเสียการควบคุม การสูญเสียอวัยวะจากการบาดเจ็บ การสูญเสียเกียรติยศ เป็นต้น

4) ด้านขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม เนื่องจากสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้มนุษย์ต้องมีการปรับตัวเพื่อให้อยู่ในสังคมนั้นได้

5) การเผชิญกับสิ่งที่ต้องตัดสินใจเฉพาะหน้า

6) การอพยพ การที่มีการโยกย้ายหรือเปลี่ยนสถานที่ทำงาน และที่พักอาศัย ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว

7) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ฐานะความเป็นอยู่ที่ขัดสนซึ่งทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ปัญหาสุขภาพ

8) การประกอบอาชีพ อาชีพที่มีความรับผิดชอบสูง หรือมีการแข่งขันจะทำให้เกิดความเครียดสูง

9) ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและสังคม เช่น การพัฒนาทางเทคโนโลยีทางด้านอุตสาหกรรม ทำให้เกิดภาวะที่เป็นพิษ การพัฒนาทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุข เช่น พิษจากยา ที่ผลิตขึ้น ปัจจัยทางสังคม เช่น การอยู่ในสังคมเมือง รู้สึกโดดเดี่ยวหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ค่านิยมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น

ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการศึกษาของ วไลพร หงส์พันธุ์ (2547) เรื่อง สิ่งที

ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในโรงพยาบาลในระยะพักฟื้น จำนวน 127 ราย พบว่า สิ่งที่เกิดความเครียดด้านสรีรภาพ 5 อันดับแรกโดยเรียงลำดับจากระดับความรุนแรงมากไปถึงระดับความรุนแรงน้อย คือ อาการไอมีเสมหะเหนียวข้นมาก อาการหายใจลำบาก/ ไม่เต็มอิม อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลียไม่มีแรง อาการไอมาก และการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายแล้วเกิดอาการเหนื่อย ส่วนสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดด้านจิตสังคม 5 อันดับ ได้แก่ กลัวตายจากการหายใจไม่อิ่ม/หายใจลำบาก การที่ต้องเข้า-ออกโรงพยาบาลเพื่อการรักษาบ่อย ๆ กลัวเกิดอาการกำเริบเมื่อต้องอยู่ตามลำพังคนเดียว ไม่สามารถร่วมกิจกรรมสังคมกับเพื่อนได้ตามปกติ ทำงานอดิเรกที่ชอบไม่ได้เนื่องจากเหนื่อยง่าย เป็นต้น

3.4 ระดับของความเครียด

ความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลแม้มีสาเหตุเดียวกันแต่อาจจะมี ความรุนแรงไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น นอกเหนือจากนี้ขึ้นอยู่กับความมากน้อยของสิ่งที่มากระตุ้น แจนนิส (Janis, 1952: 130) ได้แบ่งความเครียดเป็น 3 ระดับ คือ

3.4.1 ความเครียดระดับต่ำ (mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นและหมดไปในระยะเวลาอันสั้นเพียงนาทีหรือชั่วโมงเท่านั้น เกี่ยวข้องกับสาเหตุหรือเหตุการณ์เพียงเล็กน้อยในชีวิตประจำวัน เช่น การเดินทางไปทำงานหรือพลาดเวลานัดหมาย เป็นต้น

3.4.2 ความเครียดปานกลาง (moderate stress) ความเครียดระดับนี้รุนแรงกว่าระดับแรก อาจเป็นอยู่นานหลายชั่วโมงหรือเป็นวัน เช่น การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง การทำงานมากเกินไป การขัดแย้งระหว่างผู้ร่วมงาน เป็นต้น

3.4.3 ความเครียดระดับสูง (severe stress) ความเครียดระดับนี้รุนแรงมาก มีอาการอยู่นานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือนหรืออาจเป็นปี เกิดจากสาเหตุรุนแรงหรือมีหลายสาเหตุ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความเจ็บป่วยรุนแรง การสูญเสียอวัยวะของร่างกายที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต เป็นต้น

3.5 การประเมินความเครียด

ปฏิริยาการตอบสนองทางสรีรวิทยาเมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียด จัดเป็นการประเมินความเครียดอีกรูปแบบหนึ่งซึ่ง ผจพพร สุภาวิตา อ้างถึงใน วไลพร หงษ์พันธุ์, 2547 มีดังนี้

1. ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม ปริมาณเลือดในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น มีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่ต้องใช้ในการปรับตัวมากขึ้นทำให้มีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนอื่นลดน้อยลง มีการตีบของเส้นเลือด ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพิ่มมากขึ้น

2. ระดับน้ำตาลในกระแสโลหิตเพิ่มขึ้น เนื่องจากการสร้าง insulin น้อยลง มีการหลั่ง glucagon เพิ่มขึ้น กรดไขมันถูกขับออกมาเพิ่มขึ้น มีการสลายตัวของ Glycogen ในตับและกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น มีการสร้างกลูโคสจากโปรตีน ไขมัน และไกลโคเจน มีการหลั่งกรดแลคติกเพิ่มขึ้น

3. มีปริมาณออกซิเจนเพิ่มขึ้น เนื่องจากการขยายตัวของแขนงหลอดเลือด มีอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น มีการเพิ่มจำนวนของเม็ดเลือดแดง

4. ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เนื่องจากต่อมไทมัสและเนื้อเยื่อพวก lymphoid ลีบลง มีการทำลายของเซลล์ลิมโฟไซต์ ความสามารถยอมให้สารผ่านเข้าไปในเซลล์เกิดการอักเสบลดลง

5. เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น เนื่องจากการสร้างสารที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือดเพิ่มมากขึ้นและเนื่องจากมีปริมาณของเซลล์เม็ดเลือดแดงมากขึ้นทำให้ความหนืดของเลือดเพิ่มขึ้น

6. ทำให้ร่างกายและจิตใจมีการตื่นตัว กระฉับกระเฉง เนื่องจากการกระตุ้นของประสาทซิมพาเทติกมีอัตราการเผาผลาญในร่างกายสูง

7. การย่อยอาหาร ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ เกิดอาการท้องอืดเพื่อ คลื่นไส้ อาเจียน

8. การขับถ่าย มีการปัสสาวะบ่อย ท้องผูกและอาจมีอาการท้องเสีย

9. กล้ามเนื้อตึงตัว มีการปวดศีรษะ การเกร็งแน่น ปวดหลัง กัดฟันแน่น เป็นต้น

Murray, 1975 ; ผงพร สุภาวิตา, 2534 อ้างถึงใน วไลพร หงษ์พันธุ์, 2547 ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงออกเมื่อมีความเครียดทางด้านจิตใจ ดังนี้

1. มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพ เช่น มีพฤติกรรมถอยหลัง แยกตัวเอง เชื้อยชา ไม่ให้ความร่วมมือ อารมณ์แปรปรวนเสมอ ๆ หรือพูดถึงความตายบ่อย ๆ

2. มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ไปในทางที่ไม่เหมาะสม เช่น โกรธ ร้องไห้ หัวเราะโดยไม่มีเหตุผล บ่นโดยไม่มีเหตุเจ็บปวด มีอารมณ์หงุดหงิด

3. สูญเสียระดับความรู้สึก ความจำและสมาธิ ถึงแม้ว่าการเจ็บป่วยจะไม่เกี่ยวข้องกับความเครียด

4. ขบวนการทางความคิดถูกรบกวน เช่น สับสน กลัว ตัดสินใจไม่ได้
5. มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ เช่น มองเห็นภาพหลอน การรับรู้ของประสาทสัมผัสผิดปกติ
6. สูญเสียความสนใจ ไม่มีความสนใจที่จะพูดคุย จะเบนความสนใจไปยังสิ่งแวดล้อม เช่น ไวต่อเสียงรบกวน เป็นผลให้ความสนใจเสียไป
7. มีความผิดปกติในการใช้ภาษา หรือสื่อภาษา เช่น พูดซ้ำ ๆ กัน พูดในเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงระดับเสียง แบบแผนการพูดและการออกเสียงเปลี่ยนไป
8. ใช้กลไกการป้องกันตนเองโดยไม่รู้ตัว เช่น มีพฤติกรรมถดถอย ให้เหตุผลตนเอง ผันกลางวัน การปฏิเสธ การโทษผู้อื่น
9. ภาพลักษณ์ของตนเอง (self image) เปลี่ยนแปลง แสดงออกโดยพูดบิดเบือน ทำตัวเป็นเด็กเล็ก ๆ แยกตัวเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้อื่น อาจมีความรู้สึกไม่ปลอดภัย ตัวเองด้อยต่ำ เรียกร้องความต้องการของตนมากเกินไป

Lazarus & Folkman (1984: 22) กล่าวว่า แม้บุคคลจะมีความต้องการและความกดดันซึ่งเป็นสิ่งทำให้เกิดความเครียดที่เหมือนกัน แต่ชนิดและระดับของปฏิกิริยาของการตอบสนองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันตามการตีความของแต่ละบุคคล

การประเมินตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman หมายถึง กระบวนการทางปัญญา ที่บุคคลพิจารณาตัดสินว่ามีอะไรเกิดขึ้นต่อความสุขของตน ซึ่งมีความสำคัญในกระบวนการความเครียด และการเผชิญความเครียด เนื่องจาก ความแตกต่างของบุคคล โดยบุคคลต้องแยกแยะสถานการณ์ที่ดีและสถานการณ์ที่เป็นอันตรายได้ และการประเมินจะมีผลต่อการจัดการปัญหา

4. ความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุมีการพัฒนาไปในทางเสื่อมลง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง การต้องเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น ประกอบกับการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุส่งผลให้ระดับความรุนแรงของโรค มีมากกว่าวัยอื่น การสูญเสียรายได้ ทำให้รู้สึกว่า เป็นภาระของครอบครัว การเผชิญกับอาการกำเริบแบบเป็น ๆ หาย ๆ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายของครอบครัว ซึ่งการศึกษาของ สุรางค์รัตน์ พ้องพาน (2541) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 638 บาทต่อเดือน กองสิน คดีการ (2538) ศึกษาความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคปอด

อดทนเรื้อรัง พบว่า ความเครียดที่ผู้ป่วยพบบ่อยตามลำดับคือ อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย อาการหายใจลำบาก หายใจไม่เต็มอิ่ม อาการไอมีเสมหะมาก การที่ต้องมาตรวจเป็นระยะเวลานาน และการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 76.1, 73.4, 59.7, 59.1 และ 57.5 ตามลำดับ ความเครียดที่ผู้ป่วยคิดว่ามีระดับความรุนแรงตามลำดับ คือ อาการหายใจลำบาก หายใจไม่เต็มอิ่ม อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย การเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ อาการไอมีเสมหะมาก และการที่ต้องมาตรวจรักษาเป็นระยะ ๆ เป็นเวลานาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.87, 2.87, 2.65, 2.55 และ 2.50 ตามลำดับ

จากการศึกษาดังกล่าว พบว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด คือ ภาวะหายใจลำบาก สอดคล้องกับการศึกษาของ วไลพร หงส์พันธุ์ (2547) เรื่อง สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่โรงพยาบาลในระยะพักฟื้น พบว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดด้านสรีรภาพ ที่มีระดับความรุนแรงมาก คือ อาการไอมีเสมหะเหนียวข้นมาก อาการหายใจลำบาก/หายใจไม่อิ่ม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 และสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดด้านจิตสังคมที่มีความรุนแรงมาก คือ กลัวตายจากการหายใจไม่อิ่ม/ภาวะหายใจลำบาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 และการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยใช้บ่อยมี 2 ลักษณะคือ

1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา คือ การยอมรับแม้ไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุด นำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา คิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมเหตุการณ์/สถานการณ์ และพยายามอย่างมากที่จะเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด

2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ ได้แก่ การปลงตกเพราะดูเหมือนว่าหมดหนทางแก้ไข สวดอ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ใช้วิธีการหายใจช่วยโดยวิธีค่อย ๆ เป่าลมออกจากริมฝีปาก การแยกตัวออกไปอยู่คนเดียว กังวลใจ/กลุ่มใจ ($X = 3.78, 3.75, 3.71, 3.71$ และ 3.56) ตามลำดับ

Carrieri and Janson – Bjerklie (1986) ศึกษาวิธีเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กรอบทฤษฎีของ Lazarus ซึ่งแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดเป็น 2 วิธี คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับสภาพอารมณ์ พบว่าผู้ป่วย ชายและหญิงมีวิธีการเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ไขและแบบปรับสภาพอารมณ์ โดยเมื่ออาการวิกฤต จะใช้การเผชิญความเครียด 4 ประการ ประกอบด้วย พยายามจัดทำให้อยู่ในที่สุขสบายและควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายให้ช้าลง เลือกรูปวิธีการ

หายใจ เช่น pursed lip และ Diaphragmatic breathing หลีกเลียงจากสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที ก่อให้เกิดอันตราย เช่น สภาพอากาศที่เย็นหรือร้อนจนเกินไป เลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม ส่วนใหญ่จะใช้วิธีพ่นยา หรือรับประทานยา การอยู่คนเดียวทำให้ผู้ป่วยควบคุมการหายใจได้ดี ขึ้น ใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียด

เทคนิคการผ่อนคลายมีหลายวิธี จำเป็นต้องมีการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดทักษะ สามารถเข้าถึงภาวะที่มีการผ่อนคลายเพื่อการบำบัด ได้แก่

- 1) เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการหายใจ (muscle relaxation with diaphragmatic techniques)
- 2) ดนตรีบำบัด (music therapy)
- 3) การฝึกสมาธิ (meditation)
- 4) การสร้างจินตภาพ (mental imagery and visualization)

เทคนิคการผ่อนคลายดังกล่าวนี้เป็นเพียงบางส่วนของเทคนิคการผ่อนคลายทั้งหมดซึ่ง วัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ร่างกายเกิดภาวะผ่อนคลายจนเกิดการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ระดับความ ตันโลหิตลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การหายใจลดลง อัตราการเผาผลาญของร่างกาย และการใช้ออกซิเจนในร่างกายลดลงและมีผลต่อการเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย บรรเทาอาการ ทางคลินิก ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ลดผลที่เกิดจากความวิตกกังวลอย่างเฉียบพลัน ลดความเหนื่อย ล้าแต่ทั้งนี้ต้องมีการเตรียมพร้อมด้านสิ่งแวดล้อมและตัวผู้ป่วยเป็นอย่างดีจึงทำให้สัมฤทธิ์ผล ยิ่งขึ้น เป็นต้น (Well-Federman, 1995: 61; Seaward, 1996: 29, Benson, 2001: 56 อ้างถึง ในอัจฉรา นุตตะโร, 2546: 33)

5. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการผ่อนคลาย

5.1 แนวคิดเกี่ยวกับการผ่อนคลาย (Scientific Basis of Relaxation)

การผ่อนคลาย หมายถึง กระบวนการทางสรีระวิทยาจากปฏิกิริยาการตอบสนอง ของร่างกาย ซึ่งใช้พลังงานและความร้อนน้อยมาก เนื่องจากกระบวนการภายในระบบ ประสาทที่ส่งผลยับยั้งกลไกเผชิญความตึงเครียดของทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้การทำงานของ ร่างกายลดลง กล้ามเนื้อในร่างกายเกิดการคลายตัว การผ่อนคลายเป็นสภาวะที่ทั้งร่างกาย และจิตใจปราศจากความตึงเครียด และการผ่อนคลายจะเกิดได้ดีจะต้องมีการเตรียมพร้อมทั้ง ด้านสิ่งแวดล้อมและตัวผู้ฝึก ถ้ามนุษย์ไม่สามารถใช้กลไกจากปฏิกิริยาการตอบสนองของ ร่างกายอย่างเหมาะสมจะทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ (Sheridan & Radmacher, 1992 อ้างถึง ใน สิรินาถ มีเจริญ, 2541)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำเทคนิคการผ่อนคลายมาใช้ในการเพิ่มความสบาย ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ เช่น

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ (2542) ศึกษาผลของการฝึก อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบค ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซีฟ ต่อความวิตกกังวล การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความวิตกกังวลและอาการหายใจลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ความทนทานในการออกกำลังกาย และสมรรถภาพปอดซึ่งประเมินโดยใช้ค่า FEV_1 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .001$, $P < .01$, $P < .001$ ตามลำดับ

दारवाररण รองเมือง (2545) ศึกษาผลของการบริหารการหายใจต่อสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุภายหลังปฏิบัติการบริหารการหายใจ 8 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ มีปริมาตรของอากาศที่สามารถหายใจออกโดยเร็วและแรงในเวลา 1 วินาที มากกว่าก่อนปฏิบัติการบริหารการหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

6. การหายใจแบบเป่าปาก

การหายใจแบบเป่าปาก (pursed lip) เป็นวิธีหนึ่งของการบริหารการหายใจที่จะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอดในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเดินหายใจอุดกั้นจากเสมหะหรือจากพยาธิสภาพซึ่งเกิดขึ้นในปอดและหลอดลม ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความทนทานต่อการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจลดลง ลดจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายและทำให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้พยาธิสภาพของโรคไม่รุนแรงขึ้น (Hughes & Davision, 1983 อ้างใน สิรินาถ มีเจริญ, 2541)

ประโยชน์ของการหายใจแบบเป่าปาก (เสริมศรี สันตติ, 2534: Faling, 1986 อ้างใน สิรินาถ มีเจริญ, 2541) มีดังนี้

- 1) ปรับปรุงลักษณะการหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อกระบังลมได้ทำงานและลดการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ
- 2) ลดการใช้พลังงานในการหายใจ
- 3) ป้องกันการเกิดภาวะปอดแฟบ
- 4) เพิ่มประสิทธิภาพการไอเพื่อขับเสมหะออกช่วยให้ปอดขยายตัวอย่างเต็มที่ มีการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น

5) บรรเทาอาการหายใจลำบาก

การหายใจ แบบปากเป่าสามารถปฏิบัติได้โดยหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกที่สุดโดยให้ท้องป่อง แล้วหายใจออกช้า ๆ ทางปากห่อปากเล็กน้อยเหมือนผิวกปาก โดยให้ท้องแฟบใช้เวลา 4-6 วินาที (Faling, 1986) หรือให้การหายใจออกนานเป็น 2 เท่าของการหายใจเข้าหรือยาวที่สุด การเป่าปากจะทำให้เกิดแรงดันขณะหายใจออกทำให้แรงดันในหลอดลมเพิ่มขึ้นช่วยดันแรงดันจากเยื่อหุ้มปอด หลอดลมจึงแฟบช้ากว่าปกติ ทำให้มีเวลาถ่ายเทลมหายใจมากขึ้น ส่งผลให้อัตราการหายใจช้าลง ขจัดความสิ้นเปลืองแรงงานในการหายใจและระบายอากาศค้างออกจากปอดได้มาก บรรเทาอาการหอบเหนื่อยได้ การหายใจวิธีนี้หากทำเป็นประจำสามารถช่วยลดความเครียด (สิรินาถ มีเจริญ, 2541) ในการปฏิบัติสามารถทำได้ตลอดเวลาที่เริ่มมีอาการหายใจลำบาก ช่วยเพิ่มความสบาย อาจใช้ร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายวิธีอื่น จากการศึกษา ของสิรินาถ มีเจริญ เรื่อง ผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความสบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย จำนวน 30 คน เป็นเวลา 7 วัน พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก มีคะแนนความสบายโดยรวมเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การบริหารการหายใจแบบเป่าปากร่วมกับการฝึกสมาธิให้กับผู้ป่วย เพื่อลดภาวะเครียดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งนี้เพราะสามารถปฏิบัติได้ง่ายและสามารถกระทำได้ทุกเวลา ทั้งสามารถบรรเทาอาการทางเดินหายใจอุดกั้น โดยทำให้แรงต้านขณะหายใจออกในหลอดลมเพิ่มขึ้น โดยปกติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีการตีบแคบของหลอดลม ทำให้เกิดแรงต้านในหลอดลมเพิ่มประกอบกับความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ทำให้แรงดันในหลอดลมขณะสิ้นสุดการหายใจออกเพิ่มขึ้น มีผลให้มีอากาศค้างในปอดมากขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องใช้แรงในการหายใจออกมากขึ้น เกิดอาการหายใจลำบาก การให้ผู้ป่วยได้มีการระบายอากาศออกช้ากว่าปกติ ทำให้มีเวลาถ่ายเทลมหายใจมากขึ้น การแลกเปลี่ยนออกซิเจนนานขึ้น ช่วยลดอาการเหนื่อยหอบและยังเป็นการผ่อนคลาย หากนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติซึ่งเป็นวิถีแบบพุทธที่เกี่ยวข้องการกำหนดลมหายใจ นอกจากสามารถบรรเทาอาการทางกายแล้วยังส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลายทางจิต คือลดภาวะเครียด (จำลอง ดิษยวณิช , 2544)

