



6 S.A. 2534

การดูแลตนเอง และความผาสุก ในผู้ป่วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง  
SELF-CARE PRACTICE AND WELL-BEING IN PATIENTS WITH  
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

อภิชนันทนาการ

จาก

นงเยาว์ พงษ์สิงห์ น. ๒๕๑๖

เภสัชกรตรี ศรีสง่า

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขานานาการศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2534

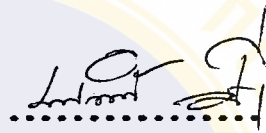
ISBN 974-587-160-5

สงวนลิขสิทธิ์

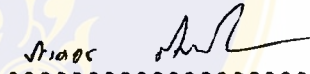
วิทยานิพนธ์

เรื่อง

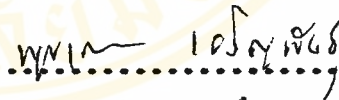
การดูแลตนเอง และความเหมาะสม ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง



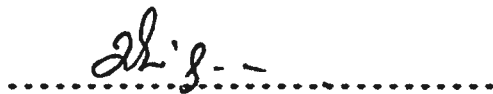
เกศรินทร์ ศรีสง่า  
ผู้วิจัย



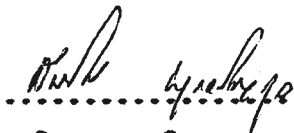
ประคอง อินทรสมบัติ, ค.บ., ค.ม.  
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



พูนเกษม เจริญชัย, พ.บ., ว.ว.  
(อาจารย์อาวุโสทั่วไป)  
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ฉัตร จิตปorns, พ.บ., Ph.D.  
คณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัย



สมจิต ทนุเจริญชุล, พ.บ., M.S., Ph.D.  
ประธานกรรมการประจำหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การดูแลตนเอง และความผาสุก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง  
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้พิมพ์เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขานพยาบาลศาสตร์

วันที่ 10 เมษายน 2534



เกศรินทร์ ศรีสง่า

ผู้วิจัย



ประคอง อินทรสมบัติ, ศ.บ., ศ.ม.

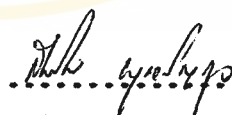
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



นุณเกษม เจริญศักดิ์, พ.บ., ว.ว.

(อายุรศาสตร์ทั่วไป)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



สมจิต เจริญศักดิ์, วท.บ., M.S., Ph.D.

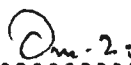
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, M.B., B.S.,

F.R.C.P., F.R.A.C.P., ราชบัณฑิต, อ.ว.

คณบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

## ประวัติผู้วิจัย

**ชื่อ** นางสาวเกศรินทร์ ศรีสง่า  
**วัน เดือน ปีเกิด** 16 สิงหาคม พ.ศ. 2502  
**สถานที่เกิด** จังหวัดนครสวรรค์ ประเทศไทย  
**ประวัติการศึกษา** วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย, พ.ศ. 2522-2526 :  
พยาบาลศาสตรบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2532-2534 :  
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)  
**ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน** พ.ศ. 2526 - ปัจจุบัน : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์  
สหประชาชาติไทย  
ตำแหน่ง : พยาบาลประจำการ

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือและคำแนะนำจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง พูนเกษม เจริญพันธุ์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ ให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ พร้อมทั้งนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล ที่กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนแนะนำสิ่งอื่นที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจแก้ไข ตลอดจนให้ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณ คุณไผ่เราะ แสงสุวีรัตน์ คุณรัตนา ชัยสุขสุวรรณ คุณวงเดือน สายสุวรรณ คุณกุลณี วงศ์วิวัฒน์ เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลโรคทรวงอก หนองบุรี พยาบาล และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม เจ้าหน้าที่หน่วยโรคปอด ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี และขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โครงการบัณฑิตศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ตลอดจนเพื่อส่งนักศึกษาพยาบาลปริญญาโทรุ่นที่ 13 ทุกท่าน โดยเฉพาะคุณประสพสุข อินทรักษา คุณวรรณระวี อัคนิจ ผู้ช่วยวิจัยและคุณชนิษฐา นาคะ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด

ผู้วิจัยขอขอบคุณประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แต่บิดามารดา คณาจารย์ และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกท่าน และท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณแจ่ม นวงจำปี และคุณรุจี วิชัยคำ ที่เป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนด้วยดีเสมอมา

เกศรินทร์ ศรีสง่า



ในการรักษาพยาบาล และระดับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเผ่าสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ,  $p < .05$ ) ตามลำดับ เมื่อนำระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค และการดูแลตนเอง เข้าร่วมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อทำนายความเผ่าสุก พบว่ามีเพียงการดูแลตนเองเท่านั้นที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความเผ่าสุกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 15

ผลการศึกษา สะท้อนให้เห็นความตรงของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ในส่วนที่อธิบายว่าการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับความเผ่าสุกและเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและความเผ่าสุกกับปัจจัยพื้นฐานบางประการที่เลือกศึกษา ได้รับการสนับสนุนบางส่วน การศึกษาครั้งต่อไปมีข้อจำกัดบางประการที่ต้องการการวิจัยต่อไป

**Thesis Title** Self- Care Practice and Well - Being in Patients  
with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

**Name** Kesarin Srisanga

**Degree** Master of Science (Nursing)

**Thesis Supervisory Committee**

Prakong Intarasombat, B.Ed., M.Ed.  
Poonkasem Charoenpan, M.D., Cert. of Proficiency  
(Medicine)

**Date of Graduation** 10 April B.E. 2534 (1991)

#### ABSTRACT

The purpose of this research was to examine, within Orem's self-care framework, the relationships among self-care practice, well-being and selected basic conditioning factors of duration of education, problem of medical cost, marital status, and degree of severity of illness in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The purposive sample consisted of 100 COPD patients receiving therapy at an out patient medical department clinic of Ramathibodi Hospital. Well-being was measured by the Cantril Self - Anchoring Ladders Scales (Cantril 1963). Self - care practice was measured by the Riley Self - Care Action Scale : RSCAS (Riley 1989).

Results of the study indicated that self - care practice was positively correlated with well-being, duration of education and marital status ( $p < .001$ ,  $p < .001$ ,  $p < .05$ ), respectively. Problem of medical cost was negatively correlated with self-care practice ( $p < .01$ ). When duration of education, problem of medical cost, marital status, degree of severity of illness and well - being were entered into the stepwise multiple regression

model to predict self - care practice, it was found that well - being and duration of education were significant predictors of self- care practice and account for 23 % of variance. Self- care practice and duration of education were positively correlated with well- being ( $p < .001$ ,  $p < .01$ ), respectively. Problem of medical cost and degree of severity of illness were negatively correlated with well- being ( $p < .01$ ,  $p < .05$ ), respectively. When duration of education, problem of medical cost, marital status, degree of severity of illness and self- care practice were entered into the stepwise multiple regression model to predict well- being. Self- care practice was only significant predictor of well- being and account for 15 % of variance.

In conclusion, results of the study mostly supported Orem's self-care framework. However, some limitations were presented, it is therefor suggested that further research are recommended.

## สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

สารบัญตาราง

ก

ค

ช

## บทที่ 1 บทนำและกรอบทฤษฎี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1

กรอบทฤษฎี

2

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

8

สมมติฐานของการวิจัย

9

ขอบเขตการศึกษา

9

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

10

นิยามตัวแปร

10

## บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

12

ความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

15

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการดูแลตนเอง

17

และความพึงพอใจ

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

20

## บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

23

สถานที่ศึกษา

24

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

24

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

26

การเก็บรวบรวมข้อมูล

27

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 4</b> ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	28
ผลการทดสอบสมมติฐาน	32
ข้อมูลเชิงคุณภาพ	36
การอภิปรายผล	37
ข้อจำกัดในการวิจัย	47
<b>บทที่ 5</b> สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	48
ข้อเสนอแนะ	50
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	51
<b>บรรณานุกรม</b>	<b>53</b>
<b>ภาคผนวก</b>	
ภาคผนวก ก การนิเทศสิทธิ์ของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย	61
ภาคผนวก ข แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	62
ภาคผนวก ค แบบวัดความพึงพอใจ	65
ภาคผนวก ง แบบวัดการกระทำการดูแลตนเอง	67
ภาคผนวก จ ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ	70
ภาคผนวก ฉ คณะแผนการกระทำการดูแลตนเอง	71

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	29
2	ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	30
3	ความถี่ และร้อยละของแหล่งประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่าง ได้รับความรู้ ในเรื่องการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	31
4	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	33
5	การทำนายการดูแลตนเองจากปัจจัยพื้นฐานบางประการและความพึงพอใจ โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น	34
6	การทำนายความพึงพอใจจากปัจจัยพื้นฐานบางประการและการดูแลตนเอง โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น	35

## บทนำและกรอบทฤษฎี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ โดยมีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่าง การดำเนินของโรคจะค่อยๆ เพลงลงโดยพยาธิสภาพไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ ไอ หายใจลำบาก โดยเฉพาะเวลาหายใจออกเป็นสาเหตุการตายและความพิการที่สำคัญ มีผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมานเป็นจำนวนมากและพบเพิ่มขึ้นทุกปี (Shapiro, et al. 1985) จากลักษณะของโรคทำให้ผู้ป่วยมีขีดจำกัดในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน การขาดออกซิเจนเรื้อรังทำให้ประสิทธิภาพในการคิดการตัดสินใจลดลง พังพาดบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น จึงกลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวการเสียชีวิต วิตกกังวล แยกตัวจากสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้รู้สึกคับข้องใจ ไม่สามารถแสดงอารมณ์โกรธ ดีใจหรือเสียใจเหมือนบุคคลอื่น เนื่องจากการแสดงความรู้สึกทางอารมณ์จะนำไปสู่ การหายใจลำบากในที่สุด (Dudley, et al. 1980: 416) โรคนี้นอกจากจะกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย โดยเฉพาะผู้ที่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ไม่สามารถรักษามบทบาทและหน้าที่ที่มีต่อครอบครัวได้ ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมเพิ่มขึ้น จากข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรมและการประกอบอาชีพ จึงมีปัญหาด้านเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นด้วย (วิไลนา สุวรรณแสง 2530 อ้างในประกิจ วาทีสาธกกิจ, สมชัย บวรกิตติและอังศนา มาระเนตร์, บรรณานุกรม 2531: 125) ผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ทำให้มีผลต่อความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตของบุคคล

ความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการรอดชีวิตและอายุยืนยาวขึ้น ด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้ออกซิเจนที่บ้าน การใช้ยาเพื่อช่วยบรรเทาอาการ และสิ่งสำคัญมากอย่างหนึ่งคือการปรับการดูแลตนเองในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ การปรับภาวะโภชนาการ การเรียนรู้เรื่องยาและแผนการรักษา การเรียนรู้และป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อคงสภาพการทำงานของปอด เช่น ฝึกการหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายและอื่นๆ แม้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพจะไม่สามารถช่วยให้หายเป็นปกติ แต่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่กับทุนสำรองของหัวใจ

และปอดที่มีขีดจำกัดได้ เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมได้ดีขึ้น การหายใจลำบากลดลง มีความทนทานในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น (Casciari, et al. 1981: 393-398) จึงเป็นการชะลอความรุนแรงของโรค การที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการเปลี่ยนแปลงได้ ลดการพึ่งพาบุคคลอื่น ความวิตกกังวลลดลง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และเป็นการเพิ่มความพึงพอใจหรือคุณภาพชีวิต (Barstow 1974: 145 ; Davido 1981: 283)

ตั้งแต่นั้นการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามความสามารถที่เหลืออยู่ เพื่อให้มีความพึงพอใจตามศักยภาพของแต่ละบุคคล นอกเหนือจากการมีวิถีชีวิตที่ยืนยาว (Agle & Baum 1977: 757 ; Smart & Yates 1987: 620 ; O'Young & McPeck 1987: 513) จึงเป็นบทบาทที่สำคัญประการหนึ่งของพยาบาล เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ของความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการจัดระบบการพยาบาลในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางในการศึกษา

### กรอบทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและความพึงพอใจ ตั้งแต่นั้นทฤษฎีที่จะกล่าวต่อไปนี้ จึงเกี่ยวข้องกับ การดูแลตนเอง ความพึงพอใจ และปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและความพึงพอใจ

#### การดูแลตนเอง (Self-care)

การดูแลตนเอง หมายถึง " การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความพึงพอใจของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเองนั้นเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) และการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้บทบรรณนิยม ประเพณี และวัฒนธรรมของตน

แต่ละกลุ่ม " (Orem 1985 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2533: 7) การดูแลตนเองประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

**ระยะที่ 1** เป็นระยะของการวินิจฉัยและการตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำเป็นระยะที่บุคคลต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม และจะต้องเห็นว่า สิ่งที่จะกระทำเหมาะสมกับสภาวะการณ์นั้นๆ ก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่า สิ่งที่ต้องกระทำนั้น จะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามต้องการ จึงจะสามารถวินิจฉัยการตัดสินใจกระทำได้

**ระยะที่ 2** เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย เนื่องจากเป้าหมายจะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นอาการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่จะกลายเป็นสุขนิสัยที่ติดตัวเมื่อกระทำไปสักระยะหนึ่ง การที่จะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อดำรงรักษา ส่งเสริมสุขภาพ การชะลอความก้าวหน้าของโรค ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคอย่างเพียงพอและเหมาะสม เพื่อช่วยในการวินิจฉัยการตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเองตามที่ต้องการ ทราบวัตถุประสงค์ของการกระทำ ตลอดจนสิ่งเกิดและประเมินผล ถึงประสิทธิภาพของการกระทำดูแลตนเองตามระบบที่ได้เลือก ตั้งขึ้นก่อนกระทำการดูแลตนเอง บุคคลจำเป็นต้องทราบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยที่ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด หมายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่ต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่งๆ เพื่อที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, ในลือชัย ศรีเงินขวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ 2533: 132 -137) ประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ประการ ได้แก่

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นอาการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และความผาสุกของบุคคล และการดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่ต้องปรับให้เหมาะสมตามอายุ ระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่างๆ ได้แก่

- 1.1. คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2. คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4. คงไว้ซึ่งสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
- 1.5. ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และความผาสุก
- 1.6. ส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม  
และความสามารถของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ และเหตุการณ์ในชีวิตที่มีผลต่อพัฒนาการ หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งเป็น

- 2.1. พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่สู่วิถีภาวะ
- 2.2. ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทา อารมณ์เครียดหรือเอาหน้าต่อผลที่เกิดจากขาดการศึกษา มีปัญหาการปรับตัวทางสังคม ความเจ็บป่วยและความพิการ ตลอดจนความเจ็บป่วยขั้นสุดท้ายและการที่จะต้องเสียชีวิต

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้น (Health deviation self-care requisites) เป็นความต้องการในผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่อง หรือมีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด และ/หรือจากการวินิจฉัยหรือการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ ได้แก่

- 3.1. รู้จักแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย
- 3.2. รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการ
- 3.3. ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.4. รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับ และป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค

3.5. ตัดแปลงยึดมั่นในศักดิ์และภาพลักษณ์ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตน ตลอดจนความจำเป็นที่ต้องการความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาท หน้าที่ และการพึ่งพาบุคคลอื่น พัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเอง

3.6. เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลการวินิจฉัยและการรักษา ในแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของตนให้ดีที่สุด ตามความสามารถที่เหลืออยู่

เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจำเป็นต้องดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วย ขณะเดียวกันจะต้องดูแลตนเองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ซึ่งอาจจำเป็นต้องตัดแปลงให้สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้างและหน้าที่ปกติ และเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่บุคคลจะกระทำการดูแลตนเองนั้นจำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) (Orem 1985 อ้างใน สมจิต ทนุเจริญกุล 2533: 16-20) ซึ่งโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับคือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) ประกอบด้วยความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ การตัดสินใจ และการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ความสามารถทั้ง 3 ด้านนี้ เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่างๆของการดูแลตนเอง

