



27 พ.ย. 2539

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง
สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

THE RELATIONSHIPS AMONG
PERCEIVED SELF-EFFICACY, MARITAL
RELATIONSHIP AND HEALTH PROMOTING
BEHAVIOR OF PATIENTS WITH THE CHRONIC
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

สุวคนธ์ กุรัตน

อภินิษัฏาการ

จาก

บัณฑิตวิทยาลัย ส.ม.มหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดำเนินการตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2539

ISBN 974-588-477-4

สงวนลิขสิทธิ์

๐๗

๙๖๘๙

๒๕๓๙

Copyright by Mahidol University

39692

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส
กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



สุดนร กุรัตน์

สุดนร กุรัตน์
ผู้วิจัย

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, ค.บ.(พยาบาล),
วท.ม.(พยาบาล), พย.ด.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

สุวิมล กิมปี

สุวิมล กิมปี, วท.บ.(พยาบาล),
ค.ม.(วิจัยการพยาบาล)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา

ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา,
วท.บ.(พยาบาล), ภ.ม.(สรีรวิทยา)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ทัศนยา บุญทอง

ทัศนยา บุญทอง, ค.บ.(พยาบาล),
M.S., Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์

อ.ดร. วรวิทย์ ราชบัณฑิต

อ.ดร. วรวิทย์ ราชบัณฑิต,
พ.บ., น.บ., F.R.C.P.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

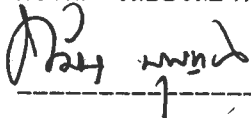
วิทยานิพนธ์

เรื่อง


ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส
กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
วันที่ 16 กรกฎาคม 2539



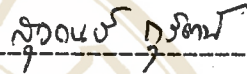
ยาใจ สิทธิมงคล, วท.บ.(พยาบาล),
วท.ม.(จิตวิทยาคลินิก), Ph.D.(Nursing Science)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ทัศนาศ บุนทอง
ค.บ.(พยาบาล), M.S., Ed.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

 (วิจัยการพยาบาล)

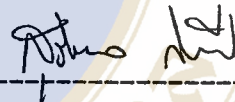
อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,
พ.บ., น.บ., F.R.C.P.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



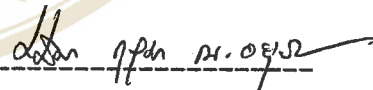
สุวคนธ์ กุรัตน
ผู้วิจัย



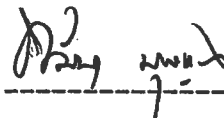
สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, ค.บ.(พยาบาล),
วท.ม.(พยาบาล), พย.ด.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



สุวิมล กิมปี, วท.บ.(พยาบาล),
ค.ม.(วิจัยการพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศศิมา กุสุมา ฌ อยุธยา,
วท.บ.(พยาบาล), ภ.ม.(สรีรวิทยา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ทัศนาศ บุนทอง, ค.บ.(พยาบาล),
M.S., Ed.D.
คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวคนธ์ กุรัตน
วัน เดือน ปีเกิด 18 สิงหาคม 2501
สถานที่เกิด จังหวัดมหาสารคาม ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลสระบุรี , พ.ศ. 2524 - 2528 :
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
(เกียรตินิยมอันดับ 1)
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช , พ.ศ. 2529 - 2531 :
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)
มหาวิทยาลัยมหิดล , พ.ศ. 2536 - 2538 :
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)
ทุนวิจัย China Medical Board of New York, Inc.
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2528 - 2534 : หน่วยงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม
ตำแหน่ง : พยาบาลประจำการ
พ.ศ. 2534 - ปัจจุบัน : วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
ตำแหน่ง : วิทยาจารย์

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถและความช่วยเหลืออย่างดีเยี่ยมจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศศิมา กุสุมา ณ ออยุธยา อาจารย์ที่ปรึกษาและควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณา ให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ รวมทั้งสนับสนุนให้ กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่าน เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศรี บุญทอง และอาจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ซึ่งเป็น ประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือสำหรับการวิจัย พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลเลิดสิน ที่กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการ เก็บข้อมูลในการวิจัย ขอขอบพระคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่ประจำคลินิก โรคปอด แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั้ง 6 แห่ง ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวก ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ และ ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัย ครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ที่ให้ความรัก ความห่วงใย และเป็น กำลังใจมาด้วยดี ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอน ถ่ายทอดความรู้ จนประสบความสำเร็จในการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล ศรีมหาสารคามที่ให้ โอกาสลาศึกษา ขอขอบคุณคุณยุทธภูมิ ฤทธิ์รัตน์ ที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจมาโดยตลอด และขอขอบคุณพี่ ๆ น้อง ๆ ทุกคนที่ช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่ผู้ วิจัยอยู่เสมอ รวมทั้ง China Medical Board of New York, Inc. ที่กรุณาสนับสนุนเงินทุนบางส่วน ในการทำวิทยานิพนธ์ ครั้งนี้

สุวคนธ์ ฤทธิ์รัตน์

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .235$, $P < .01$) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .568$, $P < .001$; $r = .252$, $P < .01$ ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 32.30 ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดี ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตลอดไป

Thesis Title The Relationships among Perceived Self-Efficacy, Marital Relationship, and Health Promoting Behavior of Patients with the Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

Name Suwakon Kurat

Degree Master of Nursing Science (Adult Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Saipin Gasemgitvatana, B.Ed.(Nursing), M.Sc.(Nursing), D.N.S.

Suvimol Kimpee, B.Sc., M.Ed.

Sasima Kusuma Na Ayuthya, B.Sc., M.S.

Date of Graduation 16 July B.E. 2539 (1996)

ABSTRACT

Patients with the chronic obstructive pulmonary disease often suffer from ailments affecting their lives physically, mentally, emotionally, and socially for the life-long period. This is because they have to face a crisis of violently increasing difficulty in breathing and being exhausted. Such problems can impact upon the pattern of life of the patients. Consequently, the adjustment of the behavior in accordance with the disease and treatment plan by having appropriate and continual health promoting behavior will be very important.

This study aimed to examine the relationships among perceived self-efficacy, marital relationship, education levels, incomes, and health promoting behavior of the patients with the chronic obstructive pulmonary disease. The sample included 120 patients with the chronic obstructive pulmonary disease who came for the follow-up treatments at the lung clinic in the out-patient department of Ramathibodi Hospital, Rajvithi Hospital, King Vajiravudh Hospital, Chulalongkorn

Hospital, Lerdisin Hospital, and Siriraj Hospital. Data were collected through interviews. The instruments used in the study were a demographic data form, a perceived self-efficacy scale, a health promoting behaviorscale, and a marital relationship scale. The collected data were analyzed by the use of percentage, arithmetic means, standerd deviation, Pearson'a product-moment correlation coefficient, multiple correlation coefficient, and predictive discrimination by stepwise multiple regression analysis. The study results could be summarized as follows :

There were positive relationships among the perceived self- efficacy and health promoting behavior at the level of statistical significance ($r = .235$, $P < .01$) ; marital relationship, health promoting behavior, and perceived self-efficacy of the patients with chronic obstructive pulmonary disease at the positive level of statistical significance ($r = .568$, $P < .001$; $r = .252$, $P < .01$ respectively). The results of stepwise multiple regression analysis revealed that the marital relationship was able to predict 32.30 percent of variances of health promoting behavior of the patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Based on the results of this study, the researcher suggests that nurses involved in taking care of the patients with chronic obstructive pulmonary disease should encourage the patients to have well perceived self-efficacy and good marital relationship. These strategies will motivate them to possess better health promoting behavior.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
- กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
- วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
- สมมติฐานของการวิจัย	8
- ขอบเขตของการวิจัย	9
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	9
- นิยามตัวแปร	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
- แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง	12
- แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	18
- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	28
- แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	33
- ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง	34
- ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา และรายได้กับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง	36

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
- ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	39
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
- การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	45
การหาความเที่ยงตรง (Validity)	
การหาความเชื่อมั่น (Reliability)	
- วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	46
- การวิเคราะห์ข้อมูล	47
บทที่ 4 ผลการวิจัย และการอภิปรายผล	
- ผลการวิจัย	48
- การอภิปรายผล	55
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
- สรุปผลการวิจัย	63
- ข้อเสนอแนะ	64
บรรณานุกรม	68
ภาคผนวก	76
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	77
ข. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	80
ค. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามแบบวัด	88
จำแนกเป็นรายชื่อ	

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระยะเวลาในการสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ และความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย	48
2. ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การรับรู้สมรรถนะในตนเองจำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม	50
3. ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสจำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม	51
4. ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม	52
5. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	53
6. แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนาย กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	54
7. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ สมรรถนะในตนเอง จำแนกเป็นรายข้อตามรายด้านของ ผลกระทบทางด้านลบ และการเฝ้าทางอารมณ์	89
8. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ สมรรถนะในตนเอง จำแนกเป็นรายข้อตามรายด้านของ การออกกำลังกายหรือออกแรง สภาพอากาศ/สิ่งแวดล้อม และปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง	91
9. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสัมพันธ์ภาพ ระหว่างคู่สมรส จำแนกเป็นรายข้อตามรายด้าน ความเห็นพ้อง กันของคู่สมรส	92

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
10. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จำแนกเป็นรายชื่อตามรายด้านความพึงพอใจในคู่สมรส ความกลมเกลียวของคู่สมรส และการแสดงความรัก	93
11. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกเป็นรายชื่อตามรายด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและการพักผ่อน	95
12. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกเป็นรายชื่อตามรายด้านรูปแบบการนอนหลับ การจัดการความเครียด การตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง และจุดมุ่งหมายในชีวิต	97
13. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกเป็นรายชื่อตามรายด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ	99

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่	
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
2 แบบแผนแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม และเงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม	13
3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถ ของตน และความคาดหวังในผลของการกระทำ	14
4 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)	22

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสภาพสังคมปัจจุบันที่เกิดปัญหามลภาวะด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญคือมลภาวะทางอากาศ โดยเฉพาะสังคมในเมืองที่มีโรงงานอุตสาหกรรมมากและมีการจราจรคับคั่ง ปัญหาดังกล่าวย่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของคนในสังคม ประกอบกับการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องคือ การสูบบุหรี่ จึงทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุขตามมา ที่สำคัญคือการเกิดโรคในระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD) ซึ่งอุบัติการณ์ของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มที่จะทวีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ในสหรัฐอเมริกา พบว่าแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นมากกว่า 45,000 คน (Howard ; Davies & Roghmann 1987 : 207) จากจำนวนผู้ป่วยโรคนี้ซึ่งมีมากกว่า 15-20 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 60,000 คนต่อปี (Cherniack 1991 : 91) และเป็นสาเหตุการตายอันดับสี่ของประชากรอเมริกัน (Jess 1992 : 34)

สำหรับในประเทศไทยผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่มารับบริการจากสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขทั้งประเทศในปี พ.ศ.2535 มีมากเป็นอันดับหนึ่งของจำนวนผู้ป่วยนอกด้วยอัตรา 203.7 ต่อประชากร 1 แสนคนหรือร้อยละ 24.0 โดยมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 109,509 ราย หรืออัตรา 190.9 ต่อประชากร 1 แสนคน (สถิติสาธารณสุข 2535) และจากสถิติของโรงพยาบาลโรคทรวงอกในช่วงปีพ.ศ.2533 - 2534 พบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจากจำนวน 6,968 รายเป็น 8,178 ราย โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 791 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 1,105 ราย ตามลำดับ (สถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลโรคทรวงอกจ.นทพบุรีปี พ.ศ.2533- 2534)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่พบได้บ่อยที่สุดของโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายและการเสื่อมสมรรถภาพที่สำคัญ (สมจิต หนูเจริญกุล 2537 : 243) การดำเนินของโรคจะเป็นไปอย่างช้า ๆ แต่เมื่อปรากฏอาการเด่นชัดแล้วจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการพยากรณ์โรคไม่ค่อยดีนัก (ทูนเกษม เจริญพันธุ์, ใน บุษบา จินดาวิจักษ์ และคณะ, บรรณาธิการ

2534 : 84) เนื่องจากโรคนี้จะมีการทำลายเยื่อบุหลอดลมและถุงลม ปอดอย่างถาวรปอดจะเสีย ความยืดหยุ่น การแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น เกิดภาวะหายใจลำบากโดยเฉพาะขณะหายใจออกต้องใช้แรงขับอากาศหายใจค่อนข้างมาก อาการของโรคจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ มีปัญหาแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ทำให้สมรรถภาพในการทำงานและการมีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ไม่สามารถมีกิจกรรมประจำวัน การมีเพศสัมพันธ์และการประกอบอาชีพได้ตามปกติ ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น นอกจากนี้จะรู้สึกว่าตนเองป่วยอยู่ตลอดเวลา เพราะเหนื่อยง่ายแม้ออกแรงเพียงเล็กน้อย กิจกรรมหลายอย่างถูกจำกัดทำให้มีผลต่อจิตใจตามมา ผู้ป่วยอาจแสดงอารมณ์โกรธ หรือเกรี้ยวกราดกับบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกผิด จึงพยายามระงับการแสดงออกทางอารมณ์ เก็บซ่อนความรู้สึกไม่พอใจไว้ภายในเพราะกลัวถูกทอดทิ้ง ดังนั้นผู้ป่วยจึงตกอยู่ในภาวะที่ต้องอดกลั้นความรู้สึก ชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นชีวิตที่ลำบากมากเพราะขาดอิสรภาพที่จะแสดงความรู้สึก (สมพร บุษราภิจ. ใน สมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์, บรรณานุกรม 2531 : 379 - 380) ผู้ป่วยบางรายอาจเรียกร้องความสนใจจากผู้อื่นมากเกินไป ซึมเศร้า แยกตนเองจากสังคมและปฏิบัติตนไม่เหมาะสมกับโรค เช่น ทำงานหนัก สูบบุหรี่ รับประทานอาหารน้อยเกินไป เป็นต้น (Shekleton 1987 : 571-572; Davis 1990 : 366-372) พฤติกรรมดังกล่าวจะทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และมีผลให้อาการของโรคเลวลงเรื่อย ๆ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างยิ่ง

เพนเดอร์ (Pender 1987 : 57) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลมีลักษณะยอมตามสิ่งที่จะนำประโยชน์มาให้ และปฏิเสธอันตรายที่คุกคามชีวิต บุคคลจึงตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้นขึ้นกับปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งคือ การคิดรู้ (Cognitive-Perceptual factors) ซึ่งเป็นสื่อกลางของการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เพราะเป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender 1987 : 60) ปัจจัยด้านการคิดรู้ที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็คือการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Perceived Self-efficacy) เนื่องจากจะส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล (Pender 1987 : 62) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura 1977 : 138-139) ที่ว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นความเชื่อเฉพาะที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็น เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือ

สถานการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง เป็นสื่อกลาง หรือตัวเชื่อมที่สำคัญระหว่างความรู้กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือ ถ้าสามารถวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเองของบุคคลได้ก็น่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างถูกต้อง (Lawrence, et al. 1990 : 19 - 24 ; Moore, 1990 : 22 - 28) และจะมีอิทธิพลต่อการเลือกกระทำในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง (Stretcher 1986 : 73 - 92 ; Utz 1990 : 13 - 21) เป็นแรงจูงใจภายในที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยขึ้นกับความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Efficacy expectation) และผลของการกระทำ (Outcome expectation) ซึ่งจะมีผลต่อการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังเช่นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจาก จะมีความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะแสดงพฤติกรรม หรือการกระทำเพื่อควบคุมอาการของโรคและนำมาซึ่งการมีสุขภาพที่ดีได้

อย่างไรก็ตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังขึ้นกับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Modifying factors) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และปัจจัยระหว่างบุคคล (Pender 1987 : 66 - 67) โดยเฉพาะสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เพราะคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญยิ่ง ถ้าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเกิดการเจ็บป่วย คู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีความไว้วางใจมากที่สุด (Lieberman 1986 : 462) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา และรายได้ที่ ผู้วิจัยเลือกศึกษาจึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเช่นกัน

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและเป็นไปอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจึงมีความสำคัญอย่างมากที่จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพในภาวะที่มีความจำกัดด้านร่างกาย การที่พยาบาลจะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวจำเป็นต้องให้การพยาบาลที่อยู่บนพื้นฐานของความรู้ ที่ผ่านการตรวจสอบด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ หรือการวิจัยเพื่อที่จะได้แน่ใจว่าได้ให้สิ่งที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นเป็นแนวคิดทางทฤษฎีซึ่งต้องการการตรวจสอบด้วยการวิจัย ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และจากการวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มอื่นให้ผลแตกต่างกันจึงยังไม่กระจ่างชัดในความสัมพันธ์ดังกล่าว ด้วยเหตุนี้จึงเป็นมูลเหตุให้ผู้วิจัยมีความสนใจ ที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้ในการวางแผน และให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender 1987 : 61) เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย กล่าวคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถประเมินได้จากพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นผลจากการรับรู้สมรรถนะในตนเอง โดยที่การรับรู้สมรรถนะในตนเองจะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจเอาใจใส่ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี จากการศึกษาของอีวาร์ท และคณะ (Ewart, et al. 1983 cited in Bandura 1986) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการส่งเสริมให้ออกกำลังกายบนเครื่องสายพาน (Treadmill exercise) ในระยะพักฟื้นและรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงจะเป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองเมื่อกลับไปบ้านได้มากกว่าผู้ที่รับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ ต่อมาอีวาร์ท และคณะ (Ewart, et al. 1986 : 557 - 561) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูง มีความอดทนในการออกกำลังกายได้นานกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกรมโบวสกี และคณะ (Grembowski, et al. 1993 : 66 - 67) พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่รับรู้สมรรถนะในตนเองสูง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า และมีความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 33) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะในตนเองน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