7.แนวคิดเกี่ยวกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ

“สมาธิ” แปลว่า ความตั้งมั่นของจิต หรือภาวะที่จิตแน่วแน่ต่อสิ่งที่กำหนด คำจำกัด

ความของสมาธิที่ พบเสมอในทางพระพุทธศาสนา คือ “จิตต์สเสกัคคตา” หรือเรียกสั้น ๆ ว่า “เอกัคคตา” ซึ่งแปลว่า ภาวะที่จิตมีอารมณ์เป็นหนึ่ง คือ การที่จิตกำหนดแน่วแน้อยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ไม่ฟุ้งซ่านหรือส่ายไป (พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุต.โต), 2538: 824)

7.1 ชนิดของการฝึกสมาธิ

การฝึกสมาธิ แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ

1. สัมมาสมาธิ คือ สมาธิที่ถูกต้องตามหลักพระพุทธศาสนา เป็นการสร้างจิตที่บริสุทธิ์ให้เกิดขึ้นทุกขณะ มีเจตนาในการทำสมาธิ คือ การละความชั่วออกจากจิตใจชั่วขณะ และรักษาให้จิตมีความตั้งมั่นอยู่ในคุณงามความดีอันประกอบด้วยความเพียรชอบ 4 ประการ คือ สติ ศรัทธา ความตั้งใจมั่น และปัญญา
2. มิจฉาสมาธิ คือ สมาธินอกหลักพระพุทธศาสนา ไม่บังเกิดผลในความสงบแห่งจิต มีเจตนาในการทำสมาธิด้วยความโลภ ความโกรธหรือความหลง โดยไม่รู้เท่าทันในเรื่องของกรรม

7.2 การทำสมาธิ

การทำสมาธิ เป็นลักษณะทางจิตใจของมนุษย์ เป็นเรื่องของธรรมชาติแห่งจิต จำเป็นต้องมีในการกระทำทุกอย่างไม่ว่าจะเป็นด้านของการดำเนินชีวิต หรือด้านการปฏิบัติธรรม การทำสมาธิคือ ความตั้งใจมั่นอยู่ในเรื่องที่ต้องการเพียงเรื่องเดียวไม่ให้ออกใจคิดฟุ้งซ่านออกไป การทำสมาธิจะต้องมีอากาของกายและใจประกอบกัน เช่น การอ่านหนังสือร่างกายพร้อมที่จะอ่าน ใจก็ต้องอ่านไปพร้อมกับตาจึงจะอ่านรู้เรื่อง ในเรื่องของการทำสมาธิจะเห็นได้ว่าเป็นสิ่งจำเป็นต้องมี ไม่ใช่เฉพาะในศาสนาพุทธเท่านั้น ในลัทธิหรือศาสนาสำคัญอื่นๆ ของโลกก็พบได้เช่นกัน เช่น ศาสนาอิสลาม ลัทธิเต๋า และศาสนาคริสต์ ซึ่งมีการทำสมาธิด้วยวิธีการที่เรียกว่าสวดมนต์ในใจ (Prayer of the heart)

7.2.1 ระดับของสมาธิ

ขณิกสมาธิ สมาธิชั่วขณะ (momentary concentration) เป็นสมาธิขั้นต้น ซึ่งคนทั่วไปอาจใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่การงานในชีวิตประจำวันให้ได้ผลดี และจะใช้เป็นจุดตั้งต้นในการเจริญวิปัสสนาก็ได้

อุปปจารสมาธิ สมาธิเฉียด ๆ หรือสมาธิจวนจะแน่วแน่ว (access concentration) เป็นสมาธิขั้นระงับนิวรณ์ได้ก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะแห่งฌาน หรือสมาธิในบุพภาคแห่งอัปนาสมาธิ

อัปนาสมาธิ สมาธิแน่วแน่ว หรือสมาธิที่แนบสนิท (attainment concentration) เป็นสมาธิระดับสูงสุด ซึ่งมีในฌานทั้งหลาย ถือว่าเป็นผลสำเร็จที่ต้องการของการเจริญสมาธิ

(พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุต.โต), 2538: 826)

7.2.2 สิ่งที่ขัดขวางการเกิดสมาธิ

จิตที่ไม่มีสมาธิก็เพราะมีสิ่งที่ยึดขวางทำให้จิตไม่สงบ เรียกว่า “นิวรณ”

นิวรณ แปลว่า เครื่องกีดกัน เครื่องขัดขวาง แปลเอาความตามหลักวิชาว่า สิ่งที่ยึดกั้นการทำงานของจิต สิ่งที่ยึดขวางความตั้งงามของจิต สิ่งที่ยึดกั้นกำลังปัญญา หรือสิ่งที่กั้นจิตไม่ให้ก้าวหน้าในกุศลธรรม ธรรมฝ่ายชั่วที่กั้นจิตไม่ให้บรรลุความดี หรืออกุศลธรรมที่ทำให้เศร้าหมองและทำปัญญาให้อ่อนกำลัง

นิวรณ มี 5 อย่าง คือ

1. กามฉันท์ ความอยากได้ออยากเอา (แปลตามศัพท์ว่า ความพอใจในกาม) หรืออกิขณา คือ ความเพ่งอยากได้ หมายถึงความอยากได้กามคุณทั้ง 5 คือ รูป เสียง กลิ่น รส โผฏฐัพพะที่น่าปรารถนาน่าใคร่หาพอใจ เป็นกิเลสพวกโลภะ จิตที่ถูกล่อด้วยอารมณ์ต่าง ๆ คิดอยากได้โน้นอยากได้นี้ ตัดใจโน้นตัดใจนี้ คอยออกไปหาอารมณ์อื่น ขุนช่องอยู่ยอมไม่ตั้งมั่น ไม่อาจเป็นสมาธิได้

2. พยาบาท ความขัดเคืองแค้นใจ ได้แก่ ความขัดใจ แค้นเคือง เกลียดชัง ความผูกใจเจ็บ การมองในแง่ร้าย การคิดร้าย มองเห็นคนอื่นเป็นศัตรู ตลอดจนความโกรธ ความหงุดหงิด ฉุนเฉียว ความรู้สึกขัดใจ ไม่พอใจต่าง ๆ จิตที่มีวาระทบนั้นวาระทบนี สะดุดนั้นสะดุดนี้ เดินไม่เรียบ ไม่ไหลเนื่อง ย่อมไม่อาจเป็นสมาธิ

3. ถีนมิทระ ความหดหู่และเซื่องซึม หรือเซ็งและซึม ถีน คือ อาการที่เกิดทางกาย ได้แก่ ความหดหู่ ห่อเหี่ยว ถดถอย ระย้อย ท้อแท้ ความซบเซา เหงาหงอย ละเหยีย เป็นอาการของจิตใจ มิทระ คือ อาการที่เกิดทางใจ ได้แก่ ความเซื่องซึม เฉื่อยแฉะ ง่วงเหงา หาวนอน ใจง่วง อืดอาด มึนมัว ตื้อตัน อาการซึม ที่เป็นไปในกาย จิตที่ถูกอาการทางกาย และทางใจอย่างนี้ครอบงำยอมไม่เข้มแข็ง ไม่คล่องตัว ไม่เหมาะแก่การปฏิบัติงาน จึงไม่อาจเป็นสมาธิได้

4. อุทธัจจกุกกุกจะ ความฟุ้งซ่านและเดือดร้อนใจ อุทธัจจะ คือความคิด ฟุ้งซ่าน ไม่สงบ ส่ายพลาญไป กุกกุกจะ คือ ความวุ่นวายใจ ไร้สติปัญญา ระแวงเดือดร้อนใจ ยุ่งใจ กลุ่มใจ กังวลใจ จิตที่ถูกอุทธัจจกุกกุกจะครอบงำ ย่อมพลาญไป ย่อมกว้างไปไม่อาจสงบลงได้ จึงไม่เป็นสมาธิ

5. วิจิกิจฉา ความลังเลสงสัย ได้แก่ ความเคลือบแคลง ไม่แน่ใจสงสัย เกี่ยวกับพระศาสนา พระธรรม พระสงฆ์ เกี่ยวกับสิกขาเป็นต้น พุดสั้น ๆ ว่ากลางแคลงในกุศลธรรมทั้งหลาย ตัดสินใจไม่ได้ เช่นว่าธรรมนี้ (สมาธิภาวนานี้ ฯลฯ) มีคุณค่า มีประโยชน์

ควรแก่การปฏิบัติหรือไม่ จะได้ผลจริงหรือไม่ คิดแยกไปสองทาง กำหนดไม่ลง จิตที่ถูก วิจิตรจนชัดไว้ กวนไว้ให้ค้างให้ล้งเลอยู่ ย่อมไม่อาจแน่วแน่เป็นสมาธิ (พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุต.โต), 2542: 829 - 830)

7.2.3 ลักษณะจิตที่เป็นสมาธิ

จิตที่เป็นสมาธิหรือมีคุณภาพดีมีสมรรถภาพสูงนั้น มีลักษณะที่สำคัญดังนี้

- 1) แข็งแรง มีพลังงาน ท่านเปรียบไว้ว่าเหมือนกระแสน้ำที่ถูกควบคุมให้ไหลพุ่งไปในทิศทางเดียวย่อมมีกำลังแรงกว่าน้ำที่ถูกปล่อยให้ไหลพว่กระจายออกไป
- 2) ราบเรียบ สงบซึ่ง เหมือนสระหรือบึงน้ำใหญ่ ที่มีน้ำนิ่ง ไม่มีลมพัดต้อง ไม่มีสิ่งรบกวนให้กระเพื่อมไหวไส กระ้าง มองเห็นอะไร ๆ ได้ชัดเหมือนน้ำสงบนิ่ง ไม่มี
- 3) นุ่มนวล ควรแก่งาน หรือเหมาะแก่การใช้งาน เพราะไม่เครียด ไม่กระด้าง ไม่ขุ่น ไม่ขุ่นมัว ไม่สับสน ไม่เร่าร้อน ไม่กระวนกระวาย (พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุต.โต), 2538: 830)

7.3 ผลของการฝึกสมาธิต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

การฝึกสมาธิ ในต่างประเทศมีการศึกษาโดยวิธีที่เรียกว่า Transcendental meditation พบว่า มีผลในการพัฒนาระดับจิตสำนึกให้สูงขึ้นเหนือกว่าธรรมดา และมีผลต่อสรีรวิทยาของระบบประสาทอันส่งผลกระทบต่อระบบอื่น ๆ ของร่างกาย ดังนี้

ขณะฝึกสมาธิ ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนลดต่ำกว่าขณะที่หลับในเวลากลางคืนถึงร้อยละ 20 มีการเผาผลาญของร่างกายลดลงมากกว่าเมื่ออยู่ในระยะพัก มีการทำงานของหัวใจลดลงร้อยละ 25 จากภาวะปกติ และคลื่นสมองมีการตื่นตัวในระยะพัก (สมทรง เฟงสุวรรณ, 2528 อ้างถึงใน สุนันทา กระ้างแดน, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wallace & Benson (1972 อ้างถึงใน สุนันทา กระ้างแดน, 2540) ที่พบว่าผู้ฝึกสมาธิมีการเผาผลาญของร่างกายลดลง หัวใจเต้นช้าลง และมีความดันโลหิตลดลง ตลอดจนมีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเปลี่ยนแปลง มีผลทำให้ Norepinephrine ลดลง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับระดับแลคเตทในเลือด เพราะ Norepinephrine เป็นตัวกระตุ้นให้กล้ามเนื้อและกระดูกผลิตแลคเตทในร่างกาย การที่ Norepinephrine ลดลงจึงทำให้ระดับแลคเตทในเลือดลดลง จากการที่ระดับ Lactate ในเลือดลดลง เป็นผลให้ระดับความวิตกกังวลอันเป็นอาการแสดงของการเกิดความเครียดของผู้ป่วยลดลงด้วย

การเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมองกับการทำสมาธิพบว่า ผู้ที่ฝึกสมาธิขณะที่จิตมีความตั้งมั่นเป็นสมาธิ จะพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง โดยคลื่นสมองมีลักษณะเป็นคลื่นอัลฟา มาก การที่คลื่นสมองมีคลื่นอัลฟามาก แสดงว่า ร่างกายมีระดับ

ความเครียดลดลง (Wallace & Benson, 1972 อ้างถึงใน สุนนทา กระจ่างแดน, 2540)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าขณะที่จิตสงบเป็นสมาธินั้น ร่างกายหลั่งสาร Endorphin ออกมามากขึ้น สารนี้จัดอยู่ในกลุ่มของ Neuropeptide ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินซึ่งมีอยู่ภายในร่างกาย (Endogenous morphine) สารดังกล่าวมีคุณสมบัติเป็นสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) และฮอร์โมน (สุนนทา กระจ่างแดน, 2540)

7.4 ประโยชน์ของการทำสมาธิ ได้แก่

7.4.1 ประโยชน์ต่อสุขภาพจิตและการพัฒนาบุคลิกภาพ คือ ช่วยทำให้ผู้ปฏิบัติมีจิตใจและมีบุคลิกลักษณะเข้มแข็ง หนักแน่น มั่นคง สงบ เยือกเย็น สุขภาพ นิ่มนวล สดชื่น ผ่องใส กระจับกระจ่าง กระจุกกระจิก เบิกบาน งามสง่า มีเมตตา กรุณา มองดูรู้จักตนเอง และผู้อื่นตามความเป็นจริง รู้จักทำให้สงบ และสะกดยับยั้งผอนเบาความทุกข์ที่เกิดขึ้นในใจ มีภูมิคุ้มกันโรคทางจิต การฝึกสมาธิมีผลดีต่อสุขภาพจิตและการพัฒนาบุคลิกภาพ เนื่องจากสติที่ได้จากการฝึกสมาธินั้น จะช่วยให้สามารถควบคุมกิเลสได้ดีขึ้น เมื่อกิเลสถูกควบคุมก็จะส่งผลให้จิตใจไม่เศร้าหมอง ทำให้มีสุขภาพจิตดีและมีประโยชน์ต่อสุขภาพจิตและพัฒนาบุคลิกภาพได้

7.4.2 เป็นเครื่องเสริมประสิทธิภาพในการทำงาน การทำกิจทุกอย่าง เพราะจิตที่เป็นสมาธิแน่วแน่อยู่กับสิ่งที่กำลังกระทำไม่ฟุ้งซ่าน ไม่วอกแวก ไม่เลือนลอย ช่วยให้เรียน ให้คิด ให้ทำงานได้ผลดี การงานก็เป็นไปโดยรอบคอบ ไม่ผิดพลาด และป้องกันอุบัติเหตุได้ (พระราชนิพนธ์ (ประยูร ปยุตโต) 2529: 834 - 835) นอกจากนั้นแล้วปัญญาที่ได้จากการฝึกสมาธิ นอกเหนือจากการนำไปใช้ประโยชน์ในทางธรรม คือ ใช้ดับกิเลสได้ ถ้าหากนำปัญญาที่ได้ นั้นมาใช้ประโยชน์ในทางโลก เช่น ใช้ในการทำกิจกรรมงานต่างๆ ก็จะทำให้งานนั้นมีประสิทธิภาพและพัฒนาขึ้นได้

7.4.3 ช่วยเสริมสุขภาพกายและใช้แก้ไขโรคได้ การที่สมาธิช่วยเสริมสุขภาพกาย และใช้แก้ไขโรคได้นั้นเป็นผลมาจากประโยชน์ของสมาธิที่ว่าสมาธิทำให้เกิด “ความอยู่เป็นสุขในปัจจุบัน” คนที่มีความสุขจะช่วยให้สุขภาพกายดีขึ้นและช่วยแก้ไขโรคได้

7.5 สมาธิกับสุขภาพ

การทำสมาธิ หมายถึง การทำให้จิตใจสงบ โดยการเพ่งหรือคิดเรื่องเดียวซ้ำแล้วซ้ำอีก ด้วยวิธีการต่าง ๆ เมื่อจิตสงบแล้วจะเกิดผลดีหลายอย่าง คือ

7.5.1 ผลดีทางร่างกาย คือ ชีพจรเต้นช้าลง ความดันโลหิตลดลง ภูมิคุ้มกันใน

ร่างกายเพิ่มขึ้น

7.5.2 ผลดีทางจิต คือ คลื่นสมองวังช้าลง รู้สึกสบายหายเครียดหายปวดเมื่อย และปวดศีรษะ

7.5.3 สามารถศึกษาและพัฒนาตนเองให้มีจริยธรรมและศีลธรรมดีขึ้น ลดความเห็นแก่ตัว ช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน มีความคิดสร้างสรรค์ความคิดทำลาย

7.5.4 มีพลังจิตสูง สามารถทำในสิ่งที่มนุษย์ธรรมดาทำไม่ได้ (เทพนม เมืองแมน 2538: 123) การปฏิบัติภาวนาสมาธิจิตถึงระดับหนึ่ง สามารถใช้จิตควบคุมร่างกายให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ดี หมายความว่ารวมถึงการฝึกจิตควบคุมร่างกายให้มีสุขภาพร่างกายที่ดี

สมาธิ คือ ระดับสภาวะแห่งความสงบมั่นคงและลึกลับแห่งจิต อำนาจของสมาธินั้นสามารถสร้างความมหัศจรรย์ได้มากมาย พระพุทธบรมครูเจ้าตรัสว่า “ดูกรภิกษุทั้งหลาย ฌานวิสัยนั้นเป็นอจินไตย” หมายความว่า อำนาจสมาธินั้นสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้โดยไม่จำกัด

สมาธิจิต เป็นฐานจิตที่ประเสริฐสุดที่ชีวิตทั้งหลายควรทรงอยู่ เพราะเมื่อมีสมาธิดีแล้ว ย่อมได้สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้คือ

- 1) ความสุข จิตที่เป็นสมาธิย่อมเป็นสุข ระดับความลึกซึ้งแห่งสุขนั้นขึ้นอยู่กับระดับความลึกลับแห่งสมาธิ นอกจากนั้นยังเป็นฐานแห่งสุขภาพกาย และสุขภาพใจที่ดีด้วย
- 2) พลังอำนาจ จิตที่เป็นสมาธิย่อมมีพลังอำนาจ ระดับพลังอำนาจขึ้นอยู่กับระดับความมั่นคงของสมาธิ
- 3) ปัญญา จิตที่มีสมาธิย่อมก่อให้เกิดปัญญา ดังพุทธดำรัสที่ว่า “ดูกรภิกษุทั้งหลาย จิตที่เป็นสมาธิย่อมรู้ทุกสิ่งตามความเป็นจริง” ระดับความกว้างไกลของปัญญาขึ้นอยู่กับความสว่างและความไร้ขอบเขตของสมาธิจิต