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components : enabling capabilities for self-care) เป็นตัวกลางที่เชื่อมการรับรู้และการกระทำอย่างจงใจ เพื่อการดูแลตนเองของบุคคล ได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถในการควบคุมพลังงานด้านร่างกาย ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง มีทักษะในการตัดสินใจ มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับ แบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างตั้งใจ และมีเป้าหมายโดยทั่วไป ประกอบด้วยความสามารถและทักษะในการเรียนรู้หน้าที่ของประสาท รับความรู้สึกต่างๆ การรับรู้ในเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจ ความหวังโย การยอมรับตนเอง ระบบการจัดลำดับ ความสำคัญ และสามารถที่จะจัดการกับตนเอง

บุคคลที่ขาดความสามารถในระดับใดระดับหนึ่ง ย่อมขาดความสามารถในการกระทำ กิจกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ แต่ถ้าบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลนั้นจะได้รับในสิ่งต่อไปนี้ 1) การรอดชีวิต 2) การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล 3) ได้รับการสนับสนุนในเรื่องพัฒนาความสามารถของบุคคล 4) ป้องกันการบาดเจ็บและการเกิดพยาธิสภาพต่างๆ 5) มีส่วนส่งเสริมให้มีการปรับหรือควบคุมผลจากการบาดเจ็บและพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น 6) มีส่วนส่งเสริมต่อการรักษา การควบคุมพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น และ 7) ส่งเสริมให้เกิดความผาสุก (Orem 1985: 90) ซึ่งทั้งหมดเป็นเป้าประสงค์ในการดูแลตนเอง

#### ความผาสุก (Well-being)

โอเร็ม (Orem 1985: 179) ให้ความหมายของความผาสุกไว้ว่า เป็นภาวะที่แต่ละบุคคลรับรู้ต่อสภาวะการมีที่เป็นอยู่ แสดงออกโดยความยินดี ความพึงพอใจ และความสุขที่เกิดภายในจิตใจ การบรรลุถึงอุดมคติแห่งตน และเกิดเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลนั้น ความผาสุกเกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นความสำเร็จอันเกิดจากผลของความพยายามและมีแหล่งประโยชน์อย่างเพียงพอ บุคคลสามารถมีความผาสุกได้แม้จะตกอยู่ในภาวะของความยากลำบากต่างๆ การสูญเสียโครงสร้างและหน้าที่ตามปกติของร่างกาย ดังนั้นคนที่เจ็บป่วยหรือร้องอาวรับรู้ความผาสุกได้เนื่องจากความผาสุกเป็นการรับรู้ถึงภาวะของตนเอง (Orem 1985 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2533: 4) นอกจากนี้โอเร็ม (Orem 1991: 166) ยังกล่าวอีกว่า การมีพลังและรับรู้ความผาสุกที่เพียงพอจะทำให้บุคคลริเริ่ม และมีความพยายามในการดูแลตนเอง เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองต่อไป

ตั้งแต่นั้นมาก็กล่าวได้ว่าความพอใจของบุคคล พิจารณาจากความพึงพอใจและความสุขในชีวิต แม้จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วย บุคคลอาจรับรู้ความพอใจ ได้ถ้ามีแหล่งประโยชน์หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตนเองอย่างเพียงพอ

### ปัจจัยพื้นฐานบางประการ (Basic conditioning factors)

การกระทำการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความพอใจ เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา หรือคู่สมรส (Barstow 1974: 138) ปัจจัยดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น แม้ไม่ใช่เป็นความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลก็ตาม ปัจจัยพื้นฐานบางประการประกอบด้วยอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคมชนชั้นธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Orem 1991: 136)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส และระดับความรุนแรงของโรค

ระยะเวลาในการศึกษา โอเร็ม (Orem 1985: 175) กล่าวว่าการศึกษาที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลตนเอง การศึกษาช่วยให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ทำความเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนรู้จักแสวงหาและใช้แหล่งประโยชน์ได้ดี (Muhlenkamp & Sayles 1986: 336) ตั้งแต่นั้นบุคคลที่มีการศึกษาน่าจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ได้ออกการศึกษา และระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์กับความพอใจในลักษณะของบุคคลที่มีการศึกษา จะดูแลตนเองได้ดีและมีประสิทธิภาพบุคคลจึงมีความพอใจ

สถานภาพสมรส เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์และเข้มแข็งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของบุคคล คู่สมรสจะช่วยเหลือแบ่งเบาภาระ ดูดซับความเครียด และความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (Hubbard Muhlenkamp & Brown 1984: 266-269)

ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ ในการจัดการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการใช้แหล่งบริการทางสังคม หรือระบบบริการสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง ได้ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ดังนั้นปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จึงมีอิทธิพลต่อความผาสุกโดยตรง และมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองด้วยเช่นกัน

ระดับความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคต่างกัน จะมีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน เมื่อระดับความรุนแรงของโรคสูงจะมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สุขสบายจากการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ไม่สามารถกระทำการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ (Orem 1991: 238) จึงคุกคามต่อชีวิตและความผาสุกของบุคคล

กล่าวโดยสรุปผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเพิ่มขึ้น และไม่คงที่ ร่วมกับความสามารถในการดูแลตนเองอาจลดลงจากภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐานบางประการ จึงกระทบต่อการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง ความผาสุก และปัจจัยพื้นฐานบางประการ และความสามารถของปัจจัยเหล่านี้ ในการทำนายการดูแลตนเองและความผาสุก โดยอาศัยทฤษฎีการดูแลตนเองเป็นแนวทางในการศึกษา

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง และความผาสุก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส และระดับความรุนแรงของโรค กับการดูแลตนเองและความผาสุก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. เพื่อทำนายการดูแลตนเองจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค และความผาสุก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4. เพื่อทำนายความผาสุกจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหา ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค และการดูแลตนเอง ในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### สมมติฐาน

1. การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุก ในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองและความผาสุก
3. สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองและความผาสุก
4. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองและความผาสุก
5. ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค และความผาสุกร่วมกัน สามารถทำนายการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
6. ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค และการดูแลตนเองร่วมกัน สามารถทำนายความผาสุกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาดังนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและความผาสุก ในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่วันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2533 ถึงวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2534

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการประเมินการดูแลตนเอง และความพึงพอใจ และตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง และความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อันจะเป็นแนวทางในการจัดระบบการพยาบาลต่อไป
2. เพื่อพิสูจน์ความตรงตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเพื่อพัฒนาศาสตร์สาขาพยาบาล
3. เป็นแนวทางในการวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับปัจจัย หรือตัวแปรอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคเรื้อรังอื่น

### นิยามตัวแปร

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็นที่เกิเกิดขึ้นจากการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในเรื่องดังต่อไปนี้ คือ การคงสภาพการทำงานของปอด การคงความสามารถในการประกอบกิจกรรม การคงสภาวะโภชนาการ การเรียนรู้เรื่องยาและแผนการรักษา และการเรียนรู้เพื่อป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนโดยประเมินจากแบบวัดการกระทำการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของไรลีย์ (Riley Self-Care Action Scale : RSCAS) (Riley 1989) ฉบับแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทยและสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจและความสุขในชีวิตปัจจุบันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยประเมินจากแบบวัดความพึงพอใจด้วยตนเองของแคนทริล (Cantril Self-Anchoring Ladders Scale) (Cantril 1963)

ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลว่ามากน้อยเพียงใด ใน 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีปัญหา มีปัญหาเล็กน้อย มีปัญหาปานกลาง และมีปัญหาหนัก

ระดับความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้ความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรุนแรงของโรค (American Lung Association 1985 cited in Dudley,

et al. 1980: 413-414 ; Kinsman 1983: 759 ; ศักดิ์ชัย ลิ้มทองกุล, ใน สมชัย บวรภิตติ และนันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ 2531 :189) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ความรุนแรงระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดใดๆ สามารถประกอบกิจกรรมได้โดยไม่เหนื่อยหอบ  
ความรุนแรงระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย สามารถเดินในทางราบได้ แต่ไม่เท่าคนปกติ และไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือชันบันไดได้เท่าคนในวัยเดียวกัน แต่สามารถขึ้นตึกสูง 1 ชั้นได้โดยไม่เหนื่อย

ความรุนแรงระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานหนักหรือยุ่งยากได้ ไม่สามารถเดินในทางราบได้เท่าคนในวัยเดียวกัน เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น และต้องหยุดและพักเมื่อขึ้นตึกสูง 2 ชั้น

ความรุนแรงระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด เดินทางราบมากกว่า 100 หลาไม่ได้ ต้องหยุดและพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่ยังสามารถดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้

ความรุนแรงระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างมาก เดินเพียง 2-3 ก้าวหรือลุกนั่งแล้วเหนื่อย เดินได้ 50 หลาจะมีอาการเหนื่อยหอบมาก ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ เหนื่อยหอบเมื่อแต่งตัวหรือพูด

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้นขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมจึงประกอบด้วย ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและความพึงพอใจ และความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) หมายถึงกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง โดยมีการอุดกั้นของทางเดินลมหายใจ โรคที่สำคัญในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) ซึ่งมักพบเป็นร่วมกัน (ริงส์เวิร์ค ฟูมปากุม และประภาพรียงใจยุทธ 2532: 241-242; สมชัย บวรกิตติและนันทา มาระเนตร์ 2531: 51; สมจิต หนูเจริญกุล 2531: 244; Sexton 1990: 169) สาเหตุที่แท้จริงในการเกิดโรคนี้อยังไม่ทราบ แต่เชื่อว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหรือทำให้โรคเลวลง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การติดเชื้อทางเดินหายใจและปอดเรื้อรัง แต่ปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุที่สำคัญเกิดจากการสูบบุหรี่ (สมจิต หนูเจริญกุล 2531: 245-246; ประกิต วาที่สาธกกิจ ใน สมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ 2531: 115; Sexton 1990: 172) การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการอุดกั้นของทางเดินลมหายใจอย่างถาวร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมหรือเนื้อปอด ทำให้หลอดลมตีบแคบหรืออุดตัน การดำเนินของโรคจะค่อยๆ เลวลงโดยไม่คืนสู่สภาพปกติ อาการที่พบบ่อยได้แก่ หอบเหนื่อย โดยเฉพาะเวลาต้องออกกำลังกายมากขึ้น มีเสมหะในหลอดลม ไอเป็นพักๆ และอ่อนเพลียหลังออกกำลังกาย การที่มีถุงลมบางส่วนโป่งพองบางส่วนแฟบ ทำให้การระบายอากาศในถุงลมไม่เท่ากัน การขยายของทรวงอกลดลงจากการอุดกั้นของหลอดลม มีอากาศขังอยู่ในปอด และทรวงอกจะขยายมากขึ้น มีการทำลายของเนื้อปอด และปอดจะสูญเสียความยืดหยุ่น เป็นสาเหตุให้ความดันในปอดสูงขึ้น (เป็นลบน้อยลง)

ทำให้เกิดแรงในทรวงอกกดหลอดลมให้ตีบแคบหรือปิดเร็วกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบาก โดยเฉพาะเวลาหายใจออก อาจช่วยบรรเทาได้ด้วยการหายใจแบบเป่าปาก (pursed lip) เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้ลมหายใจออกนานขึ้น ซึ่งทำให้เกิดแรงต้านอากาศหายใจออก แรงต้านภายในหลอดลมเพิ่มขึ้น (ริงส์เวิร์ค ปุซปากุม และบุญรัตน์ เอื้อสุดกิจ, ใน สมชัย บวรกิตติ และ นันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ 2531: 82-85) เมื่อการระบายอากาศในถุงลมลดลงอย่างมาก และเป็นอย่างถาวร เกิดมีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ซาตออกซิเจน ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงมากขึ้นและเป็นอย่างเรื้อรัง สถิติวิทยา ความคิด การตัดสินใจไม่ดี เมื่อภาวะโรคเลวลง กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง การทำงานของไตผิดปกติ เบื่ออาหารและน้ำหนักลด ความสามารถในการเผชิญความเครียดลดลง เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจบ่อย อาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคปอด (Corpulmonale) เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว หมดสติ และถึงแก่กรรมได้ในที่สุด (สมจิต ทนุเจริญกุล 2531 ; สมชัย บวรกิตติ และ นันทา มาระเนตร์ 2531; Shapiro 1985 ; Burn 1983 ; Sexton 1990)

อาการเหนื่อยหอบระยะแรกอาจมีเมื่อกำลังกาย ทำงานหนัก หรือขึ้นบันไดเท่านั้น ต่อมาอาการจะเพิ่มขึ้นจนกระทั่งประกอบกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ระยะท้ายของโรคอาการเหนื่อยหอบอาจเกิดขึ้นแม้ขณะนั่งพัก การเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเรื้อรังมีผลต่อสถิติวิทยา ความรู้สึกนึกคิด การตัดสินใจ ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาคูคนอื่นมากขึ้น จึงกระทบความสามารถในการดูแลตนเอง (Krop, et al. 1973 ; Prigatano, et al. 1984)

การดำเนินโรคเป็นไปในลักษณะเลวลงและไม่สามารถรักษาให้กลับเป็นปกติ การรักษาจึงเป็นเพียงการประคับประคอง ควบคุมและชะลอไม่ให้พยาธิสภาพดำเนินไปอย่างรวดเร็ว รวมทั้งบรรเทาผลที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวและพึ่งตนเองได้มากที่สุด (สมจิต ทนุเจริญกุล 2531: 268) เอจิลและคณะ (Agle, et al. 1973: 47) กล่าวว่า การให้ความรู้ในการดูแลตนเองเป็นการเพิ่มความสามารถในการควบคุมอาการเปลี่ยนแปลง และลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีดังนี้ (Michaels in Riehl-Sisca, ed 1985: 275-283)

1. การดูแลตนเองเพื่อคงสภาพการทำงานของปอด เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีผลต่อการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซ ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดจึงมุ่งเน้นในการฝึกกล้ามเนื้อ

หายใจเพื่อให้แข็งแรงไม่อ่อนล้าง่าย โดยฝึกการใช้กล้ามเนื้อทรวงอกส่วนล่าง กล้ามเนื้อหน้าท้อง และกระบังลม เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยหอบจากการตีแคบของหลอดลมในขณะหายใจออก กระทำโดยการห่อปากหายใจ (Pursed Lip Breathing) การหายใจลักษณะนี้ช่วยควบคุมอัตราการหายใจให้ช้าลง และระบายอากาศค้างออกจากปอดได้มาก นอกจากนี้การฝึกหายใจจะช่วยเพิ่มปริมาตรอากาศหายใจเข้าต่อครั้ง (Tidal Volume) ลดอัตราการหายใจและปริมาตรของอากาศที่เหลือค้างอยู่ในปอดเมื่อสิ้นสุดการหายใจออกอย่างธรรมดา (Functional Residual Capacity : FRC) ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดดีขึ้น (สุวรรณี จรุงจิตธารีย์ และ สมชัย บวรกิตติ, ใน สมชัย บวรกิตติ และ นันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ 2531: 301) นอกจากนี้การฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพร่วมกับการปรับปริมาณน้ำดื่มอย่างเพียงพอเพื่อให้เสมหะอ่อนตัวและระบายออกได้ง่ายขึ้น ช่วยลดการใช้พลังงาน

