

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง
ของแบนดูรา ต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลสิงห์บุรี

ปริญญานิพนธ์
ของ
เขมกร นาคศรี

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

ตุลาคม 2546

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๑๑.๑๑
พ.๑๑.๑๑
๑๑

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง
ของแบนดูรา ต่อพฤติกรรมกาฟันฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

ของ

เขมกร นาคศรี

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

ตุลาคม 2546

๑๑.๑๑.๑๑

เขมกร นาคศรี.(2546). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี*. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ดร. ไพบุลย์ อ่อนมั่ง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาในตึกอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 30 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม 15 คนแรกถูกจัดอยู่ในกลุ่มควบคุมและ 15 คนต่อมาถูกจัดในกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และทำการวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test และ The Mann Whitney U Test

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา มีการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา มีสมรรถภาพปอดไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติ

THE EFFECTIVENESS OF HEALTH EDUCATION PROGRAM APPLYING BANDURA' S
SELF-EFFICACY THEORY ON REHABILITATION PULMONARY BEHAVIOR OF
PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
AT SING BURI HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
KHAMMAKORN NAKSRI

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
October 2003

Khammakorn Naksri .(2003). *The effectiveness of health education program applying Bandura's self – efficacy theory on rehabilitation pulmonary behavior of patients with chronic obstructive pulmonary disease at Sing-buri Hospital*. Master thesis, M.Sc. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot university.
Advisor Committee: Assoc. Prof. Dr. Thada Wimonwatwatee and Assist. Prof. Dr. Paiboon Onmung.

This quasi – experimental research was designed to study the effectiveness of health education program applying Bandura s self – efficacy theory on rehabilitation pulmonary disease at Sing buri Hospital. The samples were 30 patients who admitted to Medical department The first 15 patients were assigned to be the control group and the next 15 patients were served as an experimental group. The data were collected by questionnaires and analyzed for percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon matched pairs signed ranks test, and Mann – Whitney U Test.

The results of the study were as following :

1. After received the health education program, the patients in the experimental group had statistically significant better in practice on rehabilitation pulmonary behavior than the control group at level of .05
2. After recieved the health education program, the patients in the experimental group had no statistically difference in Lung Functions than the control group.

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย
จาก
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา
ต่อพฤติกรรมกาฟันฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลสิงห์บุรี

ของ
นางสาวเขมกร นาคศรี

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.นภาพร หะวานนท์)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2546

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ดร.ไพบุลย์ อ่อนมั่ง)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์สัตวแพทย์หญิงนภาพร มัชฌมากร)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือ อย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วย-ศาสตราจารย์ เรือโท ดร. ไพบุลย์ อ่อนมั่ง กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ สพ.ญ.นภาพร มัชฌิมางกูร และนายแพทย์วิชัย เทียนถาวร กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม ที่กรุณาดูแล ให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือในการวิจัย ครั้งนี้ซึ่งได้แก่ อาจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย อาจารย์พิเชษฐ เจริญเกษ นายแพทย์ภาษิต ศิลประเสริฐ นายแพทย์ประยงค์ เจตนมงคลรัตน์ และอาจารย์ชัชชัย บำรุงศรี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทองที่ให้ความร่วมมือในการทดสอบเครื่องมือ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่อำนวยความสะดวก และให้ความช่วยเหลือในการวิจัยข้อมูล ขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณ คุณป้าน้ำเงิน ศรีสุขสมบัติ ที่ให้ความช่วยเหลือในการทำงานมาตั้งแต่ต้น ขอขอบพระคุณ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณ คุณอุทัย ทับทอง และคุณเพ็ญประภา ลุยทอง ที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และเพื่อนนิสิตร่วมรุ่นทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่พิจารณาให้ทุนวิจัยจากทบวงมหาวิทยาลัย และขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีได้กล่าวนามในที่นี้ ซึ่งให้ความกรุณาช่วยเหลือ จนกระทั่ง ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ คุณยาย และบุคคลในครอบครัว อันเป็นที่รัก ที่ให้การส่งเสริมสนับสนุนตั้งแต่ต้น จนสำเร็จการศึกษาและขอขอบคุณ คุณวิสุทธิ เทียงทางธรรม ซึ่งช่วยเหลือดูแล และเป็นกำลังใจที่สำคัญมาโดยตลอด