นอกจากนี้ยังขึ้นกับปัจจัยปรับเปลี่ยนด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยผ่านปัจจัยด้านการคิดรู้ คือ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Pender 1987 : 66 - 67) ดังนี้

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เป็นปัจจัยระหว่างบุคคลที่เชื่อว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เพราะสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นสัมพันธภาพแห่งการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ คู่สมรสจึงเป็นแหล่งของการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพและมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะผลทางด้านจิตใจและถือได้ว่าเป็นแหล่งของการช่วยเหลือแหล่งแรกที่มีประสิทธิภาพที่สุด (Cronenwett & Kunst - Wilson 1981 : 198) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

ศิริวรรณ แสงอินทร์ (2536) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สัมพันธภาพของคู่สมรสกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า สัมพันธภาพของคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จึงน่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบบางวิจัยดังกล่าว แต่สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นปัจจัยระหว่างบุคคลจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกันโดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender 1982 : 161 - 162) จากการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 32) พบว่า จำนวนปีที่ศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (ดวงพร รัตนอมรชัย 2535 : 116 ; เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ 2529 : 108 ; Johnson 1991 : 15 - 19) ดังนั้นระดับการศึกษาจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

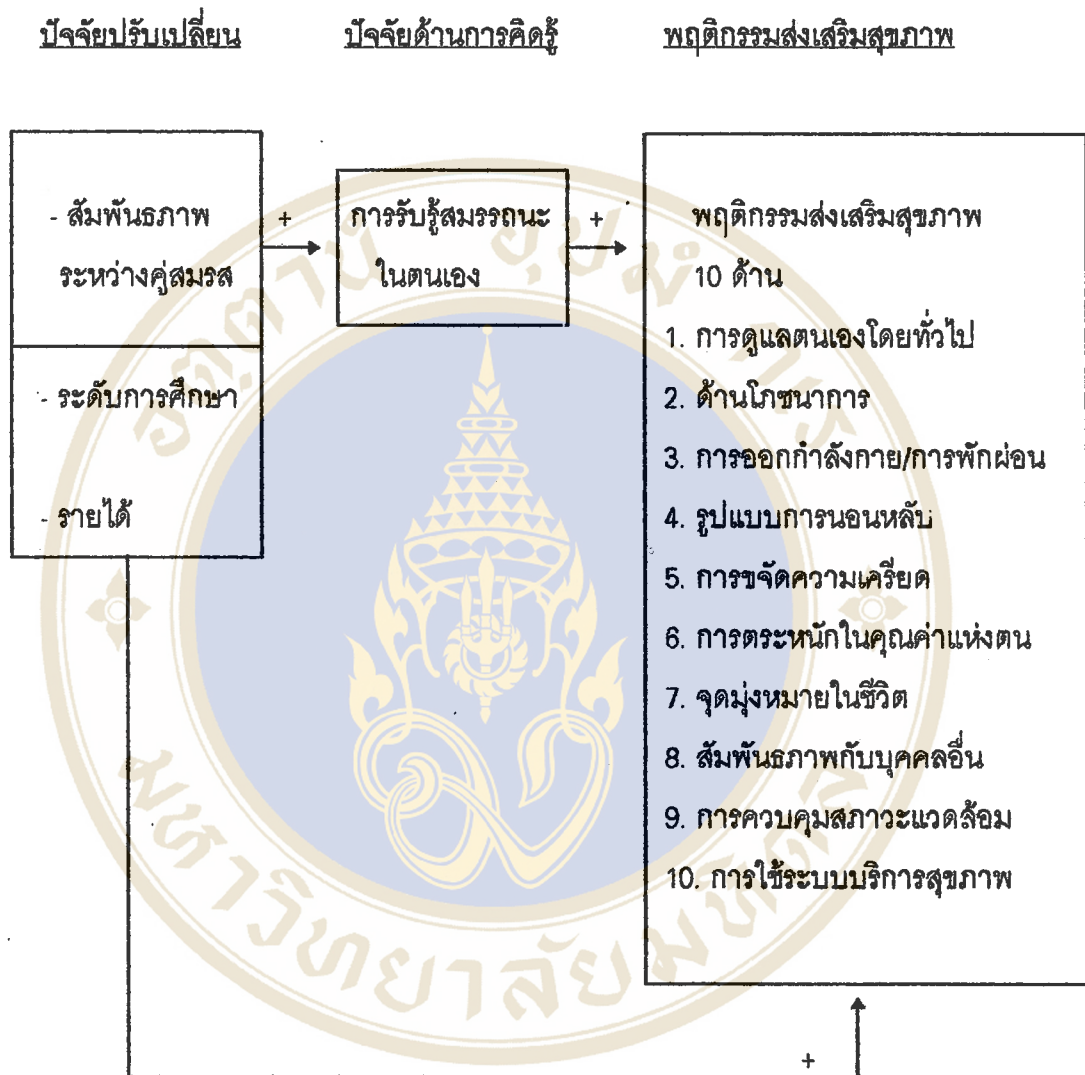
ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและการรับรู้สมรรถนะในตนเอง จากการศึกษาของรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2536 : 48) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 44) ที่พบว่า จำนวนปีที่ศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของ กมลพรรณ หอมานาน (2539 : 65) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ

รายได้ ผู้ที่มีรายได้สูงหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความรู้และประสบการณ์ให้กับตนเอง มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง รวมทั้งเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้ง่ายขึ้น (Pender 1982 : 161 - 162) มีการศึกษาหลายราย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร 2534 : 123 ; ดวงพร รัตนอมรชัย 2535 : 117 ;

วันดี แยมจันทร์ฉาย 2538 : 46 ; Walker, et al. 1988 : 84) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ
เยาวดี สุวรรณนาคะ (2532 : ก) พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทาง บวกกับ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคตับอักเสบเชื้อไวรัสบี และสุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : 89) ที่พบ
ว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรส
ของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี

นอกจากนี้รายได้ยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเองของ
บุคคลจากการศึกษาของเกริมโบวสกี และคณะ (Grembowski, et al. 1993 : 96) และการ
ศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 44) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้
สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ

จากกรอบแนวคิดในการวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สามารถแสดงถึงความสัมพันธ์
ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 ข้างล่างนี้



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา และรายได้ กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
5. ศึกษาอำนาจทำนายของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา รายได้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สมมติฐานของการวิจัย

1. การรับรู้สมรรถนะในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
5. ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
6. สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา รายได้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามารินทร์ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเลิดสิน และ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลศิริราช

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยนำผลที่ได้จากการวิจัยมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยให้ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเน้นถึงความสำคัญของการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของผู้ป่วยแต่ละคน
3. เป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัย เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเด็นอื่น ๆ และในผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป

นิยามตัวแปร

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Perceived Self-efficacy) หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประเมินได้โดยใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (The COPD Self-Efficacy Scale : CSES) ของไวเกิ้ล, เครียร์ และโคทเซ (Wigal, Creer & Kotses 1991) ประกอบด้วยปัจจัย 5 ด้านดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านลบ (Negative affect) เป็นปัจจัยที่มีผลลบต่อความมั่นใจ ในความสามารถที่จะจัดการหรือหลีกเลี่ยงการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. การเร้าทางอารมณ์ (Intense emotional arousal) เป็นปัจจัยด้านอารมณ์ที่มีผล

ต่อความมั่นใจในความสามารถที่จะจัดการหรือหลีกเลี่ยงการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. การออกกำลังกายหรือออกแรง (Physical exertion) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายหรือการออกแรง ที่มีผลต่อความมั่นใจในความสามารถที่จะจัดการหรือหลีกเลี่ยงการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4. สภาพอากาศ / สิ่งแวดล้อม (Weather / Environment) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับสภาพอากาศหรือสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อความมั่นใจในความสามารถที่จะจัดการหรือหลีกเลี่ยงการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

5. ปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง (Behavioral risk factors) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมเสี่ยง ที่มีผลต่อความมั่นใจในความสามารถที่จะจัดการหรือหลีกเลี่ยงการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behaviors) หมายถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสุขภาพที่ดี ซึ่งประเมินได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ (Life Style and Health-Habits Assessment) ของเพนเดอร์ (Pender 1987 : 138-143) ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 10 ด้าน คือ 1) ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป 2) การปฏิบัติด้านโภชนาการ 3) การออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน 4) การนอนหลับ 5) การจัดการความเครียด 6) การตระหนักและยอมรับในความมีคุณค่าแห่งตน 7) จุดมุ่งหมายในชีวิต 8) สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 9) การควบคุมสภาวะแวดล้อม และ 10) การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึงสัมพันธภาพระหว่างตนกับคู่สมรส ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (Dyadic Adjustment Scale) ของสปานีเยร์ (Spanier 1976 อ้างใน สายทิณ เกษมกิจวัฒนา 2536 : 45) ประกอบด้วยความเห็นพ้องกันของคู่สมรส ความพึงพอใจในคู่สมรส ความกลมเกลียวของคู่สมรส และการแสดงความรัก

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีเต็มของระยะเวลาที่ได้รับการศึกษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นับตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จนถึงระดับการศึกษาสูงสุด

รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่นับจำนวนเต็มเป็นบาทของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและคู่สมรส หรือรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแลหรืออุปการะผู้ป่วย



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

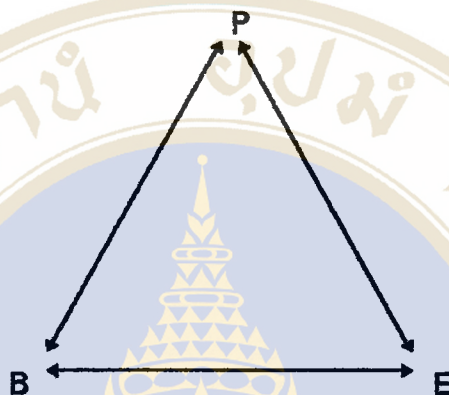
การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา รายได้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
4. แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส
5. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง
6. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self - efficacy theory) พัฒนามาจากหลักการ เรียนรู้ทางสังคม (Social learning principles) ของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura 1977) นักจิตวิทยาที่มีชื่อเสียง โดยมีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากองค์ประกอบภายในตัว บุคคลและสิ่งแวดล้อมหรือเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal person factor : P) ได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง 2) เงื่อนไข พฤติกรรม (Behavior condition :B) 3) เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (Environmental condition : E) ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบนี้มีลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นตอน เป็นระบบ ที่ผูกเกี่ยวกันไว้ (Interlocking system) กล่าวคือ แต่ละองค์ประกอบต่างก็มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน และมีความสัมพันธ์กันอย่าง ถ้อยทีถ้อยอาศัย ซึ่งอิทธิพลขององค์ประกอบแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไปขึ้นกับความแตกต่างของสภาพสิ่งแวดล้อม (Bandura 1977 : 191-193)

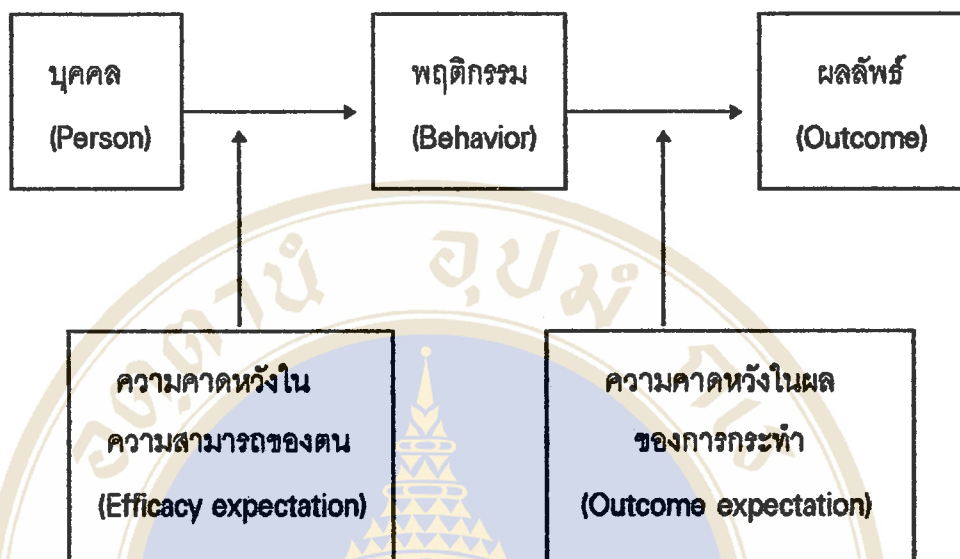
บางครั้งสิ่งแวดล้อมอาจทำให้เกิดพฤติกรรมได้มากกว่าองค์ประกอบในตัวบุคคล และบางครั้งองค์ประกอบภายในตัวบุคคลก็อาจมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลมากกว่าสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์เช่นนี้อยู่ในลักษณะพึ่งพาอาศัยกัน ดังแสดงในแผนภูมิข้างล่างนี้



แผนภูมิที่ 2 แบบแผนแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล เงื่อนไขเชิงพฤติกรรมและเงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม

นอกจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นแล้ว พฤติกรรมของบุคคลยังขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่ได้รับจากสังคม เช่น ความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์ตรงหรือประสบการณ์โดยอ้อมก็ได้ กล่าวคือ มนุษย์เรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์กับเหตุการณ์ และระหว่างพฤติกรรมกับผลที่เกิดจากพฤติกรรมนั้น ซึ่งการเรียนรู้จะกลายเป็นความเชื่อที่มีผลในการควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ นอกจากนี้บุคคลมักใช้เงื่อนไขของสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์หรือผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรมนั้น เป็นข้อมูลในการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมครั้งต่อไป จึงกล่าวได้ว่าพฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด ย่อมขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่ได้รับจากสังคมในเงื่อนไขดังกล่าว ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลจะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้จะเป็นตัวเสริมแรงในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล

จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น แบนดูราได้พัฒนาเป็นทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self - efficacy theory) โดยมีสมมติฐานของทฤษฎี คือ ถ้าบุคคลสามารถคาดหวัง หรือมีความเชื่อในความสามารถของตน โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตาม โครงสร้างที่สำคัญของทฤษฎี มีดังนี้



แผนภูมิที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตน และ ความคาดหวังในผลของการกระทำ (Bandura 1977 : 193)

จากโครงสร้างของทฤษฎี แสดงถึงส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎี ดังนี้ (Bandura 1977 : 191 - 215)

1. ความคาดหวังในความสามารถของตน (Efficacy expectation) หมายถึง ความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบผลสำเร็จ ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลของการกระทำ (Outcome expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินว่า พฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้น ที่สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ได้ทำ

จากรูปแบบดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่า เมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นจะได้ผลตามที่ต้องการหรือไม่ และคาดหวังว่าตนมีความสามารถพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่คาดหวังว่าตนมีความสามารถไม่พอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ก็มีแนวโน้มว่าบุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวัง

นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Perceived self - efficacy) ยังมีผลต่อการกระทำกิจกรรมที่ยุ่งยากซับซ้อนว่าจะกระทำสำเร็จหรือไม่ เนื่องจากความมั่นใจว่าตนมีความสามารถเพียงใดจะเป็นตัวชี้ว่าคุณคนจะมีความพยายามทำงานมากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนไม่มีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมให้สำเร็จได้ ก็จะเกิดความกลัวและพยายามหลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ แต่ถ้าบุคคลมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ จะไม่มีความกลัวหรือหวาดหวั่นล่วงหน้าก่อนที่จะกระทำกิจกรรม และยังทำให้บุคคลเกิดความเพียรพยายามไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ยิ่งมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนมาก จะยิ่งมีความพยายามและกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมนั้นมากขึ้น การที่บุคคลพยายามกระทำกิจกรรมในสถานการณ์ที่ยุ่งยากซับซ้อนได้สำเร็จ และได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ จะเป็นแรงเสริมต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ทำให้ความกลัวและวิตกกังวลลดน้อยลง แต่ถ้าบุคคลเลิกสัมการทำงานโดยง่าย หรือกระทำกิจกรรมไม่สำเร็จ จะทำให้ความคาดหวังในความสามารถของตนต่ำลง และทำให้เกิดความกลัวต่อการทำกิจกรรมนั้น ๆ มากขึ้น

สรุปได้ว่าทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและมีกำลังใจอย่างเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถของตนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินใจว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป การรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นการคำนึงถึงการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ในการที่จะดำเนินงานบางอย่างให้สำเร็จ ด้วยระดับความสามารถเฉพาะที่แตกต่างกัน ความคาดหวังในความสามารถของตนอาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับมิติ 3 มิติ ดังนี้ (Bandura 1977 : 194 ; Bandura 1982 : 122 - 147)

1. มิติตามขนาดหรือตามระดับความคาดหวัง (Magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคลในการกระทำกิจกรรม ซึ่งจะผันแปรตามความยากง่ายของงานที่จะกระทำ บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ หรือขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะเรื่องที่ย่าง ๆ ถ้ามอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลว ดังนั้นการมอบหมายงานต้องพิจารณาไม่ให้อ่างเกินความสามารถของแต่ละบุคคล

2. มิติความเป็นสากล (Generality) เป็นความคาดหวังในความสามารถของตนในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์นั้นซึ่งสามารถใช้ได้ทั่ว ๆ ไปในสถานการณ์ต่างๆ หลาย ๆ สถานการณ์ ประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่างก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นที่คล้ายกันได้