2. การดูแลตนเองเพื่อคงความสามารถในการประกอบกิจกรรม เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดจากการมีทุนสำรองของระบบหายใจและหัวใจในการตอบสนองความต้องการของร่างกายไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจึงมีขีดจำกัดในการกระทำกิจกรรม ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับพลังงานที่มีจำกัด โดยการปรับกิจกรรมการดูแลตนเอง การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพ การประกอบกิจวัตรประจำวันและการพักผ่อนที่เพียงพอ การวางแผนล่วงหน้าในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อช่วยสงวนพลังงาน (Barstow 1974: 141) รวมทั้งการปรับเปลี่ยนบทบาทในขณะมีเพศสัมพันธ์เป็นลักษณะยอมตาม (Passive) (Sexton 1990: 406)

3. การดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่เพียงพอและมีทุนสำรอง การขาดอาหารมีผลต่อการทำงานของระบบหายใจ โดยเฉพาะขาดสารอาหารโปรตีนและพลังงาน (วิชัย ตันไพจิตร, ในสมชัย บวรกิตติ และ นันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ 2531: 387 ; Gray Donald, et al. 1989: 1544-1548) ผู้ป่วยที่น้ำหนักลดอย่างรวดเร็วการพบการมีโรคไม่ได้ (Vandenburg, et al. 1967 cited in Flenley 1988: 577) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการขาดสารอาหาร ได้แก่ ปริมาณอาหารที่บริโภคน้อยลง การทำงานของระบบทางเดินอาหารในส่วนของการย่อยและการดูดซึมลดลงจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน รวมทั้งผู้ป่วยมีอัตราการเผาผลาญอาหารสูงกว่าปกติ เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการพลังงานสูงตามไปด้วย ดังนั้นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงต้องปรับชนิดของอาหารและได้รับสารอาหารเพียงพอเหมาะสมกับการใช้พลังงาน รวมทั้งมีการปรับกิจกรรมและการพักผ่อนให้เหมาะสม

4. การเรียนรู้เรื่องยาและแผนการรักษา แผนการรักษามีหลายมิติ ได้แก่ การใช้ยา รับประทานซึ่งมีหลายชนิด ทำให้เกิดปฏิกริยาระหว่างยาที่ได้รับ (Sexton 1990: 365) และ อาจได้รับยาผ่านขยาหลอดลม การรักษาจึงสลับซับซ้อน ผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องใช้ออกซิเจน ที่บ้าน ดังนั้นการดูแลตนเองที่จำเป็นคือการเรียนรู้เรื่องยาและแผนการรักษา ดูแลให้แผนการรักษาเกิดประโยชน์เต็มที่และไม่เกิดอาการข้างเคียง ตลอดจนเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ และการรักษาที่ทันสมัย ตลอดจนใช้เทคโนโลยีที่ก้าวหน้าต่าง ๆ ได้อย่างปลอดภัย

5. การเรียนรู้และป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อน โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยชักนำที่ทำให้อาการเลวลง ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ หลีกเลียงจากมลภาวะต่าง ๆ และภาวะเครียดหรือวิตกกังวล ตลอดจนสังเกตอาการผิดปกติและเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตนเองเมื่ออาการกำเริบ

ภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีผลทำให้ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและไม่คงที่ ตลอดจนความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ และสามารถผสมผสานการดูแลตนเองที่จำเป็นในเรื่องต่าง ๆ เข้าด้วยกันตามความสามารถที่เหลืออยู่ เป็นการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกสูงสุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

#### ความผาสุกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำว่า "ความผาสุก" มีความหมายเช่นเดียวกับ "คุณภาพชีวิต" หรือ "ความพึงพอใจในชีวิต" (Flanagan 1982: 56 ; Smart & Yates 1987: 620 ; Niemi, et al. 1988: 1101 ; Holmes 1989: 833 ; Jackle 1974: 362) ความผาสุกเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจ ความยินดี และความสุขในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ความผาสุกเป็นผลสำเร็จที่เกิดจากความพยายามและมีแหล่งประโยชน์สนับสนุนอย่างเพียงพอ (Orem 1985: 179) แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกนั้นมีบทบาทสำคัญกับสุขภาพ มีงานวิจัยต่าง ๆ พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความผาสุกของบุคคลมีความสัมพันธ์กัน (Evers 1989 ; Hoskins 1985 อ้างใน สมจิต ทนุเจริญกุล 2533: 4) กล่าวคือ บุคคลที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ความเครียดต่าง ๆ หรือแม้อยู่ในภาวะเจ็บป่วยบุคคลอาจรับรู้ความผาสุกได้

ผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เมื่อภาวะโรคเลวลง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งและปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล ตลอดจนมีความไม่สุขสบายหรือไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง นิ่งพบบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น ไม่สามารถกระทำหรือรักษาบทบาทหน้าที่เดิมของตน และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จึงเป็นการคุกคามต่อการดำรงชีวิตที่เป็นปกติ ( McSweeny, et al. 1982: 473-478 ; Bruckhardt 1985: 11-16 )

แมคสเวนท์และคณะ (McSweeny, et al. 1982: 473-478) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 203 ราย เปรียบเทียบกับบุคคลที่มีสุขภาพดี 73 ราย แบบสอบถามคุณภาพชีวิตครอบคลุมใน 4 มิติ ด้วยกันคือ 1) ภาวะอารมณ์ รวมการเปลี่ยนแปลงของภาวะอารมณ์และอาการทางจิต 2) บทบาทในสังคม รวมการประกอบอาชีพ การทำงานบ้าน และสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม 3) การประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ทักษะการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหว 4) นันทนาการ การใช้เวลาว่างและงานอดิเรก วิจัยประเมินโดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและให้คู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิดประเมิน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลที่มีสุขภาพดีในเรื่อง ภาวะอารมณ์ การประกอบกิจวัตรประจำวันและนันทนาการสำหรับบทบาทในสังคมเกี่ยวกับการประกอบอาชีพไม่พบความแตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุและไม่ได้ประกอบอาชีพ นอกจากนี้ยังพบว่าตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิต คือ อายุ เศรษฐฐานะและหน้าที่ของจิตประสาท ต่อมาปริกาตาโนและคณะ (Prigatano, et al. 1984: 1613-1619) ศึกษาคุณภาพชีวิตและตัวทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะพร่องออกซิเจนในระดับต่ำจำนวน 985 ราย พบว่าตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตคือระดับการศึกษาอายุ หน้าที่ของจิตประสาท ความตึงเครียด ความวิตกกังวล อารมณ์โกรธ ระดับออกซิเจนในเลือดขณะพัก และการออกกำลังกาย ตัวแปรทั้งหมดรวมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 52

การศึกษาความพาสูกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตหรือความพาสูกต่ำกว่าบุคคลปกติ โดยการรับรู้ความพาสูกของแต่ละบุคคลขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ฐานะทางเศรษฐกิจหรือแหล่งประโยชน์อื่นๆ เป็นต้น

## ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการดูแลตนเองและความพึงพอใจ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย เลือกศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองและความพึงพอใจ ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส และระดับความรุนแรงของโรค

### ระยะเวลาในการศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาการเรียนรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง (Orem 1985: 175) บุคคลที่มีการศึกษาจะมีความเข้าใจในเหตุการณ์และข้อมูลต่างๆ ได้ดี สามารถนำความรู้และทักษะมาใช้ในการเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่ด้อยการศึกษา (Jalowice & Power 1981: 96 ; Muhlenkamp & Sayles 1986: 336 ; Hanucharurnkul 1988: 17) สามารถปรับกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด โดยที่การศึกษาจะมีผลต่อการพัฒนาสติปัญญา ช่วยในการตรวจสอบสถานการณ์ การตัดสินใจ และ กำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง (Orem 1985: 120)

งานวิจัยที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ได้แก่ การศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และรักษา จุลวรรณมา (2531) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอด แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สันธยา นิธิยกุล (2533) ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง อาจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับความรู้ในการควบคุมโรค ทักษะในการปฏิบัติกรดูแลตนเองจากระบบบริการสุขภาพ และระบบการพยาบาล ตลอดจนได้รับการประเมินผลการปฏิบัติมาแล้วช่วงหนึ่ง จึงนำไปผสมผสานให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิต กลุ่มตัวอย่างไม่ว่าจะมีการศึกษาในระดับใด จะต้องผ่านการเรียนรู้ก่อนทั้งสิ้น ดังนั้นจึงทำให้ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ โดยส่งผ่านการดูแลตนเอง นั่นคือ ผู้ที่มีการศึกษาจะสามารถเรียนรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ได้ดีกว่าผู้ที่ด้อยการศึกษา ตลอดจนการศึกษาทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหา มีความเข้าใจในแผนการรักษาและดูแลตนเอง ได้ดี รวมทั้งมีแรงสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ โอกาสในการใช้บริการสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่ด้อยการศึกษา สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul

1988) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

### ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ฐานะทางเศรษฐกิจจัดเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการกระทำการดูแลตนเอง (Sexton 1990: 363) ผู้ที่มีการศึกษาและรายได้ต่ำมีความวิตกกังวลและเกรงว่าตนจะไม่สามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยที่รุนแรงได้ (Petroni 1969 cited in Barstow 1974: 138) อายุ เศรษฐฐานะ และการทำหน้าที่ของระบบประสาทและจิตใจ จะเป็นตัวทำนายความสามารถในเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ดีกว่าความรุนแรงของความเจ็บป่วย (McSweeny, et al. cited in Shekleton 1987: 573) นอกจากนี้ เอเจิลและคณะ (Agle, et al. 1973: 41-48) ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึงผลการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีผลต่อจิตใจของผู้ป่วย พบว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี และยากที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

จากผลการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ ยิ้มวิไล (2531) ซึ่งพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ซึ่งจัดเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้ใกล้เคียงกับผู้ที่มีรายได้สูง

ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้ที่มีรายได้เพียงพอ ทำให้ได้มาซึ่งความจำเป็นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิต เช่น อาหาร ความปลอดภัย ฐานะทางสังคม และแหล่งบริการด้านสุขภาพ ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้ต่ำต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายที่ไม่เพียงพอ ใช้เวลาไปกับการหาเลี้ยงชีพจนกระทั่ง ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีอิทธิพลต่อความผาสุกทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

### สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส เป็นการบ่งชี้ถึงแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยในการจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง เนื่องจากคู่สมรสจะทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระทำการดูแลตนเอง (Barstow 1974: 143) ดังการศึกษาของ สุภาภรณ์ ดั่งวงแพง (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรส กับ การดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สันทยา พิชัยกุล (2533) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความรู้สุขภาพในผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโสด มีอายุน้อย และมีบิดาหรือมารดาเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล (Dependent Care Agent) กระตุ้นให้มีการดูแลตนเอง และในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหม้ายจะมีบุตรเป็นผู้ดูแล และเมื่อมีภาวะเป็ยงเบนทางด้านสุขภาพเกิดขึ้น จะมีการจัดระบบในครอบครัวใหม่ ดังนั้นสถานภาพสมรสจึงไม่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

นอกจากนี้ การได้รับความช่วยเหลือจากคู่สมรสจะทำให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้ดีกว่าและช่วยลดความเครียดลงได้ จึงทำให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Robert 1988: 10-11 ; Watheit 1979 cited in Hanucharurnkul 1988: 16) ดังการศึกษาของ สมจิต หงุเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988: 21-27) ศึกษาสถานภาพสมรสในลักษณะของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา รัตนเมธาพงศ์ (2532) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าคุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส อาจเนื่องจากครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีความรักใคร่อบอุ่นผูกพันกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวนอกเหนือจากคู่สมรส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสันทยา พิชัยกุล (2533) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายระยะท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

### ระดับความรุนแรงของโรค

ความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งบ่งชี้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยเรื้อรังเมื่อโรคเลวลงก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมต่างๆ (Shekleton 1987: 571) กระทบต่อการดูแลตนเองและความผาสุก ดังการศึกษาของสันธยา นิชัยกุล (2533) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยไตวายระยะท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการชนิดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค โดยใช้สภาพอาการต่างๆ เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเดิน เป็นต้น แสดงว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการดังกล่าวจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาการต่างๆ และพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการจะรับรู้ความผาสุกในอนาคตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาการ และได้รับการรักษาด้วยวิธีการชนิดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อการประคับประคองสอดคล้องกับการศึกษาของประภา รัตนเมฆานนท์ (2532) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อยที่รุนแรงหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จะมีคุณภาพชีวิตต่ำ และการศึกษาของบราวน์และคณะ (Brown, et al. 1981: 1136-1146) ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

### ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความพึงพอใจในชีวิต ถ้าได้รับการส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมตามความสามารถที่เหลืออยู่ (Sexton 1990: 376) การออกกำลังกายหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อร่างกาย เป็นการหวังผลเพื่อลดการพึ่งพาบุคคลอื่นและเพิ่มคุณภาพชีวิต (Davido 1981:283 ; Make 1986: ย้างใน เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย 2533 : 60 )

ฟอสเตอร์และคณะ (Foster, et al.1988 Cited in Foster & Thomas III 1990: 601-604) ศึกษาผลการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 317 ราย พบว่าสามารถเดินทางราบในเวลา 6 นาที เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 276 ฟุต เป็น 574 ฟุต ฮิวและ

เดวิสสัน (Hughes & Davison 1983 อ้างใน เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย 2533: 61-62) พบว่า การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเพิ่มความทนทานในการออกกำลังกาย เพิ่มการใช้ออกซิเจนสูงสุด ลดอัตราการหายใจ ลดการใช้ออกซิเจนของหัวใจ เพิ่มความสามารถในการทำงานก่อนถึงจุดที่ไม่ใช้ออกซิเจน และเพิ่มความชำนาญในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพรพรรณ ตั้งจิตพิทักษ์ (2531) ศึกษาถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายตามแบบแผนต่อสมรรถภาพการทำงานปอด และความสามารถในการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะมีสิ่งดังต่อไปนี้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ได้แก่ ปริมาตรอากาศเวลาหายใจออกอย่างแรงภายใน 1 วินาที ( $FEV_1$ ) ปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงภายหลังหายใจเข้าเต็มที่ (FVC) อัตราการไหลของอากาศสูงสุดในช่วงที่หายใจออกอย่างแรงเต็มที่ภายหลังหายใจเข้าเต็มที่ (PEFR) ความสามารถในการออกกำลังกาย และพบว่าภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามแบบแผน กลุ่มทดลองมีอาการทางระบบหายใจน้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

ลัสติกและคณะ (Lustig, et al. 1972 cited in Dudley, et al. 1980: 415) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการรักษาทางจิตบำบัดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าการฟื้นฟูสภาพปอดทำให้สภาพจิตใจดีขึ้น หรือกล่าวโดยสรุป การฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตหรือความพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ (Make 1986 cited in Foster & Thomas III 1990: 603)

งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง และความพอใจโดยตรงได้มีน้อยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในตัวแปรอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตหรือความพอใจกับการดูแลตนเองเท่านั้น งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองโดยตรง ได้แก่งานวิจัยของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988) ศึกษาตัวแปรในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จำนวน 112 ราย พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์โดยตรงและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุดคือ การดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ เอเวอร์และคณะ (Evers, et al. 1986 ใน สนธยา พิชัยกุล 2533) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 49 ราย พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับความพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สนธยา พิชัยกุล (2533) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความพอใจในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 74 ราย โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเอเวอร์และคณะวัดความ

สามารถในการดูแลตนเอง สำหรับการวัดความพึงพอใจนั้น ใช้มาตราขั้นบันไดของแคนทริลวัดความพึงพอใจในปัจจุบันและอนาคต ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการรับรู้ความพึงพอใจในปัจจุบันและอนาคต ตัวแปรที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ดีที่สุดคือ การรับรู้ความพึงพอใจในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังพบว่า เพศและความสามารถในการดูแลตนเองร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความพึงพอใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัตดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจำนวน 100 ราย พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดการพึ่งพาทางสังคมวัดความสามารถในการดูแลตนเอง จึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการดูแลตนเอง อาจสรุปได้ว่าการดูแลตนเองที่เพียงพอและต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และความพึงพอใจจะทำให้ผู้ป่วยมีความพยายามที่จะกระทำการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองต่อไป