ประโยชน์ที่ได้จากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่บุพการี ครูบาอาจารย์ทุกท่านที่อบรม สั่งสอน แก่ผู้วิจัยจนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

เชมกร นาคศรี

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	4
	การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	4
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	7
	สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	8
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	9
	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	9
	พฤติกรรมการณ์พหุสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	14
	ทฤษฎีความสามารถตนเองของเบนดูว์รา.....	21
	แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการให้สุขศึกษา.....	26
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	33
	งานวิจัยในต่างประเทศ.....	33
	งานวิจัยในประเทศไทย.....	39
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	52
	การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	52
	ประชากร.....	52
	กลุ่มตัวอย่าง.....	52
	แบบแผนการวิจัย.....	53
	รูปแบบการทดลอง.....	53
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
	เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	55

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	56
เกณฑ์ในการให้คะแนนและการแปลความหมาย.....	57
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	59
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ.....	60
วิธีดำเนินการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล.....	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	63
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
ผลการการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	84
สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐานและวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	84
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	86
การอภิปรายผล.....	86
ข้อเสนอแนะ.....	89
บรรณานุกรม.....	91
ภาคผนวก.....	99
ภาคผนวก ก.....	99
ภาคผนวก ข.....	108
ภาคผนวก ค.....	119
ภาคผนวก ง.....	121
ภาคผนวก จ.....	124
ภาคผนวก ฉ.....	138
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	144

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำนวนตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....	72
2	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง ปอดอุดกั้นเรื้อรังและพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ของผู้สมรรถภาพปอดก่อนการทดลอง และหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง.....	74
3	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความ สามารถตนเองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้สมรรถภาพปอดก่อนการทดลองและหลัง การทดลองของกลุ่มตัวอย่าง.....	75
4	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความคาดหวัง ในผลของการสูบบุหรี่ของผู้สมรรถภาพปอดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มตัวอย่าง.....	76
5	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อ สูบบุหรี่ของผู้สมรรถภาพปอดก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง.....	77
6	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยการเดินบนพื้นราบ ในเวลา 6 นาทีก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง.....	78
7	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยอัตราการไหลของ อากาศ(FEV ₁) ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง.....	79
8	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยการหายใจออก อย่างแรง(FVC)ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง.....	80
9	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยสัดส่วนการวัด อัตราการไหลของอากาศในหลอดลมและการหายใจออกอย่างแรง (FEV ₁ /FVC) ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง.....	81

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2 แสดงให้เห็นถึงการแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความ คาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น.....	23
3 แสดงให้เห็นถึงความสำคัญระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเองและ ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่กระทำ.....	24
4 แสดงการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	65