7.6 สมาธิแบบอานาปานสติ

7.6.1 ความหมาย

อานาปานสติ หมายถึง สติระลึกรู้ลมหายใจเข้าออก (พระราชาวรมณี (ประยุทธ์ ปยุต.โต) 2528: 830 อ้างในสุนันทา กระจ่างแดน, 2540)

อานาปานัสสติ หมายถึง สติที่กำหนดลมหายใจเข้าและลมหายใจออก (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

อานาปานสติ เป็นการฝึกสติ สมาธิกับสติมีความสัมพันธ์กัน วิธีการฝึกสมาธิก็คือ การตั้งสติระลึกถึงสิ่งใดสิ่งเดียวให้เป็นเวลานานที่สุด ซึ่งจะทำให้สมาธิเกิดขึ้นเรื่อย ๆ และสมาธิที่เกิดขึ้นนี้จะชักจูงให้สติมีความเข้มแข็งขึ้นด้วย

การทำสมาธิแบบอานาปานสติ หมายถึง การฝึกอบรมกาย วาจา และปัญญา ให้ยิ่งขึ้นไปจนบรรลุจุดสูงสุดคือพระนิพพาน จำแนกเป็น 3 ประการ ดังนี้

1) การฝึกความประพฤตีสุจริตทางกาย วาจา และอาชีวะ กล่าวโดยสภาวะก็คือ เพื่อดำรงตนด้วยดีในสังคม รักษาระเบียบวินัย ปฏิบัติหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคมให้ถูกต้อง มีความสัมพันธ์ทางสังคม เกื้อกูลเป็นประโยชน์ ช่วยกันรักษาและส่งเสริมสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะในทางสังคม ให้อยู่ในภาวะเอื้ออำนวยแก่การที่ทุก ๆ คนจะสามารถดำเนินชีวิตที่ดีงาม หรือปฏิบัติตามมรรคผลได้ด้วยดี

2) การฝึกหรือในด้านคุณภาพและสมรรถภาพของจิตกล่าวโดยสภาวะ คือ การฝึกจิตใจให้เข้มแข็งมั่นคง แน่วแน่ ควบคุมตนได้ดี มีสมาธิ มีกำลังใจสูง เป็นจิตที่ผ่องใส เป็นสุขบริสุทธิ์ปราศจากสิ่งรบกวน หรือทำให้เศร้าหมอง อยู่ในสภาพเหมาะแก่การปฏิบัติงานมากที่สุด โดยเฉพาะการใช้ปัญญาอย่างลึกซึ้งและตรงตามความเป็นจริง

3) การฝึกปัญญาให้เกิดความรู้ความเข้าใจสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง จนถึงหลุดพ้น มีจิตใจเป็นอิสระผ่องใสเบิกบานโดยสมบูรณ์ (พระราชนิพนธ์, 2529: 915)

7.6.2 ประโยชน์ของสมาธิแบบอานาปานสติ

1) เป็นวิธีเจริญสมาธิที่ปฏิบัติได้สะดวกยิ่ง เพราะใช้ลมหายใจซึ่งเนื่องอยู่กับตัวของทุกคนใช้ได้ตลอดเวลาทุกสถานที่ในทันทีที่ต้องการ ไม่ต้องเตรียมวัสดุอุปกรณ์อย่างพวกกสิณ เป็นต้น ในเวลาเดียวกัน ก็เป็นอารมณ์ประเภทรูปธรรม ซึ่งกำหนดได้ชัดเจนพอสมควร ไม่ละเอียดลึกซึ้งอย่างกรรมฐานประเภทนามธรรมที่ต้องนึกขึ้นมาจากสัญญา และถ้าต้องการปฏิบัติอย่างง่าย ๆ ก็ไม่จำเป็นต้องคิดอะไร เพียงเอาสติ คอยกำหนดลมหายใจที่ปรากฏอยู่แล้ว ไม่ต้องคิดแยกแยะพิจารณาสภาวะธรรมอย่างพวกธาตุมนสิการ เป็นต้น ผู้ที่ใช้สมองเหนื่อยมาแล้ว ก็ปฏิบัติได้สบาย

2) พอเริ่มลงมือปฏิบัติ ก็ได้รับผลเป็นประโยชน์ทันทีตั้งแต่ต้นเรื่อยไป ไม่ต้องรอจนเกิดสมาธิที่เป็นขั้นตอนชัดเจน กล่าวคือกายใจผ่อนคลายได้พัก จิตสงบสบายลึกซึ้งลงไปเรื่อย ๆ ทำให้อกุศลธรรมระงับ และส่งเสริมให้อกุศลธรรมเกิดขึ้น

3) ไม่กระทบกระเทือนต่อสุขภาพ ดังที่พระพุทธเจ้าตรัสถึงประสบการณ์ของพระองค์เองว่า "เมื่อเราอยู่ด้วยวิหารธรรมนี้ (คือ อานาปานสติสมาธิ) มาก กายก็ไม่เมื่อย ตาก็ไม่เหนื่อย" ไม่เหมือนอย่างกรรมฐานบางอย่างที่อาศัยการยืน การเดิน หรือการเพ่งจ้อง แต่ตรงข้าม อานาปานสติกรรมฐานนี้กลับเกื้อกูลแก่สุขภาพ ทั้งช่วยให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนอย่างดี และระบบหายใจที่ปรับให้เรียบเสมอประณีตด้วยการปฏิบัติกรรมฐานนี้ก็ช่วยส่งเสริม

สุขภาพให้ดียิ่งขึ้น ขอให้ฝึกอย่างง่าย ๆ ถึงคนที่วิ่งมาหรือขึ้นลงที่สูงกำลังเหนื่อย หรือคนตื่นเต้นตกใจ เกรี้ยวกราด หวาดกลัวเป็นต้น ลมหายใจหายาบแรงกว่าคนปกติ บางทีจมูกไม่พอ ต้องหายใจทางปากด้วย ในทางตรงข้าม คนที่กายอ่อนคลาย ใจสงบสบาย ลมหายใจจะละเอียดประณีตกว่าคนปกติ การบำเพ็ญอานาปานสติช่วยให้กายใจสงบ จนลมหายใจละเอียดประณีตลงไปเรื่อย ๆ ยิ่งกว่านั้นอีก จนถึงขั้นที่แทบจับไม่ได้เลยว่ามีลมหายใจ ในเวลานั้นร่างกายดำรงอยู่ได้ดีโดยใช้พลังงานน้อยที่สุด ไม่เรียกร้องการเผาผลาญ เตรียมความสดชื่นไว้ให้แก่งการทํากิจในเวลาถัดไป และช่วยให้แก่ช้าลง หรือช่วยให้ทำงานได้มากขึ้นพร้อมกับที่สามารถพักผ่อนน้อยลง

4) เป็นกรรมฐานข้อหนึ่งในจำนวนเพียง 12 อย่างที่สามารถให้สำเร็จผลในด้านสมณะได้จนถึงขั้นสูงสุด คือ จตุตถฌาน และส่งผลให้ถึงอรุณฌาน กระทั่งนิโรธสมาบัติก็ได้ จึงจับเอาเป็นข้อปฏิบัติหลักได้ตั้งแต่ต้นจนตลอด ไม่ต้องพะวงที่จะหากรรมฐานอื่นมาสับเปลี่ยนหรือต่อเติมอีก มีพุทธพจน์ตอนหนึ่งเสริมว่า “เพราะฉะนั้นแล หากภิกษุหวังว่าเราพึงบรรลุจตุตถฌาน.....ก็พึงมณสิการอานาปานสติสมาธินี้แลให้ดี.....หากภิกษุหวังว่า เราพึงก้าวล่วงอากิญจัญญายตนะโดยประการทั้งปวง แล้วเข้าถึงเนวสัญญานาสัญญายตนะเกิด.....เราพึงก้าวล่วงเนวสัญญานาสัญญายตนะโดยประการทั้งปวง แล้วเข้าถึงสัญญาเวทิตนโรธเกิด ก็พึงมณสิการอานาปานสติสมาธินี้แลให้ดี”

5) ใช้ได้ทั้งในทางสมณะและวิปัสสนา คือ จะปฏิบัติเพื่อมุ่งผลฝ่ายสมณะแนวไปอย่างเดียวกันก็ได้ จะใช้เป็นฐานปฏิบัติตามแนวสติปัฏฐานจนครบทั้ง 4 อย่างก็ได้ เพราะเป็นข้อปฏิบัติที่เลือกอันวยให้สามารถใช้สมาธิจิตเป็นสนามปฏิบัติการของปัญญาได้เต็มที่

6) เป็นวิธีเจริญสมาธิที่พระพุทธเจ้าทรงสรรเสริญมาก ทรงสนับสนุนบ่อยครั้ง ให้พระภิกษุทั้งหลายปฏิบัติ และพระพุทธองค์เองก็ได้ทรงใช้เป็นวิถรรวมมากทั้งก่อนและหลังตรัสรู้ ดังพุทธพจน์บางแห่งว่า

“ภิกษุทั้งหลาย อานาปานสตินี้แล เจริญแล้ว ทำให้มากแล้ว ย่อมเป็นสภาพสงบ ประณีต สดชื่น เป็นธรรมเครื่องอยู่เป็นสุข และยังอกุศลธรรมชั่วร้ายที่เกิดขึ้นแล้ว ๆ ให้อันตรายสงบไปได้โดยพลัน เปรียบเหมือนฝนใหญ่ที่ตกในสมัยมิใช่ฤดูกาล ยังฝุ่นละอองที่ฟุ้งขึ้นในเดือนทำยฤดูร้อนให้อันตรายสงบไปได้โดยพลัน ฉะนั้น”

“ภิกษุทั้งหลาย...เมื่อจะกล่าวให้ถูกต้อง พึงกล่าวถึงอานาปานสติสมาธิว่า เป็นอริยวิหาร (ธรรมเครื่องอยู่ของพระอริยะ) ก็ได้ ว่าเป็นพรหมวิหาร (ธรรมเครื่องอยู่ของพรหม) ก็ได้ ว่าเป็นตถาคตวิหาร (ธรรมเครื่องอยู่ของตถาคต) ก็ได้ ภิกษุเหล่าใดเป็นเสขะ ยังไม่บรรลุอรหัตตผล ปรารถนาภาวะปลอดโปร่งโล่งใจ (โยคเกษม) อันยอดเยี่ยม, อานาปานสติสมาธิที่

ภิกษุเหล่านั้นเจริญแล้ว ทำให้มากแล้ว ย่อมเป็นไปเพื่อความสิ้นไปแห่งอาสวะทั้งหลาย; ส่วนภิกษุเหล่าใดเป็นอรหันต์สิ้นอาสวะแล้ว...อานาปานสติสมาธิที่ภิกษุเหล่านั้นเจริญแล้ว ทำให้มากแล้ว ย่อมเป็นไปเพื่อความอยู่สุขสบายในปัจจุบัน (ทิฐฐธรรมสุขวิหาร) และเพื่อสติสัมปชัญญะ”

“ภิกษุทั้งหลาย ดังที่เป็นมา เรายัง ก่อนสัมโพธิ เมื่อยังมิได้ตรัสรู้ ยังเป็นโพธิสัตว์อยู่ ก็อยู่ด้วยวิหารธรรม (คืออานาปานสติสมาธิ) นี้ โดยมาก, เมื่อเรานั้นเป็นอยู่ด้วยวิหารธรรมนี้โดยมาก กายก็ไม่เมื่อย ตาก็ไม่เห็นเมื่อย และจิตของเราก็ดูดพ้นจากอาสวะทั้งหลาย ด้วยไม่ถือมั่น; เพราะฉะนั้นแล ภิกษุทั้งหลาย หากภิกษุหวังว่า กายของเราไม่พืงเมื่อย ตาก็ไม่พืงเห็นเมื่อย และจิตของเราก็ดูดพ้นจากอาสวะทั้งหลายด้วยไม่ถือมั่น, ก็พืงมณสิการอานาปานสติสมาธินี้แลให้มาก

8. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้จัดการกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น มักพบอยู่เสมอว่า การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพื่อช่วยควบคุมและบรรเทาพยาธิสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจนั้น ไม่เพียงพอกับความต้องการ Agle & Baum (1977: 756 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2551) ได้กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังว่า “พยาบาลควรเป็นผู้เอื้ออำนวยและสนับสนุนให้ผู้ป่วยกระทำการดูแลตนเองอย่างสูงสุด โดยมีหลักปฏิบัติ คือ กระตุ้นและส่งเสริมการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ ลดสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เหล่านี้นับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการใช้ประกอบการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะสิ่งใด ๆ ก็ตามที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ควบคุมอาการตนเอง จะเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของและรับรู้ถึง ความผาสุก (well being) สนใจติดตามการรักษาที่เป็นประโยชน์ต่อตนมากกว่าพึ่งพาแพทย์พยาบาลอยู่เสมอ

8.1 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

วัยผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทุกด้านทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ฯลฯ บทบาทในการดูแลพื้นฐานที่สำคัญ เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ (ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2551: 32-34) ได้แก่

8.1.1 การให้สุขศึกษา (health education) เป็นการส่งเสริมสุขภาพ โดยการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนเอง เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีโอกาสทำงานใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด จึงควรที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้แก่ประชาชนทุกครั้งที่มีปฏิสัมพันธ์

กัน

8.1.2 การให้คำปรึกษา (counseling) เป็นหน้าที่หลักอีกอันหนึ่งของวิชาชีพพยาบาลในการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุในด้านสุขภาพซึ่งอาจรวมทั้งร่างกาย จิตใจ และอื่น ๆ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงอยู่เสมอก็คือ พยาบาลไม่ควรเป็นผู้ตัดสินชี้ขาดว่าผู้ขอคำปรึกษาควรจะทำอย่างไร การตัดสินใจต่าง ๆ เป็นหน้าที่ของผู้ขอรับคำปรึกษาเองหลังจากได้รับความรู้อย่างเพียงพอแล้ว

8.1.3 การทำวิจัย (research) เป็นหน้าที่สำคัญอันหนึ่งของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ การทำวิจัยจะทำให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุหรือปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ ยุกระดับมาตรฐานการให้บริการต่อไป

8.1.4 การติดต่อประสานงาน (coordinator) กับหน่วยงานที่รับผิดชอบหรือทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ พยาบาลมีความจำเป็นจะต้องทราบข้อมูลการบริการทางด้านสุขภาพที่มีอยู่และหน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อที่จะได้ประสานติดต่อขอความช่วยเหลือและการบริการส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8.1.5 การจัดการในการดูแล (care manager) พยาบาลควรจะทำหน้าที่บริหารจัดการในด้านการบริการทางสุขภาพต่อประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบได้

8.1.6 การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager) ในการบริหารจัดการด้านการให้บริการทางสุขภาพจะมุ่งเน้นในรายบุคคล เนื่องจากแต่ละคนจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพและมีข้อจำกัดแตกต่างกัน ซึ่งจะมีการติดตาม case ตลอดตั้งแต่รับไว้ตรวจรักษา ส่งต่อติดตามผล รับกลับ และติดตามไปเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

8.1.7 ผู้ให้บริการการดูแล (care provider) คือ งานหลักอีกงานหนึ่งของพยาบาล คือการเป็นผู้ให้การบริการทางสุขภาพต่อผู้เข้ามาขอรับบริการทุกคน

8.1.8 ผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) เป็นบทบาทใหม่ของพยาบาล การดูแลอำนวยความสะดวกและการติดต่อประสานงาน เช่น การให้บริการในการจัดเตรียมสถานที่ในการประชุมสัมมนา การให้ความรู้ การพบปะกันของกลุ่มผู้ป่วยรวมทั้งญาติในสถานที่ทำงาน และในชุมชน

8.1.9 เป็นผู้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (initiator) โดยเป็นผู้ริเริ่มในการทำกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ เช่น โครงการเลิกเหล้าละบบุหรี่ในผู้สูงอายุ หรือการทำกลุ่มสนับสนุน (support group) ทั้งในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคที่เหมือนกันและญาติที่ประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกัน เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้และ

ประสบการณ์ และช่วยลดภาวะตั้งเครียดจากอาการของโรคและปัญหาในการดูแล

8.1.10 เป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ (advocator) พยาบาลจะต้องดำรงตนเป็นผู้พิทักษ์สิทธิผลประโยชน์ต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ เช่น สิทธิในการรับบริการทางสุขภาพและสังคมเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ หรือสิทธิที่ควรได้รับการคุ้มครองจากผู้แสวงหาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุในรูปแบบอื่น เป็นต้น

8.2 บทบาทการพยาบาลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุอาจรู้สึกสับสนและเครียดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2535) ไม่ว่าสิ่งแวดล้อมและการตรวจบางอย่าง พยาบาลต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยลดความสับสนและความเครียด ดังนี้

8.2.1 การเรียกผู้สูงอายุ ควรใช้ชื่อจริงมากกว่าสรรพนามแทนตัว เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องการมองเห็น การได้ยิน

8.2.2 ลดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้สับสน ผู้สูงอายุบางคนมีปัญหาการมองเห็น การได้ยิน และความจำในปัจจุบันที่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถติดต่อกับผู้อื่นหรือรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่อยู่รอบตัว พยาบาลและครอบครัวควรที่จะกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง

8.2.3 ให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดโดยการประเมินและให้โอกาสระหว่าง Independent และ dependent ไม่ควรจะใช้ Force ระดับการดูแลทั้งสองอย่างมากเกินไป เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัวด้วยตนเอง เพื่อเป็นการส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงให้กับผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภูมิใจ

8.2.4 ควรให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นต้น

8.3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพแบบไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องลง รวมทั้งเกิดปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมแล้วยังมีผลกระทบมาก การต้องเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกเป็นภาระทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ต่อเมื่อระยะอาการกำเริบของโรคมามากซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เครียด กลัวตาย ซึ่งอาจใช้กลไกทางจิตในการถดถอย ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นหรือแม้แต่การแยกตัวออกจากสังคม เกิดภาวะซึมเศร้า (เยาวรัตน์ ชันธิวิชัย, 2544) จนบางรายอาจคิดฆ่าตัวตายได้ การสนับสนุนทางสังคมหรือแหล่งพึ่งพิงทางจิตใจของผู้สูงอายุจึงเข้ามามีบทบาท

พยาบาลซึ่งจัดว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมหนึ่งนอกจากครอบครัวของผู้สูงอายุ และมีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องตระหนัก รู้จักสังเกต รวบรวมข้อมูล วินิจฉัย ปัญหา วางแผนให้การรักษา และการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการบูรณาการความรู้ มาใช้ทั้งในด้านการนำกระบวนการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญของกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เข้าใจความสัมพันธ์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของ กายและใจ (mind and body connection) เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว มีทัศนคติที่ดี และเคารพศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ โดยนำความรู้เชิงประจักษ์มาใช้ในการให้การดูแลประกอบกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ดำรงชีวิตร่วมกับโรคที่เป็นอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