### สรุปการทบทวนวรรณกรรม

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรังที่มีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเพิ่มขึ้นและไม่คงที่จากภาวะเป็ียงเบนด้านสุขภาพและการรักษาที่ได้รับ ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ร่วมกับฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ตนเองสามารถมีชีวิตอยู่และกระทำหน้าที่ต่างๆ ตามบทบาทในสังคมได้อย่างมีความพึงพอใจสูงสุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยอาศัยปัจจัยพื้นฐานบางประการและแหล่งประ โยชน์ที่เพียงพอและเหมาะสม ดังนั้นการนิรนัยว่าปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองและความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง จึงเป็นสิ่งที่ควรศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการจัดระบบบริการสุขภาพและระบบการพยาบาลต่อไป

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตลอดจนหาปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองและความพึงพอใจตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research)

#### ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และได้รับการรักษามาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน โดยมีอาการทางคลินิกที่บ่งชี้ถึงภาวะของโรค และตรวจสมรรถภาพปอด (Pulmonary Function Test) ได้ FEV1/FVC < 70% และหลังพ้นยาขยายหลอดลมแล้วค่า FEV1 ไม่เพิ่มขึ้นเกินกว่า 20% หรือหมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและวินิจฉัยทางคลินิกจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีอาการและอาการแสดงของโรคทางคลินิก เช่น หอบ เหนื่อย และมีการดำเนินของโรคอย่างชัดเจนไม่ต่ำกว่า 3 เดือน
2. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ที่ดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกโรคปอดและคลินิกอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 900 เตียง ตั้งแต่วันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2533 ถึงวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2534 จำนวน 123 ราย ระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูลมีผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย 3 ราย ไม่เข้าใจแบบสอบถาม 11 ราย ตอบแบบสอบถามไม่ครบ 1 ราย ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่เมื่อทำการทดสอบสมรรถภาพปอดแล้วพบว่าไม่ใช่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 4 ราย และเน้นความสำคัญการดูแลตนเองในโรคอื่นมากกว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 4 ราย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

จึงมีจำนวนทั้งสิ้น 100 ราย กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเองจำนวน 11 ราย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์จำนวน 89 ราย สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างจะเสนอในบทที่ 4

### สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ซึ่งมีคลินิกโรคปอดในวันจันทร์ช่วงบ่าย และคลินิกอายุรกรรมทั่วไปที่มีการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในวันอังคาร และวันศุกร์ช่วงเช้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้คนเดิมโดยตลอด ในแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมจะมีเอกสารเรื่องการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของหน่วยป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจัดไว้ให้ผู้ป่วยสามารถศึกษาด้วยตนเอง และมีพยาบาลซึ่งทำหน้าที่ให้สุขศึกษาคอยให้คำแนะนำหลังจากแพทย์ตรวจ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยศึกษาจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระดับความรุนแรงของโรค และอื่นๆ รวม 18 ข้อ (ตัวอย่างเครื่องมือแสดงไว้ในภาคผนวก ข)

2. แบบวัดความผูกพันด้วยตนเองของแคนทริล (Cantril Self-Anchoring Ladders Scale) เป็นมาตราขั้นบันได (Step-Ladders) โดยให้ผู้ถูกประเมินตัดสินความผูกพันในชีวิตปัจจุบันของตน มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 ตามลำดับขั้นบันได (Cantril 1963) บันไดขั้นต่ำสุด คือ " 0 " แสดงถึงระดับความผูกพันต่ำสุด และบันไดขั้นสูงสุดคือ " 10 " แสดงถึงระดับความผูกพันสูงสุด แยกการวัดความผูกพันเป็น 2 มิติ ตามแนวคิดของไอเรียมคือ ความพึงพอใจ และความสุขในชีวิต (ตัวอย่างเครื่องมือแสดงไว้ในภาคผนวก ค)

2.1. มาตราวัดความพึงพอใจในชีวิต (Self-Anchoring Life Satisfaction Scale) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการถามถึงความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน แล้ววงรอบตัวเลขว่าอยู่ในระดับใดของขั้นบันได โดยประเมินตามการรับรู้ของตนเอง

2.2. มาตราวัดความสุขในชีวิต (Self-Anchoring Life Happiness Scale) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการถามถึงความสุขในชีวิตปัจจุบัน แล้ววงรอบตัวเลขว่าอยู่ในระดับใดของทั้งนั้นได้ โดยประเมินตามการรับรู้ของตนเอง

นำคะแนนจากมาตราวัดความพึงพอใจในชีวิตและมาตราวัดความสุขในชีวิตมารวมกันเป็นคะแนนความพอใจ โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 20 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีความพอใจในชีวิตสูง

สำหรับแบบวัดความพอใจในชีวิตผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนการศึกษา เนื่องจากความพอใจเป็นการตอบสนองการรับรู้เฉพาะบุคคลในสถานการณ์นั้นๆ ตามข้อตกลงของแคนทริล (Kilpatrick & Cantril 1960 cited in McKeehan, et al. in Chinn ed. 1986: 287) และแบบวัดนี้มีเพียง 1 ข้อ ต่อ 1 แบบวัด จึงเป็นข้อจำกัดในการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีการหาความเชื่อมั่น โดยการใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา (Coefficient Alpha) และไม่สามารถนำกลุ่มตัวอย่างให้กลับมาตรวจตามนัดภายใน 2 สัปดาห์ได้ จึงเป็นข้อจำกัดในการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-retest Method) ได้ อย่างไรก็ตามแบบวัดนี้เป็นมาตราสากลที่มีความคงที่มีความแปรปรวนและคลาดเคลื่อนน้อยที่สุดในช่วงสั้นๆ ไม่เกิน 5 ปี (O'Young & McPeck 1987: 615)

3. แบบวัดการกระทำการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สร้างขึ้นโดยไรลีย์ (Riley Self-Care Action Scale : RSCAS) (Riley 1989) เพื่อใช้ประเมินโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยคำถาม 31 ข้อ ระดับคะแนนแต่ละข้อคำถามจาก 0 ถึง 4 คะแนน แบบวัดนี้จะมีคะแนนตั้งแต่ 0-120 คะแนน คะแนนสูงสุดแสดงถึงมีการดูแลตนเองดี ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำเครื่องมือนี้มาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย ได้ข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามด้านบวก 21 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ การให้คะแนนคำถามด้านบวกตั้งแต่ 0 แสดงว่า ไม่ได้กระทำเลย ถึง 4 คะแนน แสดงว่ากระทำบ่อยมากหรือเกือบทุกครั้ง การให้คะแนนคำถามด้านลบตั้งแต่ 0 แสดงว่ากระทำบ่อยมากหรือเกือบทุกครั้ง ถึง 4 คะแนน แสดงว่าไม่ได้กระทำเลย แล้วจึงรวมคะแนนการกระทำการดูแลตนเองทั้งหมด และมีคำถามเชิงคุณภาพถามถึงวิธีการที่ผู้ป่วย กระทำ และ/หรือเหตุผลที่ไม่กระทำการดูแลตนเองรวมอยู่ในข้อคำถามข้างต้น 24 ข้อ โดยไม่ได้นำมาคิดคะแนน ( ตัวอย่างเครื่องมือแสดงไว้ในภาคผนวก ง )

คะแนนการกระทำการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 104 คะแนน แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองไม่เท่ากัน ผู้วิจัยจึงคิดคะแนนการกระทำการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นร้อยละ เพื่อให้การคิดคะแนนเป็นเกณฑ์เดียวกัน ได้ดังนี้

$$\text{คะแนนการดูแลตนเอง} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วย} \times 100}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มของจำนวนข้อที่ผู้ป่วยตอบ}}$$

### การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ไรลีย์ (Riley 1989: 98-99) ได้ทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจจำนวน 6 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบใช้เกณฑ์ในการประเมินดังนี้ คือ 1) คำถามนั้นสะท้อนถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือไม่ 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองนั้นเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือไม่ 3) คำถามและคำตอบใช้ภาษาได้เหมาะสมหรือไม่ ความตรงตามโครงสร้างของเครื่องมือนี้ไม่สามารถทดสอบด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) เนื่องจากเนื้อหาการกระทำการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 31 ข้อนั้น ไรลีย์นำไปใช้กับการวิจัยที่มีจำนวนตัวอย่างน้อยเพียง 26 ราย ไม่เพียงพอที่จะวิเคราะห์ได้ ซึ่งเกณฑ์ในการวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดนี้ควรใช้ตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 10 รายต่อ 1 ข้อคำถาม หรือรวมทั้งหมด 310 ราย จึงจะวิเคราะห์ได้ (Naully 1976 cited in Riley 1989: 96).

ไรลีย์ (Riley 1989: 98-99) ได้ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (Test-Retest) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.77 และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำเครื่องมือที่ได้แปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิในการปฏิบัติกรพยาบาล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีการพยาบาลของไอเรียม 1 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำมาปรับอีกครั้ง แล้วจึงไปหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มี

ลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัท 0.80 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัท 0.75

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน แต่ต่างตัวแปร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอนในฐานะนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล ตามวันเวลาที่มิคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และคลินิกอายุรกรรมทั่วไปที่มีการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วย ซึ่งมารับการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ตามรายชื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษาในวันนั้นๆ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด
2. ระหว่างผู้ป่วยรอตรวจ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าไปแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการวิจัย และพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ (รายละเอียดในภาคผนวก ก)
3. เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในระหว่างที่ผู้ป่วยรอตรวจ หรือหลังจากตรวจเสร็จแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเชิญผู้ป่วยไปสัมภาษณ์ในสถานที่ที่เตรียมไว้
4. ผู้วิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามดังนี้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความผาสุก แบบวัดความวิตกกังวล แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบวัดการกระทำ การดูแลตนเอง ทั้งนี้เพื่อไม่ต้องการให้เนื้อหาบางข้อคำถาม ในแบบวัดการกระทำ การดูแลตนเอง ไปมีอิทธิพลต่อแบบวัดความผาสุก ในการตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ชุดนี้ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที
5. นำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความผาสุก และแบบวัดการกระทำ การดูแลตนเอง มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตามวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS<sup>x</sup> (Statistical Package for the Social Sciences)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและความผาสุก รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส และ ระดับความรุนแรงของโรค ตลอดจนศึกษาความสามารถของตัวแปรต่าง ๆ ในการทำนายการดูแลตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการวิจัยจะเสนอตามลำดับดังนี้คือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แหล่งประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ในเรื่อง การดูแลตนเอง การดูแลตนเอง ความผาสุก และผลการทดสอบสมมุติฐาน

#### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1 และ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน 100 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงคือร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 67.95 ปี เชื้อชาติไทย ร้อยละ 67 รองลงมาได้แก่เชื้อชาติจีนร้อยละ 32 มีสถานภาพสมรสคู่ถึงร้อยละ 66 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาคือร้อยละ 52 ระยะเวลาเฉลี่ยในการศึกษา 4.94 ปี รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท มากที่สุดคือร้อยละ 21.27 รองลงมา ร้อยละ 18.08 มีรายได้เฉลี่ย 2,001-4,000 บาท กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลร้อยละ 69 มีปัญหาการรักษาพยาบาลมาร้อยละ 7 ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ยมากกว่า 5 ปีร้อยละ 31 มีประวัติสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 93 และมีถึงร้อยละ 7.53 ยังคงสูบบุหรี่อยู่จนกระทั่งปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 3

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=100)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน *		
ชาย	80	80	ไม่เกิน 2,000 บาท	6	6.38
หญิง	20	20	2,001 - 4,000 บาท	17	18.08
เชื้อชาติ			4,001 - 6,000 บาท	10	10.64
ไทย	67	67	6,001 - 8,000 บาท	11	11.70
จีน	32	32	8,001 - 10,000 บาท	11	11.70
อื่น ๆ (เวียดนาม)	1	1	10,001-12,000 บาท	6	6.38
สถานภาพสมรส			12,001-14,000 บาท	6	6.38
โสด	6	6	14,001-16,000 บาท	2	2.13
คู่	66	66	16,001-18,000 บาท	0	0
หม้าย	22	22	18,001-20,000 บาท	5	5.34
หย่า แยก	6	6	20,001 บาทขึ้นไป	20	21.27
ระดับการศึกษา			ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	17	17	ไม่มีปัญหา	69	69
ประถมศึกษา	52	52	มีปัญหาเล็กน้อย	17	17
มัธยมศึกษา	10	10	มีปัญหามาก	7	7
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	5	5	มีปัญหามาก	7	7
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	3			
การศึกษานอกระบบ	13	13	การจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
การเลิกสูบบุหรี่ **			เบิกต้นสังกัด	63	63
ยังไม่เลิกสูบ	7	7.53	จ่ายเอง	25	25
เลิกสูบ	86	92.47	สังคมสงเคราะห์	12	12
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน **			การสูบบุหรี่ **		
น้อยกว่า 20 มวน	28	30.11	ไม่สูบ	7	7
20 - 40 มวน	59	63.44	สูบ	93	93
มากกว่า 40 มวน	6	6.45			

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ ***		ระดับความรุนแรงของโรค			
1 ปี หรือ ต่ำกว่า	16	18.61	ระดับ 1	6	6
1 <sup>+</sup> - 3 ปี	14	16.28	ระดับ 2	30	30
3 <sup>+</sup> - 5 ปี	15	17.44	ระดับ 3	40	40
มากกว่า 5 ปี	41	47.67	ระดับ 4	22	22
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี)		ระดับ 5			
1 ปี หรือ ต่ำกว่า	18	18		2	2
1 <sup>+</sup> - 3 ปี	28	28			
3 <sup>+</sup> - 5 ปี	23	23			
มากกว่า 5 ปี	31	31			
* n = 94	** n = 93	*** n = 86			

ตารางที่ 2 นิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อายุ (ปี)	44-84	67.95	8.55
ระยะเวลาในการศึกษา (ปี)	0-16	4.94	3.91
ระยะเวลาในการสูบบุหรี่ * (ปี)	1-68	38.36	13.82
เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ * (ปี)	7-55	20.90	9.32
ปริมาตรอากาศหายใจออกอย่างแรง ใน 1 วินาที (FEV <sub>1</sub> ) มิลลิตร **	390-2,010	941.30	399.51
* n = 93	** n = 46		

### แหล่งประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากแพทย์ร้อยละ 63 รองลงมาเป็นการได้รับความรู้จากสื่อต่าง ๆ ร้อยละ 38 และจากพยาบาลเพียงร้อยละ 21 กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากแหล่งประโยชน์ตั้งแต่ 2 แหล่งขึ้นไป มีบางส่วนที่ได้รับความรู้จากแหล่งประโยชน์เพียงแหล่งเดียว โดยได้รับจากแพทย์ร้อยละ 20 พยาบาลร้อยละ 1 และมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32 ที่ไม่ได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองจากแหล่งประโยชน์ใดเลย

ตารางที่ 3 ความถี่และร้อยละของแหล่งประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 100)

แหล่งประโยชน์ที่ให้ความรู้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	จำนวน	ร้อยละ
แพทย์	63	63
พยาบาล	21	21
สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน	12	12
หนังสือ วิทยุ โทรทัศน์ เอกสาร	38	38
ไม่ได้รับความรู้จากแหล่งใด	32	32

### การดูแลตนเอง

คะแนนการดูแลตนเองอยู่ระหว่าง 0-104 คะแนน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลตนเองไม่เท่ากัน ผู้วิจัยจึงเทียบคะแนนการดูแลตนเองให้เป็นเกณฑ์เดียวกันคือเทียบเป็น 100 คะแนน ได้ค่าเปอร์เซ็นต์คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าพิสัยระหว่าง 45.65-92.71 เปอร์เซ็นต์ เฉลี่ย 72.11 เปอร์เซ็นต์ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.97 มีลักษณะคะแนนเบ้ไปทางซ้ายเล็กน้อย (Skewness = -.20) ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการดูแลตนเองค่อนข้างไปทางสูงเล็กน้อย