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease) เป็นกลุ่มโรคที่ประกอบด้วยโรคสองชนิด คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary emphysema) (สมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์. 2530 : 292) มีลักษณะสำคัญ คือทางเดินลมหายใจภายในปอดอุดกั้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมในเนื้อปอดทำให้หลอดลมในเนื้อปอดตีบแคบลงหรือตัน การอุดกั้นในปอดที่เกิดขึ้นจะเป็นเรื้อรังและเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ โดยมากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะเกิดทั่วๆ ไปทั่วปอด แต่อาจเป็นเฉพาะแห่งก็ได้ การดำเนินของโรคจะค่อยเป็นค่อยไป (ลินจง โปธิบาล. 2539 : 79) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้น คือ มีการอุดกั้นของหลอดลมทั้งขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ มีการหลั่งของเสมหะที่หลั่งออกมามากเกินปกติ เนื่องจากการทำงานของขนกวัด (Cilia) ที่ผนังหลอดลมลดลง ความต้านทานในหลอดลมสูงมากขณะหายใจออกทำให้อากาศค้างในปอดมากขึ้น ผู้ป่วยต้องพยายามใช้แรงในการหายใจมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีอากาศค้างในปอดอยู่ เมื่อเป็นเช่นนั้นนาน ๆ เข้า อากาศที่ค้างจะเพิ่มปริมาณมากขึ้นจึงดันผนังถุงลมให้ขยายออกมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ทรวงอกขยายออก กะบังลมจะถูกดันให้ต่ำและแบนราบ กล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแรงเสียความตึงตัวไม่สามารถดันปอดขึ้นข้างบนต้านแรงโน้มถ่วงของโลกได้ ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานมากขึ้นเรื่อย ๆ จากอาการหายใจลำบาก รู้สึกหายใจไม่เพียงพอหรือขาดอากาศ หน้าที่ในการทำงานของปอดหรือความสามารถในการระบายอากาศของปอดลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ จะทำงานได้ในขอบเขตจำกัดเท่านั้น เพราะมีอาการเหนื่อยง่ายและหอบแม้ว่าจะออกแรงเพียงเล็กน้อย ในรายที่เป็นมากจะเหนื่อยหอบจนกระทั่ง ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ (อัมพรพรรณ ตั้งจิตพิทักษ์. 2531 : 1-2)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุการตายอันดับที่สี่ของประชากรอเมริกา รองจากโรคหัวใจ โรคมะเร็ง และการบาดเจ็บจากสาเหตุต่าง ๆ เจสส์ (นุศ จัตรภุชพิทักษ์. 2540 : 1; อ้างอิงจาก Jess. 1992. Chronic bronchitis and emphysema airing the difference : 34) ในประเทศไทย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่สำคัญ ที่ทำให้โรกระบบทางเดินหายใจ เป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 (กองสถิติสาธารณสุข. 2534 : 5) จากสถิติสาเหตุการตาย ของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ปีงบประมาณ 2542 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียชีวิต 20 รายนับเป็นอันดับสามของสาเหตุการตายทั้งหมด (รายงานประจำปี 2542 โรงพยาบาลสิงห์บุรี : 3) และในปีงบประมาณ 2543 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียชีวิต 18 ราย นับเป็นอันดับสามของสาเหตุการตายทั้งหมด (รายงานประจำปี 2543 โรงพยาบาลสิงห์บุรี : 3)

นอกจากนี้แล้ว สมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกาได้ประมาณว่า ในแต่ละปีพบผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 45,000 คน และพบว่ามีผู้ต้องทุกข์ทรมานจากโรคนี้จำนวนมากถึง 11 ล้านคน (Howard. 1987 : 207) จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยปี 2535 พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีจำนวน 109,509 ราย คิดเป็น อัตรา 190.9 รายต่อประชากร 1,000 ราย (สถิติสาธารณสุข. 2535 : 211) และในปี 2536 มีจำนวน 111,558 ราย คิดเป็นอัตรา 192.1 รายต่อประชากร 1,000 ราย (สถิติสาธารณสุข. 2536 : 211) และจากภาวะของโรคส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ในการประชุมเรื่องโรคถุงลมโป่งพองหรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ สมาคมปราบวัณโรค เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2530 เกี่ยวกับความสูญเสียทางเศรษฐกิจของชาติ ปี 2528 พบว่า รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นจำนวนมากกว่า 4.4 พันล้านบาท อย่างไรก็ตามจำนวนเงินเหล่านี้ย่อมเทียบไม่ได้กับภาวะที่ประเทศชาติต้องขาดพลังงาน กำลังสมองของบุคคลเหล่านี้และที่สำคัญที่สุด คือ สูญเสียความแข็งแรงกำลังใจความสำเร็จในชีวิตการงาน ของผู้ป่วยที่ต้องอยู่กับ ภาวะคล้ายไร้ความสามารถต้องพึ่งพาผู้อื่นและสังคม ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ทำให้ต้องพักงานก่อนวัยอันสมควร จึงนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