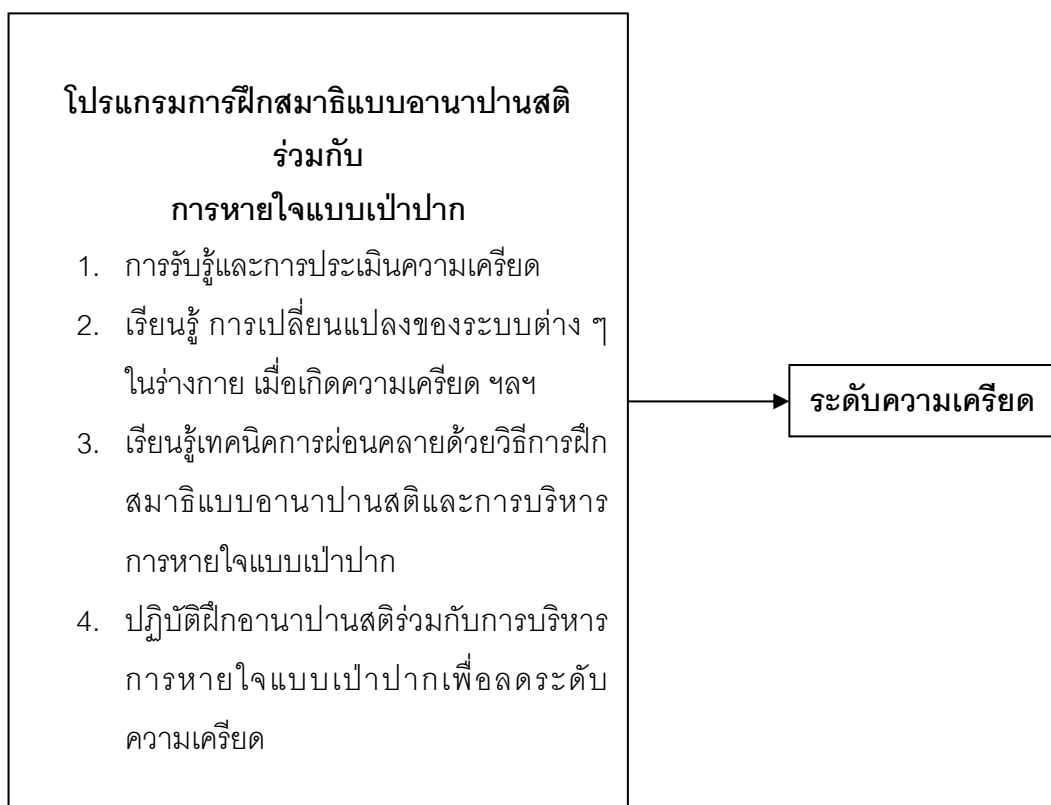
ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องได้รับการเอาใจใส่ ดูแลทั้งร่างกายตามแผนการพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพทางร่างกายได้แก่ การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการกำเริบ เช่น การงดสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารโปรตีนสูง เพื่อเพิ่มพลังงาน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง เพื่อลดการเพิ่มคาร์บอนไดออกไซด์ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทนม ช็อคโกแลต เพราะจะทำให้ น้ำลายเหนียวและขับ เสมหะออกยาก (Deletter, 1991 อ้างถึงใน สิรินาถ มีเจริญ, 2541) หลีกเลี่ยงอาการที่ทำให้เกิด ก๊าซ เช่น ถั่ว พริกไทย เนื่องจากกระเพาะอาหารจะขยายมากเกินไปและไปดันกระบังลมจน ผู้ป่วยหายใจลำบาก (สิรินาถ มีเจริญ, 2541) และได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต และแก้ไขปัญญา สุขภาพจิตไปพร้อมกัน การผ่อนคลายเป็นแนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีหลากหลายวิธี แต่ ด้วยวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทย มีความสัมพันธ์กับพุทธศาสนาตลอด การเชื่อมโยง วัฒนธรรมการดำเนินชีวิตจึงเป็นการผสมผสานที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ดี ดังเช่น การวิจัยนี้ที่ ดัดแปลงนำสมาธิแบบอานาปานสติมาประยุกต์ใช้ โดยนำผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำ สมาธิเพื่อลดระดับความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยอื่นแล้วมาประกอบกับทฤษฎีความสัมพันธ์กาย และจิต มาสร้างโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติเพื่อลดระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งลักษณะโปรแกรมมีดังนี้

9.โปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีอาการหายใจลำบาก ตามแนวคิดทฤษฎีกาย-จิตสัมพันธ์อาการทางกายส่งผลกระทบทางจิตใจเป็นสาเหตุสำคัญของ ความเครียด การบริหารการหายใจแบบเป่าปากเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยระบายอากาศที่ค้างคั่งค้างในปอด ได้มากขึ้นและเมื่อใช้ร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายทางจิตใจนั้นคือ การฝึกสมาธิแบบอานาปาน

สติ ซึ่งนำสติมาจดจ่ออยู่กับลมหายใจ หยุดความคิดต่าง ๆ ทำให้จิตสงบ อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเกิดการคลายตัว โดยเฉพาะอวัยวะเกี่ยวกับการหายใจ ผู้ป่วยหายใจเข้าขึ้น บรรเทาอาการหายใจลำบาก การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดดังกล่าวมาจัดสร้างโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากเพื่อลดระดับความเครียดของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินโปรแกรมประเมินความเครียด สนับสนุนให้ความรู้ รวมถึงการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามจัดการความเครียดด้วยตนเอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจต่อไป ดังกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



10.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นที เกื้อกูลกิจการ (2530) ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยหอบหืดที่เกิดจากการออกกำลังกาย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คนได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการฝึกอานาปานสติสมาธิ โดยผู้ป่วยได้รับการฝึกเป็นกลุ่มจากผู้เชี่ยวชาญเป็นเวลา 16 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม 11 คนได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีการตรวจสมรรถภาพปอดในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 16 จากนั้นนำมาเปรียบเทียบกันพบว่าเมื่อผู้ป่วยผ่านการทดสอบสมรรถภาพปอดภายหลังออกกำลังกายบนเทอร์มิมิลมีเปอร์เซ็นต์ที่ลดลงในค่าอัตราการไหลออกของอากาศสูงสุด PEFR มากกว่าร้อยละ 15 ดีขึ้นจากสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กอนสิน คติการ (2534) ศึกษาความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 154 คนที่เข้ามาได้รับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมตึกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับจังหวัด 4 แห่งและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 แห่ง พบว่าความเครียดที่ผู้ป่วยพบบ่อยตามลำดับคือ อากาศเหนียว อ่อนเพลีย หายใจลำบาก ไอมีเสมหะมาก การที่ต้องมาตรวจเป็นระยะเวลานานและการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ ความเครียดที่ผู้ป่วยคิดว่ามีระดับรุนแรงตามลำดับคือ หายใจลำบาก เหนื่อยอ่อนเพลีย การนอนหลับ ไอเสมหะมากและการที่ต้องมาตรวจรักษาเป็นระยะ ๆ เป็นเวลานาน พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ใ้บ่อย คือ กังวลใจ พยายามที่จะควบคุมเหตุการณ์หรือสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดเท่าที่จะทำได้ ความพยายามที่จะนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา ความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์หรือสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดนั้น การได้รับคำปลอบใจหรือช่วยเหลือจากญาติสนิทในครอบครัวหรือเพื่อน และการกำหนดเป้าหมายเฉพาะเพื่อช่วยแก้ปัญหาตามลำดับ ลักษณะพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เด่นชัดในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คือ กังวลใจ สวดอ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การได้รับคำปลอบใจหรือช่วยเหลือจากญาติสนิทหรือเพื่อกำหนดเป้าหมายเฉพาะเพื่อช่วยแก้ปัญหา ความพยายามที่จะเอาประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหาตามลำดับ

นพพร เชาวะเจริญ (2540) ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กรอบแนวคิดตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy และมโนทัศน์ของการผ่อนคลาย ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 30 ราย ช่วงเดือน กันยายน 2539 ถึงเดือน มกราคม 2540 โดยเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่

กำหนด แบ่งตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีการจับฉลาก โดย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย โดยการฝึกการผ่อนคลายที่ใช้คือ วิธีการหายใจแบบลึก (deep breathing relaxation) ซึ่งดัดแปลงมาจากวิธีการผ่อนคลายของ Miller (1987) กลุ่มทดลองจะได้รับการสอนให้ฝึกการผ่อนคลาย 2 ครั้ง และให้ฝึกอย่างสม่ำเสมอที่บ้านทุกวัน วันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger et.al (1976) เครื่องมือวัดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ เครื่องวัดอุณหภูมิปลายนิ้ว การวัดจำนวนครั้งของการหายใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบที (t - test) ผลการวิจัยสรุปว่า ผู้ที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย โดยมีอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจน้อยกว่า มีค่าอุณหภูมิปลายนิ้วสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย ส่วนความดันโลหิตพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุนันทา กระจ่างแดน (2540) ได้ศึกษาผลของการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลาย หรือสมาธิแบบเซน ในการลดความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียด ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว อาการ อาการแสดง ความรู้สึก กิจกรรมประจำวันก่อนและหลังฝึกสมาธิ เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยชายและหญิง อายุ 40 – 70 ปี หลังฝึกสมาธิร่วมกับการใช้ปฎิกริยาย้อนกลับทางชีวภาพนาน 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังฝึกสมาธิระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 , ความดันโลหิต ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .011 แต่อาการ อาการแสดง ความรู้สึก กิจกรรมประจำวันดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สิรินาถ มีเจริญ (2541) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความทุกข์สบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตริต์ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 30 ราย ทั้งเพศชายและหญิง มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3-4 แบ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่องเพศ อายุ ระดับความวิตกกังวลและความรุนแรงของโรค กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตามเทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากวันละ 2 ครั้ง นานครั้งละ 20 นาทีติดต่อกันเป็นเวลา 6 วัน การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีความสุขสบาย

โดยรวมเพิ่มขึ้น ภายหลังใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เสาวณีย์ พงษ์ (2542) ศึกษาผลของการฝึกสมาธิ (วิปัสสนากัมมัฏฐาน) ต่อความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี และภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในอำเภอเกาะเปอร์ จังหวัดระนอง โดยให้ผู้ป่วยสูงอายุเริ่มฝึกวิปัสสนากัมมัฏฐานนานครั้งละ 30 นาที โดยฝึกพร้อมกับผู้วิจัยทุกวัน 1 สัปดาห์ ต่อมา 5 วันใน 1 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และ 1 วันใน 2 สัปดาห์เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ และให้ฝึกด้วยตนเองทุกวันที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี ภาวะสุขภาพ การนำไฟฟ้าทางผิวหนัง อุณหภูมิปลายนิ้ว สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่พจร การหายใจ ความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

ขวัญตา เพชรมณีโชติ (2543) ผลการฝึกสมาธิตามแบบพุทธวิธีต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่รับการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลราชบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 30 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 รายและกลุ่มควบคุม 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับการฝึกสมาธิจากผู้วิจัยเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนการทดลอง และมีอุณหภูมิผิวหนังสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

อพัชชา ผ่องญาติ (2543) ศึกษาการส่งเสริมการปฏิบัติสมาธิแนวพุทธศาสนาเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ระดับการวิจัยเชิงเทคนิค โดยใช้วิธีการทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติสมาธิและรวมถึงการปฏิบัติสมาธิเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีค่าคะแนนความวิตกกังวลขณะได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายหลังการฝึกปฏิบัติสมาธิ น้อยกว่าก่อนฝึกสมาธิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

วไลพร หงษ์พันธุ์ (2547) ศึกษาสิ่งก่อกำเนิดเกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่โรงพยาบาลในระยะพักฟื้น โดยใช้ทฤษฎีของ

Lazarus & Folkman (1984) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเลย และโรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 126 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 2) แบบสัมภาษณ์สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด 3) แบบสัมภาษณ์วิธีการเผชิญความเครียด ซึ่งสร้างขึ้นโดย Jalowiec 1981 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยงโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า

1) สิ่งที่เกิดก่อให้เกิดความเครียดทางสรีรภาพ 5 อันดับแรก ได้แก่ การไอมีเสมหะเหนียวข้นมาก อากาการหายใจลำบาก/หายใจไม่เต็มอิ่ม อากาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลียไม่มีแรง อากาการไอมาก การทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายแล้วเหนื่อย 2) สิ่งที่เกิดก่อให้เกิดความเครียดทางจิตสังคม ได้แก่ กลัวตายจากการหายใจไม่เต็มอิ่ม/ภาวะหายใจลำบาก การที่ต้องเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อย ๆ กลัวเกิดอาการของโรคกำเริบเมื่อต้องอยู่ตามลำพังคนเดียว ไม่สามารถร่วมกิจกรรมสังคมกับเพื่อนได้ตามปกติ ทำงานอดิเรกที่ชอบไม่ได้ 3) วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา 5 อันดับแรกคือ ยอมรับแม้ไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุด เตรียมพร้อมที่จะรับเหตุการณ์ที่อาจเลวร้ายที่สุด นำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา คิดหาวิธีต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ พยายามอย่างมากที่จะเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด 4) วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ 5 อันดับแรกคือ ปลงตกเพราะดูแล้วว่าหมดหนทางแก้ไข สวดอ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ใช้วิธีการหายใจช่วยโดยวิธีค่อย ๆ เป่าลมออกจากริมฝีปาก แยกตัวออกไปอยู่คนเดียว/ต้องการอยู่ตามลำพัง กังวลใจ/กลัวใจ

ปติมา เชื้อตาลี (2548) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2547 ถึง เดือนมกราคม 2548 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลตามโปรแกรมจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการให้ข้อมูล 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และ แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาสรุปว่า 1) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังการได้รับข้อมูลมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับข้อมูลมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วทินันท์ เพชรฤทธิ์ (2550) ศึกษาการนำโปรแกรมการฝึกอานาปานสติสมาธิไปใช้

ในการลดระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง การวิจัยกึ่งทดลองมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคมะเร็งที่นอนพักรักษาตัวที่ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานีเป็นเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ ในระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2549 จำนวน กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกอานาปานสติสมาธิร่วมกับแผนการรักษาของแพทย์ กลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์แต่เพียงอย่างเดียว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.001$) และกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.002$)

Sagula (1999) ได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฝึกสมาธิ 45 นาทีต่อวันเป็นเวลา 8 สัปดาห์ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเจ็บปวดเรื้อรังได้ ถึงแม้จะมีคนจำนวนมากพบว่า การฝึกสมาธิ 45 นาทีต่อครั้งนั้นนานเกินไปก็ตาม จึงได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของสมาธิต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยโรคเจ็บปวดเรื้อรัง” ด้วยแบบสอบถามปลายเปิด และการวัดระดับความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความโศกเศร้า โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเจ็บปวดเรื้อรังจำนวน 53 คน และแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม โดยการสุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกสมาธิเป็นเวลา 20 นาทีต่อวัน 45 นาทีต่อวัน และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยที่ทั้ง 3 กลุ่มจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันและกลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกสมาธิเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีระดับความซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีระดับความซึมเศร้าและความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ และมีแนวโน้มว่าความโศกเศร้า จะต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากการทดลองครั้งนี้จะมีบางคนที่ออกจากการวิจัย ซึ่งพบว่าคนเหล่านั้นจะมีลักษณะที่มีระดับความวิตกกังวลในระดับสูง และกำลังอยู่ในภาวะที่โศกเศร้า

Calderon (2000) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของการฝึกสมาธิแทรนเซนเดิลเทิลเมดิเตชันและการให้สุขศึกษาต่อระดับคอเลสเตอรอล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบไม่รุนแรงชาวแอฟริกันในอเมริกา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบไม่รุนแรงชาวแอฟริกันในอเมริกาที่มีอายุระหว่าง 25-72 ปี จำนวน 66 คน และได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มโดยการสุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิแทรนเซนเดิลเทิลเมดิเตชัน จำนวน 33 คน และกลุ่มที่ได้รับสุขศึกษา จำนวน 33 คน ใช้เวลาในการทดลอง 6 เดือน โดยที่ทั้ง 2 กลุ่ม จะถูกวัดระดับของไขมันและไลโปโปรตีนในเลือด ความดันโลหิต ภาวะโภชนาการ ความแข็งแรงของร่างกาย และภาวะจิตใจทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน

ร่วม (ANCOVA) หลังการทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์หรือไขมันชนิด LDL ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับของไขมัน HDL สูงขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน อย่างไรก็ตาม หลังการทดลองพบว่า ความดันโลหิต การเต้นของหัวใจ ภาวะโภชนาการ ภาวะจิตใจ เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 2 กลุ่ม การศึกษาวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การฝึกสมาธิและการให้สุขศึกษาสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และพัฒนาภาวะโภชนาการและจิตใจได้

Kritzell (2000) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของการฝึกสมาธิและการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดระดับความเครียดในผู้ป่วยมะเร็ง “โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นชนชั้นกลาง สมรสแล้วและไม่เคยฝึกสมาธิมาก่อน ซึ่งผลการวิจัยสรุปได้ว่า การฝึกสมาธิสามารถเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองและบำบัดอาการทางจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อาการทางร่างกายลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า การฝึกสมาธิสามารถช่วยในการลดระดับความเครียดและเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดได้

Shapiro (2002) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของการฝึกสมาธิต่อการลดระดับความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม “โดยศึกษาจากสภาวะทางจิตใจ และการนอนหลับ ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 63 คน ที่เป็นสตรี มีอายุระหว่าง 18-80 ปี พูดภาษาอังกฤษได้ดี ไม่มีอาการป่วยทางจิต เคยเป็นมะเร็งเต้านมระยะ 2 ปัจจุบันหายจากโรคนี้อแล้ว และอยู่ในช่วงภายหลังการรักษาในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเหมาะสมกับการวิจัย และอธิบายวิธีการศึกษาด้วยการติดต่อทางโทรศัพท์ แล้วแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยการสุ่ม โดยที่ทั้ง 2 กลุ่ม จะมีความคล้ายคลึงกันในด้านระยะเวลาหลังการรักษา คือ กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยการสุ่ม โดยที่ทั้ง 2 กลุ่มจะมีความคล้ายคลึงกันในด้านระยะเวลาหลังการรักษา คือ 1-6 เดือน 7-12 เดือน 13-18 เดือน และ 19-24 เดือน ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกสมาธิทุกวันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผลการศึกษวิจัยพบว่า สภาวะจิตใจของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพัฒนาดีขึ้น โดยที่กลุ่มทดลองมีการพัฒนาสภาวะทางจิตที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามที่เข้ารับการฝึกสมาธิมากจะพัฒนาสภาวะทางจิตใจและการนอนหลับได้ดีกว่าผู้ที่เข้ารับการฝึกสมาธิน้อยกว่า

Friedman (2002) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในหัวใจที่ได้รับการฝึกสมาธิโดยการสูดลมหายใจเข้าออกแบบพุทธศาสนิกายเซน” โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีเอกสารทางการแพทย์ยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในหัวใจ

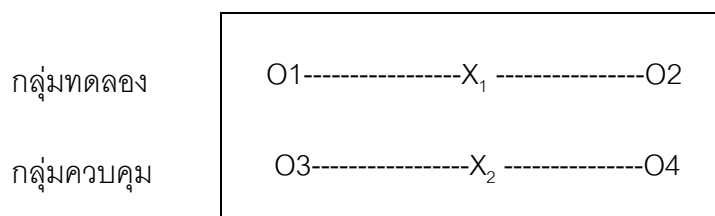
จำนวน 56 คน และได้สุ่มออกเป็นกลุ่ม ๆ เพื่อเข้ารับการทดลองวิธีการจัดการความเครียดที่แตกต่างกัน คือ การพักผ่อนนอนหลับ การอ่านหนังสือ การฝึกสมาธิโดยสูดลมหายใจเข้าออก หลังการทดลองได้วัดอัตราการเปลี่ยนแปลงอาการทางหัวใจ ด้วยเครื่องมือวัด Heart Rate Variability (HRV) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิจะมีอัตราเปลี่ยนแปลงอาการทางหัวใจดีขึ้นกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมไปถึงสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีกว่าด้วย จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำให้เห็นว่า การฝึกสมาธิโดยการสูดลมหายใจเข้าออกเพียงช่วงสั้น ๆ อย่างสม่ำเสมอก็สามารถพัฒนาการตอบสนองต่อความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้