เมื่อพิจารณาเป็นการดูแลตนเองเป็นรายข้อ (ดูในภาคผนวก จ) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความพร้อมในการดูแลตนเองในเรื่องการแพ้ยาหรืออาการผิดปกติจากการใช้ยา การฟื้นฟู - สภาวะปอด การชั่งถ่วงปัญหาจากบุคลากรทางการแพทย์ และการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจ และมีการดูแลตนเองได้ดีในเรื่องของการรับประทานยาและการใช้ยาแผน ทยายปลอดภัย การมาตรวจตามนัด การหยุดสูบบุหรี่ และการบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ

### ความผาสก

คะแนนความผาสกมีช่วงระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 1-20 คะแนน เฉลี่ย 13.33 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.54 ลักษณะคะแนนมีทิศทางเบ้ไป ทางซ้าย (Skewness = -.37) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความผาสกค่อนข้างสูง

### ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1-4 เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการดูแลตนเองและความผาสก ใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) ตัวแปรที่มีการวัดในระดับนามสเกล (nominal scale) ได้แก่ สถานภาพสมรส ผู้วิจัยได้แปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ก่อนการวิเคราะห์ โดยกำหนดค่าที่ใช้ในการแปลง คือ สถานภาพสมรส โสด หมาย และแยก = 0 มีคู่ = 1 (รายละเอียดดังตารางที่ 4)

สมมติฐานข้อ 1 กล่าวว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสกในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $r(98)=.38$  ,  $p < .001$  แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งมีการดูแลตนเองดี จะมีแนวโน้มมีความผาสกสูง ดังนั้นสมมติฐานข้อที่ 1 จึงได้รับการสนับสนุน

สมมติฐานข้อ 2 กล่าวว่าระยะเวลาในการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองและความผาสก พบว่าระยะเวลาในการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และความผาสกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $r(98)=.37$  ,  $p < .001$  ;  $r(98)=.25$  ,  $p < .01$



ตามลำดับ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างยิ่งมีการศึกษาสูงจะมีแนวโน้มการดูแลตนเองดีและมีความพึงพอใจสูง นอกจากนี้ยังพบว่า ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $r(98) = -.24, p < .01$  แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างยิ่งมีการศึกษาต่ำแนวโน้มจะมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาก ดังนั้นสมมติฐานข้อ 2 จึงได้รับการสนับสนุน

สมมติฐานข้อ 3 กล่าวว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองและความพึงพอใจ พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $r(98) = .22, p < .05$  แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่อจะมีการดูแลตนเองดี แต่สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ดังนั้นสมมติฐานข้อ 3 จึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

สมมติฐานข้อ 4 กล่าวว่าปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองและความพึงพอใจ จากการศึกษาพบว่าปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองและความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $r(98) = -.28, p < .01$  ;  $r(98) = -.26, p < .01$  แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างที่ยังมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากจะมีแนวโน้มการดูแลตนเองต่ำและมีความพึงพอใจต่ำ และระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $r(98) = -.19, p < .05$  แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างยิ่งมีความรุนแรงของโรคมกมมีแนวโน้มจะมีความพึงพอใจต่ำ แต่ระดับความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ดังนั้นสมมติฐานข้อที่ 4 จึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

นอกจากนี้ยังพบว่าค่า  $FEV_1$  มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $r(98) = -.53, p < .001 (n=46)$  แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างยิ่งมีค่า  $FEV_1$  ต่ำ มีแนวโน้มระดับความรุนแรงของโรคยิ่งมาก

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (n=100)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	$\bar{X}$	SD
1. ระยะเวลาในการศึกษา	1.00							
2. สถานภาพสมรส	.26**	1.00						
3. ปัญหาค่าใช้จ่ายฯ	-.24**	.09	1.00					
4. ระดับความรุนแรงของโรค	-.16	-.20*	.04	1.00				
5. การดูแลตนเอง	.37***	.22*	-.28**	-.14	1.00		72.11	10.97
6. ความพอใจ	.25**	-.01	-.26**	-.19*	.38***	1.00	13.33	4.54

\* p < .05

\*\* p < .01

\*\*\* p < .001

ค่าตัวแปร : สถานภาพสมรส

0 = โสด หม้าย หย่า แยก

1 = คู่

สมมติฐานข้อ 5 กล่าวว่าระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค และความพอใจร่วมกัน สามารถทำนายการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การทดสอบใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) เมื่อนำตัวแปรทั้งหมดได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค และความพอใจเข้าสมการ (ดังตารางที่ 5) พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงความพอใจ และระยะเวลาในการศึกษาเท่านั้น โดยที่ความพอใจถูกเลือกเข้ามาในสมการเป็นอันดับแรก สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 15 และมีนัยสำคัญทางสถิติ  $F(1,98) = 16.96$ ,  $p < .001$  และระยะเวลาในการศึกษาถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับต่อมา สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 8 และมีนัยสำคัญทางสถิติ  $F(2,97) = 9.74$ ,  $P < .001$  ความพอใจและระยะเวลาในการศึกษาร่วมกัน สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 23 และมีนัยสำคัญทางสถิติ  $F(2,97) = 14.11$ ,  $p < .001$  ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

**ตารางที่ 5** การทำนายการดูแลตนเองจากปัจจัยพื้นฐานบางประการและความผาสุก โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) (n=100)

ตัวแปร	ลำดับตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการ	RSQ	RSQ change	F change	P	Beta
ความผาสุก	1	.15	.15	16.96	.001	.38
ระยะเวลาในการศึกษา	2	.23	.08	9.74	.001	.29

overall F (2,97) = 14.11, p <.001

สมมติฐานข้อ 6 กล่าวว่าระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค และการดูแลตนเองร่วมกัน สามารถทำนายความผาสุกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การทดสอบใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) เมื่อนำตัวแปรทั้งหมดได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค และการดูแลตนเองเข้าสมการ (ดังตารางที่ 6) พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายความผาสุกได้มีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียงการดูแลตนเองเท่านั้น สามารถอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกได้ร้อยละ 15 และมีนัยสำคัญทางสถิติ  $F(1,98)=16.96, p <.001$  ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

**ตารางที่ 6** การทำนายความพึงพอใจกับปัจจัยพื้นฐานบางประการและการดูแลตนเอง โดยใช้การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) (n=100)

ตัวแปร	ลำดับตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการ	RSQ	RSQ change	F change	P	Beta
การดูแลตนเอง	1	.15	.15	16.96	.001	.38

overall F (1,98) = 16.96 , p < .001

#### ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้วิจัย ได้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในเรื่องการดูแลตนเองที่นอกเหนือจากแบบสอบถาม ได้ดังนี้

1. การคงสภาพการทำงานของปอด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีวิธีทำให้ สวมห่ออ่อนตัว โดยดื่มน้ำมาก ๆ รับประทานยาละลายเสมหะ หรือยาแก้ไอ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดส่วนใหญ่ใช้วิธีสูดหายใจเข้าออกยาว ๆ และลึก ๆ มีเพียงส่วนน้อยที่ใช้การหายใจแบบเป่าปาก (pursed lip)
2. การคงความสามารถในการประกอบกิจกรรมและการพักผ่อน ส่วนใหญ่ออกกำลังกายโดยการเดินและกายบริหาร สำหรับวิธีที่ช่วยให้นอนหลับส่วนใหญ่รับประทานยานอนหลับตามแผนการรักษา บางรายฟังวิทยุ ฟังเพลง ฟังรายการธรรมะ หรือ นอนไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะหลับไปเอง
3. การเรียนรู้เรื่องยาและการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการแพ้ยามักลดหรือหยุดยาเอง มีบางรายที่รายงานให้แพทย์ทราบ
4. การเรียนรู้การป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงมลภาวะโดยไม่เข้าไปอยู่ในบริเวณดังกล่าว หรือใช้ผ้าปิดจมูก บรรเทาอาการเหนื่อยหอบโดยการหยุดพัก ลดหรือหยุดกิจกรรม ใช้น้ำชงชาหลอดลม หรือใช้ 2 วิธีร่วมกัน มีเพียงบางรายที่

ใช้วิธีหายใจแบบเป่าปาก เมื่อมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนใหญ่นั้นยารับประทานเอง รองลงมารับประทานยาร่วมกับการดูแลตนเอง เช่น ดื่มน้ำอุ่น มีบางรายไปพบแพทย์ วิธีป้องกันตนเองจากผู้ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โดยการไม่เข้าไปใกล้ชิด การบรรเทาอาการแพ้เสี้ยน และลดความวิตกกังวลส่วนใหญ่ใช้วิธีการทางศาสนา เช่น การปลง สวดมนต์ ทำสมาธิ อ่านหนังสือธรรมะ บางรายหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการแพ้เสี้ยน การหยุดสูบบุหรี่ผู้ป่วยส่วนใหญ่หยุดสูบบุหรี่เพราะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ มีถึง 31 รายที่หยุดสูบบุหรี่ด้วยตนเองเนื่องจากมีอาการไอหายใจไม่สะดวก และเหนื่อย

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลตนเองเรื่อง การรับประทาน อาหาร การดื่มน้ำ วิธีการทำให้เสมหะอ่อนตัว วิธีไอที่ถูกต้อง วิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การใช้ยา และการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ผู้ป่วยที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อย เป็นเพราะอายุและเหนื่อย ผู้ป่วยที่ไม่เคยซักถามข้อสงสัยจากบุคลากรทีมสุขภาพ เนื่องจากเกรงใจและตั้งคำถามไม่เป็น

### การอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การดูแลตนเอง และความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษามีทั้งตอบรับและสนับสนุนสมมุติฐานบางส่วนตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม การอภิปรายผลการศึกษา ผู้วิจัยจะอภิปรายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การดูแลตนเอง ความพึงพอใจ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองและสามารถทำนายการดูแลตนเอง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความพึงพอใจและสามารถทำนายความพึงพอใจ และข้อจำกัดในการทำวิจัย ตามลำดับ

### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุเฉลี่ย 67.95 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่บ่งชี้ลักษณะของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นตรงกัน คือ สมองค์ วังศรี (2528) อัจฉรา โอบประเสริฐสวัสดิ์ (2531) และ อัมพรพรหม ตั้งจิตพิทักษ์ (2531) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อาจเนื่องจากรายได้เฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้าง

ข้างสูงเป็นส่วนใหญ่ และสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 ถึงร้อยละ 40 อาจเนื่องจากลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยมีการปรับตัว และดูแลตนเอง ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและความผาสุกของตนเอง (Orem 1985 ใน สมจิต หนูเจริญกุล, ใน ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ 2533: 128) เมื่ออาการของโรครุนแรงขึ้นจึงมาพบแพทย์ รวมทั้งว่าค่าปริมาตรอากาศหายใจ ออกอย่างแรงใน 1 วินาที ( $FEV_1$ ) จะลดลงอย่างช้าๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้นในคนปกติ แต่ในผู้ที่สูบบุหรี่ค่า  $FEV_1$  ลดลงอย่างรวดเร็ว (Habib, et al. 1987 cited in Flenley 1988: 554; Fletcher & Peto 1977 อ้างใน หนูเกษม เจริญพันธุ์, ใน สมชัย บวรกิตติ และ นันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ 2531: 283) ดังนั้นการสูบบุหรี่จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ภาวะโรคเลวลง ผู้ป่วยจึงมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ พบว่า แหล่งประโยชน์ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย ส่วนใหญ่คือแพทย์ผู้รักษา มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ตอบว่า ได้รับความรู้จากพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อาจเนื่องจาก บทบาทของพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกทำหน้าที่ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษา ตลอดจนระบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนั้น เป็นการนำเอกสารการปฏิบัติตน เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจัดไว้ให้สำหรับผู้ป่วยศึกษาด้วยตนเอง อาจไม่ตรงกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยแต่ละบุคคล แต่เนื่องจากข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากสื่อต่างๆ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ ทำให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับความรู้ เรื่องการดูแลตนเองจากสื่อต่างๆ ร้อยละ 38 รองจาก ได้รับความรู้จากแพทย์ และมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32 ตอบว่าไม่ได้รับข้อมูลจากแหล่งประโยชน์ใดๆ เมื่อพิจารณาคะแนนการกระทำการดูแลตนเองซึ่งค่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 72.11$ ) แสดงว่า แม้ผู้ป่วยจะไม่ได้ได้รับความรู้ เรื่องการดูแลตนเองจากบุคคลอื่น แต่มีความสามารถกระทำการดูแลตนเองได้ดีขึ้นเกิดจากประสบการณ์ที่ป่วยเป็นเวลานานเฉลี่ย 5 ปีขึ้นไปจนถึงร้อยละ 31 เป็นการสนับสนุนแนวคิดที่ว่า การดูแลตนเองเป็น เรื่องของธรรมชาติและเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก (สมจิต หนูเจริญกุล, ใน ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ 2533: 128) หรือ อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยชราพร้อมกับภาวะพร้อมออกซิเจน ทำให้ผู้ป่วยหลงลืมหรือไม่รู้ว่าจะ ได้รับความรู้การดูแลตนเองจากบุคคลอื่น

### การดูแลตนเอง

ผลการศึกษาครั้งนี้ คณะนการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 72.11$ ,  $SD = 10.97$ ,  $Skewness = -.20$ ) จากแบบวัดการกระทำ การดูแลตนเองของไรลีย์ (Riley Self-Care Action Scale : RSCAS) (Riley 1989) ฉบับแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 26 ชื่อ การ ประเมินการกระทำ การดูแลตนเองด้วยแบบวัดนี้ไม่สามารถเปรียบเทียบได้โดยตรงกับการศึกษา ของไรลีย์ เนื่องจากแบบวัดการกระทำ การดูแลตนเองของไรลีย์นี้มีจำนวน 31 ชื่อ เมื่อปรับคะแนนเฉลี่ยให้อยู่ในมาตรฐานเดียวกัน คณะนการดูแลตนเองในการศึกษาครั้งนี้สูงกว่า การศึกษาของไรลีย์ทั้งก่อนและหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เนื่องจาก ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองหลายด้าน จึงกระทำการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเพื่อสนองตอบ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และเนื่องจากการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ วัฒนธรรมนิยมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม (Orem 1985 ใน สมจิต หนูเจริญกุล 2533: 7) โดยที่สังคมไทยมีความใกล้ชิดในหมู่เครือญาติและเป็นลักษณะครอบครัวขยาย แม้ผู้ป่วย ไม่สามารถกระทำการดูแลตนเองได้ บุคคลอื่นในครอบครัว เช่น คู่สมรส หรือบุตรหลาน ช่วย กระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยได้สูงสุด ยกเว้นการดูแลตนเองใน บางเรื่อง เช่นการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด แต่สมาชิกในครอบครัวจะมีบทบาทในการกระตุ้น สนับสนุน ให้อุปวยดูแลตนเอง

อาจสรุปได้ว่า คณะนการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างซึ่งค่อนข้างสูงนี้ เป็นไปตาม ลักษณะของผู้ป่วยที่กระทำการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งหมดที่เพิ่มขึ้นและไม่คงที่ ร่วมกับประสบการณ์การป่วยมานาน เป็นการสนับสนุนแนวคิดของโอเร็มที่ว่า การดูแลตนเองเป็น เรื่องธรรมชาติ เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ภายใต้วัฒนธรรมนิยมประเพณีและวัฒนธรรม และเป็น การกระทำที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีภาวะสุขภาพ และความผาสุก (Orem 1991: 117)