3. มิติความเข้มแข็งของความมั่นใจ (Strength) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาตัดสินความเป็นไปได้ในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติงาน กล่าวคือ เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินการกระทำของตนเอง

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง จะเกิดขึ้นได้โดยอาศัยแหล่งข้อมูลหลัก 4 แหล่ง คือ (Bandura 1977 : 195 - 198 ; Bandura 1977 อ้างใน วิธนา ศิริสุข 2534 : 91 - 93)

1. การกระทำที่ได้บรรลุผลสำเร็จ (Performance accomplishment) เป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลมากที่สุด (Bandura 1977 : 211) เนื่องจากบุคคลจะได้รับประสบการณ์โดยตรงที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าตนกระทำได้สำเร็จ ซึ่งความสำเร็จหรือล้มเหลวที่เกิดขึ้นหลายครั้งซ้ำกัน ย่อมชักนำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะในตนเอง

2. ประสบการณ์จากการกระทำของบุคคลอื่น (Vicarious experiences) การที่ได้สังเกตเห็นบุคคลอื่นที่มีสภาพคล้ายคลึงกับตนเอง เช่น วัยเดียวกัน เพศเดียวกัน เจ็บป่วยโรคเดียวกัน ความสามารถและประสบการณ์ในอดีตไม่แตกต่างกัน สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สำเร็จ อาจกระตุ้นหรือชักนำให้เกิดการรับรู้ว่าตนเองก็สามารถจะกระทำกิจกรรมนั้นได้เหมือนกัน ความสอดคล้องกับความสำเร็จในการกระทำของบุคคลอื่น ๆ หลายคนและหลายครั้งย่อมส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะในตนเองเพิ่มขึ้น

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) เป็นการรับเอาคำแนะนำชักจูงของผู้อื่นมาเป็นข้อมูล เพื่อพิจารณาความสามารถของตน ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะทำงานได้สำเร็จ แม้ว่าจะเคยไม่สำเร็จมาแล้ว เป็นการเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจ วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง และเป็นประโยชน์มากวิธีหนึ่งในกรณีที่ไม่สามารถสาธิตให้ดู หรือไม่สามารให้ลองทำเองโดยตรงได้ วิธีนี้อาจช่วยให้บุคคลสร้างหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามความสำเร็จของการชักจูงหรือชักนำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมนั้น ขึ้นอยู่กับทักษะในการติดต่อสื่อสารและความสามารถของผู้ให้การช่วยเหลือ จึงมักพบเสมอว่า การให้ความช่วยเหลือโดยใช้วิธีการชักจูงด้วยคำพูดเพียงอย่างเดียวไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

4. การเร้าทางอารมณ์ (Emotional arousal) บุคคลจะรับรู้ว่าคุณมีความวิตกกังวลหรือความกลัว จากการกระตุ้นของร่างกาย ในสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากจะทำให้การทำงานได้ผลไม่ดี ถ้าบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความวิตกกังวลในระดับสูง จะทำให้ความคาดหวังในความสามารถของตนในการทำงานมีระดับต่ำ

การประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

แบนดูรา (Bandura 1986 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต 2536 : 57) มีความเชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเอง หรือการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคนสองคนนี้มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองแตกต่างกัน ในบุคคลคนเดียวกันก็เช่นกัน ถ้ารับรู้สมรรถนะในตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกันก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกแตกต่างกันได้เช่นกันแบนดูราเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในสภาวะการณั้ นั้น ๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีความเชื่อว่าเรามีความสามารถ ก็จะแสดงถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่หือถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต 2536 : 58)

ในการประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองนั้น แบนดูรา (Bandura in Ross 1992 : 99 - 100) เสนอว่าการวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ควรวัดเจาะจงกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากหรือพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นความยุ่งยาก และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติหรือกระทำให้ประสบผลสำเร็จที่คาดหวังไว้ นั่นคือ ประเมินโดยการแสดงหรือบรรยายสิ่งที่ จะปฏิบัติหรือจะกระทำ แล้วถามบุคคลนั้นว่ามีความมั่นใจที่จะปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมนั้น มากน้อยเพียงใด โดยวัดจากไม่มีความมั่นใจเลยจนถึงมั่นใจมากที่สุด

สำหรับความเหมาะสมในการวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเองนั้น ในปัจจุบันงานวิจัยจะมุ่งเน้นเฉพาะความคาดหวังในความสามารถของตน (Efficacy expectation) เพื่อทำนายผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของแบนดูรา (Bandura 1982 : 122 - 147) ที่ว่าความคาดหวังในความสามารถของตน เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง เป็นความคาดหวังในการที่จะแสดงพฤติกรรม เพื่อเผชิญกับสถานการณ์ในอนาคต โดยสถานการณ์นั้นเป็นภารกิจหลักที่บุคคลต้องปฏิบัติหรือกระทำ ดังนั้นสถานการณ์ที่เป็นภารกิจหลักที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะต้องกระทำก็คือ การจัดการหรือหลีกเลี่ยงการหายใจลำบากเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยการวัดระดับความมั่นใจของผู้ป่วยว่ามีความมั่นใจมากน้อยเพียงใด ที่จะจัดการ หรือหลีกเลี่ยงการหายใจลำบาก เมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ (Wigal , Creer & Kotses 1991 : 1195)

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) เป็นกิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่าจะทำให้ตนเองมีสุขภาพดีจึงลงมือกระทำ เช่น รับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ในปริมาณที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย นอนหลับประมาณวันละ 7 ชั่วโมง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ดื่มสุรามากเกินไป และไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง พฤติกรรมสุขภาพ ก็คือ พฤติกรรมที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพดี (Murray & Zentner 1989 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธุ์ 2532 : 43 - 44)

กอชแมน (Gochman 1982 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธุ์ 2532 : 44 - 45) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นการแสดงออกที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน (Overt behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี เช่น ไม่สูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้ ต้องอาศัยการประเมินแบบอื่น (Covert behavior) เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้และการรับรู้ เป็นต้น

นอกจากนี้ แฮริส และกลูเตน (Harris & Glutein 1979 cited in Pender 1987 : 38) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behaviors) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำ โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม หรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี (Pender 1987 : 57)

นอกจากนี้ เมอร์เรย์ และเซนเนอร์ (Murray & Zentner 1993 : 659) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่าเป็นกิจกรรมที่จะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความสุข เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม

เพนเดอร์ (Pender 1987 : 1 - 6, Pender et al. 1990 : 326) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบที่สำคัญของการส่งเสริมสุขภาพไว้ดังนี้ 1) ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความสุข และการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม 2) ไม่มีจุดเน้นที่โรคหรือปัญหาทางด้านสุขภาพ 3) เป็นพฤติกรรมที่มุ่งให้เกิดการกระทำ (Approach behavior) และ 4) เป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี

สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อันจะนำไปสู่ความปกติสุขหรือ

ความผาสุก เกิดศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยที่พฤติกรรมหรือการกระทำนั้น ๆ มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender Health Promotion Model)

เพนเดอร์ (Pender 1987 : 60 - 69) ได้เสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) โดยมีจุดมุ่งหมายในการอธิบายการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่กระทำอย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน ดังนี้ 1. ปัจจัยด้านการรับรู้ (Cognitive - perceptual factors) เป็นปัจจัยปฐมภูมิ ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยย่อย 7 ปัจจัย ได้แก่

1.1 ความสำคัญของสุขภาพ (The importance of health) การที่บุคคลรับรู้คุณค่าของสุขภาพของตนมากเท่าไร ก็จะมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพมากเท่านั้น

1.2 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived control of health) เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง หรือได้รับอิทธิพลจากผู้อื่น หรือเป็นผลของความบังเอิญ โชคชะตา ถ้าบุคคลรับรู้ว่าเป็นผลมาจากการแสดงพฤติกรรมของตนเอง แสดงว่ามีความเชื่ออำนาจภายใน แต่ถ้าบุคคลที่เชื่อว่าภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากการควบคุมโดยโชคเคราะห์ ความบังเอิญ หรือบุคคลอื่น แสดงว่า บุคคลนั้นเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน และพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

1.3 การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Perceived self - efficacy) เป็นความเชื่อที่ว่าบุคคลมีทักษะและความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ผลสำเร็จ และพบว่า ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูง จะมีการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ

1.4 คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of health) บุคคลแต่ละคนจะมีคำจำกัดความของสุขภาพของตนเอง ผู้ที่ให้ความหมายสุขภาพแตกต่างกันจะมีแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ถ้าบุคคลให้ความหมายของสุขภาพว่า หมายถึง การปรับตัวหรือความสมดุล ก็จะมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดความเจ็บป่วย ในขณะที่บุคคลซึ่งให้ความหมายของสุขภาพว่า

หมายถึง การบรรลุเป้าหมายในชีวิต บุคคลนั้นจะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ตนมีสุขภาพดีและเพิ่มความผาสุกในชีวิต

1.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับใด ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender 1987 : 64) ได้รวบรวมงานวิจัย พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนอยู่ในระดับไม่ดี

1.6 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived benefits of health promoting behaviors) แนวคิดนี้ตรงกับแนวคิดในรูปแบบของความเชื่อทางสุขภาพ การที่บุคคลรู้ว่าพฤติกรรมที่ตนกระทำมีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อระดับของการทำพฤติกรรมนั้น ๆ และมีแนวโน้มว่าจะส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องอีกด้วย กล่าวคือ บุคคลที่รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่า ผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่า

1.7 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived barriers to health - promoting behaviors) เป็นการรับรู้ต่ออุปสรรคที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบาก ไม่มีเวลา ไม่มีโอกาสกระทำพฤติกรรม หรือความห่างไกลจากสถานที่ที่จะทำกิจกรรม จะส่งผลให้มีการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยลง

2. ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการคิดรู้ และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านปัจจัยด้านการคิดรู้ ซึ่งมีดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic factors) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา และรายได้

2.2 ลักษณะทางชีววิทยา (Biological characteristics) ได้แก่ สัดส่วนของร่างกาย และน้ำหนักตัว เช่น ผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากจะมีการออกกำลังกายน้อยกว่าผู้ที่มีน้ำหนักน้อย

2.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) ได้แก่ ความเชื่อถือบุคคลอื่น แบบแผนการใช้บริการสุขภาพของครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จะมีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายของบุคคล

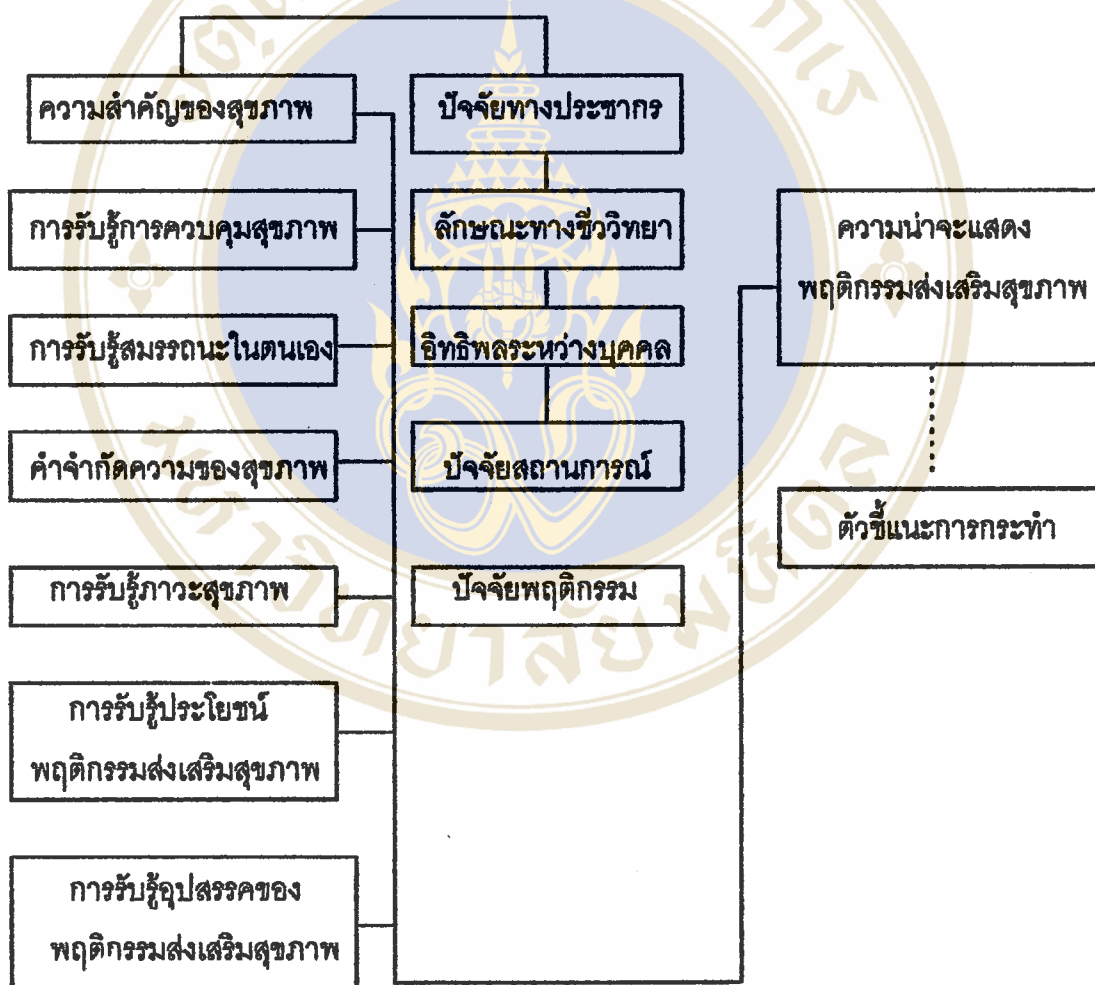
2.4 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) หรือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งความสะดวกสบายในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรม นั้นด้วย เช่น บุคคลที่รับประทานอาหารนอกบ้านเป็นประจำ หรือต้องออกงานสังคมบ่อยครั้ง ในสถานการณ์เช่นนี้จะมีโอกาสเลือกอาหารที่มีแคลอรีต่ำ แคลอรีต่ำ หรือมีไขมันต่ำ เป็นไปได้ น้อยมาก ซึ่งบุคคลอาจต้องการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่จำกัดด้วยเรื่องของ สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมบังคับ

2.5 ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavior factors) ประสบการณ์ในอดีตที่เคยปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อนำไปสู่ ภาวะปกติสุข ความรู้และทักษะบางอย่างจะส่งเสริมให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ ชับซ้อนได้ นอกจากนี้ความรู้และทักษะจะมีความจำเป็นต่อการวางแผนด้านโภชนาการ โปรแกรม การออกกำลังกาย การเผชิญความเครียดด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมจะทำให้บุคคล แสดงพฤติกรรมคล้ายคลึงกับที่เคยปฏิบัติมา กล่าวคือ ความรู้และทักษะจากประสบการณ์เดิมจะ ส่งผลให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สมบูรณ์ขึ้น

3. ตัวชี้แนะในการกระทำพฤติกรรม (Cues to action) ได้แก่ สิ่งกระตุ้นภายใน หรือ ภายนอกที่ทำให้มีการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตัวชี้แนะการกระทำภายใน เช่น การรับรู้ ศักยภาพของตนเอง เมื่อบุคคลได้เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ผลของการ ออกกำลังกายทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข (Feeling good) จะเป็นตัวชี้แนะการกระทำภายในให้มี พฤติกรรมออกกำลังกายต่อไป ส่วนตัวชี้แนะการกระทำภายนอก ได้แก่ การสนทนากับบุคคลอื่น เกี่ยวกับแบบแผนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย สุขนิสัยของการบริโภคอาหาร การพักผ่อนและการผ่อนคลาย การจัดการกับความเครียดและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น นอกจากนี้สื่อมวลชนที่มีโปรแกรมด้านสุขภาพจะเป็นตัวชี้แนะการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่สำคัญ นั่นคือ ตัวชี้แนะการกระทำภายนอกจะผลักดัน หรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ

รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ รูปแบบที่เพนเดอร์ (Pender 1987 : 58) นำเสนอ ดังแผนภูมิต่างข้างนี้

ปัจจัยด้านการรับรู้ (Cognitive-perceptual factors)
ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors)
การแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Participation in health-promoting behaviors)



แผนภูมิที่ 4 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

(Pender's Health Promotion Model)

ที่มา : Pender 1987 : 58

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender 1987 : 138) ได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และสร้างแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ (The Life Style and Health-Habits Assessment : LHHA) ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 100 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก 10 ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General competence in self-care) เป็นการประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติสุขภาพส่วนบุคคล ถึงความสนใจในการศึกษา หาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย
2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional practices) ประเมินรูปแบบของการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ
3. การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or recreational activity) ประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคลในหนึ่งสัปดาห์ ความสนใจและการเข้าร่วมกิจกรรมที่เพิ่มสมรรถภาพทางกาย รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายขณะนั่งหรือยืน
4. รูปแบบการนอนหลับ (Sleep patterns) ประเมินระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน ปัญหาในการนอน รวมทั้งประเมินถึงอุปกรณ์เครื่องนอน ทำท่างในการนอนที่เกิดความสบายซึ่งทำให้เกิดการนอนหลับที่มีประสิทธิภาพ
5. การจัดการความเครียด (Stress management) ประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม
6. การตระหนักและยอมรับในความเป็นคุณค่าแห่งตน (Self - actualization) ประเมินถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพกายและจิตที่ดีตามมา
7. จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of purpose) ประเมินถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดเป้าหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว และเชื่อว่าเป้าหมายในชีวิตที่กำหนดไว้จะต้องเป็นจริง
8. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with others) ประเมินถึงการคบหากับบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ได้รับประโยชน์เกี่ยวกับการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น ช่วยลดความเครียด หรือช่วยแก้ไข