Rosdahl (2003) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของการฝึกสมาธิต่ออาการปวดศีรษะที่เกิดจากความเครียด และการหลั่งของสารอิมีมูโนโกลบูลิน เอ ในน้ำลาย (SigA) “ วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคปวดศีรษะจากความเครียด เพศหญิงจำนวน 50 คน เพศชายจำนวน 14 คน ซึ่งมีอายุเท่ากับ 18 ปี และแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการสุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 34 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน โดยที่กลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกสมาธิสัปดาห์ละ 2 ชั่วโมงเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคปวดศีรษะในห้องเรียน สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมงเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) การวิเคราะห์ถดถอย (Multiple Regression) และเทคนิคการวิเคราะห์การเจริญเติบโตด้วยกราฟ (Growth Curve Analysis) พบว่า หลังการทดลอง ระดับ SigA ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพศ รายได้ พื้นฐานความเคร่งครัดทางศาสนาไม่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอาการปวดศีรษะในแต่ละกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi- experimental research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (pretest – posttest control group design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามรูปแบบการวิจัย และแบบแผนการทดลอง ดังนี้



X₁ หมายถึง โปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก

X₂ หมายถึง โปรแกรมการบริหารการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว

O1 หมายถึง ระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก

O2 หมายถึง ระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก

O3 หมายถึง ระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนได้รับการฝึกการหายใจแบบเป่าปาก

O4 หมายถึง ระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการฝึกการหายใจแบบเป่าปาก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลราชวิถีและสถาบันโรคทรวงอก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 40 คน จากโรงพยาบาลราชวิถี 20 คน และสถาบันโรคทรวงอก 20 คน จับฉลากเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมวันละ 2 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1-3 ซึ่งความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้ความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ (American Lung Association, 1975 cited in Dudley et al., 1980 อ้างถึงใน สุมลรัตน์ อัจกุล, 2548) ดังนี้

ความรุนแรงระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดใด ๆ สามารถประกอบกิจกรรมได้ตามปกติ

ความรุนแรงระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเล็กน้อย หรือปานกลางเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิต เดินที่ราบได้ เหนื่อยเมื่อเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันได

ความรุนแรงระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมมากขึ้น แต่สามารถดูแลตัวเองได้เดินที่ราบไม่ได้เท่ากับคนปกติ เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้นและต้องหยุดพักเมื่อขึ้นตึกสูง 2 ชั้น

ความรุนแรงระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเป็นอย่างมาก แต่สามารถดูแลตนเองได้ เดินทางราบไกลกว่า 100 หลาไม่ได้ต้องหยุดและพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น

ความรุนแรงระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างรุนแรง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เดินเพียง 2-3 ก้าวหรือแค่นั่งก็เหนื่อย

2. มีการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลถูกต้อง ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ที่แปลและพัฒนาขึ้นโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ใช้เกณฑ์การประเมิน คือ

2.1 ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 14 คะแนนในคะแนนเต็ม 23 คะแนน

2.2 ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาได้เท่ากับหรือมากกว่า 17 คะแนนในคะแนนเต็ม 30 คะแนน

2.3 ผู้สูงอายุปกติเรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาได้เท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนนในคะแนนเต็ม 30 คะแนน

3. ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร และการใช้สายตา ยกเว้น

สายตาสั้น สายตาวาย ซึ่งเมื่อสวมแว่นสามารถมองเห็นได้ปกติ สามารถตอบโต้ สื่อความหมายได้ เข้าใจ

4. ยินดีให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาการวิจัย พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการผิดปกติระหว่างเข้าร่วมวิจัย เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น หายใจหอบเหนื่อยพ่นยาแล้วไม่อาการไม่ดีขึ้น เป็นต้น
2. ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิเสธและ/หรือไม่สมัครใจการเข้าร่วมวิจัยต่อไป
3. ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) โดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่พอที่จะมีอำนาจทดสอบ 100% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน รวมทั้งหมด 30 คน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (normality) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการกำหนดขนาดตัวอย่างของการวิจัยเชิงทดลองอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (สุวิมล ว่องวานิช และนางลักษณ วิรัชชัย, 2546 อ้างถึงใน อวยพร เรื่องตระกูล, 2550) แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีจำกัดและมีเหตุอื่นไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยครบตามขั้นตอนของการวิจัย เช่น กลุ่มตัวอย่าง 8 รายไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง และในบางรายมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ยังดำเนินการวิจัยอยู่ บางรายต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และบางรายยังขาดการประเมินระดับความเครียดหลังเข้าร่วมโปรแกรม บางรายเสียชีวิต จึงทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมเพียง 17 คนและเนื่องจากมีการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อน ทำให้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองน้อยลง ร่วมกับจำนวนผู้ป่วยมีจำกัด และผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ มักมีอาการที่รุนแรงและหรือมีภาวะแทรกซ้อนมาแล้วจึงทำให้ระดับความรุนแรงของโรคไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ (ดูภาคผนวก ข)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรค ประวัติการรักษาที่ได้รับ

2. แบบประเมินความเครียด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินความเครียดจากการศึกษาแนวคิดของ Well – Federman (1995) ร่วมกับการปรับปรุงแบบประเมินความเครียดของ สุนันทา กระจ่างแดน (2540) ซึ่งสร้างตามแบบสัมภาษณ์ที่ใช้สำรวจความเครียด Health Opinion Survey (HOS) ที่นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 37 คน หาความเชื่อมั่นโดยวิธีของครอนบาค (cronbach' s method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alfa coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .84 ผู้วิจัยนำมาปรับใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ลักษณะของเครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่ตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ มีทั้งหมด 20 ข้อ โดยสอบถามอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน แล้วมีการดัดแปลงแก้ไขจำนวนในข้อคำถาม และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (try out) กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลจำนวน 30 คน แล้วพบว่ามีความเชื่อมั่นที่ระดับ .67 จึงมีการตัดข้อคำถามที่ 8, 13, 15, 16, 17 ออกเหลือเพียง 15 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .70 มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

เกิดอาการทุกวัน	= 4 คะแนน
เกิดอาการ 3 ครั้งต่อสัปดาห์	= 3 คะแนน
เกิดอาการ 1 ครั้ง/สัปดาห์	= 2 คะแนน
ไม่เกิดอาการ	= 1 คะแนน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบกับการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีกาย จิตสัมพันธ์ของ Well Federman (1995) ภายในโปรแกรมประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพ ประเมินความรู้ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินความเครียดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสม ให้ความรู้เรื่อง “ความเครียด” เทคนิคการผ่อนคลาย การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก แผ่นพับการบริหารการหายใจแบบเป่าปากและแบบบันทึกการปฏิบัติ บรรยายเรื่อง “ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสมาธิ” แจกคู่มือการ

ฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ 3) การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก เพื่อลดระดับความเครียด โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ดังนี้

1.1 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและต่างประเทศ เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความเครียด เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสมาธิแนวทางการปฏิบัติเพื่อลดระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.2 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า จากตำรา วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.3 กำหนดเนื้อหาสำคัญ ขั้นตอนในการจัดทำโปรแกรมการลดระดับความเครียดโดยวิธีฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้ ซึ่งประกอบด้วย เนื้อหา วิธีดำเนินการ การประเมินผล สื่อประกอบการดำเนินการเพื่อความสอดคล้องกับโปรแกรม

1.4 สร้างโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก ในการลดระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดทฤษฎีกายจิตสัมพันธ์ของ Well Federman (1995) เอกสารและสื่อประกอบการใช้โปรแกรม ได้แก่ คู่มือการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ (ฉบับผู้สูงอายุ) แผ่นพับการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก แผนการสอนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ

2. สื่อประกอบการใช้โปรแกรมฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก ได้แก่

2.1 คู่มือการฝึกสมาธิชนิดอานาปานสติ

2.2 แผ่นพับการบริหารการหายใจแบบเป่าปากอย่างถูกวิธี

2.3 แผนการสอนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย

2.4 สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” และ“ใจสบาย กายเป็นสุข”

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง อันประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการปฏิบัติกรฝึกสมาธิ และการหายใจแบบเป่าปากด้วยตนเอง (กลุ่มทดลอง)

2. แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติกรหายใจแบบเป่าปากด้วยตนเอง (กลุ่มควบคุม)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบแบบวัดที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสัมภาษณ์ความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดำเนินการตรวจสอบดังนี้

1.1.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของข้อความ หลังจากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบเนื้อหา ความถูกต้องของภาษาและครอบคลุมเนื้อหาของตัวแปรที่วัด แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ในแต่ละข้อคำถาม เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง ได้ค่า CVI = 0.826

1.1.2 การหาความเที่ยง (reliability) ของแบบสัมภาษณ์ความเครียด ที่ผ่านการตรวจหาความตรงตามเนื้อหาที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 30 คน ก่อนนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยวิธีของครอนบาค (Cronbach's method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - coefficient) ได้เท่ากับ 0.7

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้อง ตามหลักแนวคิดและทฤษฎี หลังจากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบเนื้อหาและภาษาจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน เพื่อดูความยากง่ายในการปฏิบัติ

2.2 คู่มือการฝึกสมาธิชนิดอานาปานสติ มีการตรวจสอบดังนี้

2.2.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำคู่มือการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของข้อความ หลังจากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาโดยคณะผู้ทรงคุณวุฒิ

ได้มีข้อเสนอเพื่อปรับการใช้คำให้สั้นกระชับ เข้าใจง่าย ลักษณะตัวอักษรให้มีความชัดเจน ขนาดไม่เล็กเกินไปเพื่อการมองเห็นของผู้สูงอายุ การเลือกใช้สีอักษร และสีของกระดาษที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

2.2.2 นำคู่มือการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติไปปรับปรุงแก้ไขทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจก่อนนำไปใช้จริง พบว่า สามารถมองเห็นง่ายต่อการอ่าน และทำความเข้าใจ

3. การตรวจสอบเครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการฝึกอานาปานสติร่วมกับการฝึกการหายใจแบบเป่าปากแบบบันทึกการฝึกหายใจแบบเป่าปาก ไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจำนวน 5 คน ปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งหลังตรวจสอบแล้วมีความเห็นตรงกันให้นำเครื่องมือไปใช้ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2553 ที่โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันโรคทรวงอก โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง การเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยเริ่มจากกลุ่มควบคุมก่อน มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

เริ่มจากการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมกลุ่มกับผู้สูงอายุซึ่งป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ศึกษา ค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความเครียดสมาธิบำบัดแบบอานาปานสติ

2. ขอคำแนะนำจากพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง (APN) พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอก (CVT nurse) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการปฏิบัติงานหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. เข้าศึกษาหลักสูตรพระอภิธรรมทางไปรษณีย์ อภิธรรมโชติกะวิทยาลัยมหาวิทยาลัย มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ในความอุปถัมภ์ของมูลนิธิเผยแผ่พระพุทธธรรม

4. ฝึกปฏิบัติสมาธิ ณ วัดอัมพวัน เป็นเวลา 3 วัน วัดบางพลีใหญ่กลาง 3 วัน วัดบางไฉลง 2 วัน ฯลฯ

5. เข้าอบรมหลักสูตรครูสมาธิ รุ่นที่ 26 สถาบันพลังจิตตานุภาพ นครธรรม ณ วัดธรรมมงคลภาคปกติ วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลาเรียน 200 ชั่วโมง สอบภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ พร้อมสอบปฏิบัติภาคสนามบนภูเขาตอยอินทนนท์ เป็นเวลา 3 วัน

6. เตรียมอุปกรณ์ จัดหาแผ่น C.D. บรรยายเกี่ยวกับการนั่งสมาธิ V.C.D “ใจสบาย กายเป็นสุข” จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แผ่นพับการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก คู่มือการนั่งสมาธิเบื้องต้นฉบับผู้สูงอายุ แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

7. ผู้วิจัยจัดหาสถานที่เงียบสงบ ไม่มีคนพลุกพล่านเหมาะแก่การฝึกสมาธิในการให้โปรแกรมกับกลุ่มทดลอง เช่น ระเบียงด้านข้างของหอผู้ป่วยและห้องประชุม

8. เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีความเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นปฐมนิเทศผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการดำเนินการวิจัย

9. ชั้นเตรียมผู้ป่วย คัดเลือกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อเข้าสู่โครงการวิจัย โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากโรงพยาบาลราชวิถี 20 คนและโรงพยาบาลโรคทรวงอก 20 คน ตามเกณฑ์ Inclusion criteria สุ่มจับฉลากเลือกโรงพยาบาลเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

10. ภายหลังจากผู้วิจัยเลือกตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนด แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ การเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล สัมภาษณ์ตามแบบความเครียด (pre-test) โดยเริ่มการใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบสัมภาษณ์ความเครียด (pre- test) ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 4 สัปดาห์ การดำเนินการทดลองมีกิจกรรม ดังนี้

กลุ่มทดลอง

มีการปฏิบัติกิจกรรม รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยแต่ละสัปดาห์มีกิจกรรมตามโปรแกรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

- 1) สร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ รายละเอียดของโปรแกรมและขอความร่วมมือพร้อมลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจ ประเมินความรุนแรงของโรคก่อนรับเข้ารับการทดลอง (pre-test)
- 2) ประเมินความรู้ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จาก การซักถาม การสนทนา
- 3) ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างถูกวิธี ผ่าน แผนการสอนและสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง”
- 4) ให้ความรู้เรื่อง “ความเครียด” ปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเมื่อเกิดความเครียด ดูวีดิทัศน์ เรื่อง “ใจสบาย กายเป็นสุข” แสดงความสัมพันธ์ของ กายและจิต สุขภาพจิต และการเจ็บป่วย
- 5) บรรยายเรื่อง “ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสมาธิ” เรื่อง “อานาปานสติคืออะไร” “นิรอรณ และ การข่มนิรอรณ” “อินทรีย์ 5” “สัมมาสมาธิ” “อิทธิบาท 4” “กรรม” “การละชั่ว-สร้างบุญ” “การแผ่เมตตา” โดยผู้วิจัย
- 6) ผู้วิจัยแนะนำวิธีการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกปฏิบัติสมาธิจนถูกต้อง
- 7) แจกคู่มือการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ แผ่นพับการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และแบบบันทึกการปฏิบัติ
- 8) เปิดโอกาสให้ซักถามการบันทึกที่ถูกต้อง ทดลองบันทึกจริง
- 9) นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2-3

- 1) ให้ผู้ร่วมวิจัยฝึกปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติด้วยตนเอง โดยโทรศัพท์เยี่ยมติดตามผลการปฏิบัติ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการนั่งสมาธิได้ทางโทรศัพท์ระหว่างที่ฝึกปฏิบัติ
- 2) ทบทวนความรู้เรื่องการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ประเมินความเข้าใจในการลงบันทึก พร้อมให้กำลังใจในการปฏิบัติ

3) ให้ผู้ร่วมวิจัยบันทึกการปฏิบัติการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากลงในแบบฟอร์มที่กำหนดให้ถูกต้องครบถ้วน

4) นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4

1) ทบทวนความรู้เรื่องการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ถามข้อสงสัย

2) ทำแบบประเมินความเครียด (post-test)

3) เก็บใบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติการบริหารการหายใจแบบเป่าปากด้วยตนเองและใบบันทึกการนั่งสมาธิพร้อมตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด

4) สรุปผล และมอบของที่ระลึกให้ผู้ร่วมวิจัย และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1

1) สร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ รายละเอียดของโปรแกรมและขอความร่วมมือพร้อมลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจ ประเมินความรุนแรงของโรคก่อนรับเข้ารับการทดลอง (pre-test)

2) ประเมินความรู้ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการซักถาม การสนทนา

3) ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างถูกวิธี ผ่านแผนการสอนและสื่อวีดีทัศน์ เรื่อง “โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง”

4) สอนการบริหารการหายใจแบบเป่าปากอย่างถูกวิธี พร้อมฝึกปฏิบัติตามคู่มือ

5) แจกแบบบันทึกการปฏิบัติการบริหารการหายใจแบบเป่าปากพร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในการบันทึกทดลองบันทึก หาข้อบกพร่องจนเป็นที่เข้าใจสามารถบันทึกได้อย่างถูกต้อง

6) นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2-4

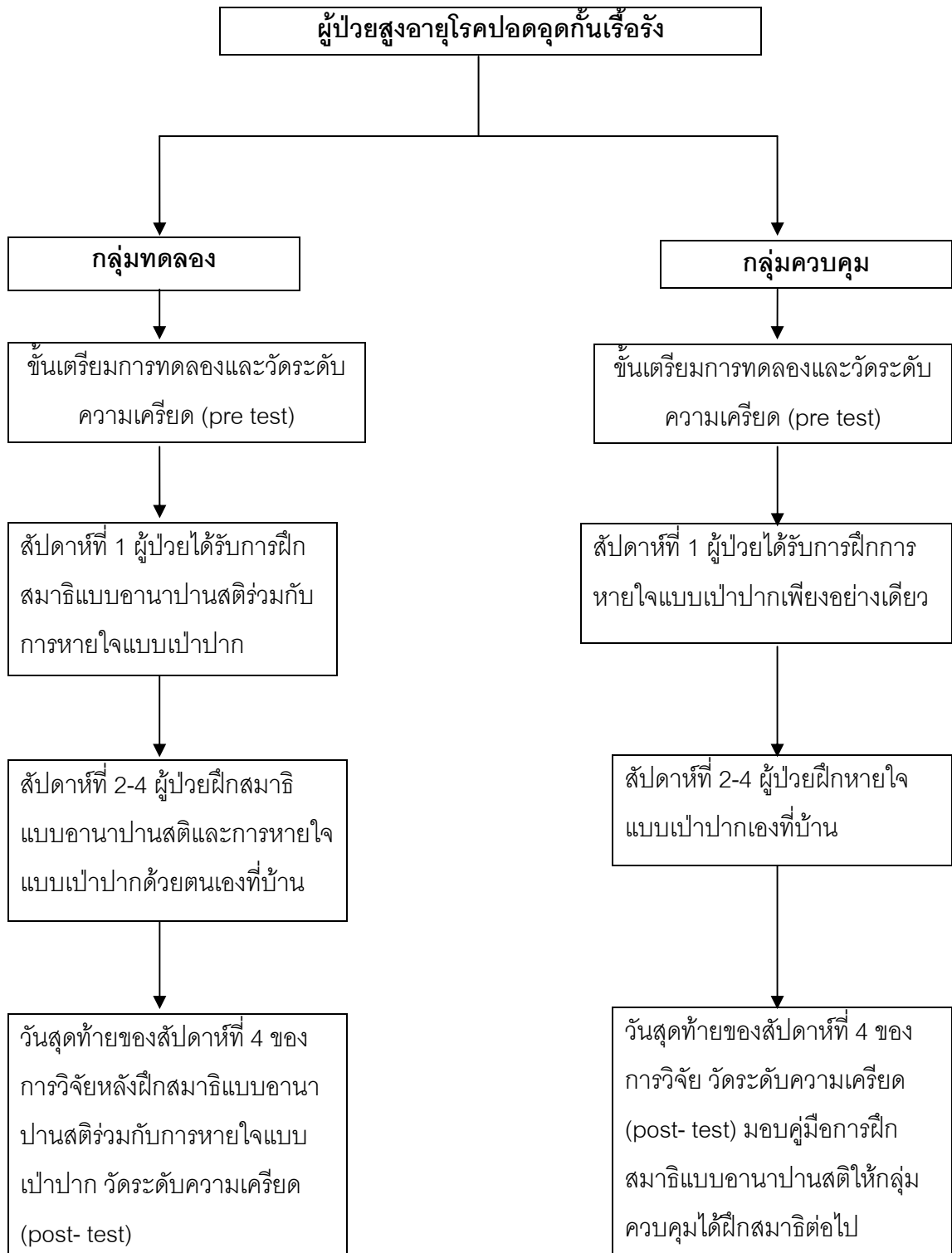
1) ให้ผู้ป่วยบริหารการหายใจแบบเป่าปากด้วยตนเองที่บ้าน