## ความผาสุก

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความผาสุกในระดับปานกลางค่อนข้างสูง เล็กน้อย ( $\bar{X} = 13.33$  ,  $SD = 4.54$  ,  $Skewness = -.37$ ) ต่ำกว่าการศึกษาของ สุวิมล หนาวัลณกุล (2534) ซึ่งศึกษาอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตใน ผู้สูงอายุที่มารับบริการการส่งเสริมสุขภาพจากคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลประจำจังหวัดหนองคาย อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีความต้องการการดูแลตนเองหลายด้านและ ไม่คงที่ มีชีวิตจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการกระทำบทบาทในสังคม ตลอดจนผู้ป่วย จะมีรายจ่ายสูง เนื่องจากค่าครองชีพในกรุงเทพมหานครค่อนข้างสูงกว่าต่างจังหวัด และต้องนำ รายได้ส่วนหนึ่งไปเป็นค่ารักษาพยาบาล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความผาสุกต่ำกว่าผู้สูงอายุ แต่คะแนนความผาสุกของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก (ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู 2532) และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัด ของเสียออกทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (สนธยา พิชัยกุล 2533) อธิบายได้ว่ากลุ่ม ตัวอย่างอยู่ในวัยผู้สูงอายุ ภาวะในการประกอบอาชีพลดลง รวมทั้งบุคคลที่อยู่ในวัยนี้จะใช้ ศาสตร์เป็นเครื่องมือที่ช่วยจิตใจ การตอบแบบสอบถามเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.84 ใช้วิธีการทางศาสนาช่วยลดความวิตกกังวล และลักษณะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังการดำเนิน โรคมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยมีการปรับตัว พัฒนากิจกรรมและความสามารถในการดูแลตนเอง ตามระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้ชีวิตอยู่รอดและปลอดภัย เมื่อผู้ป่วยดูแลตนเอง ได้ อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง จึงเกิดความผาสุกแม้จะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากความผาสุก เป็นการรับรู้สภาวะการณั้ัน ๆ ตามศักยภาพของบุคคล

นอกจากการศึกษาที่กล่าวแล้ว การประเมินความผาสุกด้วยเครื่องมือของแคนทริล นั้นมีการนำไปศึกษาในการศึกษาอื่น ๆ แต่ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบได้โดยตรง เนื่องจากมิติ ในการวัดครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาวัดความผาสุกในแนวคิดของโอ เร็ม ที่กล่าวว่าความผาสุก ประกอบด้วยความพึงพอใจและความสุขในชีวิต ในขณะที่การศึกษาอื่นวัดความพึงพอใจในชีวิต เพียงมิติเดียว จากการศึกษาของแคนทริล (Cantril 1963 cited in Jackle 1974:364) ทำการศึกษาในคนปกติชาวอเมริกันได้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิต 6.60 คะแนน สูงกว่าการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของแจคเกิล (Jackle 1974) พบว่าความพึงพอใจในชีวิตในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 5.2$ ) ซึ่งแตกต่าง จากการศึกษาคความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (กลุ่มควบคุม  $\bar{X} = 6.25$ ,  $SD = 1.65$ ; กลุ่มทดลอง  $\bar{X} = 7.27$ ,  $SD = 1.49$ ) (ยุพิน

ของสวัสดีวงศ์ 2533) เนื่องจากปัจจัยที่ทำให้คะแนนความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกันได้แก่ ภาวะสุขภาพ การมีกิจกรรมในสังคม ความเชื่อในการควบคุมตนเอง (Palmore & Luikart 1972: 68-80) และการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Jackle 1974: 362)

สรุปว่าการศึกษาคั้งนี้คะแนนความพึงพอใจในระดับใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นที่วัดในมิติเดียวกัน อาจกล่าวได้ว่าบุคคลสามารถมีความพึงพอใจได้แม้จะตกอยู่ในภาวะที่มีความทุกข์ยากต่างๆ รวมทั้งความทุกข์ยากอันเกิดจากการสูญเสียหน้าที่ตามปกติของร่างกายหรือการเจ็บป่วย เนื่องจากการรับรู้ความพึงพอใจนั้นเป็นการรับเฉพาะบุคคลที่มีต่อสภาพการณ์นั้นๆ (Orem 1985 : 179)

#### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองและสามารถทำนายการดูแลตนเอง

จากผลการศึกษา พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส และความพึงพอใจ และเมื่อนำตัวแปรดังกล่าวเข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่าตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองนั้นได้แก่ ความพึงพอใจและระยะเวลาในการศึกษา โดยที่ความพึงพอใจเป็นตัวแปรที่ทำนายการดูแลตนเองได้ดีที่สุด สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 15 และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน ( $\beta$ ) สูงที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าความพึงพอใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ  $r(98) = .38, P < .001$  ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสนธยา พิชัยกุล (2533) ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการชจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความพึงพอใจในปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988) ที่พบว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา

ดังนั้น การศึกษาคั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นแนวคิดของโอ เริ่มที่กล่าวว่าความพึงพอใจมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง โดยที่บุคคลรับรู้ความพึงพอใจเพียงพอจะทำให้บุคคลริเริ่ม และมีความพยายามกระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองตามความต้องการการดูแลตนเองต่อไป (Orem 1991: 166)

ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $r(98) = .37, P < .001$  และพบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก ความผาสุกได้อีกร้อยละ 8 นั่นคือบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีการดูแลตนเองดี สอดคล้องกับการศึกษา ของรัตน มาศเกษม (2527) ภัทรา จุลวรรณา (2529) และจิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ที่พบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู วัณโรคปอด และผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าบุคคลที่มีการศึกษาจะมีความเข้าใจ ในเรื่องโรคและแผนการรักษาได้ดียิ่งขึ้น มีความสามารถในการตั้งคำถามกับบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนรู้จักแสวงหาแหล่งประโยชน์และใช้แหล่งประโยชน์ได้ดี (Muhlenkamp & Sayles 1986: 336) ดังนั้น จึงเป็นการสนับสนุนแนวคิดของโอเรอิมที่ว่าสติปัญญา ความนึกคิด จะพัฒนา ความสามารถในการดูแลตนเอง คำแนะนำจากบุคคลอื่น ตลอดจนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง จะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการใช้เหตุใช้ผลในการตัดสินใจระทำการดูแลตนเอง หรือปรับเปลี่ยนการกระทำตามแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Orem 1985: 106)

ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ  $r(98) = -.28, P < .01$  แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างยิ่งมีปัญหาค่าใช้จ่ายมาก มีแนวโน้มว่าจะมีการดูแลตนเองต่ำ การศึกษาเกี่ยวกับเศรษฐกิจของบุคคลมีการศึกษามาก ในเรื่อง รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ ดังเช่นรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (จิรภา หงษ์ตระกูล 2532) สามารถอธิบายได้ว่าฐานะทางเศรษฐกิจเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ดังนั้น บุคคลที่ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สามารถสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง ได้จากการรู้จักแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง มีโอกาสใช้แหล่งประโยชน์และบริการด้านสุขภาพ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาก

อย่างไรก็ตาม เมื่อนำเอาปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเข้าสมการทำนายการดูแลตนเอง พบว่าปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ (ตารางที่ 5) เนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ  $r(98) = -.24, P < .01$  ในขณะที่ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองต่ำกว่าความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาในการศึกษากับการดูแลตนเอง  $r(98) = -.28, P < .01$ ;  $r = .37, P < .001$  ดังนั้นความแปรปรวนของปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจึงเป็นความแปรปรวนร่วมกับระยะในการศึกษา และเมื่อนำความแปรปรวนร่วมที่สามารถอธิบายได้ด้วยระยะเวลาในการศึกษาออก จึงทำให้ปัญหา

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้อีกต่อไป นั้นแสดงว่าปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ซึ่งกัน และกันและไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิการ์ตัน ยมดิษฐ์ (2533) ที่ศึกษาในกลุ่มมารดาครรภ์แรกหลังคลอด จากการค้นพบนี้จึงสนับสนุนแนวคิดของโอ เริ่มที่ว่าฐานะทางเศรษฐกิจและระดับการศึกษา ซึ่งจัดเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ของบุคคลในการกระทำการดูแลตนเอง (Orem 1985)

สถานภาพสมรสพบว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ  $r(98) = .22, P < .05$  นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสจะมีการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด หย่าหรือแยกกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ด่วงแพง (2530) พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรส มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากคู่สมรสเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจัดเป็นแหล่งประโยชน์อีกประการหนึ่งของบุคคล

คู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะมีความรัก ความเข้าใจ ได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นแรงผลักดันและเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยกระทำการดูแลตนเอง ดังการศึกษาของเซกตันและมันโร (Sexton & Munro 1985: 83-90) ศึกษาผลกระทบต่อชีวิตของภรรยาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจำเป็นต้องพึ่งพาภรรยาในเรื่องของการประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหารหรือยา และทำความสะอาดอุปกรณ์ฟลลอะอง ไอน้ำ และมีส่วนหนึ่งที่ต้องได้รับความช่วยเหลือตลอดเวลา การศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการดูแลตนเอง เช่น อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531) ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลัดดาวัลย์ สิงห์คำพู่ (2532) ศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และสนธยา พิชัยกุล (2533) ศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยอื่นที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองและไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองได้ คือ ระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ ยัมวิไล (2531) ศึกษาในกลุ่มหอบหืด พบว่าความรุนแรงของโรคไม่สัมพันธ์กับการดูแลตนเอง อธิบายได้ว่าความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งที่บ่งชี้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เมื่ออาการของโรคมากขึ้น ผู้ป่วยมีความสามารถจำกัดในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ดังนั้น แม้ผู้ป่วยจะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเพียงใด แต่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ และในการศึกษา

ครั้งนี้ค่าระดับความรุนแรงของโรคประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย (Subjective data) ถึงความสามารถในการทำกิจกรรมโดยไม่ได้ทำการทดสอบความสามารถในขณะนั้น และเกณฑ์ในการตัดสินระดับความรุนแรงของโรคเป็นการเปรียบเทียบการดูแลตนเองเพื่อคงความสามารถในการประกอบกิจกรรมเพียงด้านเดียวเท่านั้น จึงอาจทำให้ระดับความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและระดับความรุนแรงของโรค ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีแนวโน้มว่าความสัมพันธ์จะเป็นในทางลบ ( $r = -.14$ ) นั่นคือ ระดับความรุนแรงของโรคยิ่งมาก มีแนวโน้มว่าการดูแลตนเองจะลดลง เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นรุนแรงมากขึ้นจะทำให้เกิดหอบเหนื่อย เลือดขาดออกซิเจน และมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ทำให้มีผลต่อการคิดและตัดสินใจในการดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและระดับความรุนแรงของโรคอาจจะมีนัยสำคัญทางสถิติ ถ้าเกณฑ์ในการวัดระดับความรุนแรงของโรคมีความไว (Sensitivity) สูงพอ และจำนวนผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกันมีมากพอ

สรุปได้ว่า ความพอใจ ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และความพอใจและระยะเวลาในการศึกษา ร่วมกัน สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ร้อยละ 23 เหลืออีกร้อยละ 77 ที่อธิบายได้ด้วยตัวแปรอื่นที่ไม่ได้รวมไว้ในการศึกษาครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นความตรงของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอ เร็ม ในบางส่วน

#### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพอใจและสามารถทำนายความพอใจ

การศึกษานี้พบว่า เมื่อนำระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค และการดูแลตนเองเข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อทำนายความพอใจ มีเพียงการดูแลตนเองเท่านั้น ที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความพอใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 15 ดังนั้นการศึกษานี้จึงสะท้อนให้เห็นความตรงของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอ เร็ม ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อสนองตอบต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น ถ้าการดูแลตนเองนั้นมีประสิทธิภาพ บุคคลจะคงไว้ซึ่งความพอใจ นอกเหนือจากการคงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพ

นอกจากการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกแล้ว พบว่าระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $r(98) = .25$ ,  $p < .01$  สอดคล้องกับการศึกษาของประภา รัตนเมธานนท์ (2532) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา อธิบายได้ว่าการศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ตลอดจนมีความสามารถใช้เหตุและผลในการตัดสินใจพิจารณากระทำการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 120) เมื่อบุคคลกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดความผาสุก (Orem 1985 : 90) ดังนั้นระยะเวลาในการศึกษาจึงมีความสัมพันธ์กับความผาสุก

การศึกษาคั้งนี้ พบว่าปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $r(98) = -.26$ ,  $p < .01$  แสดงว่าบุคคลยังมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มจะมีความผาสุกต่ำ หรืออาจกล่าวได้ว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลกับความผาสุก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) และ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharernkul 1988) ศึกษาในลักษณะของรายได้กับคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา

ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือฐานะทางเศรษฐกิจ จัดเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล บุคคลที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาก จะขาดโอกาสในการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเรื้อรัง เมื่อภาวะโรคเลวลง ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จึงเพิ่มปัญหาด้านเศรษฐกิจ ที่เกิดจากการไม่ได้ประกอบอาชีพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Sexton & Munro 1985 : 86) รวมทั้งเกิดความยากลำบากในการรักษาพยาบาล และหน้าที่ที่มีต่อครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลดูแลตนเองได้ไม่ดีจึงทำให้มีความผาสุกต่ำ หรืออาจกล่าวได้ว่าปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์โดยตรงและโดยอ้อมกับความผาสุก

นอกจากนี้พบว่าระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $r(98) = -.19$ ,  $p < .05$  แสดงว่าระดับความรุนแรงของโรคยิ่งมากผู้ป่วยยิ่งมีความผาสุกต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) ที่พบว่าระดับความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อ

หัวใจตาย และเบร็คฮาร์ดท์ (Bruckhardt 1985 :11-16) ศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ พบว่าความรุนแรงของอาการกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของบราวน์และคณะ (Brown ,et al. 1981 :1136-1146) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีระดับความรุนแรงของโรคมามาก (ระดับ 4,5) มีข้อจำกัดในการกระทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือตนเองได้น้อย จำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีความรู้สึกสิ้นหวัง หมดสิ้นหนทางและเหนื่อยล้ามากกว่าผู้ที่มีความรุนแรงของโรคในระดับ 1,2 (Kinsman, et al. 1983:755-761) ดังนั้นความรุนแรงของโรคจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุก

ปัจจัยที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุก ได้แก่สถานภาพสมรส  $r(98) = -.01$  สอดคล้องกับการศึกษาของประภา รัตนเมธานนท์ (2532) และสนัญญา พิชัยกุล (2533) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และจากรัฐธรรมนูญไทย ที่มีความรักใคร่ผูกพันและความใกล้ชิดในหมู่เครือญาติ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว นอกเหนือจากคู่สมรส ดังนั้นสถานภาพสมรสจึง ไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุก

การดูแลตนเอง ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และระดับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความผาสุก และมีเพียงการดูแลตนเองเท่านั้นที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 15 ดังนั้นทฤษฎีการดูแลตนเองจึงได้รับการพิสูจน์บางส่วน และมีปัจจัยอื่นที่ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้อาจทำนายความผาสุกได้มากขึ้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่าผลการวิจัยทั้งหมดนี้ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองและสามารถทำนายการดูแลตนเอง ได้แก่ ความผาสุกและระยะเวลาในการศึกษา และปัจจัยทั้งสองร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 23 ส่วนอีกร้อยละ 77 นั้นอธิบายได้ด้วยตัวแปรอื่นที่ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้อัน สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุก และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกได้มีเพียงการดูแลตนเองเท่านั้น คือ อธิบายความแปรปรวนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 15 อย่างไรก็ตามผลการศึกษาค้างนี้สะท้อนให้เห็นความตรงของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอ เร็ม ในบางส่วน ยังมีปัจจัยอื่นที่ไม่ได้นำมาศึกษาอาจมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองและความผาสุก ควรมีการศึกษาในปัจจัยอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนต่อไป