ปัญหาอื่น ๆ ได้

9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environment control) ประเมินถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพโดยการหลีกเลี่ยงจากมลภาวะต่าง ๆ เช่น อากาศเป็นพิษ ควันพิษ หรือสารพิษ ตลอดจนการดูแลที่พักอาศัยให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เพื่อป้องกันอุบัติเหตุหรืออันตรายต่าง ๆ

10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of health care system) ประเมินถึง พฤติกรรมที่บุคคลเลือกใช้สถานบริการทางสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ความกระตือรือร้นในการแสวงหาข้อมูลเพื่อดูแลตนเอง และการตรวจหาความผิดปกติต่างๆ ของร่างกายจากบุคลากรในทีมสุขภาพ

จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น อาจสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านการคิดรู้มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่ปัจจัยปรับเปลี่ยนมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยส่งผ่านปัจจัยด้านการคิดรู้ นอกจากนี้ยังมีตัวชี้แนะในการกระทำพฤติกรรมจะช่วยกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพขึ้น ส่วนการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถประเมินได้จากแบบวัดการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ 10 ด้าน ดังกล่าวนั้นเอง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด เนื่องจากมีพยาธิสภาพของการอุดกั้นส่วนใหญ่ที่ไม่อาจคืนสู่สภาพปกติได้ การรักษาพยาบาลเป็นเพียงการควบคุมอาการของโรคมิให้เลวลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้น การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะของโรคจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ 10 ด้านของเพนเดอร์ ไว้ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป

1.1 การได้รับอากาศบริสุทธิ์เพียงพอ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักหายใจเข้าออกเร็วและแรง ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจส่วนคอ ทรวงอก และไหล่ ทำให้ใช้พลังงานในการหายใจสูง และอากาศคงค้างในปอดสูง ดังนั้น ผู้ป่วยควรฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยการฝึกการหายใจโดยใช้กระบังลม เพื่อให้การหายใจมีประสิทธิภาพสูงสุด และลดอัตราการหายใจ

รวมทั้งควรหายใจออกทางปากช้า ๆ โดยทำปากให้แคบเหมือนผิวปากร่วมกับการหายใจโดยใช้กระบังลม เพื่อช่วยให้เวลาในการหายใจออกนานขึ้น ป้องกันการตีบแคบของหลอดลม และการคั่งค้างของอากาศในถุงลมปอด (Weaver & Sciver 1992 : 587 - 588) ถ้ามีเสมหะมาก ควรฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยการหายใจเข้าลึก ๆ และไอออกมาอย่างแรง เพื่อขจัดเสมหะให้ได้มากที่สุด และทำให้ทางเดินหายใจโล่งสะดวก นอกจากนี้ผู้ป่วยควรอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก และควรงดหรือเลิกสูบบุหรี่ เพราะสารนิโคตินจะทำให้ถุงลมในปอดเสียความยืดหยุ่นมากขึ้น ซึ่งจะมีผลให้อาการของโรคเลวลง

1.2 การได้รับน้ำอย่างเพียงพอและเหมาะสม

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ทำให้ร่างกายสูญเสียน้ำไปกับทางลมหายใจมากขึ้น และผู้ป่วยมักมีอาการไอ มีเสมหะมาก ดังนั้นจึงควรได้รับน้ำอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยดื่มน้ำประมาณวันละ 2,000 - 3,000 มล. เพื่อให้เสมหะละลาย ขับออกได้ง่าย และป้องกันการขาดน้ำ ยกเว้นในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนของร่างกาย เช่น การทำงานของหัวใจ หรือไต ล้มเหลว เป็นต้น (Ignatavicius & Bayne 1991 : 2035 ; Weaver & Sciver 1992 : 580) นอกจากนี้ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำเย็นจัด เพราะจะไปกระตุ้นให้เกิดอาการไอ และมีเสมหะเพิ่มขึ้น

1.3 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

ผู้ป่วยมักได้รับการรักษาเป็นเวลานานด้วยยาหลายชนิด จึงควรทราบเกี่ยวกับชื่อ ยา ขนาด คุณสมบัติ ฤทธิ์ข้างเคียง และวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ พร้อมทั้งรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ และหาวิธีแก้ไขได้ถูกต้อง หลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง เพราะอาจเป็นการเสริมฤทธิ์ ขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับ หรืออาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาได้

1.4 การดูแลตนเองในด้านอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น ควรรักษาสุขภาพให้แข็งแรง รักษาความสะอาดของสุขภาพปากและฟัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปากเพราะถ้ามีการติดเชื้อในช่องปาก จะทำให้เชื้อลุกลามเข้าสู่ทางเดินหายใจได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยควรสนใจติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดทุกครั้ง

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเป็นโรคขาดสารอาหาร โดยเฉพาะโรคขาดโปรตีนและ

พลังงาน ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรได้รับอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าสูง ได้แก่ อาหาร จำพวกแป้ง เนื้อสัตว์ ไขมัน ผักและผลไม้ทุกวัน เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง การรับประทานอาหารเช้า ๆ ไม่ อิ่มเกินไปในแต่ละมื้อ และมีเวลาพักหลังรับประทานอาหารเช้า 1/2 - 1 ชั่วโมง ทุกมื้อ ควรหลีกเลี่ยง การรับประทานอาหารเช้าที่ทำให้เกิดก๊าซ เช่น ถั่ว พริกไทย หอม เป็นต้น และควรงดอาหารเค็ม นอกจากนี้ยังมีโอกาสเกิดโรคกระเพาะอาหารได้ง่าย จึงควรหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา และเครื่องดื่มที่มี คาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ เป็นต้น

3. การออกกำลังกายและการพักผ่อน

เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะการดำเนินของโรคคงที่ควรกระตุ้นให้มีการออกกำลังกาย เพราะ ผู้ป่วยเหล่านี้มีความโน้มเอียงที่จะไม่ยอมออกกำลังกาย เพราะกลัวหายใจลำบาก (Sexton 1981 : 205) ยิ่งทำให้ร่างกายอ่อนแอ เพราะการออกกำลังกายจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยน และ ส่งเสริมการทำงานของอวัยวะเกือบทุกระบบในร่างกายให้แข็งแรง เช่น ผลต่อระบบไหลเวียน ระบบหายใจ ระบบการเคลื่อนไหว ระบบย่อยอาหาร และระบบขับถ่าย รวมทั้งผลทางด้านจิตใจ ด้วย (Hill & Smith 1985 : 244 - 245) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรออกกำลังกายให้ เหมาะสมกับสภาพร่างกายและทำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การออกกำลังกายได้ประโยชน์อย่าง เต็มที่ และปราศจากอันตราย จึงต้องเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสม โดย ออกกำลังกายอย่างช้า ๆ ไม่หักโหม ไม่เหน็ดเหนื่อยเกินไป และควรมีเวลาพักหลังออกกำลังกาย ทุกครั้ง เช่น การเดินเล่น บริหารร่างกาย วิ่งเหยาะ ๆ ครั้งละประมาณ 15 - 25 นาที ทำสัปดาห์ละ 3 - 5 ครั้ง ในกรณีที่รู้สึกเหนื่อยมากกว่าปกติ หายใจขัด ต้องหยุดออกกำลังกายทันที นั่ง หรือนอนพักจนหายเหนื่อย สำหรับกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน ผู้ป่วยควรใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น

การมีเพศสัมพันธ์นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แนะนำให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับสามีหรือภรรยาว่า ควรมีเพศสัมพันธ์ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรู้สึก ผ่อนคลายมากที่สุด และสถานที่เย็นสบาย เพราะสภาพอากาศร้อนหรือเย็นเกินไปจะทำให้ ร่างกายมีการเผาผลาญออกซิเจนมากขึ้น เกิดอาการเหนื่อยหอบได้ง่าย ควรมีเพศสัมพันธ์ในท่า ปกติ และบางรายอาจใช้ยาขยายหลอดลมก่อนมีเพศสัมพันธ์ประมาณ 30 นาที (Katzin 1990 : 56 - 57)

4. รูปแบบการนอนหลับ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักนอนหลับได้น้อยลง เนื่องจากขณะนอนหลับจะมีการ เปลี่ยนแปลงของการหายใจ โดยมีการระบายอากาศลดลง เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ

ความไม่สมดุลของการระบายอากาศกับการไหลเวียนเลือด และอากาศหายใจคงค้างลดลง (reduce functional residual capacity) (Flenley & Warren 1980 : 205 - 206 ; George & Kryger 1987 : 197 - 209) รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ เช่น จากการไอหรือได้รับยาขยายหลอดลม เป็นต้น ผู้ป่วยจึงควรได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ นอนในที่มียาอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีเสียงรบกวน และควรนอนหลับประมาณวันละ 6 - 8 ชั่วโมง

5. การจัดการความเครียด

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเผชิญกับภาวะเครียด เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งการรักษาเป็นเวลานาน การจัดการความเครียดที่เหมาะสมจึงเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย เช่น การพูดระบายความคับข้องใจ ความวิตกกังวล และปัญหาต่าง ๆ ให้นักจิตโลโก้หรือบุคคลที่ไว้วางใจ หรือทำสมาธิ หรือ การฝึกผ่อนคลาย เป็นต้น

6. การตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักมีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากไม่สามารถกระทำการกิจกรรมหรือทำงานได้ตามปกติ บทบาทของตนเองในครอบครัวลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้า หรือแยกตัวจากสังคม การดูแลทางด้านจิตใจที่สำคัญคือ การฟื้นฟูสภาพจิตใจและสังคม โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลตนเอง ทั้งในด้านสุขภาพส่วนบุคคล และการรักษาตามความต้องการและความสามารถ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีคุณค่า และได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

7. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้จะมีความรู้สึกที่ชีวิตยังมีค่า มีญาติมิตรคอยดูแลห่วงใย ไม่มีปัญหาทางการเงิน ผู้ป่วยจะปรับตัวได้ดี ทำให้มีเป้าหมายในชีวิต คาดหวังว่าจะมีชีวิตยืนยาวต่อไปได้อย่างมีความสุขตามอัตรภาพและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้ผู้ป่วยมีจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อไป

8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีปัญหาทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะการแยกตัวจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยลง จากการศึกษาของ นิรามัย ไข่เทียมวงศ์ (2535 : ก - ข) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หรือการเข้าร่วม

กิจกรรมในสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ และความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในสังคมจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า เกิดความภาคภูมิใจ และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม

การควบคุมสภาวะแวดล้อมเพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีอาการเหนื่อยหอบได้ง่าย เช่น ฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ ควันบุหรี่ อากาศร้อนจัด หรือเย็นจัด ความอับชื้น และการมีสัตว์เลี้ยง เป็นต้น นอกจากนี้ต้องหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น หวัด วัณโรค ปอดบวม ฯลฯ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการไปอยู่ในบริเวณที่มีมลภาวะเป็นพิษ เช่น บนถนนที่มีการจราจรติดขัด โรงงานอุตสาหกรรม เนื่องจากก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์เมื่อเข้าสู่กระแสโลหิตจะเป็นตัวขัดขวางการนำออกซิเจนไปใช้ โดยไปแทนที่ออกซิเจนในการจับตัวของฮีโมโกลบิน ซึ่งเป็นผลให้ร่างกายขาดออกซิเจนได้ และควรหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีการระบายอากาศไม่ดี เพราะจะทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีผลให้อาการของโรครุนแรงได้

10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การใช้สถานบริการทางสุขภาพที่ใกล้เคียงและมีความพร้อมในการให้บริการ จึงมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยในกรณีที่ต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วน นอกจากนี้ผู้ป่วยควรสอบถามแพทย์ พยาบาลเกี่ยวกับการรักษา และการปฏิบัติตัวเมื่อสงสัย รวมทั้งไม่ซื้อยารับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและช่วยส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น

จากแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้ง 10 ด้าน ที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญและมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยชี้แนะแนวทางดังกล่าวให้ผู้ป่วยได้รับรู้ และเข้าใจอย่างถูกต้อง เพื่อจะได้นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ โดยการปรับตัวเข้ากับสภาพการ

เจ็บป่วยและพึ่งตนเองได้มากที่สุด ปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก็คือ ปัจจัยด้านการคิดรู้ โดยเฉพาะการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่จะกระตุ้น หรือโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเกิดความคาดหวัง หรือเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพขึ้น (Pender 1987 : 62) โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูง จะมีการกระทำพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ สำหรับในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนมากจะขาดความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะควบคุมหรือหลีกเลี่ยงอาการหายใจลำบากเมื่อต้องกระทำกิจกรรม ซึ่งอาการหายใจลำบากเป็นอาการสำคัญที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การขาดความมั่นใจดังกล่าวแสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ สมรรถนะในตนเองต่ำ (Wigal, Creer & Kotses 1991 : 1193) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองมากขึ้น น่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นด้วย

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีงานวิจัยเกี่ยวข้องกับหอจะกล่าวอ้างอิงถึง ได้แก่ การศึกษาของเกร็มโบวสกี และคณะ (Grembowski, et al. 1993 : 66 - 67) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุจากสถานดูแลทางสุขภาพ จำนวน 2,524 ราย เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับพฤติกรรมสุขภาพใน 5 ด้าน คือ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไขมัน การควบคุมน้ำหนัก การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน ดังนี้

ความคาดหวังในความสามารถของพฤติกรรมหนึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น ความคาดหวังในความสามารถของการรับประทานอาหารไขมัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคาดหวังในความสามารถของการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และพบว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าวยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 5 ด้านในทางบวก มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และพบว่า

ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงจะมีภาวะสุขภาพดีกว่า และไปพบแพทย์น้อยกว่า
ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ

โอเอทเคอร์ - แบล็ค และคณะ (Oetker - Black, et al. 1992 : 134 - 139) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยศึกษาจากผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดถุงน้ำดี ซึ่งเป็นผู้ป่วยเพศหญิงจำนวน 68 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการหายใจเข้าออกลึก ๆ การฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัด (ambulation) และการจำเหตุการณ์ก่อนผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการขอรับยาแก้ปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เฮกา และสตีวาร์ท (Haaga & Stewart 1992 : 24 - 27) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเองเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังจากเลิกสูบบุหรี่ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบบุหรี่จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองระดับกลาง จะเลิกสูบบุหรี่ได้นานกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ

วูลเฟิร์ต และแวน (Wulfert & Wan 1993 : 346 - 352) ศึกษารูปแบบการรับรู้สมรรถนะในการใช้ถุงยางอนามัย (Self - efficacy model of condom use) เป็นการศึกษาโดยการสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาในวิทยาลัยที่เรียนจิตวิทยา จำนวน 212 ราย เพศหญิง 109 ราย เพศชาย 103 ราย เป็นกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์แบบต่างเพศ (heterosexual) ผลการศึกษาพบว่า การใช้ถุงยางอนามัยเกิดจากความคาดหวังในผลของการกระทำ และอิทธิพลของกลุ่มที่เหมือนกัน ส่วนทัศนคติในเรื่องเพศ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการรับรู้ถึงอันตรายที่จะได้รับไม่สามารถทำนายการใช้ถุงยางอนามัยได้ นักศึกษาทั้งหมดได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV เป็นอย่างดี แต่ไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นการเสี่ยง แม้ว่าจะมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเป็นอย่างมาก

คิงเจอร์รี่ และกลาสโกว (Kingery & Glasgow 1989 : 14 - 18) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำในการทำนายระดับการดูแลตนเอง 3 เรื่อง คือ อาหาร การออกกำลังกาย และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 40 - 88 ปี จำนวน 127 ราย โดยการวัดตัวแปรที่ศึกษา 2 ครั้ง ห่างกัน 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง เรื่องการ

ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ อาหารและการออกกำลังกาย ตามลำดับ แต่ความคาดหวังในผลลัพธ์เรื่องการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ เรื่องอาหารและการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองตามลำดับ แสดงว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองเป็นสิ่งที่สามารถจัดการได้ง่าย แต่ให้ผลประโยชน์น้อยกว่าการจัดการเรื่องอาหาร และการออกกำลังกาย ในทำนองเดียวกันผู้ป่วยรับรู้ว่าการออกกำลังกายสามารถจัดการได้ยากที่สุดแต่ให้ผลประโยชน์มากที่สุด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ กับการดูแลตนเอง พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายในทุกช่วงเวลาทั้งการวัดครั้งแรกและครั้งที่สอง และการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการดูแลตนเองด้านอาหารเฉพาะในการวัดครั้งที่สองเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองด้านการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง เมื่อวัดครั้งแรกและครั้งที่สอง และเมื่อวิเคราะห์สมการถดถอยพหุแบบเชิงชั้นเพื่อทำนายการดูแลตนเองในการวัดครั้งแรกและครั้งที่สอง พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ สามารถทำนายการดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกายได้ปานกลาง แต่ทำนายการดูแลตนเองเรื่องอาหารและการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองได้น้อย