2) ให้ผู้ป่วยบันทึกแบบบันทึกการบริหารการหายใจแบบเป่าปากด้วยตนเองโดยปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และตามโอกาสที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 4 (วันสุดท้าย)

- 1) เก็บใบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติการบริหารการหายใจแบบเป่าปากด้วยตนเอง พร้อมตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด
- 2) ทำแบบประเมินความเครียด (Post-test)

แผนภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ยึดหลักการจริยธรรมอย่างเคร่งครัดในการทำการศึกษาค้นคว้า โดยผู้วิจัยได้เสนอเค้าโครงงานวิจัยและเครื่องมือที่ใช้เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลโรคทรวงอกและได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2552 และวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2552 ตามลำดับ และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการพิจารณาอนุมัติและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการเก็บข้อมูล โดยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับสาระสำคัญของเรื่องที่ทำการศึกษา วัตถุประสงค์การศึกษา วิธีการศึกษา ความมีอิสระในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการศึกษา โดยไม่มีผลกระทบในทางลบใด ๆ ผู้ศึกษาได้แจกแบบฟอร์ม และได้ชี้แจงสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และจรรยาบรรณในการวิจัยให้ทราบก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้ความเวลาในการตัดสินใจด้วยความสมัครใจ ในการยินยอมเข้าร่วมศึกษาเป็นการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรหรือพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการเซ็นชื่อในกรณีผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถเซ็นชื่อได้ การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม

ซึ่งหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการแนะนำเรื่องการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติเพื่อลดระดับความเครียด พร้อมได้รับคู่มือการฝึกสมาธิเพื่อนำไปปฏิบัติด้วยตนเองต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Dependent t-test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Dependent t-test)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 27 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 17 คน โดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบการบรรยาย ประกอบด้วย 4 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ศาสนา

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปาก

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และศาสนา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม ($n_1 = 17$)		กลุ่มทดลอง ($n_2 = 10$)		รวม ($N = 27$)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	14	82.4	7	31.8	21	77.8
หญิง	3	17.6	3	33.6	6	22.2
อายุ (ปี) (Mean = 71.9; SD = 8.25; Min = 60; Max = 87)						
60-70	8	47.1	4	40	12	44.4
71-80	6	35.3	5	50	10	40.8
81 ปีขึ้นไป	3	17.6	1	10	4	14.8
สถานภาพสมรส						
คู่	12	70.6	6	60	18	66.7
หย่า	1	5.9	-	-	1	3.7
หม้าย	4	23.5	4	40	8	29.6
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	2	11.8	3	30	5	18.5
ประถมศึกษา	13	76.5	7	70	20	74.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	5.9	-	-	1	3.7
ประกาศนียบัตร	1	5.9	-	-	1	3.7
อาชีพ						
เกษตรกร	3	17.6	3	30	6	22.2
ค้าขาย	2	11.8	1	10	3	11.1
รับจ้าง	6	35.3	3	30	9	33.3
อื่นๆ	6	35.3	3	30	9	33.3
ศาสนา						
พุทธ	17	100.0	9	90	26	96.3
อิสลาม	-	-	1	10	1	3.7

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 77.8 มีอายุระหว่าง 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 ส่วนใหญ่มีสถานสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 74.1

ส่วนที่ 2: เปรียบเทียบความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก

ความเครียดของผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	26.30	4.596	9	3.808	.004
หลังการทดลอง	20.20	2.251			
ผลต่าง	6.10	2.345			

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง 6.10 (SD=2.345)

ส่วนที่ 3: เปรียบเทียบความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปาก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปาก

ความเครียดของผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	27.06	5.43	16	40	0.001
หลังการทดลอง	22.88	3.63			
ผลต่าง	4.18	1.80			

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง 4.18 (SD=1.8)

ส่วนที่ 4: เปรียบเทียบความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว

ความเครียดของผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	27.06	5.437	21.66	0.387	.703
กลุ่มควบคุม	26.30	4.596			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	20.20	3.638	24.87	2.366	.026
กลุ่มควบคุม	22.88	2.251			

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว ไม่มีความแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว แตกต่างกันโดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ

ผู้ศึกษาเข้าร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (pretest – posttest control group design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก ต่ำกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม
2. ความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก ต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลสถาบันโรคทรวงอก โดยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 วัน ไม่จำกัดเพศ จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ แต่เนื่องจากระหว่างการดำเนินการวิจัย จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำกัด จากหลายสาเหตุได้แก่ ผู้สูงอายุมีระดับความรุนแรงของโรคเกินเกณฑ์ที่กำหนดหากเข้าร่วมวิจัยอาจเกิดอันตรายได้ ระหว่างช่วงระยะเวลาของการเข้าร่วมวิจัยอาการของโรครุนแรงขึ้นจึงต้องตัดออกจากงานวิจัย และในบางรายเข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามจำนวนครั้ง

เป็นต้น เมื่อการดำเนินการวิจัยสิ้นสุด จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเพียง 27 คน โดยเป็นกลุ่มควบคุม 17 คน และกลุ่มทดลอง 10 คน (ดูภาคผนวก ข)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรค ประวัติการรักษาที่ได้รับ

2. แบบประเมินความเครียด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินความเครียดจากการศึกษาแนวคิดของ Well – Federman (1995) ร่วมกับการศึกษาและพัฒนาแบบประเมินความเครียดของ สุนันทา กระจ่างแดน (2540) ซึ่งสร้างตามแบบสัมภาษณ์ที่ใช้สำรวจความเครียด Health Opinion Survey (HOS) ที่นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 37 คน หาความเชื่อมั่นโดยวิธีของครอนบาค (cronbach' s method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alfa coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .84 ผู้วิจัยได้นำมาปรับใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ลักษณะของเครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่ตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ มีทั้งหมด 20 ข้อ โดยสอบถามอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน แล้วมีการดัดแปลงแก้ไขจำนวนในข้อคำถาม และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (try out) กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 30 คน แล้วพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .67 จึงมีการตัดข้อคำถามที่ 8, 13, 15, 16, 17 ออกเหลือเพียง 15 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .70 มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

เกิดอาการทุกวัน	= 4 คะแนน
เกิดอาการ 3 ครั้งต่อสัปดาห์	= 3 คะแนน
เกิดอาการ 1 ครั้ง/สัปดาห์	= 2 คะแนน
ไม่เกิดอาการ	= 1 คะแนน

การแปลผลค่าคะแนนระดับความเครียด แบ่งเป็น

เครียดระดับต่ำ	=	15-30 คะแนน
เครียดระดับปานกลาง	=	36-40 คะแนน
เครียดระดับสูง	=	41-60 คะแนน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1. โปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก
2. สื่อที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง
 - 2.1 คู่มือการฝึกสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายเป็นคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำเนื้อหามาจากบทพจนานุกรม
 - 2.2 แผนการสอนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย
 - 2.3 แผนพับการบริหารการหายใจแบบเป่าปากอย่างถูกวิธี
 - 2.4 เทปนำการฝึกสมาธิจากพระอาจารย์ พร้อมเครื่องเล่นเทป
 - 2.5 สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” และ “ใจสบาย กายเป็นสุข”

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการปฏิบัติการฝึกสมาธิและการหายใจแบบเป่าปากด้วยตนเอง (กลุ่มทดลอง)
2. แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการหายใจแบบเป่าปากด้วยตนเอง (กลุ่มควบคุม)

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2553 ที่โรงพยาบาลสถาบันโรคทรวงอก และโรงพยาบาลราชวิถี ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จัดเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม อธิบายรายละเอียด แนวทางการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเครียด

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ การดำเนินการทดลองมีกิจกรรม ดังนี้

กลุ่มทดลอง

มีการปฏิบัติกิจกรรม รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมตามโปรแกรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

- 1) สร้างสัมพันธภาพ
- 2) ประเมินความรู้ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 3) ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างถูกวิธี ผ่านแผนการสอนและสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง”
- 4) ให้ความรู้เรื่อง “ความเครียด” ปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเมื่อเกิดความเครียด คู่มือวีดิทัศน์ เรื่อง “ใจสบาย กายเป็นสุข” แสดงความสัมพันธ์ของ กายและจิต สุขภาพจิต และการเจ็บป่วย
- 5) แจกคู่มือการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ แผ่นพับการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และแบบบันทึกการปฏิบัติ
- 6) เปิดโอกาสให้ซักถามการบันทึกที่ถูกต้อง ทดลองบันทึกจริง
- 7) บรรยายเรื่อง “ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสมาธิ” เรื่อง “อานาปานสติคืออะไร” “นิวรรณ์ และการข่มนิวรรณ์” “อินทรีย์ 5” “สัมมาสมาธิ” “อิทธิบาท 4” “กรรม” “การละชั่ว-สร้างบุญ” “การแผ่เมตตา” โดยผู้วิจัย
- 8) นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2-3

- 1) ให้ผู้ร่วมวิจัยฝึกปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติด้วยตนเอง โดยโทรศัพท์เยี่ยมติดตามผลการปฏิบัติ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการนั่งสมาธิได้ทางโทรศัพท์ระหว่างที่ฝึกปฏิบัติ
- 2) ทบทวนความรู้เรื่องการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ประเมินความเข้าใจในการลงบันทึก พร้อมให้กำลังใจในการปฏิบัติ
- 3) ให้ผู้ร่วมวิจัยบันทึกการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากลงในแบบฟอร์มที่กำหนดให้ถูกต้องครบถ้วน
- 4) วัดอุณหภูมิ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตก่อนและหลังการฝึกสมาธิ
- 5) นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4

- 1) วัดอุณหภูมิ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตก่อนและหลังการฝึกสมาธิ
- 2) ทำแบบประเมินความเครียด (post-test)

3) ทบทวนความรู้เรื่องการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ถามข้อสงสัย

4) เก็บใบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติการบริหารการหายใจแบบเป่าปากด้วยตนเองและใบบันทึกการนั่งสมาธิพร้อมตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด

5) สรุปผล และมอบของที่ระลึกให้ผู้ร่วมวิจัย และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1

1) สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ การเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2) ประเมินความรู้ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3) ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างถูกวิธีผ่านสื่อแผ่นพับ

4) สอนการบริหารการหายใจแบบเป่าปากอย่างถูกวิธี พร้อมฝึกปฏิบัติตามคู่มือ

5) แจกแบบบันทึกการปฏิบัติการบริหารการหายใจแบบเป่าปากพร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในการบันทึก ทดลองบันทึก หาข้อบกพร่องจนเป็นที่เข้าใจสามารถบันทึกได้อย่างถูกต้อง

6) ตรวจวัดอุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิต บันทึกข้อมูล

สัปดาห์ที่ 2-4

1) ให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ

2) ให้ผู้ป่วยบันทึกแบบบันทึกการบริหารการหายใจแบบเป่าปากด้วยตนเองโดยปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และตามโอกาสที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 4 (วันสุดท้าย)

1) เก็บใบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติการบริหารการหายใจแบบเป่าปากด้วยตนเองพร้อมตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด

2) ตรวจวัดอุณหภูมิ ชีพจร การหายใจและความดันโลหิต บันทึกข้อมูล

3) ทำแบบประเมินความเครียด (Post-test)

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากภายหลังการทดลองมีระดับคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากภายหลังการทดลองมีคะแนนระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากภายหลังการทดลองมีระดับคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากมีคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 อธิบายได้ว่า โปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก เป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางและความร่วมมือระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระดับความเครียดของแต่ละบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยในขณะนั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการประเมินประสบการณ์การรับรู้ระดับความเครียดในมุมมองของผู้ป่วยก่อน โดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความไว้วางใจและเป็นมิตรกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยข้อมูลมากขึ้น ช่วยเพิ่มการติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในขณะเดียวกัน ผู้วิจัยก็มีการซักถาม และรับฟังความต้องการของผู้ป่วยก่อนที่จะให้ความรู้ เนื่องจากบุคคล โดยเฉพาะผู้สูงอายุมักผ่านการเรียนรู้การดูแลตนเองมาก่อนแล้ว ดังนั้นการให้ความรู้โดยการสอนจึงควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ป่วย

ต้องการ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพในการสอนหรือให้ความรู้มากขึ้น (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2543:13)

การให้ความรู้โดยการสอนรายบุคคลเป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วย เกี่ยวกับการควบคุมหรือบรรเทาอาการ โดยทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ระดับความเครียด สาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยประเมินระดับความรุนแรงของความเครียด สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อนและผลของระดับความเครียดต่อชีวิตได้อย่างถูกต้องตามความเป็นจริง การเข้าใจความเจ็บป่วยต่าง ๆ ภาวะสุขภาพที่ต้องเดินหน้าไปพร้อมกันทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังคำกล่าวที่ว่าจิตใจที่แจ่มใสย่อมอยู่บนร่างกายที่สมบูรณ์ หรือสำนวนที่กล่าวไว้ว่า “ใจเป็นนายกายเป็นบ่าว” ซึ่งทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของร่างกายและจิตใจอย่างแยกเป็นอิสระจากกันไม่ได้ ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีความเข้าใจในสิ่งเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ นำความรู้จากประสบการณ์เดิมของตนเองมาจัดการกับปัญหา สามารถจัดการกับความเครียดและสามารถดูแลตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยในเรื่องการจัดการกับปัญหาคือภาวะหายใจลำบากนั้น สุมลรัตน์ อาจกุล (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่ออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีอาการหายใจลำบากลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งโปรแกรมที่ให้คือ การให้ข้อมูล การฝึกทักษะการปฏิบัติ และการส่งเสริมสนับสนุนโดยใช้แผนการสอนและคู่มือการดูแลตนเอง ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้้นำการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติการหายใจแบบเป่าปากซึ่ง สิรินาถ มีเจริญ (2541) เรื่องผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความทุกข์สบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ากลุ่มทดลองมีความทุกข์สบายโดยรวมเพิ่มขึ้น หลังใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ สร้อยสุดา อิมอรุณรักษ์ (2543) ศึกษาเรื่องผลของการฝึกอานาปานสติภาวนาที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต พบว่าหลังเข้าอบรมอานาปานสติภาวนาแล้ว สุขภาพจิตของผู้เข้าอบรม มีแนวโน้มที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าอบรม ในด้านการลดระดับความเครียดโดยใช้สมาธิแบบอานาปานสตินั้น นพพร เชาวะเจริญ (2540) ได้นำการฝึกการผ่อนคลายโดยการหายใจแบบลึกมาใช้ในการศึกษาเพื่อลดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีคะแนนความวิตกกังวลลดลง โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ตามแนวคิดทฤษฎีของ Mind-Body connection Theory ที่เน้นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของกายและจิต ในงานวิจัยนี้ได้นำเทคนิคการผ่อนคลายทั้งการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากมีระดับคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงให้เห็นถึงผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายก็มีผล ทำให้ระดับความเครียดลดลง เพิ่มความสุขสบายในผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สิรินาถ มีเจริญ (2541) การใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากมีผลต่อความสุขสบายโดยหลังการทดลองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสุขสบายโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งทั้งนี้จากการวิจัยจะเห็นได้ว่าแม้ในกลุ่มที่มีการฝึกการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียวก็ยังมีผลให้ระดับคะแนนความเครียดลดลงเช่นกัน แต่ ผลต่างของคะแนนความเครียดที่ลดลงจะพบว่า ในกลุ่มที่มีการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมด้วยจะมีค่าระดับคะแนนความเครียดต่ำลงมากกว่า ซึ่งการหายใจแบบอานาปานสติ มีผลต่อสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สร้อยสุดา อิมอรุณรักษ์ (2543) ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติต่อภาวะสุขภาพจิต พบว่า สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มดีขึ้น ดังนั้น เมื่อนำเทคนิคการผ่อนคลายทั้งสองรูปแบบร่วมกันมีผลการลดระดับความเครียดมีประสิทธิภาพมากกว่า โดยที่การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ เป็นการฝึกจิต ให้มีสติ ระลึกรู้เพียงสิ่งเดียวมีใจจดจ่ออยู่กับลมหายใจเพียงเท่านั้นเป็นการสกัดกั้นความคิดทั้งหลายให้หยุด เกิดอารมณ์เป็นหนึ่งเดียว จิตใจสงบ มีสมาธิส่งผลให้การดำเนินชีวิตและการทำกิจกรรมอื่น ๆ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นตามไปด้วย หากมีการฝึกเป็นประจำเกิดเป็นทักษะ ความชำนาญ ย่อมส่งผลให้สุขภาพจิตดี และสุขภาพร่างกายโดยทั่วไปดีตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจัดการความเครียดโดยนำสมาธิแบบอานาปานสติไปปฏิบัติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ด้านการจัดการเรียนการสอน ควรมีการสอดแทรกเนื้อหาการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลหรือการอบรมความรู้แก่พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการลดระดับความเครียดต่อไป
3. ด้านการศึกษาค้นคว้า ผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อหาแนวทางในการปฏิบัติใน

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการลดภาวะเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยควรมีจำนวนมากขึ้น เพื่อเป็นตัวแทนของประชากรที่ดี และ/หรือมีการกำหนดช่วงอายุให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นการประเมินความเครียดจำแนกช่วงสูงอายุเพื่อวางแผนการให้การดูแลได้ละเอียดเข้าใจวัยผู้สูงอายุที่ต่างช่วงอายุกันต่อไป

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติไปประยุกต์กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคอื่น เพื่อลดระดับความเครียดอันเกิดจากโรคนั้น ๆ เพื่อสามารถจัดการตนเองให้สามารถเผชิญกับความเครียด และมีการปรับตัวที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด พร้อมทั้งอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควรต่อไป

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นพ. อนนท์ ปริณายกานนท์ หัวหน้าคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชวิถี
2. ผศ. ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นางสาวเตือนใจ ภักดีพรหม พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
4. นางสาวนิตยา ศรีสวนแตง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาล งานการพยาบาลศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี
5. อาจารย์จิตรา จาวยนต์ อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับ
ความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล

เลขที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวพัชรี แสงอรุณ ที่อยู่ 199/60 หมู่ 7
หมู่บ้านกิตตินคร สุวรรณภูมิ ถนนบางนา-ตราด ต. บางโฉลง อ. บางพลี จ. สมุทรปราการ ซึ่งได้
ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและขั้นตอนการศึกษาวินิจฉัยเรื่องผลของ
โปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับ
การศึกษาดังกล่าวนี้นี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม
การวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวินิจฉัย โดย
ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัยข้าพเจ้า
ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ในข้างต้น

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

ลงนาม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(นางสาวพัชรี แสงอรุณ)

ลงนาม ผู้วิจัยหลัก

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Participant / Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวพัชรี แสงอรุณ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ปฏิบัติงาน	โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 2 พญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-7503449 E-mail: aejang_saeng@hotmail.com
สถานที่วิจัย	โรงพยาบาลราชวิถีและสถาบันโรคทรวงอก