สาเหตุที่สำคัญที่สุดของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การสูบบุหรี่ การสูดอากาศที่เป็นพิษมีสารระคายเคืองมาก มีการติดเชื้อของปอดและทางเดินหายใจเรื้อรังและองค์ประกอบทางพันธุกรรม ฯลฯ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2529 : 244) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด การรักษาจึงเป็นเพียงการประคับประคองยับยั้ง หรือชะลอพยาธิสภาพไม่ให้ดำเนินต่อไปอย่างรวดเร็ว กระบวนการรักษานั้นจะทำโดยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ รักษาด้วยยา ป้องกันการติดเชื้อ ทำกายภาพบำบัด ให้ออกซิเจนและปฏิบัติตัว เพื่อหลีกเลี่ยงอาการกำเริบ (สมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์. 2530 : 42) เนื่องจากความสลับซับซ้อนในการรักษาลดลงจนความยาวนานของการรักษาทำให้ผู้ป่วยตั้งความหวังไว้สูงเกินไปว่าจะหายเป็นปกติ หรืออาจจะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่พบว่าการรักษาในปัจจุบันยังไม่ได้ผลดังที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ จึงทำให้ผู้ป่วยมักท้อใจไม่มารับการรักษาต่อ นอกจากนี้การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก จึงก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วย ปฏิเสธการรักษาและทำให้ญาติพี่น้องของผู้ป่วย ทอดทิ้งหรือห่างเหินได้ เป้าหมายที่สำคัญ ของการให้สุขศึกษา ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะที่มีอาการสงบนั้นมีจุดประสงค์เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยส่งเสริมสนับสนุนในเรื่องความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากสถิติที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี จะมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลับเป็นซ้ำและต้องเข้ารับการรักษาซ้ำแล้วซ้ำอีกหลายครั้ง หลายหน ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนั้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการพัฒนาร่างกายและอารมณ์ให้สูงสุดตามศักยภาพ ที่ผู้ป่วยมีอยู่ช่วยควบคุมอาการของโรคนอกจากนี้ยังช่วยในการส่งเสริมสุขภาพ และดำรงรักษาสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นอีกด้วย

(อัมพรพรรณ ธีรานทร. 2542 : 175) ซึ่งจะส่งผลทำให้เพิ่มความแข็งแรง ความทนทานของ กล้ามเนื้อปอด มีความทนต่อการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วย สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น เพื่อเป็นการเพิ่มความหวัง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ ผู้ป่วย ลดระยะเวลาของการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงความถี่ของการรักษา ตัวในโรงพยาบาลด้วย ลดอาการเหนื่อยหอบ และบรรเทาความรู้สึกกลัว วิดกกังวลใจ และความ ซึมเศร้าของผู้ป่วย (อัมพรพรรณ ธีรานทร. 2542 : 176)

ทิมสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญ ในการช่วยเหลือผู้ป่วย ให้จัดการกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่เกิดขึ้นและมีกพบอยู่เสมอว่า การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย เพื่อช่วยควบคุมและบรรเทาพยาธิ สภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ นั้นไม่เพียงพอกับความต้องการ (Lambert. 1987 : 527) การดูแล ผู้ป่วยเรื้อรังทิมสุขภาพควรเป็นผู้เอื้ออำนวยและสนับสนุนให้ผู้ป่วยกระทำการดูแลตนเองอย่างสูงสุด โดยมีหลักปฏิบัติ คือ กระตุ้นและส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เหล่านี้นับเป็นสิ่งที่มีความ สำคัญในการใช้ประกอบการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะสิ่งใดๆ ก็ตามที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ควบคุมอาการ ตนเอง จะเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของและรับรู้ถึง “ความผาสุก” (well being) สนใจติดตามการ รักษา ที่เป็นประโยชน์ต่อตนมากกว่าพึ่งพาแพทย์พยาบาลอยู่เสมอ (Agle & Baum. 1977 : 756) ฉะนั้น ความคาดหวังของบุคคล ที่ต้องการให้ผู้ป่วยร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือ คำแนะนำจะไม่เพียงพอเพราะความร่วมมือในการรักษา เป็นพฤติกรรมเข้าใจหรือขาดเหตุผลของ การปฏิบัติ (Connelly. 1987 : 621) แต่ถ้าผู้ป่วยมีความคาดหวังหรือความเชื่อในความสามารถ ตนเอง และคาดหวังในผลที่จะได้รับตามที่คาดหวังไว้กล่าวคือ การที่บุคคลจะตัดสินใจกระทำ พฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือไม่นั้นจะต้องมีความคาดหวังในความสามารถตนเอง และเมื่อ กระทำพฤติกรรมส่งนั้นไปแล้วจะได้รับผลตามที่ต้องการ บุคคลนั้นจึงจะเกิดการปรับเปลี่ยนการ กระทำพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งตามทฤษฎีของแบนดูราแล้ว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ต้องอาศัยปัจจัย 3 ประการเป็นตัวกำหนด คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อม นอกจากปัจจัยกำหนดพฤติกรรม ดังกล่าวข้างต้นแล้ว การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางใดย่อมขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และการเรียนรู้โดยบุคคลจะนำ ประสบการณ์ที่สัมผัสไว้ไปคาดหวังในเหตุการณ์อื่น ๆ ที่จะเกิดตามมา และจะทำให้บุคคลเกิดการ เปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยา เช่น เกิดความวิตกกังวล เกิดความกลัว หรือเกิดความดีใจต่อเหตุ การณ์นั้นๆ เป็นต้น และการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าว จะส่งผลให้บุคคลเลือกตัดสินใจ ที่จะกระทำ พฤติกรรมตามคาดหวังในความสามารถตนเอง ซึ่งความคาดหวังในความสามารถตนเองนี้จะ เป็น ตัวชี้วัดสำคัญ ที่จะทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามคำสอนหรือคำแนะนำได้สูง ที่สุดตามแนวคิดทฤษฎีความสามารถของแบนดูรา