### ข้อจำกัดในการวิจัย

ข้อจำกัดในด้านความตรงภายใน (Internal validity) ครั้งนี้ประกอบด้วย

1. การตอบแบบสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างอาจตอบในลักษณะที่สังคมยอมรับ และตอบไม่ตรงความเป็นจริงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตอบแบบวัดการกระทำการดูแลตนเอง
2. ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความลำเอียง ที่เกิดจากตัวผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย ในการอ่านและอธิบายข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ ซึ่งผู้วิจัยมีความคาดหวังในผลการวิจัย อาจทำให้มีอิทธิพลต่อคำตอบของกลุ่มตัวอย่างได้

ข้อจำกัดในด้านความตรงภายนอก (External validity) ของการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. การเก็บข้อมูลเป็นแบบเฉพาะเจาะจง เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่ได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสถาบันอื่นได้
2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยร่วมในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ศึกษาตัวแปรต่างกัน คือ ความฉลาด ความวิตกกังวล และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงในประชากรกลุ่มอื่นได้

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองและความพึงพอใจ โดยใช้กรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดและคลินิกอายุรกรรมทั่วไปที่มีการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2533 ถึงวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2534 จำนวน 100 รายตามคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและได้รับการรักษาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน โดยมีอาการทางคลินิกที่บ่งชี้ถึงภาวะของโรค และตรวจสมรรถภาพปอด (Pulmonary Function Test) ได้ค่า FEV1 / FVC < 70 % และหลังพ่นยาขยายหลอดลมแล้ว ค่า FEV1 ไม่เพิ่มขึ้นเกินกว่า 20 % หรือหมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและวินิจฉัยทางคลินิกจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีอาการและอาการแสดงของโรคทางคลินิก เช่น หอบ เหนื่อย และมีการดำเนินของโรคอย่างชัดเจนไม่ต่ำกว่า 3 เดือน
2. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ที่ดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเองจำนวน 11 ราย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์จำนวน 89 ราย การเรียงลำดับแบบสอบถามเป็นดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบวัดความพึงพอใจด้วยตนเองของแคนทริล (Cantril Self - Anchoring Ladders Scale) (Cantril 1963)

3. แบบวัดการกระทำการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสร้างโดยไรลีย์ (Riley Self-Care Action Scale : RSCAS) (Riley 1989) ฉบับแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทยโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิในการปฏิบัติการพยาบาล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม 1 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำมาปรับอีกครั้ง แล้วจึงไปหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัท 0.80 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัท 0.75

นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 3 ชุดไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตามวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS<sup>x</sup> (Statistical Package for the Social Sciences)

ผลการวิจัยพบว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาด ระยะเวลาในการศึกษา และสถานภาพสมรส  $r(98) = .38, p < .001$ ;  $r(98) = .37, p < .001$ ;  $r(98) = .22, p < .05$  และพบว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล  $r(98) = -.28, p < .01$  เมื่อนำ ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค และความฉลาด เข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) เพื่อทำนายการดูแลตนเอง พบว่า ความฉลาดและระยะเวลาในการศึกษา ร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 23 และมีนัยสำคัญทางสถิติ  $F(2,97) = 14.11, p < .001$  เมื่อนำพิจารณาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาด พบว่าความฉลาดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองและระยะเวลาในการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ  $r(98) = .38, p < .001$ ;  $r(98) = .25, p < .01$  ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความฉลาดอย่างมีนัยสำคัญ  $r(98) = -.26, p < .01$ ;  $r(98) = -.19, p < .05$  เมื่อนำระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค และการดูแลตนเอง เข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อทำนายความฉลาด พบว่ามีเพียงการดูแลตนเองเท่านั้นที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความฉลาดได้ร้อยละ 15 และมีนัยสำคัญทางสถิติ  $F(1,98) = 16.96, p < .001$

ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมาเป็นส่วนใหญ่ และสนับสนุนความตรงของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอ เร็ม เป็นบางส่วน

### ข้อเสนอแนะ

การนำไปใช้ทางด้านปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุก และสามารถทำนายความผาสุกของกลุ่มตัวอย่าง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อดำรงไว้ซึ่งความผาสุกได้ตามศักยภาพสูงสุดของแต่ละบุคคล ดังนี้

1. เป็นแหล่งให้ความรู้โดยตรง ชี้นะ สนับสนุนและจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยแต่ละราย ให้ได้มากที่สุด ความรู้ที่ให้ความเป็นในเรื่องต่อไปนี้การฝึกหายใจแบบเป่าปาก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การหลีกเลี่ยงและการป้องกันตนเองจากภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอาการกำเริบรุนแรง
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือกันเอง และใช้ประสบการณ์ความเจ็บป่วยให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและบุคคลอื่น เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุก จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
3. จัดหาแหล่งประโยชน์ในสังคมให้มีเพียงพอ และชี้แนะให้ผู้ป่วยและคู่สมรสหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วย รู้จักแสวงหาและใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในสังคม เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ควรส่งปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล

การนำไปใช้จัดหลักสูตรการเรียนการสอน จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นความตรงของทฤษฎีการดูแลตนเอง จึงควรจัดให้มีการเรียนการสอนทฤษฎีการพยาบาลของโอ เร็ม เป็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติ โดยส่งเสริมให้นักศึกษาระดับถึงเป้าหมายของการพยาบาลคือการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วย เรื้อรัง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองซึ่งมีหลายด้านและ ไม่คงที่

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาแนวทางในการจัดระบบการพยาบาล เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อคงความพึงพอใจของผู้ป่วย
2. ศึกษาปัจจัยหรือตัวแปรอื่นที่ไม่ได้นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ที่คาดว่าจะมีผลต่อการดูแลตนเองและความพึงพอใจ ตลอดจนศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เพื่อสนับสนุนความตรงของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอ เร็ม
3. ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในต่างโรงพยาบาล และควรทำการสุ่มตัวอย่าง เพื่อสามารถนำผล ไปอ้างอิงถึงประชากรได้ เพิ่มมากขึ้น
4. ศึกษาความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีความต้องการการดูแลตนเองไม่เท่ากัน ดังนั้นการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอ เร็ม บ่งชี้ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้โดยตรง ซึ่งจะนำไปสู่การศึกษาแนวทางในการจัดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการจัดระบบการพยาบาล เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังต่อไป



### บรรณานุกรม

- จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- บุญเรียง ขจรศิลป์. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS<sup>®</sup>. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พิลิกส์อินเตอร์การพิมพ์, 2533.
- ประภา รัตน์เมฆาณนท์. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- ประภิก วาทีสาธกกิจ. "การสูบบุหรี่." ใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, หน้า 115-126. สมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย จำกัด, 2531.
- พูนเกษม เจริญพันธุ์. "การดำเนินโรคและพยากรณ์โรค." ใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, หน้า 281-292. สมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย จำกัด, 2531.
- ภัทรา จุลวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตรามรณะและปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืดเรื้อรัง ในจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529
- ยุพิน ทองสวัสดิ์วงศ์. ผลการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลเฉพาะทางและผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองต่อภาวะควบคุมโรคและความพึงพอใจในชีวิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ยุวดี ภาชา และคณะ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วิตตอรี เพาเวอร์พอยต์, 2531.

- รังสรรค์ ปุษปาคม และอนุรัตน์ เอื้อสุดกิจ. "พยาธิสรีรวิทยา." ใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, หน้า 81-93. สมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย จำกัด, 2531.
- รังสรรค์ ปุษปาคม และประภาพร ยงใจยุทธ. โรคระบบทางเดินหายใจ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทแอก้า อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด, 2532.
- รัตนา มาศเกษม. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอ้อม ไนท์สัน และปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- วิชัย ต้นไฉจิตร. "โภชนาการกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง." ใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, หน้า 387-398. สมชัย บวรกิตติและนันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย จำกัด, 2531.
- วิภารัตน์ ยมดิษฐ์. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก กับความสามารถในการปฏิบัติ การดูแลตนเองในมารดาครรภ์แรกหลังคลอดปกติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- สนธยา นิธิกุล. ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความรู้สึกลึกซึ้งในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษา โดยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- สมจิต หนูเจริญกุล. "การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง." ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. ฉบับครั้งที่ 8 หน้า 244-273. สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: มิตรเจริญการพิมพ์, 2531.
- . ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

- \_\_\_\_\_ . "การดูแลตนเองในการพยาบาล ทฤษฎีและการประยุกต์ทางคลินิก." ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลตนเอง, หน้า 126-155. ลีอชัย ศรีเงินยวงและทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- สมใจ ยิ้มวิไล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สมชัย บวรกิตติและนันทา มาระเนตร์. "นิยามและการจำแนกโรค." ใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, หน้า 45-52. สมชัย บวรกิตติและนันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย จำกัด, 2531.
- สมพร บุษราทิศ. "ปัญหาทางจิตใจ." ใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, หน้า 379-386. สมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย จำกัด, 2531.
- สมองค์ วังศรี. ผลการบริหารการหายใจต่อสมรรถภาพในการทำงานของปอดในผู้ป่วยโรคหอบหืดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพนิมฟ์, 2527.
- สุภาภรณ์ ดั่งแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สุวรรณณี จรุงจิตอราริและสมชัย บวรกิตติ. "กายภาพบำบัด." หน้า 293-306. ใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, สมชัย บวรกิตติและนันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย จำกัด, 2531.
- สุวิมล พนาวัฒนกุล. อัฒมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย. "โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับการฝึกออกกำลังกาย." วารสารพยาบาล.  
(มกราคม-มีนาคม 2533 ):60-67.

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติ  
ตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหอบหืดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหา-  
บัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

อัมพรพรรณ ตั้งจิตนิรักษ์. ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามแบบแผนต่อสมรรถภาพการทำงาน  
ของปอดและความสามารถในการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยา-  
นิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. ภัคดีวิทยาลัย มหาวิทยาลัย-  
มหิดล, 2531.

Agle, D.P. & Baum, G.L. "Psychological aspects of COPD." Medical  
clinics of North America. 61 (July 1977) : 749-757.

Agle, D.P., et al. "Multidiscipline Treatment of Chronic Pulmonary  
Insufficiency : Psychologic Aspects of Rehabilitation."  
Psychosomatic Medicine. 35 (January - February 1973) : 41 - 49.

Barstow ,R.E. "Coping with Emphysema." Nursing Clinics of North  
America. 9 (March 1974) : 137-145.

Brown, J.S., et al. "Life Satisfaction and Chronic Disease :  
Exploration of A Theoretical Model." Medical Care. XIX  
(November 1981) : 1136-1146.

Burckhardt, C.S. "The Impact of Aithitis or Quality of Life."  
Nursing Research. 34 (January/February 1985) : 11-16.

Burns, M.D. Pulmonary Care : A Guide for patient Education. Norwalk:  
Appleton-Century-Crofts, 1983.

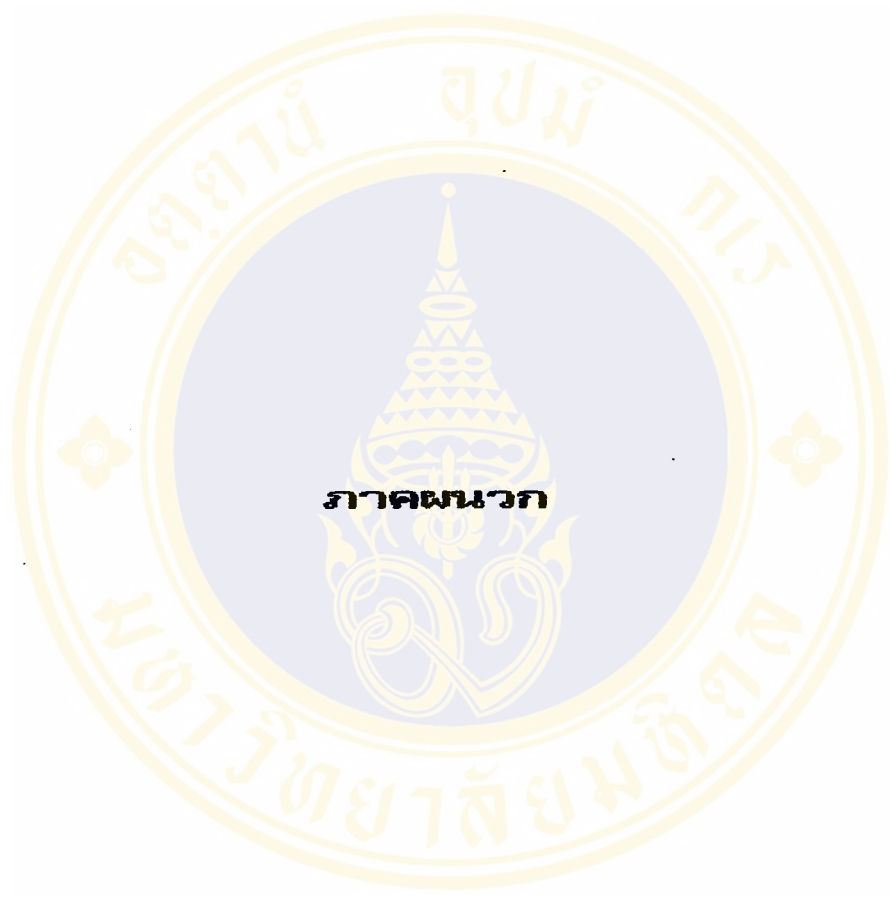
Cantril, H. "A Study of Aspirations." Scientific American. 208  
(February 1963) : 41-45.

Casciari, R.J. "Effects of Breathing Retraining in Patients with  
Chronic Obstructive Pulmonary Disease." Chest. 79 (April 1981):  
393-398.

- Davidson, J. "Pulmonary rehabilitation." Nursing Clinics of North America. 9 (June 1981):275-283.
- Dudley, D., et al. "Psychosocial Concomitants to Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Part I. Psychosocial and Psychological Considerations." Chest. 77 (March 1980): 413-419.
- Flanagan, J.C. "Measurement of Quality of Life : Current State of the art." Archives of Internal Medicine. 63 (February 1982) : 56-59.
- Flenley, D.C. "Chronic Obstructive Pulmonary Disease." Disease-a-Month. XXXIV (September 1988): 537-599.
- Foster, S. & Thomas III, H.M. "Pulmonary Rehabilitation in Lung Disease Other than Chronic Obstructive Pulmonary Disease." American Review Respiratory Disease. 141 (January 1990) : 601-604.
- Gray-Donald, K.. et al. "Effect of Nutritional Status on Exercise Performance in Patients with COPD." American Review of Respiratory Disease. 140 (December 1989) : 35-41.
- Hubbard, P. Muhlenkamp, A.F. & Brown, N. "The Relationship between Social Support and Self-Care Practice." Nursing Research. 33(September-October 1984) : 266-269.
- Hanucharunukul, S. Social Support, Self-Care, and Quality of Life in Cancer patients receiving radiotherapy in Thailand. (Doctoral dissertation) College of Nursing, Wayne State University, Detroit, MI. 1988.
- Holmes, C.A. "Health Care and Quality of Life : a review." Journal of Advanced Nursing. 14 (1989) : 833-839.
- Hughes, L.R. & Davison, R. "Limitations of Exercise Reconditioning in COLD." Chest. 83 (February 1983): 241-247.