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการวิจัยนี้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก

2.1 เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก กับกลุ่มที่ได้รับการฝึกการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว

3. รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental design) ที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องระบุ ชื่อ – นามสกุล ลงในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

4. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในงานวิจัยนี้

ผู้วิจัยจะสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน

4.1 กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับการประเมินโดยใช้แบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเครียด และได้รับความรู้เกี่ยวกับ

การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก พร้อมรับแผนพับการบริหารการหายใจแบบเป่าปากและแบบบันทึกการปฏิบัติเพื่อแผนพับเพื่อนำไปบันทึกการปฏิบัติด้วยตนเอง และนัดหมายการทำแบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์อีกครั้ง ในอีก 4 สัปดาห์

4.2 กลุ่มที่ 2 จะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากตามแนวคิดทฤษฎีกายจิตสัมพันธ์ และแนวคิดเรื่องการผ่อนคลาย จำนวน 5 ครั้ง ในสัปดาห์แรกโดยผู้วิจัยประเมินระดับความเครียด โดยใช้แบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์ ในครั้งที่ 1 และมีการติดตามต่อเพื่อดูแลให้ได้ปฏิบัติอานาปานสติ และการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมจะทำการประเมินซ้ำ เพื่อวัดระดับความเครียดอีกครั้ง กิจกรรมที่ทำ 5 ครั้ง ครั้งละ 40 – 45 นาที

5. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวพัชรี แสงอรุณ หมายเลขโทรศัพท์ 081-7503449 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

6. ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการบริการตามปกติ และมีสิทธิบอกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามความต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการมารับบริการที่ท่านได้รับอยู่

7. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมการวิจัยนี้

8. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างในการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างนั้นจะทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

คู่มือฝึกสมาธิ

แบบอานาปานสติสำหรับ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

(ฉบับผู้สูงอายุ)



จัดทำโดย

นางสาวพัชรี แสงอรุณ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ. ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

สารบัญ

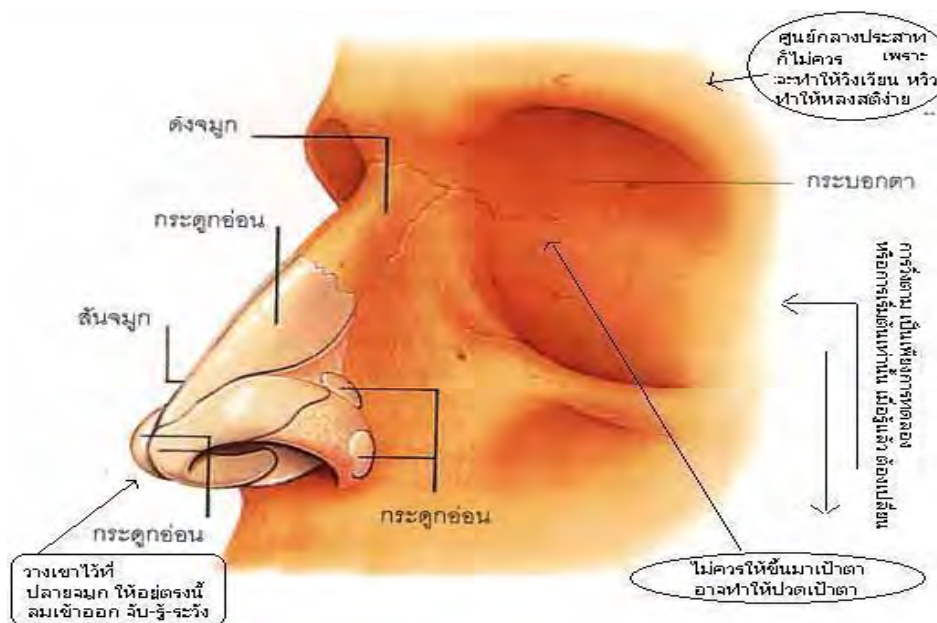
	หน้า
สมาธิคืออะไร	2
หลักธรรมน่ารู้เมื่อเริ่มฝึกสมาธิ	4
ทำสมาธิแล้วได้อะไรบ้าง	6
มารู้จักวิธีการทำสมาธิอานาปานสติกันเถอะ	8



สมาธิคืออะไรนะ ???

สมาธิ คือ การฝึกจิตให้ตั้งมั่นในสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียง
สิ่งเดียว

อานาปานสติ คือ สติที่เกิดขึ้นโดยมีการระลึกอยู่ใน
ในลมหายใจเข้าออก มีลมหายใจเข้าออกเป็นอารมณ์
พยายามรักษาสติ คือ การระลึกรู้ธรรมชาติของลมหายใจ
เข้า-ออก ที่จุดของลมกระทบอยู่ตลอดเวลา



ภาพที่ 1 แสดงบริเวณที่ลมหายใจเข้า- ออก กระทบ

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/00๕๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทย์กิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬาฯ 64
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑ มกราคม 2552

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวพัชรี แสงอรุณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ความเครียด จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายเป็นการลดความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ของสุนันทา กระจ่างแดน สาขาวิชาการพยาบาล สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ (2540) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมพร เจริญชัยศรี เป็นประธานควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

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

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต นางสาวพัชรี แสงอรุณ โทร. 08-1750-3449

ที่ ศบ 0512.11/ ๕๒๔

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๑ ธันวาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

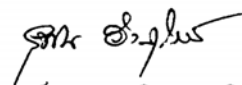
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

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

เนื่องด้วย นางสาวพัชรี แสงอรุณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ ศาสต์ย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ อานนท์ บริณายกานนท์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ อานนท์ บริณายกานนท์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ ศาสต์ย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาวพัชรี แสงอรุณ โทร. 08-1750-3449



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/4468

วันที่ 11 ธันวาคม 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์

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

เนื่องด้วย นางสาวพัชรี แสงอรุณ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

นิสิต

นางสาวพัชรี แสงอรุณ โทร. 08-1750-3449

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๕๖๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๖ ธันวาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

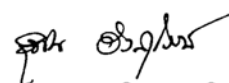
เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

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

เนื่องด้วย นางสาวพัชรี แสงอรุณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวเดือนใจ ภักดีพรหม พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงเฉพาะทาง การพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ยuthin อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวเดือนใจ ภักดีพรหม

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาวพัชรี แสงอรุณ โทร. 08-1750-3449

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๒๕๖๓

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๑ ธันวาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

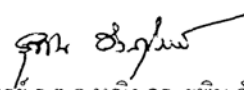
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม

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

เนื่องด้วย นางสาวพัชรี แสงอรุณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์สัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ จิตรา จาวยนต์ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ จิตรา จาวยนต์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์สัย โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาวพัชรี แสงอรุณ โทร. 08-1750-3449

ที่ ศบ 0512.11/ 614

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

!! ธันวาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

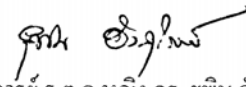
เรียน รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี

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

เนื่องด้วย นางสาวพัชรี แสงอรุณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนิตยา ศรีสวนแดง พยาบาลปฏิบัติการเฉพาะทางผู้ป่วย ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ชุพิน อังสุโรจน์)

กณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวนิตยา ศรีสวนแดง

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาวพัชรี แสงอรุณ โทร. 08-1750-3449

**เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี**

รหัสโครงการวิจัยที่ 52124

เอกสารเลขที่ 115 /2552

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) “ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก ต่อระดับ
ความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล”

(ภาษาอังกฤษ) “The effect of anapanasti and pursed lip breathing on level of stress in
hospitalized elderly with chronic obstruction pulmonary disease.”

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวพัชรี แสงอรุณ

ตำแหน่ง -

สังกัดหน่วยงาน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 15 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2552 และจะรับรองโครงการการวิจัยเป็นระยะเวลา
2 ปี คือสิ้นสุดวันที่ เมื่อวันที่ 15 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2554

ลงนาม

(รศ.คลินิก พญ.นงนุช นพรัตน์ (ราชวิถี))
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(นางวารุณี จินารัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ที่ ศธ 0512.11/ 2๐๑6

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

15 ตุลาคม 2552

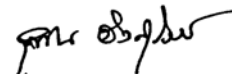
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

เนื่องด้วย นางสาวพัชรี แสงอรุณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 20 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียด คู่มือการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ แผ่นพับการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และแบบบันทึกการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก ทั้งนี้ศึกษาระยะปฏิบัติงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพัชรี แสงอรุณ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาวพัชรี แสงอรุณ โทร. 08-1750-3449

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Mental State Examination : MMSE – Thai 2002)

คำชี้แจง แบบทดสอบชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง คะแนน

(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

1. Orientation for time (5 คะแนน)

ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน

1.1 วันนี้วันที่เท่าไร

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ..ชื่อว่าอะไร

2.1.2. ขณะนี้อยู่ในชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”

(ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)

คะแนนรวม

ชื่อผู้ถูกประเมิน (นาย,นาง,นางสาว) นามสกุล อายุปี

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

จุดตัด (cut – off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก – เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างแบบสอบถามแบบประเมินความเครียดผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้น
เรื้อรังที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว ส่วนที่

- 2 แบบประเมินความเครียด ขอให้ทำเครื่องหมาย ลงในข้อที่ตรงกับท่านมากที่สุด
- 2 เพศ () ชาย () หญิง
- 3 สถานภาพ () โสด () คู่
() หม้าย () หย่า
() แยกกันอยู่
- 4 อายุ ปี
- 5 ศาสนา () พุทธ () อิสลาม () คริสต์ () อื่น ๆ.....
- 6 ระดับการศึกษา () อ่านออกเขียนได้แต่ไม่ได้รับการศึกษา
() ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา
() ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา
() ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี
() ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี
- 7 อาชีพ () เกษตรกรรม
() รับจ้าง
() ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว
() อื่น ๆ ระบุ.....
- 8 สิทธิการรักษา () ต้นสังกัด
() ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
() ขออนุเคราะห์
9. ประวัติการสูบบุหรี่ในอดีต
() ไม่เคยสูบบุหรี่ (หากตอบไม่เคยให้ข้ามไปทำข้อ 4)
() เคยสูบบุหรี่มานาน.....ปี
10. ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน
() ยังสูบบุหรี่อยู่ จำนวนที่สูบ.....มวนต่อวัน
() เลิกสูบบุหรี่แล้ว ระยะเวลาที่เลิกบุหรี่.....ปี

ตัวอย่างแบบประเมินความเครียดผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ถึงสัมภาษณ์ความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยตามความเป็นจริงมากที่สุดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

ข้อคำถาม	เกิด อาการ ทุกวัน	เกิด อาการ 3 ครั้ง/ สัปดาห์	เกิด อาการ 1 ครั้ง/ สัปดาห์	ไม่เกิด อาการ
1. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร				
2. ท่านเคยปวดท้อง ท้องผูกหรือท้องเสียโดยไม่ทราบสาเหตุ				
3.....				
4.....				
5.				
14. ท่านคิดว่าความเจ็บป่วยท่านมีผลกระทบต่อครอบครัว				
15. ท่านรู้สึกท้อแท้ หมดอาลัยในชีวิต				

ภาคผนวก ช
จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย

ตารางแสดงข้อมูลการเข้าร่วมการวิจัย

ลำดับที่	กลุ่มทดลอง			ลำดับที่	กลุ่มควบคุม		
	เพศ	อายุ	หมายเหตุ		เพศ	อายุ	หมายเหตุ
1	หญิง	61	ครบ	1	ชาย	71	ครบ
2	ชาย	80	ครบ	2	ชาย	60	ครบ
3	หญิง	65	ไม่ครบ	3	ชาย	66	ครบ
4	ชาย	77	ใส่ท่อหายใจ	4	ชาย	67	ครบ
5	ชาย	74	ครบ	5	ชาย	74	ครบ
6	ชาย	65	ครบ	6	หญิง	85	ไม่ครบ
7	ชาย	81	ครบ	7	ชาย	78	ครบ
8	ชาย	68	ใส่ท่อหายใจ	8	ชาย	87	เสียชีวิต
9	ชาย	79	ครบ	9	ชาย	65	ครบ
10	ชาย	72	ครบ	10	ชาย	65	ครบ
11	ชาย	66	ครบ	11	หญิง	61	ครบ
12	ชาย	70	เสียชีวิต	12	ชาย	87	ใส่ท่อหายใจ
13	ชาย	76	ครบ	13	ชาย	76	ครบ
14	ชาย	62	ครบ	14	หญิง	69	ครบ
15	หญิง	68	ไม่ครบ	15	ชาย	77	ครบ

ตารางแสดงข้อมูลการเข้าร่วมการวิจัย

ลำดับที่	กลุ่มทดลอง			ลำดับ ที่	กลุ่มควบคุม		
	เพศ	อายุ	หมายเหตุ		เพศ	อายุ	หมายเหตุ
16	ชาย	65	ไม่ครบ		ชาย	76	ครบ
17	ชาย	71	ไม่ครบ		ชาย	62	ครบ
18	ชาย	65	ไม่ครบ		ชาย	64	ครบ
19	ชาย	71	ไม่ครบ		ชาย	69	ครบ
20	ชาย	62	ไม่ครบ		ชาย	68	ครบ
รวม			10	รวม			17

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมลวรรณ จันตระกูล. (2549). ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. **พยาบาลสาร**. 33(1): 24-30.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2547). **อัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองสิน คติการ. (2534). **ความเครียดและพฤติกรรมเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กัลยาณี มงคลสาร. (2529). **ผลการฝึกการผ่อนคลายความเครียดแบบจิตคฤมกายในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- ขวัญตา เพชรมณีโชติ. (2543). **ผลการฝึกสมาธิตามแบบพุทธวิธีต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์จิรา วิรัช . (2544). **ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารุณี บันลือ. (2542). **คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตรา จันชนะกิจ. (2541). **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินดาวรรณ อุดมพัฒนากร . (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จินตนา บัวทองจันทร์. (2548). **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตภาคใต้ตอนล่าง.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชวลี แยมวงษ์. (2538). **ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเรียมต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชอลดา พันธุ์เสนา. (2536). **การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ.** กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- ดาราวรรณ ร่องเมือง. (2545). **ผลของการบริหารการหายใจต่อสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ .(2542). **ผลของการฝึก อี เอ็ม จี ไปโอพีดแบค ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสซิฟ ต่อความวิตกกังวล การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทาริกา หมั่นหาผล .(2547). **ความเครียด พฤติกรรมการเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์ .(2544). **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นัยนา อินทร์ประสิทธิ์. (2544). **ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นที เกื้อกูลกิจการ. (2530). **ผลของการฝึกอานาปานสติต่อสมรรถภาพปอด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นพพร เชาวะเจริญ.(2540). **ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เนตรนภา กาบมณี. (2541). **ผลของโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อสุขภาพกายขวัญกำลังใจและการทำหน้าที่ในสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภุร. (2547). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย.
- บุญศรี นุกตุ. (2550). **ความเครียดและการปรับตัวในผู้สูงอายุ**. ใน พรทวิ กัณหา และคณะ (บรรณาธิการ) **การพยาบาลผู้สูงอายุ**.(หน้า203-219). พิมพ์ครั้งที่ 3. จำนวน 1,000 เล่ม. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- บุศรา เอี้ยวสกุล. (2545). **ตำราการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (อายุรศาสตร์ เล่ม 1)**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: เอส. ซี. วี. บิสซิเนสส์.
- ประสพสุข อินทร์รักษา. (2534). **ความวิตกกังวลและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปติมา เชื้อตาลี. (2548). **ผลของการให้ข้อมูลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยกานต์ บุญเรือง .(2548). **ผลของโปรแกรมการฝึกบริหารแนวชีกักร่วมกับการให้ความรู้ต่ออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ จันทร์สุนทรภาพร. (2542). **การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเครียด**. **วารสารพยาบาล**. 48(4): 201-212.

- ผจงพร สุภาวิตา. (2534). **ผลของการสื่ออารมณ์ขั้นต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกขาและได้รับการดามกระดูก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พจนีย์ ชูสีลัง. (2545). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พระธรรมปิฎก (ป. อ. ปยุต.โต). (2528). **พุทธธรรม**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระธรรมปิฎก (ป. อ. ปยุต.โต). (2538). **พุทธธรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ไพรวลัย โคตรระตะ. (2547). **ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรียา ไชยลังกาและคณะ. (2545). **ตำราการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: เอส. ซี. วี. บิสซิเนสส์.
- ภาวดี มโนหาญ. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มรรยาท รุจิวิทย์. (2548). **การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (1999). **ความต้องการในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล**. Thai J Nurs Res. 3, 3 (September- December): 251 - 268.
- เยาวรัตน์ ชันธิชัย. (2544). **ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เลียงชัย ล้อมล้อมวงศ์. (2536). **ปอดและการหายใจ**. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- วรางคณา บุญมา. (2548). **ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อความทนในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วไลพร หงษ์พันธุ์. (2547). **สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในโรงพยาบาลในระยะพักฟื้น**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิลาวรรณ เกิดโชค. (2550). **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลบุคคลที่พึ่งพาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และครอบครัว : กรณีศึกษานำร่อง**. รายงานการศึกษาระดับปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วีระ ไชยศรีสุข. (2533). ความเครียด. **สุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ: แสงศิลป์การพิมพ์.
- ศักดิ์ชัย ลิ้มทองกุล. (2531). การวินิจฉัยโรค ใน สมชัย บวรกิตติและนันทา มาระเนตร์ (บรรณาธิการ) **โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** (หน้า 181-205). กรุงเทพฯ: อักษรสมัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ คูปติวุฒิ. (2541). การพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตายในผู้ป่วยสูงอายุ. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 43(1): 39-55.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล**. กรุงเทพฯ : วิสิฏ์สิน.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนวิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. (2548). **แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2548)**. กรุงเทพฯ: สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย.
- สร้อยสุดา อิมอรุณรักษ์. (2543). **ผลของการฝึกอานาปานสติภาวนาที่มีต่อภาวะสุขภาพจิต**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สรวิพัทธ์ แก้วดวงเทียน. (2549). **ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการ กำเริบสำหรับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อสภาวะอาการหายใจลำบาก จำนวน วันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สิรินาฏ ป้อมเย็น. (2549). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. **พยาบาลสาร**. 33(1), (มกราคม-มีนาคม): 1-13.
- สิรินาถ มีเจริญ. (2541). **ผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อ ความสุขสบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขา วิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สิริสุดา ชาวคำเขต .(2541). **การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำหรับการดูแล**. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุดารัตน์ ชัยอาจ. (2550). **คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม**. **วารสารสภาการพยาบาล**. 22 (ตุลาคม-ธันวาคม): 50 - 63.
- สุนันทา กระจ่างแดน. (2540). **ผลของการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายในการลดความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมลรัตน์ อาจกุล. (2548). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่ออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรางค์รัตน์ พ็องพาน. (2542). **ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวณีย์ พงษ์. (2542). **ผลของการฝึกสมาธิ(วิปัสสนากัมมัฏฐาน) ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี และภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย. (2542). **โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์จากการให้ออกซิเจน**. **วารสารสภาการพยาบาล**. 14(1): 9-16.
- อนงค์ พูโน. (2547). **อัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับบริการในโรงพยาบาลน่าน้อย จังหวัดน่าน** . การค้นคว้าอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัจฉรา นุตตะโร. (2546). **ประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. (2531). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อารีย์วรรณ ชุ่มตานี. (2550). **เอกสารคำสอนวิชา การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล.** (เอกสารอัดสำเนา).