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถ ภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมตาม

ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและกลับไปดำเนินชีวิตของตนเองได้ขณะอยู่ที่บ้าน

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

ผลที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบผล ของการประยุกต์ ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการจัดดำเนินการให้สุขศึกษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญวินิจฉัยว่าสามารถกลับไปฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเองได้ที่บ้าน

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาในตึกอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 95 คน (สถิติผู้ป่วยปี 2543)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วย 15 คนแรก ที่มารับการรักษา เป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสิงห์บุรี

2. ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วย 15 คนต่อมาเข้าเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการสอน
 สุขศึกษาตามโปรแกรมสุขศึกษาที่โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษา
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมสุขศึกษา

หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการ
 ทางสุขศึกษาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม แบ่งเป็น

1.1 โปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแก่
 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ปฏิบัติตามปกติเป็นประจำ โดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของโรง
 พยาบาลสิงห์บุรี ได้แก่ แพทย์ หรือพยาบาล หรือพยาบาลเทคนิค หรือผู้ช่วยพยาบาลขึ้นอยู่กับ
 ความสะดวกความพร้อม และเวลาของเจ้าหน้าที่

1.2 โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา
 หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถ
 ของแบนดูรา เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา

หมายถึง ผลสำเร็จของการมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคปอด
 อุดกั้นเรื้อรัง โดยการใช้ กระบวนการทางสุขศึกษาซึ่งสามารถประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลง
 พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

หมายถึง กลุ่มโรคที่รวมถึงโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมปอด
 โป่งพอง ซึ่งมีพยาธิสรีรภาพจากการอุดกั้น ซึ่งส่วนใหญ่ไม่อาจคืนสู่สภาพปกติได้ และไม่สามารถ
 วินิจฉัยแยกจากกันได้เด็ดขาด (สมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์. 2530 : 42)

4. ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา

หมายถึง ทฤษฎีซึ่งมีแนวคิดที่กล่าวถึงความคาดหวังหรือความเชื่อมั่นในความ
 สามารถตนเองซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

5. พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

หมายถึง กิจกรรม หรือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการ
 ดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