- Jalowice, A. & Powers, M.J. "Stress and Coping in Hypertensive and Emergency Room Patients." Nursing Research. 30 (January-February 1981) : 10-15.
- Jackle, M.J. "Life Satisfaction and Kidney Dialysis." Nursing Forum. XIII (1974) : 360-371.
- Kaplan, R.M. et al. "Validity of a Quality of Well-Being Scale as an outcome Measure in chronic obstructive Pulmonary Disease." Journal of Chronic Disease. 37(1984) : 85-95.
- Kinsman, A.R.. et al. "Symptoms and Experiences in Chronic Bronchitis and Emphysema." Chest. (May 1983): 755-761.
- Krop, H.D. et al. "Neuropsychologic Effects of continuous oxygen Therapy in chronic obstructive pulmonary disease." 83 Chest. 64(September 1973) : 317-322.
- McKeehan, K.M., Cowling III, W.R., Wykle, M.L. "Cantril Self- Anchoring Ladders: Methodological Considerations for Nursing Science." In Nursing Research Methodology. pp. 285-294. Edited by P.L.Chinn. Maryland: An Aspen Publication, 1986.
- McSweeny, A.J. et al. "Life Quality of Patients with chronic obstructive pulmonary disease." Archive Internal Medicine. 142(March 1982) : 473-478.
- Michaels, C. "Self- Care Model among COPD Patients." In The Science and Art of Self-Care. pp. 279-284. Edited by J. Riehl-Sisca. Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1985.
- Muhlenkamp, A.F. & Sayles, J.A. "Self-Esteem, Social Support, and Positive Health Practices." Nursing Research. 35(November-December 1986) : 334-338.
- Neimi, M.L. et al. "Quality of Life 4 Years after Stroke." Stroke. 19 (September 1988) : 1101-1107.

- Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 3rd. ed. New York : McGraw-Hill Book Company, 1985.
- \_\_\_\_\_. Nursing Concepts of Practice. 4th. ed. St.Louis: Mosby-Year Book, Inc., 1991.
- O'Young, J. & McPeck, B. "Quality of Life Variables in Surgical Trials." Journal of Chronic Disease. 40 (1987) : 513-552.
- Palmore, E. & Luikart, C. " Health and Social Factors Related to Life Satisfaction." Journal of Health & Social Behavior. 13 (March 1972) : 68-80.
- Prigatano, G.P., et al. "Quality of Life and Its Predictors with mild Hypoxemia and chronic obstructive Pulmonary Disease." Archives Internal Medicine. 144(August 1984) : 1613-1619.
- Shapiro, B.A., et al. Clinical Application of Respiratory Care. Chicago : Year Book Medical Publishers Inc., 1985.
- Shekleton, M. E. "Coping with Chronic Respiratory Difficulty." Nursing Clinics of North America. 22(September 1987): 569-581.
- Smart, C.R. & Yates. J.W. "Quality of Life." Cancer. 60(August 1987): 620-622.
- Sexton, D.L. Nursing Care of the Respiratory Patient. Norwalk : Appleton & Lange, 1990.
- Sexton, D.L. & Munro, B.H. "Impact of a Husband's chronic Illness (COPD) on the Spouse's Life." Research in Nursing and Health. 8(March 1985) 83-90.
- Riley, C.P. "Effect of Pulmonary Rehabilitation Program on Self-Care of Patients with chronic Obstructive Pulmonary Disease." Paper and abstracts presented at the First international Self-Care deficits Nursing Theory Conference. The School of Nursing, University of Missouri : Columbia, October 1989.



## ภาคผนวก ก

## การนิเทศ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัย

ในการนิเทศ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นิเทศ์สิทธิของผู้ป่วยที่สามารถจะ ไม่ เข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

"สวัสดีค่ะ ดิฉัน เกศรินทร์ ศรีสง่า เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งอาจเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ได้ปฏิบัติตัวและดูแลตนเอง ได้อย่างเหมาะสม จะขออนุญาตสัมภาษณ์คุณตามแบบสอบถาม โดยจะใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที คุณมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการสัมภาษณ์ครั้งนี้ได้ค่ะ การตอบรับหรือปฏิเสธของคุณจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่คุณได้รับ และในระหว่างสัมภาษณ์หากคุณไม่พอใจหรือ ไม่ต้องการที่จะให้สัมภาษณ์ต่อจนครบคุณสามารถยกเลิกการสัมภาษณ์ได้ และคำตอบของคุณ ดิฉันจะถือว่าเป็นความลับ และนำมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ขอขอบคุณค่ะที่ให้ความร่วมมือ"



## 8. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

- ไม่เกิน 2,000 บาท  
 2,001 - 4,000 บาท  
 4,001 - 6,000 บาท  
 6,001 - 8,000 บาท  
 8,001 - 10,000 บาท  
 10,001 - 12,000 บาท  
 12,001 - 14,000 บาท  
 14,001 - 16,000 บาท  
 16,001 - 18,000 บาท  
 18,001 - 20,000 บาท  
 มากกว่า 20,001 บาทขึ้นไป

## 9. รายได้

- พอใช้  
 ไม่พอใช้

## 10. ค่าใช้จ่ายในการรักษา

- เบิกต้นสังกัด  
 จ่ายเอง  
 สังคมสงเคราะห์

## 11. มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาเพียงใด

- มีปัญหามาก  
 มีปัญหาปานกลาง  
 มีปัญหาเล็กน้อย  
 ไม่มีปัญหา

12. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมานาน ..... ปี  
รับการรักษาจากโรงพยาบาล.....

13. ประวัติการสูบบุหรี่  ไม่สูบ ( เข้าไปตอบข้อ 15 )  
 สูบ หรือ เคยสูบ

14. สูบบุหรี่มานาน ..... ปี  
 จำนวนบุหรี่ที่สูบ ..... มวนต่อวัน  
 ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่มานาน ..... ปี
15. ท่านเคยได้รับการสอยหรือคำแนะนำ เรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง  
 บ้างหรือไม่
- ( ) ไม่เคย (ถ้าไม่เคยโปรดข้ามไปตอบในชุดที่ 2)  
 ( ) เคย (ถ้าเคย โปรดตอบในข้อถัดไป )
16. จากข้อ 15 ท่านได้รับความรู้เหล่านี้จากใคร (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
- ( ) แพทย์  
 ( ) พยาบาล  
 ( ) ญาติ พี่น้อง เพื่อน ผู้ร่วมงาน  
 ( ) หนังสือ วิทยุ โทรทัศน์ เอกสารเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง  
 ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ .....
17. ความรุนแรงของโรค (สำหรับผู้วิจัย)
- ( ) ระดับที่ 1  
 ( ) ระดับที่ 2  
 ( ) ระดับที่ 3  
 ( ) ระดับที่ 4  
 ( ) ระดับที่ 5
18. ปริมาตรอากาศหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาที ( $FEV_1$ ) เท่ากับ ... ลิตร (สำหรับผู้วิจัย)

## ภาคผนวก ค

## แบบวัดความฉลาด

## 1. มาตรฐานความวัดพึงพอใจในชีวิต

## 1.1 การวางรอบตัวเลขซึ่งตรงกับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของท่าน ในปัจจุบันมากที่สุด

10	พึงพอใจอย่างเต็มที่
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	ไม่พึงพอใจอย่างเต็มที่

## 2. มาตรารัดความสุขในชีวิต

### 1.2 กรุณาวงรอบตัวเลขซึ่งตรงกับความรู้สึกมีความสุขในชีวิตของท่านในปัจจุบันมากที่สุด

10	มีความสุขอย่างเต็มที่
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	ไม่มีความสุขอย่างเต็มที่

## ภาคผนวก ง

## แบบวัดการกระทำการดูแลตนเอง

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ ต้องการทราบถึงการปฏิบัติตนของท่านในเรื่องต่าง ๆ แต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด คำตอบที่ดีที่สุดคือคำตอบที่ตรงหรือใกล้เคียงกับการปฏิบัติจริงของท่านมากที่สุด ดังนั้น โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง

การตอบแบบสอบถาม

ให้ท่านภาครื่องหมาย X ตรงกับข้อความที่ต้องการตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบเท่านั้น และขอให้ท่านตอบทุกข้อ มีคำถามทั้งหมด 26 ข้อ โดยจะมีคำตอบให้เลือกเป็นข้อ ๆ

## 1. ท่านออกกำลังกาย บ้างหรือไม่

- ( ) ไม่เคยทำเลย  
 ( ) ทำอาทิตย์ละครั้ง หรือ นาน ๆ ทำที  
 ( ) ทำอาทิตย์ละ 2 ครั้ง  
 ( ) ทำอาทิตย์ละ 3 ครั้ง  
 ( ) ทำอาทิตย์ละ 4 ครั้ง หรือ มากกว่านี้  
 ( ) อื่น ๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

ท่านออกกำลังกายอย่างไร \_\_\_\_\_

## 2. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ มากน้อยเพียงใด

- ( ) สูบมากกว่า 5 มวนต่อวัน  
 ( ) สูบไม่เกิน 5 มวนต่อวัน  
 ( ) สูบไม่เกิน 5 มวนต่ออาทิตย์  
 ( ) สูบไม่เกิน 5 มวนต่อเดือน  
 ( ) ไม่สูบเลย  
 ( ) อื่น ๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

5. ท่านเคยกินอาหารจรรู้สึกแน่นอึดอัดท้องหรือหายใจไม่สะดวก บ่อยแค่ไหน
- ( ) เกิดอาการเหล่านี้เป็นประจำ เนื่องจาก \_\_\_\_\_
- ( ) เกิดอาการเหล่านี้บ่อยครั้ง
- ( ) เกิดอาการเหล่านี้บ้างเป็นบางครั้ง
- ( ) เกิดอาการเหล่านี้น้อยครั้ง
- ( ) ไม่เคยเกิดอาการเหล่านี้เลย
- ( ) อื่น ๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_
10. ท่านฝึกผ่อนคลายหลับได้เพียงพอหรือไม่
- ( ) ไม่เคยเลย เนื่องจาก \_\_\_\_\_
- ( ) นาน ๆ จึงจะฝึกผ่อนคลายหลับได้เพียงพอสักครั้ง
- ( ) บางวันก็พอ บางวันก็ไม่พอ เท่า ๆ กัน
- ( ) ฝึกผ่อนคลายหลับได้เพียงพอบ่อย ๆ
- ( ) ฝึกผ่อนคลายหลับได้เพียงพอแทบทุกวัน
- ( ) อื่น ๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_
11. เมื่อท่านนอนไม่หลับ ท่านมีวิธีช่วยให้ท่านนอนหลับได้บ่อยแค่ไหน
- ( ) ไม่เคยทำได้เลย เนื่องจาก \_\_\_\_\_
- ( ) นาน ๆ จึงจะทำได้สักครั้ง
- ( ) ทำได้บ้าง ไม่ได้บ้าง พอ ๆ กัน
- ( ) ทำได้เองบ่อยครั้ง
- ( ) ทำได้เป็นประจำ
- ( ) อื่น ๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_
- วิธีที่ช่วยให้ท่านนอนหลับ คือ \_\_\_\_\_
12. ท่านกินยาที่แพทย์สั่งให้ อย่างไร
- ( ) ไม่เคยกินตามที่แพทย์สั่งได้เลย เนื่องจาก \_\_\_\_\_
- ( ) นาน ๆ จึงจะกินตามที่สั่งได้สักครั้ง
- ( ) กินตามที่แพทย์สั่งได้บ้าง ไม่ได้บ้าง พอ ๆ กัน
- ( ) กินตามที่แพทย์สั่งได้เกือบทุกครั้ง
- ( ) กินตามที่แพทย์สั่งได้ทุกครั้ง
- ( ) อื่น ๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

16. ทำนลิมกินยา หรือลิมพันยาขยายหลอดลมตามแพทย์สั่ง บ่อยแค่ไหน

- ( ) ลิมเป็นประจำ  
 ( ) ลิมบ่อยครั้ง  
 ( ) ลิมบ้างเป็นบางครั้ง  
 ( ) นาน ๆ จึงจะลิมสักครั้ง  
 ( ) ไม่เคยลิมเลย  
 ( ) อื่น ๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

ทำนลิมเนื่องจาก \_\_\_\_\_

18. เมื่อทำนเมื่ออาการหายใจเหนื่อยเพิ่มขึ้น ทำนวิธีบรรเทาอาการเหนื่อย ได้บ่อยแค่ไหน

- ( ) ไม่เคยบรรเทาได้ทำเลย เนื่องจาก \_\_\_\_\_  
 ( ) บรรเทาได้บ้างนาน ๆ ครั้ง  
 ( ) บรรเทาได้บ้าง ไม่ได้บ้าง พอ ๆ กัน  
 ( ) บรรเทาได้เกือบทุกครั้ง  
 ( ) บรรเทาได้เป็นประจำ  
 ( ) อื่น ๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

วิธีที่ททำนใช้ คือ \_\_\_\_\_

22. เมื่ออารมณ์เสีย หรือไม่สบายใจ ทำนวิธีการบรรเทาอาการเหล่านี้ ได้บ่อยแค่ไหน

- ( ) ไม่เคยบรรเทาได้เลย เนื่องจาก \_\_\_\_\_  
 ( ) บรรเทาได้บ้างนาน ๆ ครั้ง  
 ( ) บรรเทาได้บ้าง ไม่ได้บ้าง พอ ๆ กัน  
 ( ) บรรเทาได้เกือบทุกครั้ง  
 ( ) บรรเทาได้เป็นประจำ  
 ( ) อื่น ๆ (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

วิธีที่ททำนใช้ คือ \_\_\_\_\_

## ภาคผนวก จ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามการกระทำการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. รองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล , วท.บ., M.S., Ph.D.  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรสา ภัทร์ภักดี , วท.บ., วท.ม.  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง พูนเกษม เจริญพันธ์ , พ.บ., ว.ว.  
(อายุรศาสตร์ทั่วไป)  
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

## ภาคผนวก จ

## คะแนนการกระทำการดูแลตนเอง

ตาราง ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการกระทำการดูแลตนเองรายข้อ เรียงจากน้อยไปมาก ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ข้อคำถาม	คำถาม	$\bar{X}$	SD	n
ข้อที่ 13	การแพ้ยาหรืออาการผิดปกติจากการใช้ยา	1.19	1.67	94
ข้อที่ 19	การฟื้นฟูสภาพปอด	1.26	1.59	
ข้อที่ 26	การซักถามบุคลากรที่มีสุขภาพ	1.52	1.62	
ข้อที่ 25	การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	1.93	1.73	95
ข้อที่ 7	การดื่มน้ำ	2.15	1.80	
ข้อที่ 9	วิธีการไอ	2.16	1.44	89
ข้อที่ 1	การออกกำลังกาย	2.56	1.81	
ข้อที่ 24	การพบปะพูดคุยกับผู้อื่น	2.58	1.30	
ข้อที่ 11	การแก้ไขเหมือนนอนไม่หลับ	2.75	1.37	
ข้อที่ 17	การหลีกเลี่ยงจากอากาศเสีย ฝุ่น ครว็น ต่าง ๆ	2.77	1.14	97
ข้อที่ 8	การทำให้เสมหะอ่อนตัว	2.86	1.32	88
ข้อที่ 23	การจัดการกับความวิตกกังวล	3.10	1.24	99
ข้อที่ 5	อาการแน่นอึดอัดท้องหรือหายใจไม่สะดวกหลังกินอาหาร	3.13	1.00	
ข้อที่ 10	การพักผ่อนนอนหลับ	3.18	0.97	
ข้อที่ 22	การจัดการกับอารมณ์เสียหรือไม่สบายใจ	3.20	1.00	99
ข้อที่ 4	การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	3.21	0.98	
ข้อที่ 16	การลืมนับประทานยาหรือพ่นยา	3.22	1.01	
ข้อที่ 21	การจัดการเมื่อติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ	3.22	1.05	92
ข้อที่ 6	ความเพียงพอในการรับประทานอาหาร	3.30	0.91	



ตาราง (ต่อ)

ข้อคำถาม	คำถาม	$\bar{X}$	SD	n
ข้อที่ 14	การซื้อยาแก้เจ็บคอหรือยาแก้ไอ หรือยาชุดมากินเอง	3.55	0.87	
ข้อที่ 18	การบรรเทาอาการเจ็บคอ	3.59	0.57	
ข้อที่ 2	การสูบบุหรี่	3.60	1.16	
ข้อที่ 3	การใช้ยาพ่น	3.64	0.81	73
ข้อที่ 12	การรับประทานยา	3.74	0.68	
ข้อที่ 20	การมาตรวจตามนัด	3.74	0.51	
ข้อที่ 15	การหยุดรับประทานยาหรือหยุดกินยาเอง	3.88	0.56	