โมวัต และสเปนซ์ ลาสชิงเกอร์ (Mowat & Spence Laschinger 1994 : 1105) ได้วิเคราะห์แนวคิด (A Concept analysis) การรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่การคิดรู้เชื่อมโยง โดยสรุปว่า ผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงจะสามารถเผชิญความเครียดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ดี มีงานวิจัยหลายเรื่องที่ตรวจสอบการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ในประเด็นที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยมีระดับของความมั่นใจว่า ตนเองมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรม และเชื่อว่าจะได้รับประโยชน์จากผลของพฤติกรรมนั้น ๆ (Hofstetter, et al. 1990 cited in Mowat & Spence Laschinger 1994 : 1107)

แครอล (Carroll 1995 : 50 - 59) ศึกษาความคาดหวังในความสามารถของ ผู้ป่วยสูงอายุในระยะฟื้นฟูหลังการทำผ่าตัด coronary artery bypass โดยศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 133 คน โดยการวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ความคาดหวังในความสามารถของตน และพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพในวันที่ออกจากโรงพยาบาล และระยะ 6 สัปดาห์ 12 สัปดาห์ เกี่ยวกับพฤติกรรมการเดินทาง การขึ้นบันได การทำกิจกรรมทั่วไป และการแสดงบทบาท

ผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรทั้งหมดมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และ สรุปได้ว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเป็นตัวเชื่อมระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

อีวาร์ท และคณะ (Ewart, et al. 1986 : 557 - 561) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเองกับการฟื้นฟูสภาพหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยเพศชาย อายุ 45 - 65 ปี จำนวน 31 คน โดยศึกษาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มฟื้นฟูสภาพขณะอยู่ในโรงพยาบาล และติดตามจนถึง 6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีความอดทนในการออกกำลังกาย ($r = 0.66$, $P < .001$) โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูง มีความอดทนในการออกกำลังกายได้นานกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ

ไวท์เซล (Weitzel 1989 : 99 - 104) ศึกษาเพื่อทดสอบรูปแบบการส่งเสริม สุขภาพของเพนเดอร์ (Pender 1987) และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดย ศึกษาในกลุ่มคนงานที่เป็นลูกจ้างของมหาวิทยาลัยจำนวน 179 คน พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ($r = .33$, $P < .001$) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ได้แก่ จุดมุ่งหมายในชีวิต ($r = .42$, $P < .001$) และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ($r = .34$, $P < .001$)

สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 32 - 33) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อ.เมือง จำนวน 150 ราย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ($r = .46$, $P < .001$) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ได้แก่ การบรรลุอุดมการณ์ของตน ($r = .53$, $P < .001$) การรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($r = .25$, $P < .01$) การออกกำลังกาย ($r = .18$, $P < .05$) การรับประทานอาหาร ($r = .26$, $P < .01$)



การสนับสนุนระหว่างบุคคล ($r = .39$, $P < .001$) และการจัดการกับความเครียด ($r = .23$, $P < .01$)

มณีรัตน์ วิริยะประสพโชค (2536 : ๓) ศึกษาการรับรู้ในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ในประสิทธิผลของการปฏิบัติตนต่อการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ ที่มารับการตรวจสุขภาพในคลินิกกามโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายและพะเยา กลุ่มตัวอย่าง 214 ราย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคเอดส์

ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2539 : 42) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = .76$, $P < .001$)

กมลพรรณ หอมมาน (2539 : 59) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 150 ราย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ($r = .330$, $P < .001$)

นอกจากการรับรู้สมรรถนะในตนเอง จะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวแล้ว ปัจจัยปรับเปลี่ยนอิทธิพลระหว่างบุคคล คือสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยเช่นกัน

แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส

สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส (Marital relationship) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสองคนที่มีความสนิทสนม ลึกซึ้ง และคุ้นเคยกันเป็นพิเศษ เป็นความผูกพันที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจของทั้งสองฝ่าย ซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจและการปฏิบัติต่อกันระหว่างสามี และภรรยา จึงเกี่ยวข้องถึงความสัมพันธ์ทางเพศด้วย ดังนั้น สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสจึงเป็นความสัมพันธ์ที่ผูกพันกันมากที่สุดอย่างหนึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับความสัมพันธ์ อื่น ๆ (วันทนีย์ วาสิกะสิน 2526

: 92 - 93 อ้างใน ปีทมา คุปตจิต 2533 : 47) ไลเบอร์แมน (Lieberman 1986 : 462) กล่าวว่า ถ้าคู่สมรสไม่ได้รับสิ่งที่เป็ประโยชน์จากกันแล้ว สัมพันธภาพที่ได้รับจากบุคคลอื่นจะไม่สามารถมาทดแทนในสิ่งที่ขาดไปได้เลย คู่สมรสจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะถ้าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเกิดการเจ็บป่วย เพราะคู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีความไว้วางใจมากที่สุด

ครอนเนนเวท และคานส์ วิลสัน (Cronenwett & Kunst-Wilson 1981 : 198) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสนั้นเป็นสัมพันธภาพแห่งการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และเป็นสัมพันธภาพที่มีการยึดเหนี่ยวกันอย่างเหนียวแน่น คู่สมรสจึงเป็นแหล่งของการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพและมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะผลทางด้านจิตใจและถือได้ว่าเป็นแหล่งของการช่วยเหลือแหล่งแรกที่มีประสิทธิภาพที่สุด สอดคล้องกับคำกล่าวของ คอยน์ และดีโลจีส์ (Coyne & Delogis 1986 : 455) ⁵⁴³ ที่ว่า การได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสที่เพียงพอ จะเป็นการบ่งชี้ถึงการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีในชีวิตสมรส และสอดคล้องกับการศึกษาของไพร์โมโม ยาทีส และวูดส์ (Primomo, Yates & Woods 1990 : 155) ²⁵²⁹ ที่พบว่า คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดในบรรดาแหล่งสนับสนุนทั้งหมดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเพศหญิง

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

งานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่าม้งานวิจัยดังกล่าว แต่มีการศึกษาที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ดังนี้

ไลท์แมน (Lichtman in Northouse & Swain 1987 : 222) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการตัดเต้านม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการตัดเต้านมที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดีขึ้น หรือคงอยู่ในระดับเดิม จะสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมากกว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่น ๆ

ปีทมา คุปตจิต (2533 : 82) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ สัมพันธภาพในคู่สมรส กับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังได้รับการตัดเต้านม โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็ง ภายหลังได้รับการตัดเต้านม ($r = .417, P < .001$)

ศิริวรรณ แสงอินทร์ (2536 : 82) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สัมพันธภาพของคู่สมรส กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ($r = .4848, P < .001$)

มาลี เกื้อนพคุณ (2535 : 108) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเอดส์ กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของสามี จากกลุ่มตัวอย่างคือ สามีของหญิงที่มาคลอดที่โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 404 ราย ผลการวิจัยพบว่า สามีที่มีสัมพันธภาพกับภรรยาในระดับดี มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ดีกว่าสามีที่มีสัมพันธภาพกับภรรยาในระดับไม่ดี กล่าวคือ กลุ่มที่มีสัมพันธภาพกับภรรยาดีปฏิบัติตัวได้ถูกต้องร้อยละ 23.1 ส่วนกลุ่มที่มีสัมพันธภาพไม่ดีปฏิบัติตัวถูกต้องร้อยละ 16.7 แต่จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของสามี

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง นั้น จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบบางงานวิจัยที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว แต่มีงานวิจัยที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หรือการสนับสนุนระหว่างบุคคล ดังนี้

ไวท์เซล (Weitzel 1989 : 99 - 104) ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender 1987) และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากกลุ่มตัวอย่าง คนงาน 179 ราย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($r = .34, P < .001$)

สตึฟเบอร์เจน และเบคเกอร์ (Stuifbergen & Becker 1994 : 3 - 13) ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยทุพพลภาพ หรือไร้ความสามารถ จากกลุ่มตัวอย่าง 117 ราย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($r = .36, p < .01$)

วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 49) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวอย่าง

150 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนระหว่างบุคคล ($r = .39, P < .001$)

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526 : 182) โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender 1982 : 161 - 162) จากการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า ม. 8 มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงที่สุด และแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอื่น ๆ ทุกระดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เขียวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) และจอห์นสัน (Johnson 1991 : 15 - 19) พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่า และสุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) ศึกษาความรู้เรื่องโรคความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี และจากการศึกษาของ วรณระวี อัคนิจ , เกศรินทร์ ศรีสง่า (2534) และ นิรามัย ไร่เทียมวงศ์ (2535) พบว่า ระยะเวลาในการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ถ้ามีเศรษฐกิจไม่ดีจะทำให้ไม่มีเงินซื้ออาหาร ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526 : 179) มีการศึกษาหลายราย

ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ขวัญใจ ดันดีวัฒน์เสถียร 2534 : ดวงพร รัตนอมรชัย 2535 : Walker, et al. 1988) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยาเวดี สุวรรณนาคะ (2532) พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสบี และสุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา และรายได้ กับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ดังนี้

ระดับการศึกษา การศึกษามีผลกระทบต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงมีความเข้าใจในข้อมูลต่าง ๆ ได้ง่าย รู้จักแสวงหาข้อมูลได้ดี จึงมีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และสามารถเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า จากการศึกษานี้ของ รัตนานภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2536 : 51) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวม ($r = .23, P < .001$) แสดงว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการศึกษาสูงรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) และกมลพรรณ หอมนาน (2539) พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ ($r = .24, P < .01$ และ $r = .168, P < .05$ ตามลำดับ)

รายได้ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเองของบุคคลจากการศึกษาของเกรมโบวสกี และคณะ (Grembowski, et al. 1993 : 96) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจหรือรายได้สูงจะมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับความคาดหวังในความสามารถของตน และความคาดหวังในผลลัพธ์สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจหรือรายได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 44) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะต้องเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงต้องพัฒนาและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสซึ่งเป็นปัจจัยปรับเปลี่ยนและการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยด้านการคิดรูที่สำคัญที่จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยปรับเปลี่ยนอื่น ๆ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังที่ผู้วิจัยเสนอไว้ข้างต้น แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาปัจจัยดังกล่าวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงเป็นประเด็นที่ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และการรับรู้สมรรถนะในตนเองให้ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา รายได้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาสิบตี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลศิริราช

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั้ง 6 แห่ง จำนวน 120 ราย โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และได้รับการรักษามาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 เดือน โดยมีอาการทางคลินิกที่บ่งชี้ถึงภาวะของโรค คือ อาการไอร่วมกับอาการเหนื่อย หายใจลำบากเรื้อรังและในการตรวจสมรรถภาพของปอดเพื่อประเมินผลการรักษา พบว่า PEF (Peak expiratory flow rate) มีค่าต่ำกว่า 400-700 ลิตร/นาที เมื่อเทียบกับตารางอายุ (ปี) และส่วนสูง (เมตร) และมีสถานภาพสมรสคู่โดยอาศัยอยู่กับคู่สมรส

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระยะเวลาในการสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และความพึงพอใจของรายได้

2. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (The COPD Self-Efficacy Scale : CSES) สร้างโดยไวเกิ้ล, เครียร์ และโคทเซ (Wigal, Creer & Kotses 1991) ประกอบด้วยข้อคำถาม 34 ข้อ โดยผู้สร้างนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 102 ราย และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหา ความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา = .95 การทดสอบความคงที่ของแบบวัดด้วยการทดสอบซ้ำ (test - retest) กับกลุ่มตัวอย่างเดิมหลังจากทดสอบครั้งแรก 2 สัปดาห์ ได้ค่าความสัมพันธ์ = .77 ($P < .001$) เมื่อหาความเชื่อมั่นครั้งที่ 2 ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบวัด = .96 และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) พบว่า ประกอบด้วย ผลกระทบทางด้านลบ การเร้าทางอารมณ์ การออกกำลังกายหรือออกแรง สภาพอากาศ/สิ่งแวดล้อม และปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานขององค์ประกอบในการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนทั้งหมดได้ร้อยละ 57.40 ม (Wigal, Creer & Kotses 1991 : 1194)

ผู้วิจัยได้แปลแบบวัดชุดนี้เป็นภาษาไทย แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และภาษาที่ใช้ จากผู้เชี่ยวชาญด้านการรับรู้สมรรถนะในตนเองจำนวน 4 ท่าน หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย พบว่า มีข้อคำถามที่มีความหมายไม่ชัดเจน 1 ข้อ ทำให้ยากในการตอบ ผู้วิจัยจึงตัดออก ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านผลกระทบในทางลบ ทำให้ข้อคำถามจากเดิมมี 12 ข้อ เหลือ 11 ข้อ ดังนั้นแบบวัดชุดนี้จึงประกอบด้วยข้อคำถาม 33 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. ผลกระทบทางด้านลบ (Negative Affect) มี 12 ข้อ ได้แก่ข้อ 1 - 11
2. การเร้าทางอารมณ์ (Intense Emotional Arousal) มี 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12 - 19
3. การออกกำลังกายหรือออกแรง (Physical Exertion) มี 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 20 - 24
4. สภาพอากาศ / สิ่งแวดล้อม (Weather/Environment) มี 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 25 - 30
5. ปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง (Behavioral Risk Factors) มี 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 31 - 33

ลักษณะแบบวัดเป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด และเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

มีความมั่นใจมากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าจะสามารถจัดการหรือหลีกเลี่ยงการหายใจลำบากได้อย่างแน่นอน (100 %)

มีความมั่นใจค่อนข้างมาก หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าจะสามารถจัดการหรือหลีกเลี่ยงการหายใจลำบากได้มากกว่าไม่ได้ (> 50 %)

มีความมั่นใจปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าจะสามารถจัดการหรือหลีกเลี่ยงการหายใจลำบากได้ในระดับปานกลาง (50 %)

มีความมั่นใจค่อนข้างน้อย หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าจะสามารถจัดการหรือหลีกเลี่ยงการหายใจลำบากได้น้อย (< 50 %)

ไม่มีความมั่นใจเลย หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าจะไม่สามารถจัดการหรือหลีกเลี่ยงการหายใจลำบากได้เลย (0 %)

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

มีความมั่นใจมากที่สุด	ได้ 5 คะแนน
มีความมั่นใจค่อนข้างมาก	ได้ 4 คะแนน
มีความมั่นใจปานกลาง	ได้ 3 คะแนน
มีความมั่นใจค่อนข้างน้อย	ได้ 2 คะแนน
ไม่มีความมั่นใจเลย	ได้ 1 คะแนน

แบบวัดนี้มีช่วงคะแนน 33 - 165 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองดี ส่วนคะแนนต่ำแสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองไม่ดี

3. แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender 1987 : 138-143) โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 47 ข้อ มี 10 ด้านดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป มี 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1 - 9
2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ มี 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10 - 15
3. การออกกำลังกายและการพักผ่อน มี 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 16 - 19
4. รูปแบบการนอนหลับ มี 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 20 - 23
5. การจัดการความเครียด มี 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 24 - 26
6. การตระหนักในคุณค่าของตนเอง มี 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 27 - 33

7. จุดมุ่งหมายในชีวิต มี 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 34 - 35
8. สัมพันธภาพกับผู้อื่น มี 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 36 - 39
9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม มี 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 40 - 43
10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ มี 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 44 - 47

แบบวัดนี้เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด และเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ
สม่ำเสมอหรือทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ
บ่อยครั้ง

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ
นาน ๆ ครั้ง

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่มีพฤติกรรม หรือไม่มีการปฏิบัติกิจกรรม
นั้น ๆ เลย

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ปฏิบัติประจำ ได้ 4 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง ได้ 3 คะแนน

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ได้ 2 คะแนน

ไม่ปฏิบัติเลย ได้ 1 คะแนน

สำหรับข้อคำถามจากข้อ 27 - 39 ผู้วิจัยได้ปรับคำตอบให้เหมาะสมกับข้อคำถาม และเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ค่อนข้างเห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นในระดับปานกลาง

เห็นด้วยเล็กน้อย/ หมายถึง ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย หรือ

ไม่เห็นด้วยเลย ไม่เห็นด้วยเลย

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 4 คะแนน

ค่อนข้างเห็นด้วย ได้ 3 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง ได้ 2 คะแนน

เห็นด้วยเล็กน้อย / ได้ 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วยเลย

คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีช่วงคะแนน 47 - 188 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนคะแนนต่ำแสดงว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

4. แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (Dyadic Adjustment Scale) สร้างโดย สเปนเนียร์ (Spanier 1976 อ้างใน สายพิน เกษมกิจวัฒนา 2536 : 45) เพื่อใช้ประเมินคุณภาพของชีวิตสมรสและความสัมพันธ์อื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมโดยสายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536 : 45 - 47) ประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 หมวด ดังนี้

1) ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส (dyadic consensus) มี 13 ข้อ ได้แก่ข้อ 1 - 13

2) ความพึงพอใจในคู่สมรส (dyadic satisfaction) มี 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 14 - 21

3) ความกลมเกลียวของคู่สมรส (dyadic cohesion) มี 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 22 - 25

4) การแสดงความรัก (affectional expression) มี 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 26 - 28

แบบวัดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบความคงที่ด้วยการทดสอบซ้ำ (test - retest) กับภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังโรคหลอดเลือดในสมอง และไซสัสนหลังได้รับบาดเจ็บ จำนวน 10 ราย ได้ค่าความสัมพันธ์ = .76 ($P < .01$) และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของแบบวัดทั้งหมด = .97 ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส = .90 ความพึงพอใจในคู่สมรส = .88 ความกลมเกลียวของคู่สมรส = .88 และการแสดงความรัก = .87 (สายพิน เกษมกิจวัฒนา 2536 : 47) .