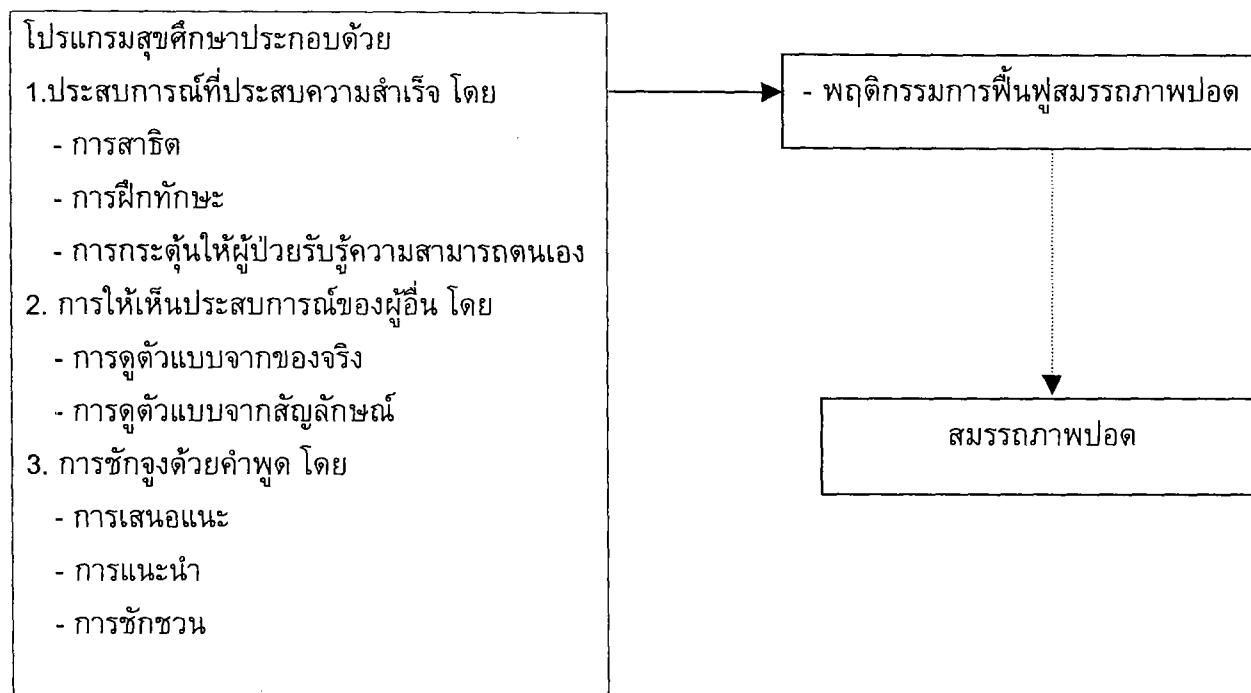
6. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมปอดโป่งพอง ซึ่งพยาธิสภาพการอุดกั้นของปอดไม่สามารถกลับคืนสู่ปกติ สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญวินิจฉัยว่าสามารถกลับไปฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเองได้ที่บ้าน

7. โรงพยาบาลสิงห์บุรี

หมายถึง สถานพยาบาล ซึ่งบริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ถนนขุนสรรค์ ตำบลบางพุทรา อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา มีการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา มีสมรรถภาพปอดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาในเรื่องต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.2 พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา
 - 1.4 แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการให้สุขศึกษา
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของระบบหายใจอย่างเรื้อรังโดยมีลักษณะการอุดกั้นทางเดินอากาศจากปอดที่พยาธิสภาพของการอุดกั้นส่วนใหญ่ไม่กลับคืนสู่ปกติ (Sexton, 1990 : 170) และเป็นชื่อรวมโรค 2 ชนิด คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง ผู้ป่วยมีหลอดลมอักเสบเรื้อรังต่อมหลังเมื่อมีการหนาตัวและมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นในทางเดินหายใจ และแพร่กระจายไปยังส่วนปลายสุดของหลอดลม ต่อมาหลังเมื่อที่หนาตัวขึ้นมีการสร้างเมือกออกมาในปริมาณมาก และมีลักษณะเหนียวกว่าปกติ สำหรับโรคถุงลมโป่งพองจะมีถุงลมและส่วนปลายสุดของหลอดลมขยายตัวโป่งพอง ผนังถุงลมถูกทำลายทำให้การยืดหยุ่นของผนังถุงลมเสียไป มีผลทำให้การถ่ายเทแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติ โดยปกติมักจะพบโรคทั้งสองชนิดดังกล่าวอยู่ร่วมกัน ซึ่งจะแยกออกจากกันได้ยากมากจึงมักเรียกโรคทั้งสองควบกันว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. 2539 : 7-8)