ภาษาอังกฤษ

- American Lung Association. (2003). **Breathless in America: COPD treatment.** [online]. Available from <http://www.carchula.ac.th> [2004, April 24].
- Benson, H. (2001). "Mind - Body Pioneer". **Psychology Today**. 34 (3): 56-59.
- Calderon, R. Jr. (2000). **Effect of nonpharmacological approaches on cholesterol levels in hypertensive African Americans: A pilot study of the Transcendental Meditation program and a health education program** [online]. Available from <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fulcit/9965261> [2005, April 16].
- Carrieri, V. K., & Janson-Bjerklie, S. (1986). Strategies patient use to manage the sensation of dyspnea. **Western Journal of Nursing Research** 8: 284-350.
- Cerrito, P. L. (1987). **The special nutrition needs of COPD patient.** R. N., 50(11): 87.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior** 24: 385-396.
- Cooper, A.E. (2003). **An investigation of the relationships among spirituality, prayer and meditation, and aspects of stress and coping** [online]. Available from http://wwwlib.umi.com/dissertations/preview_all/3084474 [2005, January 27].
- Dudley, D.L., Glaser, E.M., Jorgen, B.N., & Logan, D.L. (1980). Psychosocial concomitants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. **Chest** 77(3): 413-420.
- Dugan, D., Walker, R., & Monroe, D. A. (1995). The effect of a 9 weeks program of aerobic and upper body exercise on the maximal voluntary ventilation of COPD patient. **Journal of Pulmonary Rehabilitation** 15(2): 130-133.
- Faling, L.J. (1986). Pulmonary rehabilitation—physical modalities. **Clinics in Chest Medicine** 7(4): 599-617.
- Friedman, N.L. (2002). **Zen breath meditation awareness improves heart rate variability in patients with coronary artery disease** [online]. Available from <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3037196> [2005, January 29].

- Gift, A. G., & McCrone, S H. (1993). Depression in patient with COPD. *Heart & Lung* 22(4): 289-297.
- Gropper, E. J. (1992). Promoting health by promoting comfort. *Nursing Forum* 27(2) 5-8.
- Hamilton, J. Comfort and hospitalized chronically ill. (1989). *Journal of Gerontological Nursing* 15(4): 28-33.
- Hughes, R. L. & Davision, R. (1983). Limitations of exercise reconditioning in COPD. *Chest* 83: 241-249.
- Jacobson, E. (1978). *You must relax* (5th ed). New York: Mc Graw – Hill.
- Kinsman, R. A., Yaroush, R. A., Fernandez, E., Dirks, J. F., Scnocket, M., & Fukuhara, J. (1983). Symptom and experiences in chronic bronchitis and emphysema. *Chest* 83 (5): 755-766.
- Kong Min. (1996). *Factory Related to self Health case of the chronically ill elderly attending out patient department of Chulalongkorn Hospital*. Master of Primary Health Care Management Mahidol University.
- Kotsombatt, Aungsumalin. (2001). *Effect of Progressive Muscle Relaxation on Hypertensive Headache Patient: Case Study in Yasothon Province*. A Thematic Paper. Master of Nursing Science (Adult Nursing) Faculty of Graduate Studies. Mahidol University.
- Kritzell, L. A. (2000). *Meditation with cancer patients in the stress reduction and relaxation program at the Wellness Community, Thousand Oaks, California* [online]. Available from http://wwwlib.umi.com/dissertations/preview_all/1401265 [2005, April 16].
- Lazarus, R. S., & Folkman. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing.
- Malanie Gibbons Smelcer. (1994). *Respiratory Emergency: Emergency nursing care. Curriculum*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilk.
- McMahon, A. (1992). *Coping with chronic lung disease: Maintaining quality of life*, In J. F. Miller. *Coping with chronic illness: Overcoming Powerlessness*. 2nd ed Philadelphia: F. A. Davis.

- Mueller, R. E., Pitty, Thomas, G., & Filley, G.F. (1970). Ventilation and arterial blood gas changes induced by pursed lips breathing. **Journal of Applied Physiology** 28(6): 784-789.
- Murray , C.J. and Lopez, A.D. (1997). Alternative projection of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease study **Lancet** 349: 1498-1504.
- Pauwel, R. A. and Rabe , K.F. (2004). Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease. **Lancet** 364: 613-620.
- Petty, T.L. (2003). Definition, Epidemiology, Course and Prognosis of COPD. **Clinical Cornerstone, COPD** 5(1): 1-10.
- Rosdahl, D. R. L. (2003). **The effect of mindfulness meditation on tension headaches and secretory immunoglobulin A in saliva** [online]. Available from <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3119979> [2005, January 30].
- Sagula, D. A. (1999). **Varying treatment duration in a mindfulness meditation stress reduction program for chronic pain patients** [online]. [online]. Available from <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/9963403> [2005, January 28].
- Selye, H. (1976). **The stress of life**. Nea York: McGraw-Hill.
- Shapiro, S. L. (2002). **Mindfulness-based stress reduction and breast cancer** [online] [online]. Available from http://wwwlib.umi.com/dissertations/preview_all/3053909 [2005, January 26].
- Siripun Bootsri. (2000). **The Effectiveness of the progressive Muscle Relaxation Program to reduce stress among the elderly in Wangnoi Community, Ayutthaya Province**. Master 's Thesis. Major in Family Health, Mahidol University.
- Tanner, E.K. (2004). Chronic illness Demands for self – management in older adult. **Home Health Care** 25(5): 313-317.
- Waree Kanchai. (2002). **Efficacy of self-management promotion program for elderly women with urinary incontinence**. Doctor of Nursing Science Mahidol University.
- Weaver,T. E. & Narsavage, G. L. (1992). Physiological and Psychological variables related to functional status in chronic obstructive pulmonary disease. **Nursing Research** 41 (5): 286-291.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพัชรี แสงอรุณ เกิดวันที่ 28 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2519 สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี
พยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2543 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เข้ารับ
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกการพยาบาลอายุรกรรม กลุ่มงานการบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาล
ราชวิถี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึงปัจจุบัน และเข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา
2549

ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับ
ความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.

THE EFFECT OF ANAPANASTI AND PURSED LIP BREATHING ON LEVEL OF
STRESS OF HOSPITALIZED ELDERLY WITH CHRONIC OBSTRUCTION
PULMONARY DISEASE

พัชรี แสงอรุณ (Patchari Saengarun)*พย.ม.

ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ (Siriphan Sasat)**Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีกาย-จิตสัมพันธ์ (mind – body connections Theory) ของ Well Federman (1995) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 27 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 17 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการฝึกบริหารการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) โปรแกรมการการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหา .86 และ 2) เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์ระดับความเครียดซึ่งผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหา .86 และมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบเชิงสถิติด้วยการทดสอบค่าที (t - test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริหารการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำสำคัญ: ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ความเครียด, การหายใจแบบเป่าปาก, สมานิแบบ
อานาปานสติ

Abstract

The purpose of this experimental research was to examine the effect of anapanasati and pursed lip breathing on level of stress of hospitalized elderly with chronic obstruction pulmonary disease. Mind-body connection Theory (Ferderman, 1995) was utilized to develop the intervention. The sample consisted of 27 elderly with chronic obstruction pulmonary disease. The first 10 subjects were assigned to an experimental group and the later 27 subjects were assigned to a control group. The experimental group received the anapanasati and pursed lip breathing program and the control group received only pursed lip breathing. The intervention, developed by the researcher, was “the anapanasati Program” which included nursing plans for the program and a handbook for self care in preventing complications. The intervention was reviewed for content validity by a panel of experts. Data were collected by using the “level of stress” questionnaire. It demonstrated acceptable reliability with Cronbach’s alpha of .70 Data were analyzed using descriptive and t-test statistics.

Major findings were as follows:

1. The mean score of level of stress in the experimental group after receiving anapanasati and pursed lip breathing program was significantly lower than before receiving the program at the level .05
2. The mean score of level of stress in the experimental group after receiving the anapanasati and pursed lip breathing program was significantly lower than those who received only pursed lip breathing at the level .05

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ ที่เป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยเรื้อรัง และสาเหตุการตาย อย่างกว้างขวางทั่วโลก (Pauwel & Rabe, 2004) ในปี พ.ศ. 2546 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานไว้ว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 ของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในประเทศไทยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ของประเทศ ส่งผลกระทบให้มีการดูแลในระยะยาว ทำให้มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น (สถิติประชากรศาสตร์, 2550)

สิ่งแวดล้อมในปัจจุบันทั้งฝุ่นละออง ควันพิษจากท่อไอเสียรถยนต์ โรงงานต่าง ๆ ก่อให้เกิดฝุ่นละอองและสารพิษลอยอยู่ในอากาศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยตรง (จิตรา จันชนะกิจ, 2541) การสูบบุหรี่ (American Lung Association, 2003) การติดเชื้อทางเดินหายใจในวัยเด็กและพันธุกรรม (Stanford & Silverman, 2002) เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรค การดำเนินของโรคมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป และจะมีอาการแสดงชัดเจนเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายไปในทางที่เสื่อมถอย สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง มีการเสื่อมสภาพของถุงลม ต่อมมูกขยาย ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอดลดลง การที่ต้องสัมผัสกับมลภาวะต่าง ๆ ที่สะสมมาเป็นเวลานาน ตลอด 24 ชั่วโมง จึงทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคเกี่ยวกับปอดมากขึ้น โดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อากาศจำนวนมากที่คั่งค้างภายในปอดภายหลังการหายใจออก ทำให้กระบังลมดึงตัวลง การเคลื่อนไหวของกระบังลมไม่มีประสิทธิภาพขณะหายใจเข้า เกิดอาการหายใจเร็วตื้น หายใจลำบาก ปีกจมูกบาน การขยายตัวของทรวงอกลดลง อาจพบอาการมือสั่น และภาวะเขียว จากการขาดออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ซึ่งอาการเหล่านี้ ล้วนเป็นความทุกข์ทรมานอย่างยิ่ง (Ahlheit & Stille, 1999; Lemone & Burke, 2000 อ้างถึงใน พัชรียา ไชยลังกา, 2545)

เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากก่อให้เกิดความรู้สึกว่าถูกคุกคามเป็นอันตรายต่อชีวิต เกิดความกลัวตาย วิตกกังวลต่ออาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้น กลัวปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และระยะสุดท้ายของโรคผู้ป่วยจะไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ ทำให้เป็นภาระต่อคนอื่นมากขึ้น อันเป็นสิ่งที่คุกคามต่อศักดิ์ศรีและความรู้สึกมีคุณค่าตนเองของผู้ป่วย (เนตรนภา กาบมณี, 2541 อ้างถึงใน วไลพร หงษ์พันธุ์, 2547) นอกจากนี้ความเครียดยังเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่เหนี่ยวนำให้เกิดการหายใจลำบาก ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากอยู่ก่อนแล้ว จะยิ่งทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น (Dudley et al., 1980) ผลของความเครียดทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพเหมือน

ทำงานหนัก เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ถ้าเครียดนานอาจเกิดโรคต่าง ๆ ได้ เช่น ปวดศีรษะ ไมเกรน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจตีบ แผลในกระเพาะอาหาร ท้องอืด ท้องเฟ้อ เป็นต้น

เทคนิคการผ่อนคลายถูกนำมาใช้ในการลดระดับความเครียดในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การหายใจแบบเป่าปากสามารถลดอัตราการหายใจ ส่งผลให้ปริมาตรของลมหายใจออกในเวลา 1 นาทีลดลง ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น (Mueller et al., 1970) การฝึกสมาธิเป็นเทคนิคการผ่อนคลายชนิดหนึ่งที่มีผู้ศึกษานำมาใช้ในการลดระดับความเครียดในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะสมาธิแบบอานาปานสติ คือ การระลึกถึงลมหายใจเข้าออก จนกระทั่งจิตสงบถึงขั้นสมาธิ จิตจะก้าวเข้าสู่การพักพิง ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะใหม่ของร่างกาย คือ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง เรียกว่า คลื่นแอลฟา เกิดขึ้นเมื่อเราอยู่ในขณะผ่อนคลายอย่างลึกซึ้งทั้งกายและใจ สมองสงบในขณะที่ยังตื่นอยู่ (นันทวรรณ นาวิ, 2538)

จากการศึกษางานวิจัยดังกล่าวคือ เทคนิคการผ่อนคลายทั้งแบบการฝึกหายใจและการฝึกสมาธิ มีส่วนช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสุขสบายให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ปอดโดยตรง ผู้วิจัยจึงสนใจจัดสร้างโปรแกรมที่ผสมผสานเทคนิคการผ่อนคลายทั้ง 2 รูปแบบมาเป็นแนวทางในการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยโดยเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือซึ่งเป็นบทบาทอิสระอย่างหนึ่ง โดยการให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นผู้รับรู้ เสนอปัญหาและจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง โดยนำประสบการณ์เดิมหรือบริบททางสิ่งแวดล้อมทางสังคม ความเชื่อที่มีอยู่ของตนในชีวิตประจำวันมาเป็นแนวทางในการส่งเสริม ป้องกันและรักษาความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย และสุขภาพทางใจ เพื่อการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังอย่างใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อคงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีร่วมกับคนในครอบครัวอย่างมีความสุขในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก กับกลุ่มที่ได้รับการฝึกการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว

สมมุติฐานงานวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากมีระดับความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากมีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (pretest – posttest control group design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลราชวิถีและสถาบันโรคทรวงอก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 40 คน จากโรงพยาบาลราชวิถี 20 คน และสถาบันโรคทรวงอก 20 คน จับฉลากเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองตามลำดับ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่สามารถจัดเข้ากลุ่มได้มีจำนวนน้อย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับรุนแรง ประกอบกับช่วงระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อน เหนื่อยต้องใส่ท่อช่วยหายใจ อาการหายใจลำบาก กำเริบ และบางส่วนเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ ทำให้ต้องตัดออกจากการวิจัย โดยระยะเวลาที่จำกัด ทำให้เหลือจำนวนผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 27 คนและกลุ่มทดลอง 10 คนตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว เช่น อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรค ประวัติการรักษาที่ได้รับ
2. แบบประเมินความเครียด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1. คู่มือการฝึกสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายเป็นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยนำเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม

2. แผนการสอนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่าย

3. แผ่นพับการบริหารการหายใจแบบเป่าปากอย่างถูกวิธี

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง อันประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการปฏิบัติกรฝึกสมาธิ และการหายใจแบบเป่าปากด้วยตนเอง
2. แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติกรหายใจแบบเป่าปากด้วยตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่ ธันวาคม พ.ศ. 2552 ถึง เมษายน พ.ศ. 2553 ที่โรงพยาบาลราชวิถี (กลุ่มควบคุม) และสถาบันโรคทรวงอก (กลุ่มทดลอง) ประเมินความเครียดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในกลุ่มทดลองให้โปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก กลุ่มควบคุมให้บริหารการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว วัดระดับความเครียดหลังเข้าร่วมโปรแกรมของทั้งสองกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test Statistic)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test Statistic)

ผลการวิจัย

ตาราง: เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว

ความเครียดของผู้สูงอายุ	Mean	SD	df	t	p-value
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	27.06	5.437	21.66	.387	.703
กลุ่มควบคุม	26.30	4.596			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	20.20	3.638	24.874	2.366	.026
กลุ่มควบคุม	22.88	2.251			

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากภายหลังการทดลองมีระดับคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากหลังการทดลองมีคะแนนระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการหายใจแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

1. โปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก เป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางและความร่วมมือระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย ผู้วิจัยซึ่งเป็นการพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง โดยใช้การทำงานประสานกันของร่างกายและจิตใจ ภาย จิตที่สงบ ผ่อนคลายสามารถลดความเครียดได้ ดังผลการทดลองที่พบว่าหลังการทดลองมีระดับความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ให้การพยาบาลแบบเป่าปากเพียงอย่างเดียว เป็นต้น

2. กลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริหารการหายใจแบบเป่าปากหลังการทดลองมีระดับความเครียดที่ลดลงเช่นกัน เนื่องจากวิธีนี้เป็นเทคนิคการผ่อนคลายอย่างหนึ่ง que เพิ่มความสุขสบาย ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาการระบายอากาศภายในปอด เมื่อร่างกายสุขสบายขึ้น มีผลให้มีระดับความเครียดลดลงได้ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมด้วย พบว่าคะแนนความเครียดที่ลดลงยังน้อยกว่ากลุ่มดังกล่าว เนื่องจากเป็นการผ่อนคลายทางร่างกายเท่านั้น การฝึกจิตให้มีสมาธิร่วมด้วยทำให้มีระดับความเครียดลดลงมากกว่า เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและบุคคลกรในทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจัดการความเครียดโดยนำสมาธิแบบอานาปานสติไปปฏิบัติ
2. ด้านการจัดการเรียนการสอน ควรมีการสอดแทรกเนื้อหาการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลหรือการอบรมความรู้แก่พยาบาล บุคคลกรทางสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อลดระดับความเครียดต่อไป
3. ด้านการศึกษาวิจัย ผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อ ลดระดับความรุนแรงของโรค และเพื่อหาแนวทางในการป้องกันและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุจัดการตนเองในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยควรมีจำนวนมากขึ้น เพื่อเป็นตัวแทนของประชากรที่ดี และหรือมีการกำหนดช่วงอายุให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นการประเมินความเครียดจำแนกช่วงอายุเพื่อวางแผนการให้การดูแลได้ละเอียดเข้าใจผู้สูงอายุที่ต่างช่วงอายุกันต่อไป
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติไปประยุกต์กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคอื่น เพื่อลดระดับความเครียดอันเกิดจากโรคนั้น ๆ เพื่อสามารถจัดการตนเองให้สามารถเผชิญกับความเครียด และมีการปรับตัวที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด พร้อมทั้งอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควรต่อไป

บรรณานุกรม

- จิตรา จันชนะกิจ. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรียา ไชยลังกาและคณะ. (2545). ตำราการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: เอส. ซี. วี. บิสซิเนสส์.
- วไลพร หงษ์พันธุ์. (2547). สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในโรงพยาบาลในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วีระ ไชยศรีสุข. (2533). ความเครียด. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: แสงศิลป์การพิมพ์.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วิศภูศิลป์.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. (2548). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2548). กรุงเทพฯ: สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย.
- สร้อยสุดา อิมอรุณรักษ์. (2543). ผลของการฝึกอานาปานสติภาวนาที่มีต่อภาวะสุขภาพจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิรินาถ มีเจริญ. (2541). ผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความสบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนันทา กระจำแดน. (2540). ผลของการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายในการลดความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉรา นุตตะโร. (2546). ประสิทธิภาพของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- American Lung Association. (2003). **Breathless in America: COPD treatment**. [online]. Available from <http://www.carchula.ac.th> [2004, April 24].
- Benson, H. (2001). "Mind - Body Pioneer". **Psychology Today**. 34 (3): 56-59.
- Dudley, D.L., Glaser, E.M., Jorgen, B.N., & Logan, D.L. (1980). Psychosocial concomitants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. **Chest** 77(3): 413-420.
- Lazarus, R. S., & Folkman. S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer Publishing.
- Mueller, R. E., Pitty, Thomas, G., & Filley, G.F. (1970). Ventilation and arterial blood gas changes induced by pursed lips breathing. **Journal of Applied Physiology** 28(6): 784-789.
- Pauwel, R. A. and Rabe , K.F. (2004). Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease. **Lancet** 364: 613-620.
- Selye, H. (1976). **The stress of life**. Nea York: McGraw-Hill.
- Weaver,T. E. & Narsavage, G. L. (1992). Physiological and Psychological variables related to functional status in chronic obstructive pulmonary disease. **Nursing Research** 41 (5): 286-291.