ลักษณะคำตอบในแต่ละหมวดเดิมเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือ 0 - 5 จากการนำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 2 ราย ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่ายากในการตอบเนื่องจากคำตอบมีความหมายใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงปรับคำตอบเพื่อให้ง่ายขึ้นโดย

ปรับเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

1. ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นพ้องกันเสมอ	ได้ 4 คะแนน
เห็นพ้องกันเป็นบางครั้ง	ได้ 3 คะแนน
ไม่เห็นพ้องกันมาก	ได้ 2 คะแนน
ไม่เห็นพ้องกันเลย	ได้ 1 คะแนน

2. ความพึงพอใจในคู่สมรส ข้อคำถามมีความหมายทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยข้อคำถามด้านบวกคือ ข้อ 16 , 17 , 21 ส่วนข้อคำถามด้านลบ คือ ข้อ 14 , 15 , 18 , 19 และ 20 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ลักษณะคำตอบ	คะแนน	
	ด้านบวก	ด้านลบ
ตลอดเวลา	4	1
บ่อย	3	2
นาน ๆ ครั้ง	2	3
ไม่เคยเลย	1	4

3. ความกลมเกลียวของคู่สมรส เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

บ่อยมากที่สุด	ได้ 4 คะแนน
บ่อย	ได้ 3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ได้ 2 คะแนน
ไม่เคยเลย	ได้ 1 คะแนน

4. การแสดงความรัก เป็นข้อคำถามด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยเลย	ได้ 4 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ได้ 3 คะแนน
บ่อย	ได้ 2 คะแนน
บ่อยมากที่สุด	ได้ 1 คะแนน

สำหรับข้อคำถามในข้อ 28 ตามเกี่ยวกับความสุขในชีวิตสมรสเป็นข้อคำถามด้านบวก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มีความสุขมากที่สุด	ได้ 4 คะแนน
มีความสุขมาก	ได้ 3 คะแนน
มีความสุขปานกลาง	ได้ 2 คะแนน
มีความสุขเล็กน้อย/	ได้ 1 คะแนน
ไม่มีความสุขเลย	

คะแนนรวมของแบบวัดอยู่ในช่วง 28 - 112 คะแนน คะแนนต่ำ แสดงว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดี คะแนนสูงแสดงว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรง (Validity)

1. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง นำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ดังนี้

ผู้เชี่ยวชาญด้านการรับรู้สมรรถนะในตนเอง	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการรับรู้สมรรถนะในตนเอง	2 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตสังคม	1 ท่าน

2. แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ดังนี้

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1 ท่าน
ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1 ท่าน

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้ชัดเจนด้านเนื้อหาและความเหมาะสมด้านภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient)

ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแต่ละฉบับ ดังนี้

1. ความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง = .92
2. ความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ = .86
3. ความเชื่อมั่นของแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส = .84

หลังการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้จำนวน 120 ราย แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นอีกครั้ง ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแต่ละฉบับ ดังนี้

1. ความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง = .92
2. ความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ = .90
3. ความเชื่อมั่นของแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส = .91

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอนและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อหัวหน้าหน่วยงานคลินิกโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั้ง 6 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

ในการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั้ง 6 แห่ง ในวันและเวลาที่มีการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

- | | | |
|---------------------|--------------|-----------------------|
| โรงพยาบาลราชวิถี | ทุกวันจันทร์ | เวลา 08.00 - 12.00 น. |
| โรงพยาบาลรามาริบัติ | ทุกวันจันทร์ | เวลา 13.00 - 16.00 น. |

โรงพยาบาลเลิดสิน	ทุกวันอังคาร	เวลา 08.00 - 12.00 น.	
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	ทุกวันอังคาร	เวลา 13.00 - 16.00 น.	
โรงพยาบาลศิริราช	ทุกวันพฤหัสบดี	เวลา 08.00 - 12.00 น.	} สลับกัน
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	ทุกวันพฤหัสบดี	เวลา 08.00 - 12.00 น.	

หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดบันทึกรายชื่อผู้ป่วยเหล่านี้ และเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เมื่อผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัด ขณะรอตรวจผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ เมื่อผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือผู้วิจัยเริ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยทีละคน โดยเริ่มจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสตามลำดับ โดยใช้ เวลาประมาณ 30 - 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS / PC ดังนี้

- 1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละ
- 2.หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นรายด้าน และโดยรวม
- 3.คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา รายได้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05
- 4.วิเคราะห์อำนาจทำนายของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา รายได้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิจัย และการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา รายได้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริมใต้ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลเลิดสิน และคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 ราย ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาในการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 120)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	104	86.70
หญิง	16	13.30
อายุ (ปี)		
46 - 60	30	25.00
61 - 70	59	49.20
71 - 80	26	21.60
81 ขึ้นไป	5	4.20

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 120)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการสมรส (ปี)		
< 15	1	0.80
15 - 30	33	27.50
31 - 40	45	37.50
41 - 50	30	25.00
51 ขึ้นไป	11	9.20
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	67	55.80
มัธยมศึกษา/ปวช.	35	29.20
อนุปริญญา/ปวส.	18	15.00
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
< 3,000	21	17.50
3,001 - 8,000	45	37.50
8,001 - 15,000	37	30.80
15,001 - 30,000	15	12.50
> 30,000	2	1.70
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย		
พอใช้ เหลือเก็บ	33	27.50
พอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ	63	52.50
ไม่พอใช้เป็นส่วนใหญ่	20	16.70
ไม่พอใช้ทุกเดือน	4	3.30

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 86.70 มีอายุระหว่าง 61 - 70 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49.20 ระยะเวลาในการสมรส 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา / ต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 55.80 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 3,001 - 8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.50 และรายได้ของครอบครัวต่อเดือนพอใช้เป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 52.50

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเอง จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		\bar{X}	S.D.
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง		
การรับรู้สมรรถนะในตนเองรายด้าน				
ผลกระทบทางด้านลบ	11 - 55	11 - 55	40.59	9.80
การเร้าทางอารมณ์	8 - 40	11 - 40	19.46	7.06
การออกกำลังกายหรือออกแรง	5 - 25	5 - 25	15.36	5.28
สภาพอากาศ/สิ่งแวดล้อม	6 - 30	7 - 30	19.43	5.25
ปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง	3 - 15	3 - 15	11.04	2.42
การรับรู้สมรรถนะในตนเองโดยรวม	33 - 165	55 - 164	115.88	25.00

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเองโดยรวมค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 115.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 25.00 สำหรับ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองทั้ง 4 ด้าน คือ ผลกระทบทางด้านลบ การเร้าทางอารมณ์ สภาพอากาศ/สิ่งแวดล้อม และปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง มีคะแนนค่อนข้างสูง ส่วนการออกกำลังกาย หรือออกแรงมีคะแนนในระดับปานกลาง

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสัมพันธภาพระหว่าง
คู่สมรสจำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		\bar{X}	S.D.
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง		
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสรายด้าน				
ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส	13 - 52	22 - 52	45.00	6.39
ความพึงพอใจในคู่สมรส	8 - 32	13 - 32	26.73	3.61
ความกลมเกลียวของคู่สมรส	4 - 16	4 - 16	10.47	2.69
การแสดงความรัก	3 - 12	3 - 12	6.87	1.92
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสโดยรวม	28 - 112	53 - 109	89.07	10.74

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสโดยรวมค่อนข้างสูงโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 89.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.74 สำหรับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสรายด้าน พบว่า ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส และความพึงพอใจในคู่สมรสมีคะแนนค่อนข้างสูง ส่วนความกลมเกลียวของคู่สมรส และการแสดงความรักมีคะแนนในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		\bar{X}	S.D.
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง		
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน				
ความสามารถในการดูแลตนเอง				
โดยทั่วไป	9 - 36	19 - 34	27.36	3.49
การปฏิบัติด้านโภชนาการ	6 - 24	8 - 24	17.75	3.24
การออกกำลังกายและการพักผ่อน	4 - 16	7 - 16	13.25	2.24
รูปแบบการนอนหลับ	4 - 16	5 - 16	11.81	2.42
การขจัดความเครียด	3 - 12	3 - 12	7.92	2.08
การตระหนักในควมมีคุณค่า				
ของตนเอง	7 - 28	12 - 28	22.26	4.36
จุดมุ่งหมายในชีวิต	2 - 8	2 - 8	4.88	2.10
สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น	4 - 16	4 - 16	12.78	2.86
การควบคุมสภาวะแวดล้อม	4 - 16	8 - 16	13.38	2.17
การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ	4 - 16	7 - 16	12.43	2.30
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	47 - 188	105 - 175	143.82	15.59

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 143.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.59 สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่าด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน การตระหนักในคุณค่าแห่งตน สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น และการควบคุมสภาวะแวดล้อม มีคะแนนค่อนข้างสูง ส่วนด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ รูปแบบการนอนหลับ การขจัดความเครียด จุดมุ่งหมายในชีวิต และการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ พบว่า มีคะแนนในระดับปานกลาง

การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญโดยการทดสอบค่าที (t-test) ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ระดับการศึกษา	1.000				
2. รายได้	.154	1.000			
3. สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	-.008	.144	1.000		
4. การรับรู้สมรรถนะในตนเอง	-.064	-.099	.252**	1.000	
5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.085	-.001	.568***	.235**	1.000

** P < .01 , *** P < .001

จากตารางที่ 5 พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .252$) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .568$) การรับรู้สมรรถนะในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .235$) แต่ระดับการศึกษา และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เมื่อพิจารณาถึงระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ($r = .568$, $P < .001$) และรองลงมาคือ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ($r = .235$, $P < .01$)

การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นตัวเกณฑ์ ส่วนตัวทำนาย ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา และรายได้โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวทำนาย	R	R ²	R ²	F	b	Beta	T	P
			Chang	Chang				
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	.568	.323	.323	56.320	.825	.568	7.505	.000
Constant (a) = 70.356 , R ² adjusted = .317 , F = 56.320 , P = .000								

จากตารางที่ 6 พบว่า การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในสมการ คือ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด ($r = .568$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .323 ($R^2 = .323$) และเมื่อเพิ่มตัวทำนายอื่น ๆ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ระดับการศึกษา และรายได้ในขั้นตอนต่อไป พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเปลี่ยนไปอย่างไร้มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงยุติลงในระดับที่ 1 จะเห็นได้ว่าตัวทำนายที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส โดยสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 32.30

การสร้างสมการทำนาย จากผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 6 พบว่า สัมประสิทธิ์ถดถอย (b) ของตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้าไปในสมการ คือ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (MR) และค่าคงที่ (a) เท่ากับ 70.356 จากการวิเคราะห์ถดถอยและสหสัมพันธ์พหุคูณในระดับที่ 1 จะได้สมการถดถอย

ที่ดีที่สุด เพื่อทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (HPB) ในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

$$\hat{Y} = a + bx$$

$$\hat{Y} \text{ (HPB)} = 70.356 + .825 \text{ (MR)}$$

สมการถดถอยพหุคูณที่ดีที่สุดในรูปแบบมาตรฐาน คือ

$$\hat{Z} \text{ (HPB)} = .568 \text{ (MR)}$$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา รายได้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายตามสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 การรับรู้สมรรถนะในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาค้นครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานดังกล่าว แสดงว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล (Gecas 1989 : 219 - 316 ; Grembowski, et al. 1993 : 89 - 104 ; O'Leary 1985 : 437 - 451 ; Strecher, et al. 1986 : 73 - 92) โดยที่จะเป็นแรงจูงใจกระตุ้นหรือโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเกิดความคาดหวัง หรือเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพขึ้น (Pender 1987 : 62) โดยจะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็น เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่มีความยุ่งยาก (Bandura 1986 : 390 - 453) ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสนใจที่จะแสวงหาความรู้ต่าง ๆ และฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และอยู่เหนืออุปสรรคที่เกิดจาก

ความจำกดของร่างกายอันเนื่องมาจากภาวะของโรค นอกจากนี้ผลลัพท์ที่เกิดจากการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสุขภาพดีขึ้น ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดไป ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกร็มโบวสกี และคณะ (Grembowski, et al. 1993 : 66 - 67) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และผลการศึกษาของคินเจอร์ และกลาสโกว (Kingery & Glasgow 1989 : 14 - 18) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และการศึกษาของแครอล (Carroll 1995 : 50 - 59) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะฟื้นฟูหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery bypass) โดยทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของวันดี แยมจันท์ราย (2538 : 33) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาของศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538 : 42) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง และการศึกษาของกมลพรรณ หอมมาน (2539 : 59) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 2 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาค้นคว้าสนับสนุนสมมติฐานดังกล่าว แสดงว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดีจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดีก็จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสองคน เป็นรูปแบบของความสัมพันธ์ที่มีความสนิทสนม ลึกซึ้ง และผูกพันกันมากที่สุด (วันทนี วาลิกะสิน 2526 : 92 - 93 อ้างใน ศิริวรรณ แสงอินทร์ 2536 : 82) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดีนั้นย่อมเกิดจากการที่สามีและภรรยา มีความรักความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีความพร้อม และเต็มใจที่จะร่วมทุกข์ร่วมสุขกันอย่างแท้จริง คู่สมรสจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะถ้าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเกิดการเจ็บป่วย อีก

ฝ่ายหนึ่งจะเป็นแหล่งของการช่วยเหลือแหล่งแรกที่มีประสิทธิภาพที่สุด (Cronenwett & Kunst - Wilson 1981 : 198) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี จะมีผู้คอยดูแลเอาใจใส่คอยปลอบใจ ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้จะสามารถลดภาวะเครียดที่เกิดกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางอารมณ์ เห็นคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจ และเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดี จะทำให้มีปัญหาความขัดแย้ง ขาดความรักใคร่อาทรซึ่งกันและกัน และขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของลิทท์แมน (Lichtman in Northouse & Swain 1987 : 222) ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการตัดเต้านม โดยผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพในคู่สมรสดี จะสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพในคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปีทมาคุปตจิต (2533) ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด และจากการศึกษาของศิริวรรณ แสงอินทร์ (2536) ที่พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สมมติฐานที่ 3 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานดังกล่าว แสดงว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดีจะมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองดี ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดีก็จะมี การรับรู้สมรรถนะในตนเองไม่ดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ (Cognitive - perceptual factors) คือ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นสัมพันธภาพแห่งการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพและมีความสำคัญที่สุด (Cronenwett & Kunst - Wilson 1981 : 198) ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี จะทำให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นให้เกิดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura 1977 : 195 - 198) ที่ว่า การประสบผลสำเร็จจาก

การกระทำ (Performance - accomplishment) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเองของบุคคล ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ไวท์เซด (Weitzel 1989 : 99 - 104) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกลุ่มคนงานที่เป็นลูกจ้างของมหาวิทยาลัย การศึกษาของ สต๊ฟเบอร์เจน และเบคเกอร์ (Stuifbergen & Becker 1994 : 3 - 13) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้ป่วยไร้ความสามารถ และการศึกษาของ วันดี แยม์จันทร์ฉาย (2538 : 49) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนระหว่างบุคคลในผู้สูงอายุ แสดงว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หรือการสนับสนุนระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

สมมติฐานที่ 4 ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สนับสนุนสมมติฐานดังกล่าวโดยพบว่า ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งแยกอภิปรายได้ ดังนี้

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แสดงว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ว่าจะมีระดับการศึกษาสูงหรือต่ำจะไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งต่างจากแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender 1982 : 161 - 162) ที่ว่าการศึกษาคือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ หรือเชื้ออำนาจต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะมีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาหลายรายที่พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ดวงพร รัตนอมรชัย 2535 : 116 ; ยาวลักษ์ณ์ มหาสิทธิวัฒน์ 2529 : 108 ; วันดี แยม์จันทร์ฉาย 2538 : 45 ; Johnson 1991 : 15-19) ทั้งนี้อาจเนื่องจากระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์ค่อนข้างสูง กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.80 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา / ต่ำกว่า ทำให้ไม่มีความแตกต่างในระดับการศึกษา ผลการทดสอบจึงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แสดงว่าไม่ว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีรายได้สูงหรือต่ำ จะไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ลักษณะรายได้ของกลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์สูง จึงไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่มีรายได้สูงกับกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.30 มีรายได้อยู่ในเกณฑ์พอใช้ถึงค่อนข้างดี เมื่อประเมินความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาหลายรายที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร 2534 : 123 ; ดวงพร รัตนอมรชัย 2535 : 117 ; วันดี แยมจันทร์ฉาย 2538 : 45 ; Walker, et al. 1988 : 84)

สมมติฐานที่ 5 ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่สนับสนุนสมมติฐานดังกล่าว โดยพบว่า ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งแยกอภิปรายได้ ดังนี้

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง แสดงว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ว่าจะมีระดับการศึกษาสูงหรือต่ำ จะไม่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์ค่อนข้างสูง จึงไม่พบความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะในตนเองระหว่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กล่าวคือ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.80 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา / ต่ำกว่า ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2537 : 56) ที่พบว่า ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน การศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 44) ที่พบว่า จำนวนปีที่ศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ กมลพรรณ หอมนาน (2539 : 65) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แสดงว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ว่าจะมีรายได้สูงหรือต่ำ จะไม่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะรายได้ของกลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์ค่อนข้างสูง จึงไม่พบความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะในตนเองระหว่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กล่าวคือ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.30 มีรายได้ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างดี และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 80 ผลการศึกษาครั้งนี้จึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเกริมโบวสกี และคณะ (Grembowski, et al. 1993 : 96) และวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 44) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 6 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา รายได้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 32.30 ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .001 แสดงว่าสมมติฐานที่ 6 ได้รับการสนับสนุนบางส่วน ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามเหตุผลที่อภิปรายในสมมติฐานที่ 2 และเนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าตัวทำนายอื่น ๆ ($r = .568, P < .001$) จึงได้รับเลือกเข้าไปในสมการทำนาย ส่วนการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = .235, P < .01$) จึงไม่ได้รับเลือกเข้าไปในสมการทำนายด้วย นอกจากนี้ปัจจัยด้านระดับการศึกษา และรายได้ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงไม่ได้รับเลือกเข้าไปในสมการทำนายเช่นกัน ด้วยเหตุนี้การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ระดับการศึกษา และรายได้จึงไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ดังนั้นผลการศึกษาครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า มีเพียงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเท่านั้นที่สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ร้อยละ 32.30 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 67.70 ไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender 1987) ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล เช่น แหล่ง

สนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพของครอบครัว แบบแผนการใช้บริการสุขภาพของครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นอกจากนี้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังอาจเกิดจากปัจจัยด้านการคิดรู้อีกที่นอกเหนือจากการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และยังมีปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่สุขนิสัยการรับประทานอาหาร แบบแผนการดำเนินชีวิตในสังคม ประสบการณ์ในอดีต การรับรู้ข้อมูลทางสื่อมวลชน ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เพนเดอร์ (Pender 1987 : 60 - 69) กล่าวไว้ว่า เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender 1987) บางส่วน กล่าวคือ ปัจจัยปรับเปลี่ยนด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล คือ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษา พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แสดงว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี จะทำให้มีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ส่วนปัจจัยปรับเปลี่ยนด้านระดับการศึกษา และรายได้ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจาก ระดับการศึกษา และรายได้ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความเป็นเอกพันธ์สูง ผลการทดสอบทางสถิติจึงไม่พบความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้จึงไม่สนับสนุนแนวคิดของเพนเดอร์

ข้อมูลเพิ่มเติม

นอกจากผลการศึกษาตามสมมติฐานการวิจัยที่อภิปรายแล้วข้างต้น ผู้วิจัยมีข้อมูลอื่น ๆ ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เพิ่มเติม ได้แก่

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเองโดยรวมค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 115.88 จากคะแนนของแบบวัดทั้งหมด 165 คะแนน (ตารางที่ 2) และเมื่อพิจารณาการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นรายข้อโดยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเองค่อนข้างสูงในเรื่องรู้สึกว่ามีสมรรถภาพทางเพศลดลง หรือหมดสมรรถภาพ ($\bar{X} = 4.04$) โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่า "อายุมากแล้ว ไม่ได้ยุ่งเกี่ยวกับมานาน ไม่คิดอะไรมากเพราะทำใจได้ หรือเอาธรรมะเข้าข่ม" และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเองค่อนข้างต่ำในเรื่องการยก

ของหนัก ($\bar{X} = 2.96$) การออกกำลังกายในห้องที่มีการระบายอากาศไม่ดี ($\bar{X} = 2.98$) และการอยู่ท่ามกลางมลภาวะ เช่น อากาศเสีย ควันพิช ($\bar{X} = 2.85$) (ภาคผนวก ค)

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสโดยรวมค่อนข้างสูง คือ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 89.07 จากคะแนนของแบบวัดทั้งหมด 112 คะแนน (ตารางที่ 3) และเมื่อพิจารณาคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสรายข้อโดยการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูงในเรื่องความเห็นพ้องกันเกี่ยวกับความเชื่อในศาสนา ($\bar{X} = 3.77$) ความห่วงใยและความเอาใจใส่ ($\bar{X} = 3.58$) การคบเพื่อนฝูง ($\bar{X} = 3.53$) การปฏิบัติต่อพ่อแม่ ($\bar{X} = 3.58$) ไม่เคยคิดหรือพูดที่จะหย่า หรือแยกทางกับคู่สมรส ($\bar{X} = 3.67$) ไม่ออกจากบ้านไปหลังจากโต้เถียงกัน ($\bar{X} = 3.52$) เชื้อใจคู่สมรส ($\bar{X} = 3.59$) และไม่เคยคิดเสียใจที่แต่งงาน ($\bar{X} = 3.79$) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดีในเรื่องเหนื่อยเกินกว่าที่จะมีเพศสัมพันธ์ ($\bar{X} = 1.87$) (ภาคผนวก ค)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมค่อนข้างสูง คือ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 143.82 จากคะแนนของแบบวัดทั้งหมด 188 คะแนน (ตารางที่ 4) และเมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายข้อโดยการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูงในเรื่องการเข้ายาดตรงตามที่แพทย์สั่ง ($\bar{X} = 3.73$) มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด ($\bar{X} = 3.76$) แปรงฟันหรือบ้วนปากหลังรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 3.52$) เมื่อมีอาการเหนื่อย หอบ อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ฯลฯ จะรีบนอนพักทันที ($\bar{X} = 3.51$) หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในทางเดินหายใจ เช่น หวัด วัณโรค ปอดบวม ฯลฯ ($\bar{X} = 3.52$) และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาล เพื่อส่งเสริม สุขภาพให้ดีขึ้น ($\bar{X} = 3.52$) (ภาคผนวก ค)



สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา รายได้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนกันยายน 2538 ถึงเดือนมีนาคม 2539 จำนวน 120 ราย โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด คือ เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษามาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 เดือน ในการตรวจสมรรถภาพของปอดค่า PEFR (Peak expiratory flow rate) มีค่าต่ำกว่า 400 - 700 ลิตร/นาที และมีสถานภาพสมรสคู่โดยอาศัยอยู่กับคู่สมรส

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การวิเคราะห์ข้อมูลมี ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยแจกแจงความถี่ และอัตราร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระดับการศึกษา รายได้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยทดสอบค่าที (t - test)
4. วิเคราะห์อำนาจทำนายของการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

ระดับการศึกษา และรายได้ ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 86.70 อายุระหว่าง 61 - 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.20 มีระยะเวลาในการสมรส 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษา/ต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 55.80 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 3,001 - 8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.50 รายได้พอใช้เป็นส่วนใหญ่แต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 52.50

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยคำนวณหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .235$, $P < .01$) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .568$, $P < .001$ และ $r = .252$, $P < .01$ ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ร้อยละ 32.30 นอกจากนี้จากผลการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{X} = 115.88$, 89.07 และ 143.82 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเองค่อนข้างต่ำในบางข้อ โดยมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 3 ได้แก่ การยกของหนัก การออกกำลังกายในห้องที่มีการระบายอากาศไม่ดี และการอยู่ท่ามกลางมลภาวะ เช่น อากาศเสีย ควันพิษ เป็นต้น (ภาคผนวก ค ตารางที่ 8) ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนและคลินิกควรให้การสนับสนุนและส่งเสริมผู้ป่วยในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเองให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองได้ถูกต้องโดยเฉพาะในด้านการออกกำลังกายหรือออกแรง และมลภาวะทางอากาศ โดยจัดทำคู่มือการประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของคนที่จัดการหรือหลีกเลี่ยงจากการหายใจลำบากได้มากน้อยเพียงใดซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือวิธีการแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และควรมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาตรวจตามนัดทุกครั้ง เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองไม่ดี ควรให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองที่ดีรวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองตามสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล

1.2 จัดสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อน และแนวทางในการปฏิบัติเพื่อจัดการหรือหลีกเลี่ยง การหายใจลำบาก เช่น หลีกเลี่ยงการยกของหนัก การออกกำลังกายในห้องที่มีภาวะระบายอากาศไม่ดี และการอยู่ท่ามกลางมลภาวะ เป็นต้น รวมทั้งการจัดทำโปรแกรมการสอนที่เป็นมาตรฐาน มีสื่อทัศนูปกรณ์ที่เหมาะสมและเพียงพอ เช่น หุ่นจำลอง ภาพพลิก สไลด์ ภาพยนตร์ หรือวิดีโอ ประกอบการสอน และจัดทำคู่มือ เอกสาร หรือแผ่นพับให้ผู้ป่วยอ่านประกอบหลังการสอน หรือนำกลับไปอ่านที่บ้านเป็นการทบทวนซ้ำ โดยคำนึงถึงความสามารถและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ตรงตามความเป็นจริง นอกจากนี้เมื่อมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ควรกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอยู่เสมอ เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้องควรกล่าวคำยกย่อง ชมเชย สนับสนุน ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจ และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน ซึ่งเป็นการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเองให้ดียิ่งขึ้น

2. จากการวิจัยครั้งนี้พบ ว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสค่อนข้างต่ำในด้านความกลมเกลียวของคู่สมรส และการแสดงความรัก โดยเฉพาะในเรื่องเพศสัมพันธ์มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2 (ภาคผนวก ค ตารางที่ 10) ดังนั้นพยาบาลควรนำผลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ดีขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ มีความสนใจ เอาใจใส่ในสุขภาพของตน ให้ความร่วมมือในการรักษา และมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี โดยจัดคลินิกให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เพื่อเป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีแก่คู่สมรส โดยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ เป็นต้น เพื่อ

ให้ผู้ป่วยและคู่สมรสได้พูดระบายความรู้สึกคับข้องใจ หรือปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ค่อยกล้าเปิดเผย ทั้งนี้อาจเนื่องจากสภาพวัฒนธรรมไทย และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงไม่ค่อยให้ความสำคัญในการแสดงความรัก โดยเฉพาะในด้านเพศสัมพันธ์ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและคู่สมรสได้แสดงความรัก ด้วยการเอาใจใส่ ห่วงใย เชื้ออาหาร และให้กำลังใจซึ่งกันและกันอยู่เสมอ นอกจากนี้ควรได้รับการช่วยเหลือโดยทีมให้คำปรึกษา ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

ด้านการศึกษา

1. การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรเน้นให้นักศึกษาพยาบาลสามารถประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถพัฒนาและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
2. ควรสนับสนุนให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูวิชาการเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการจัดอบรมวิชาการในชุมชน เพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้แก่คู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาซ้ำโดยให้มีลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีการกระจายของระดับการศึกษา และรายได้ กว้างขวางขึ้น
2. ศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยก
3. ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น

4. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว แบบแผนการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การรับรู้การควบคุมสุขภาพ คำจำกัดความของสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น



บรรณานุกรม

- กมลพรรณ หอมนาน. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
- เกศรินทร์ ศรีสง่า. การดูแลตนเอง และความผาสุกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- กองสถิติสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2535. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2537.
- ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. "การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : ขอบข่ายที่ซ้อนกับการวิจัยทางการพยาบาล" วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 11 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2532) : 42 - 58.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพ กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- นิรามัย ใช้เทียมวงศ์. แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- ประภาะพิณ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดความเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พีระพัฒน์, 2526.

- ปัทมา คุปตจิต. ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ สัมพันธภาพในคู่สมรส กับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังได้รับการตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- พูนเกษม เจริญพันธุ์. "หลอดลมอุดกั้นเรื้อรังและการรักษา" ใน การไต่ยาในโรคระบบทางเดินหายใจ, หน้า 74 - 89. บุษบา จินดาวิจักษณ์ และคณะ. บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : โอเอสพรีนติ้งเฮาส์, 2534.
- มณีรัตน์ วิริยะประสพโชค. การรับรู้ในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์และการรับรู้ในประสิทธิผลของการปฏิบัติตนต่อการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษที่มารับการตรวจสุขภาพในคลินิกกามโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายและพะเยา วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- มาลี เกื้อนพคุณ. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเอดส์ กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของสามี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขานามัยครอบครัว. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- เยาวดี สุวรรณนาคะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสบี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- รัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

- วรรณระวี อัครนิช. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
2538.
- วีณา ศิริสุข. "แนวคิดและทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกำบังและ
ส่งเสริมสุขภาพ" ในคู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับ
พฤติกรรมสุขภาพ. หน้า 70 - 114. มัลลิกา มัติโก. บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร :
โครงการชำงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และการ
สาธารณสุข, 2534.
- ศิริวรรณ แสงอินทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สัมพันธภาพของคู่สมรส
กับพฤติกรรมกำบังโรคเอดส์ของสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.
วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์. การรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วย
เรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- สุวิมล ฤทธิมนตรี. การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อ
ป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
2534.

- สมจิต หนูเจริญกุล. "การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง" ใน การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 11 หน้า 243 - 261. สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินติ้ง, 2537.
- สมพร บุขราทิจ. "ปัญหาทางจิตใจ" ใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. หน้า 379 - 386. สมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2531.
- สมโภชน์ เขี่ยมสุภาวิชิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- Bandura, A. "Self-Efficacy : Toward a unifying Theory of Behavior Change" Psychological Review. 84 (March 1977) : 191 - 215.
- _____. "Self-Efficacy Mechanism in Human Agency." American Psychologist. 30 (February 1982) : 122 - 147.
- _____. Adam & Beyer, J. "Cognitive processes mediating behavior change." Journal of Personality and Social Psychology. 35 (March 1977) : 125-139.
- Carroll, D.L. "The importance of self-efficacy expectations in elderly patients recovering from coronary artery bypass surgery." Heart & Lung : Journal of Critical Care. 24 (January - February 1995) : 60 - 69.
- Cherniack, N.S. Chronic Obsuctive Pulmonary Disease. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1991.
- Coyne, J.C. & Delogis, A. "Going Beyond Social Support : the Role of Social Relationships in Adaptation." Journal of Consulting and Clinical Psychology. 54 (June 1986) : 454 - 460.
- Cronenwett, L.R. and Kunst-Wilson, W. "Stress, Social Support and the Transition to Fatherhood." Nursing Research. 30 (July - August 1981) : 196 - 201.
- Davis, D.S. "Psychosocial aspects of chronic lung disease" in Nursing care of the respiratory patient. pp. 359 - 414. Edited by D.L. Sexton. Norwalk : Appleton & Lange, 1990.

- Ewart, C.K., et al. "Usefulness of self - efficacy in predictive over exertion during programmed exercise in CAD." American Journal of Cardiology. 57(1986) : 557 - 561.
- Flenley, D.C., Warren, P.M. "Chronic bronchitis and emphysema." In Recent advances in respiratory medicine - 2. Edited by D.C. Flenley. Edinburgh : Churchill Livingstone, 1980.
- Gecas, V. "The social psychology of self - efficacy." Annual Review of Sociology. 15 (1989) : 291 - 316.
- George, C.F. & Kryger, M.H. "Sleep disorders in COPD." In Chronic Obstructive Pulmonary Disease Current Concepts. pp 197 - 209. Edited by J.E. Hodgkin & T.L. Petty. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1987.
- Grembowski, D. et al. "Self - Efficacy and Health Behavior Among older Adults." Journal of Health and Social Behavior. 34 (June 1993) : 89 - 104.
- Haaga, David A.F. & Stewart, B.L. "Self - Efficacy for Recovery From a Lapse After Smoking Cessation" Journal of consulting and Clinical Psychology. 60 (1992) : 24 - 28.
- Hill, L. & Smith, N. Self - Care Nursing : promotion of health. New Jersey : Prentice - Hall, Inc., 1985.
- Howard, J.E. ; Davies, J.L. & Roghmann, K.J. "Respiratory Teaching of Patient : How Effect is it ?". Journal of Advance Nursing. 12 (1987) : 207 - 214.
- Ignatavicius, D.D. & Bayne, M.V. Medical Surgical nursing. Philadelphia : W.B. Saunders, 1991.
- Jess, L.W. "Chronic bronchitis and emphysema airing the difference." Nursing. 92 (1992) : 34 - 41.
- Johnson, J.E. "Health - Care Practice of the Rural Aged." Journal of Gerontological Nursing. 17 (August 1991) : 15 - 19.

- Katzin, L. Chronic illness and sexuality." American Journal of Nursing 90 (1990) : 55 - 59.
- Kingery, P.M. & Glasgow, R.E. "Self - Efficacy and outcome Expectations in the Self - Regulation of Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus." Health Education. 20 (December 1989) : 13 - 19.
- Lawrence, et al. "Self - Efficacy and AIDS Prevention for Pregnant Teens." Journals of School Health. 60 (1990) : 19 - 24.
- Licberman, M.A. "Social Support-The consequences of Psychologizing : A Commentary. " Journal of Consulting and Clinical Psychology. 4 (June 1986) : 461 - 4654.
- Moore, E.J. "Using Self - Efficacy in teaching Self - Care to the Edlerly. " Holistic Nursing Practices. 4 (February 1990) : 22 - 28.
- Mowat, J. & Spence Laschinger, K.S. "Self - Efficacy in caregivers of cognitively impaired edlerly people : a concept analysis." Journal of Advance Nursing. 19 (1994) : 1105 - 1113.
- Murray, R.B. & Zentner, J.P. Nursing assessment and Health Promoting strategies through the life span. 5th ed. Connecticut : Appleton & Lange, 1993.
- Northouse, L.L. & Swain. "Adjustment of Patients and Husbands to the Initial Impact of Breast Cancer." Nursing Research. 36, 4 (July - August 1987) : 221 - 225.
- Oetker - Black, S.L., et al. "Preoperative Self - Efficacy and Postoperative Behaviors." Applied Nursing Research. 5 (August 1992) : 134 - 139.
- O'Leary, A. "Self - Efficacy and health." Psychological Report. 23 (1985) : 437 - 451.
- Pender, N.J. Health Promotion in nursing practice. New York : Appleton Century - Croft, 1982.