ลักษณะที่สำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือมีการตีบแคบของหลอดลมจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมอย่างถาวร เกิดการอุดกั้นการระบายอากาศ ทำให้มีอากาศค้างในถุงลม ขณะหายใจเข้าผู้ป่วยจะต้องพยายามออกแรงเพื่อเอาชนะทางเดินหายใจที่ตีบแคบ และในขณะที่หายใจ

ออก จะมีหลอดลมแฟบได้ง่ายการหายใจออกเร็วและแรง จะทำให้เกิดกระแสวน หลอดลมปิดเร็วกว่าปกติ ประกอบกับผนังถุงลมถูกทำลาย จึงทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง นอกจากนี้กล้ามเนื้อกะบังลมยังเกิดการอ่อนแรง การระบายอากาศส่วนล่างของปอดจึงเป็นไปได้ไม่ดี ซึ่งยิ่งจะทำให้การถ่ายเทอากาศในปอดไม่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ออกซิเจนในหลอดเลือดแดงลดลง พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะไม่กลับคืนสู่สภาพปกติและมีความก้าวหน้าของโรคไปเรื่อย ๆ (รังสรรค์ ปุษปาคม และ ประพาส ยงใจยุทธ. 2532 : 262)

1. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

สาเหตุและกลไกของการเกิดโรค แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้

1.1.1 บุหรี่ จากการศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบในผู้ที่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 15.34 (Redline. 1991 : 227) และพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 เท่า ซึ่งในคนที่สูบบุหรี่นั้นพบพยาธิสภาพของการอักเสบที่หลอดลมเล็กลงไปจนถึงระดับแขนงหลอดลมและถุงลม ทำให้ถุงลมถูกทำลาย เกิดภาวะการอุดกั้นของหลอดลมมากกว่า คนที่ไม่สูบบุหรี่แล้วผิดปกติจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่เมื่อบุคคลนั้นหยุดสูบบุหรี่ ความผิดปกติจะลดน้อยลง

1.1.2 กรรมพันธุ์ การขาดสารแอลฟา-1-แอนติโปรตีนเอส (Alpha-1-anti-protease) พบว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคถุงลมโป่งพองในคนอายุน้อย (Sexton. 1990 : 172-173) โดยพบว่า เริ่มเป็นโรคถุงลมโป่งพองเมื่ออายุประมาณ 40 ปี และถ้าผู้ป่วยมีประวัติการสูบบุหรี่จะแสดงอาการของโรคเร็วขึ้น โดยอาจพบเมื่ออายุเพียง 20 - 30 ปี เท่านั้น อย่างไรก็ตามผู้ที่ขาดสารดังกล่าวพบว่า เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพียงร้อยละ 3 - 4 เท่านั้น

1.1.3 สาเหตุอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อ ในระบบการหายใจบ่อยๆ และการหายใจเอามลพิษ ฝุ่นละอองในอากาศเข้าไปเป็นเวลานาน ๆ จะกระตุ้นให้เกิดการระคายเคืองและการอักเสบในหลอดลมบ่อย ๆ เป็นสาเหตุให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังได้ ซึ่งจากการศึกษาอุบัติการณ์ของโรค พบมากในเขตที่มีอุตสาหกรรมมาก และในกรรมกรเหมืองถ่านหิน (Redline. 1991 : 227) นอกจากนี้ยังพบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากในผู้สูงอายุ เพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 10 เท่า ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่เกี่ยวเนื่องกับอัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายมากกว่าเพศหญิงพบในผู้ที่อาศัยในสภาพอากาศหนาวเย็นมากกว่าเขตอากาศอบอุ่น และพบในผู้ที่มีการสูบบุหรี่ก่อนวัยต่ำ