- _____. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. Norwalk : Appleton & Lange, 1987.
- _____. et al. "Predicting Health - Promotion Lifestyles in the workplace." Nursing Research. 30 (November/December 1990) : 326 - 332.
- Primomo, J., Yates, B.C. & Woods, N.F. "Social Support for Woman during Chronic Illness. Research in Nursing & Health. 13 (June 1990) : 153 - 161.
- Ross, A.O. The Sense of Self : Research and theory. New York : Springer Publishing Company, 1992.
- Sexton, D.L. Chronic Obstructive Pulmonary Disease : Care of the Child and Adult. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1981.
- Shekleton, H.E. "Coping with chronic respiratory difficulty." Nursing Clinics of North America. 22 (September 1987) : 569 - 581.
- Strecher, V.J., et al. "The Role of Self - Efficacy in Achieving Health Behavior change." Health Education Quarterly. 13 (Spring 1986) : 73 - 91.
- Stuifbergen, A.K. & Becker, H.A. "Predictors of health a promoting lifestyles in persons with disabilities." Research in Nursing & Health. 17 (February 1994) : 3 - 13.
- Utz S.W. "Motivating Self - Care : A Nursing Approach." Holistic Nursing Practice. 4 (1990) : 3 - 21.
- Walker, S.N., et al. "Health-promoting life styles of older adults : Comparisons with young and middle - aged adults, correlates and patterns. Advances in Nursing Science. 11 (October 1988) Lange, : 76 - 90.
- Weaver, T.E., & Sciver, T.V. "Nursing role in manganement obstructive pulmonary disease." In Medical Surgical nursing. 3rd ed. pp. 557 - 600. Edited by S.M. Lewis & I.C. Collier. St. Louis : Mosby Year Book, 1992.

Weitzel, M.H. "A test of the health promotion model with blue collar workers.

* Nursing Research. 38 (March/April 1989) : 99 - 104.

Wigal, J.K., Creer, Th.L. & Kotses, H. "The COPD Self - Efficacy Scale." Chest.

99 (May 1991) : 1193 - 1196.

Wulfert, E. & Wan, Choi K, "Condom Use : A Self - Efficacy Model." Health

Psychology. 12 (1993) : 346 - 353.







รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบวัดการรับรู้
สมรรถนะในตนเอง

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิณา ศิริสุข
ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงษ์คำ ดิลกสกุลชัย
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัลลา ต้นตโยทัย
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบวัด
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ**

1. อาจารย์ นายแพทย์วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์ จันทรมโนลี
ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์ เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

เลขที่.....

โรงพยาบาล.....

วันที่บันทึก.....

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมคำลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ และตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระยะเวลาในการสมรส ปี
4. สำเร็จการศึกษาชั้น.....
5. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน..... บาท
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่
 - () พอใช้เหลือเก็บทุกเดือน
 - () พอใช้เป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่เหลือเก็บ
 - () ไม่พอใช้เป็นส่วนใหญ่
 - () ไม่พอใช้ทุกเดือน

แบบวัด

การรับรู้สมรรถนะในตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับความมั่นใจในความสามารถของท่านที่จะจัดการหรือหลีกเลี่ยงปัญหาการหายใจลำบากในสถานการณ์ต่าง ๆ ขอให้ท่านอ่านแต่ละข้อความทางซ้ายมือ แล้วพิจารณาว่าในสถานการณ์ดังกล่าว ท่านมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะจัดการหรือหลีกเลี่ยงการหายใจลำบากได้มากน้อยเพียงไร จากนั้นใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย ดังนี้

มีความมั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความมั่นใจอย่างมากว่าจะสามารถจัดการ หรือหลีกเลี่ยงการหายใจลำบากได้อย่างแน่นอน (100 %)
มีความมั่นใจค่อนข้างมาก	หมายถึง	ท่านมีความมั่นใจว่าจะสามารถจัดการหรือหลีกเลี่ยงการหายใจลำบากได้มากกว่าไม่ได้ (มากกว่า 50 %)
มีความมั่นใจปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความมั่นใจว่าจะสามารถจัดการหรือหลีกเลี่ยงการหายใจลำบากได้ในระดับปานกลาง (50 %)
มีความมั่นใจค่อนข้างน้อย	หมายถึง	ท่านมีความมั่นใจว่าจะสามารถจัดการหรือหลีกเลี่ยงการหายใจลำบากได้น้อย (น้อยกว่า 50 %)
ไม่มีความมั่นใจเลย	หมายถึง	ท่านมีความมั่นใจว่าจะไม่สามารถจัดการหรือหลีกเลี่ยงการหายใจลำบากได้เลย (0 %)

แบบวัด
การรับรู้สมรรถนะในตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อความ	มีความ มั่นใจ มากที่สุด	มีความ มั่นใจ ค่อนข้างมาก	มีความ มั่นใจ ปานกลาง	มีความ มั่นใจ ค่อนข้างน้อย	ไม่มี ความ มั่นใจ เลย	หมายเหตุ
1. เมื่อท่านคับข้องใจ หรือรู้สึก สับสน
2. เมื่อท่านนอนราบบนเตียง
3. เมื่อท่านรู้สึกที่ไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกหมด หนทาง หรือปราศจากคน ช่วยเหลือ
31. เมื่อท่านรับประทานอาหาร ไม่เหมาะสม เช่น อาหารที่ ทำให้เกิดก๊าซ ได้แก่ ถั่ว พริกไทย หอม เป็นต้น
32. เมื่อท่านรับประทานอาหาร มากเกินไป
33. เมื่อท่านหายใจไม่ถูกต้อง

**แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการปฏิบัติตัวของท่านในระหว่างเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าท่านได้ปฏิบัติในเรื่องนั้นบ่อยครั้งเพียงไร จากนั้นทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับ การปฏิบัติตนของท่าน โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรม สม่ำเสมอ หรือทุกวัน	หรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรม บ่อยครั้ง	หรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรม นาน ๆ ครั้ง	หรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ผู้ตอบไม่มีพฤติกรรมหรือ ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรม นั้น ๆ เลย	

สำหรับข้อความจากข้อ 27 - 39 กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าท่านเห็น
 ด้วยกับข้อความนั้นมากน้อยเพียงใด จากนั้นทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของ
 ท่าน โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ค่อนข้างเห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นระดับปานกลาง

เห็นด้วยเล็กน้อย / ไม่เห็นด้วยเลย หมายถึง ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย
 หรือไม่เห็นด้วยเลย



แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

คำชี้แจง โปรดระบุว่า ท่านและคู่สมรสมีความเห็นพ้องกันในเรื่องต่อไปนี้บ่อยครั้งแค่ไหน โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นพ้องกัน	เห็นพ้องกัน	ไม่เห็นพ้อง	ไม่เห็นพ้อง
	เสมอ	เป็นบางครั้ง	กันมาก	กันเลย
1. การใช้ร่างกายในครอบครัว
2. การพักผ่อนหย่อนใจ
3. ความเชื่อในศาสนา
.
.
.
.
.
26. เหนื่อยเกินกว่าที่จะมีเพศสัมพันธ์
27. ไม่แสดงออกให้รู้ว่ามีรัก

28. โปรดวงรอบจุดที่ท่านเห็นว่าเป็นตัวแทนความสุขในชีวิตสมรสของท่านได้ดีที่สุด

1	2	3	4
*	*	*	*
มีความสุข เล็กน้อย / ไม่มีความสุขเลย	มีความสุข ปานกลาง	มีความสุข มาก	มีความสุข มากที่สุด



ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามแบบวัดจำแนกเป็นรายชื่อตามรายด้าน

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเอง
จำแนกเป็นรายข้อตามรายด้านของผลกระทบทางด้านลบ

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง	\bar{X}	S.D.
ผลกระทบทางด้านลบ		
1. รู้สึกคับข้องใจ หรือสับสน	3.76	1.15
2. นอนราบบนเตียง	3.34	1.38
3. ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้	3.67	1.24
4. คัดมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.25	1.57
5. รู้สึกว่าสมรรถภาพทางเพศลดลง	4.04	1.07
6. รู้สึกว่าถูกแยก หรืออยู่ตามลำพัง	3.81	1.08
7. มีความวิตกกังวล	3.72	1.15
8. รู้สึกหดหู่ หรือซึมเศร้า	3.74	1.10
9. สูญเสียสิ่งที่มีค่าหรือคนรัก	3.67	1.20
10. มีปัญหาในครอบครัว	3.86	1.21
11. รู้สึกไร้ความสามารถ	3.74	1.21
การเข้าทางอารมณ์		
12. เหนื่อยมากเกินไป	3.24	1.26
13. รู้สึกเครียด หรืออารมณ์เสีย	3.53	1.14

ตารางที่ 7 (ต่อ)

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง	\bar{X}	S.D.
14. โกรธ	3.54	1.12
15. ตื่นเต้นมากเกินไป	3.65	1.03
16. รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งจากบุคคลใกล้ชิด	3.88	1.14
17. ตะโกนหรือส่งเสียงดัง	3.83	1.01
18. หัวเราะมาก ๆ	3.96	0.97
19. รู้สึกกลัว	3.83	1.12

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเอง
จำแนกเป็นรายข้อตามรายด้านของการออกกำลังกาย หรือออกแรง
สภาพอากาศ / สิ่งแวดล้อม และปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง	\bar{X}	S.D.
การออกกำลังกายหรือออกแรง		
20. ขึ้นบันไดเร็วเกินไป	3.12	1.16
21. ออกกำลังกาย	3.23	1.20
22. ยกของหนัก	2.96	1.27
23. ออกกำลังกายในห้องที่มีการระบายอากาศไม่ดี	2.98	1.25
24. รีบเร่ง หรือ เคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว	3.08	1.15
สภาพอากาศ/สิ่งแวดล้อม		
25. ภาวะอากาศร้อน	3.42	1.16
26. อยู่ท่ามกลางควันบุหรี่	3.10	1.28
27. อยู่ท่ามกลางอากาศร้อน หรือ เย็นมาก	3.21	1.17
28. มีการติดเชื้อ	3.22	1.11
29. อยู่ท่ามกลางมลภาวะ	2.85	1.25
30. ออกจากที่มีอากาศร้อนไปเจออากาศเย็น	3.64	1.19
ปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง		
31. รับประทานอาหารไม่เหมาะสม	3.89	1.04
32. รับประทานอาหารมากเกินไป	3.70	1.00
33. หายใจไม่ถูกต้อง	3.45	1.03

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส
จำแนกเป็นรายชื่อตามรายด้านความเห็นพ้องกันของคู่สมรส

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	\bar{X}	S.D.
ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส		
1. การใช้จ่ายภายในครอบครัว	3.48	0.72
2. การพักผ่อนหย่อนใจ	3.33	0.82
3. ความเชื่อในศาสนา	3.77	0.55
4. ความห่วงใยและความเอาใจใส่	3.58	0.63
5. การคบเพื่อนฝูง	3.53	0.65
6. ความสัมพันธ์ทางเพศ	3.48	0.77
7. การอบรมและเลี้ยงดูลูก	3.47	0.71
8. การปฏิบัติต่อพ่อแม่	3.58	0.62
9. การใช้เวลาอยู่ด้วยกัน	3.34	0.77
10. การตัดสินใจในเรื่องสำคัญ	3.43	0.76
11. การทำงานบ้าน	3.38	0.75
12. ความสนใจในการใช้เวลาว่าง และมีกิจกรรมต่าง ๆ	3.27	0.80
13. การตัดสินใจในงานอาชีพ	3.37	0.78

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จำแนกเป็นรายชื่อตามรายด้านความพึงพอใจในคู่สมรส ความกลมเกลียวของคู่สมรส และการแสดงความรัก

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	\bar{X}	S.D.
ความพึงพอใจในคู่สมรส		
14. เคยคิดหรือพูดที่จะหย่าหรือแยกทางกับคู่สมรส	3.67	0.57
15. ออกจากบ้านไปหลังจากโต้เถียงกัน	3.52	0.61
16. คิดว่าเข้ากันได้ดีกับคู่สมรส	3.18	0.84
17. เชื่อในคู่สมรส	3.59	0.68
18. ยั่วโทสะกันกับคู่สมรส	3.09	0.72
19. เคยคิดเสียใจที่แต่งงาน	3.79	0.53
20. ทะเลาะกันกับคู่สมรส	3.06	0.64
21. พอใจกับการมีกิจกรรมนอกบ้านกับคู่สมรส	2.84	1.05
ความกลมเกลียวของคู่สมรส		
22. มีการปรึกษาหารือกันกับคู่สมรส	2.73	0.87
23. มีการหัวเราะด้วยกัน	2.80	0.75
24. มีการถกเถียงประเด็นบางอย่าง โดยใช้เหตุผล และใจเย็น	2.44	0.79
25. มีการวางแผนต่าง ๆ ร่วมกัน	2.49	0.93

ตารางที่ 10 (ต่อ)

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	\bar{X}	S.D.
การแสดงความรัก		
26. เห็นอกเห็นใจกว่าที่จะมีเพศสัมพันธ์	1.87	1.00
27. ไม่แสดงออกให้รู้ว่ามีรัก	2.52	1.12
28. ความสุขในชีวิตสมรส	2.48	0.84

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
จำแนกเป็นรายชื่อตามรายด้านของความสามารถในการดูแลตนเอง
โดยทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและการพักผ่อน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.
ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป		
1. บริหารการหายใจโดยหายใจเข้าออกลึก ๆ ...	2.27	1.08
2. ฝึกการไอ โดยการหายใจเข้าลึก ๆ และไอออกมา ...	2.00	1.09
3. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 - 10 แก้ว	2.99	1.12
4. ไม่สูบบุหรี่	3.48	1.03
5. สนใจติดตามข่าวสารต่าง ๆ ...	2.32	1.02
6. ใช้ยาตรงตามที่แพทย์สั่ง	3.73	0.58
7. สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ...	3.29	1.03
8. มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด	3.76	0.50
9. แปรงฟัน หรือบ้วนปากหลังรับประทานอาหาร	3.52	0.70
การปฏิบัติด้านโภชนาการ		
10. รับประทานอาหารได้ครบ ...	3.26	0.78
11. รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ	3.46	0.87
12. หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ ...	2.59	1.31
13. รับประทานอาหารที่มีกากหรือเส้นใย ...	3.19	0.82
14. อ่านฉลากข้างกระป๋อง ...	2.42	1.23
15. เคี้ยวอาหารอย่างละเอียด และช้า ๆ	2.82	1.13

ตารางที่ 11 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.
การออกกำลังกายและการพักผ่อน		
16. ออกกำลังกาย ... ประมาณ 3 ครั้ง/สัปดาห์	2.57	1.16
17. หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องออกแรงมาก ...	3.30	1.00
18. เมื่อมีอาการเหนื่อย หอบ ... จะรีบนอนพักทันที	3.51	1.00
19. ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์	3.47	0.82

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกเป็นรายชื่อตามรายด้านของรูปแบบการนอนหลับ การจัดการความเครียด การตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง และจุดมุ่งหมายในชีวิต

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.
รูปแบบการนอนหลับ		
20. นอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ ...	3.22	0.94
21. นอนหลับง่ายในตอนกลางคืน	2.83	1.09
22. เมื่อถึงเวลานอนทำจิตใจให้สบาย ...	3.41	0.82
23. ถ้านอนไม่หลับ จะมีวิธีแก้ไข ...	2.34	1.08
การจัดการความเครียด		
24. ระบายความคับข้องใจกับบุคคลใกล้ชิด ...	2.37	1.09
25. เมื่อมีปัญหาพยายามแก้ไขโดยใช้เหตุผล	3.20	0.91
26. จัดความเครียดโดยการผ่อนคลาย หรือทำสมาธิ	2.35	1.09
การตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง		
27. มีความกระตือรือร้น และมองโลกในแง่ดี	3.22	0.87
28. มีความสุขกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ...	3.27	0.90
29. เมื่ออยู่ตามลำพัง ไม่รู้สึกว่างท้อหดหู่	2.92	1.07
30. พร้อมที่จะดำเนินชีวิต และพบกับความเปลี่ยนแปลง ...	3.17	0.92
31. รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับ ...	3.44	0.76

ตารางที่ 12 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.
32. รู้สึกภูมิใจกับความสำเร็จในหน้าที่การงานที่ผ่านมา	3.25	0.90
33. รู้สึกภูมิใจกับรูปร่างหน้าตาของตนเอง	3.00	0.98
จุดมุ่งหมายในชีวิต		
34. มีเป้าหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้น และระยะยาว	2.37	1.15
35. มีความคาดหวังว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้จะเป็นจริง	2.51	1.14



ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
จำแนกเป็นรายชื่อตามรายด้านของสัมพันธภาพกับผู้อื่น การควบคุม
สภาวะแวดล้อมและการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.
สัมพันธภาพกับผู้อื่น		
36. มีคนใกล้ชิดที่สามารถพูดคุย ...	3.13	1.02
37. สังสรรค์กับเพื่อน ๆ และญาติพี่น้อง	3.08	1.02
38. มีความสุขที่ได้พบปะสังสรรค์ ...	3.28	0.84
39. สามารถแสดงความเอาใจใส่ และความรัก	3.29	0.83
การควบคุมสภาวะแวดล้อม		
40. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยให้สะอาด ...	3.06	1.00
41. ดูแลที่อยู่อาศัยให้มีการถ่ายเทอากาศที่ดี	3.30	0.89
42. หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ ...	3.52	0.71
43. หลีกเลี่ยง การอยู่ในสถานที่ที่มีการระบายอากาศไม่ดี ...	3.50	0.71
การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ		
44. สอบถามแพทย์ พยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ...	3.16	1.06
45. ไม่ซื้อยามารับประทานเอง ...	3.18	0.88
46. สอบถามถึงแหล่งบริการทางสุขภาพ ...	2.58	0.99
47. ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล ...	3.52	0.73