2. พยาธิสรีรวิทยา

โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง พบว่า ต่อมสร้างเมือก และ Globlet cells มีจำนวนมากและขนาดโตขึ้น ทำให้ปริมาณเสมหะและความหนาของผนังหลอดลมเพิ่มมากขึ้น เมื่อเกิดการติดเชื้อจะทำให้ผนังหลอดลมอักเสบ บวม เกิดแรงต้านในหลอดลม ทำให้มีการกระจายของลมหายใจไม่สม่ำเสมอ ถ้ามีการอุดกั้นมากขึ้น จะทำให้การระบายอากาศในถุงลมปอดลดลง ซึ่งผลที่ตามมาทำให้ระดับก๊าซออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ (Hypoxemia) และระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์

เพิ่มสูงขึ้น (Hypercapnia) ทำให้ถุงลมปอดหดตัว แรงต้านในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้แรงดันหลอดเลือดแดงของปอดเพิ่มขึ้นตาม เมื่อรวมกับภาวะกรดจากการหายใจ (Acidosis) แล้วจะเป็นสาเหตุให้หัวใจซ้ายทำงานเพิ่มขึ้น เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากปอดในที่สุด (Shefer & Sawyer. 1971 : 502)

การอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อของหลอดลม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง หายใจลำบาก เนื่องจากการที่ผนังหลอดลมและถุงลมถูกทำลาย ทำให้เกิดความอ่อนแอ ความหยุ่นของปอดลดลง ประกอบกับขณะหายใจออก หลอดลมจะตีบแคบลงก่อนที่อากาศในถุงลมจะออกได้หมดทำให้มีอากาศค้างอยู่ในถุงลม ผนังถุงลมจึงขยายออกเรื่อย ๆ และถูกทำลาย เกิดภาวะถุงลมโป่งพอง (Sexton. 1990 : 177-179) ซึ่งภาวะถุงลมโป่งพองนี้มักพบร่วมกับโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังได้มากถึงร้อยละ 74 (รังสรรค์ ปุษปาคม และ ประพาฬ ยงใจยุทธ. 2532 : 173)

สำหรับโรคถุงลมโป่งพองซึ่งเป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลง ในเนื้อปอดส่วนที่อยู่ถัดจากหลอดลมฝอยส่วนปลาย หรือที่เรียกว่า Acinus ขยายโตขึ้น และมีการทำลายผนังกันระหว่างถุงลม (Shafer & Sawyer. 1971 : 502) ลักษณะของรอยโรคพบได้ 4 ลักษณะ (Cherniack. 1991 : 126) ได้แก่ 1) มีการอักเสบของหลอดลมส่วนฝอยส่วนปลายร่วมกับการหดเกร็งของหลอดลม 2) มีการเสื่อมของผนังถุงลมทำให้ความยืดหยุ่นของปอดเสียไป 3) ผนังถุงลมฉีกขาด และมีการรวมกันของถุงลมหลายถุงเป็นถุงลมใหญ่ เรียกว่า Bleb 4) พบเส้นเลือดฝอยที่ผนังถุงลมถูกทำลายไปบางส่วนซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของปอดขึ้นอยู่กับความมากน้อยของลักษณะดังกล่าวข้างต้น การเปลี่ยนแปลงพบในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง คือ หลอดลมมีการหดเกร็ง ทำให้ปิดกั้นทางเดินหายใจขณะหายใจออก และเนื้อเยื่อถูกทำลายจนทำให้เสียการยืดหยุ่น ทำให้อากาศค้างอยู่ในถุงลมมากเกิดผลเสียต่อระบบหายใจคือ กล้ามเนื้อหายใจเข้าต้องทำงานเพิ่มขึ้นเป็นเหตุให้กล้ามเนื้อหายใจล้า นอกจากนี้การอุดกั้นของหลอดลมผิดปกติ ทำให้เกิดผลที่ตามมา คือ งานที่ต้องทำ เพื่อการหายใจเข้าเพิ่มขึ้น จึงทำให้กล้ามเนื้อช่วยหายใจเข้าและกระบังลมอ่อนแรง ผู้ป่วยจึงต้องใช้กล้ามเนื้อบริเวณคอ ออก หัวไหล่ช่วยในการหายใจเข้าซึ่งนาน ๆ จะทำให้กล้ามเนื้อเหล่านี้อ่อนล้า ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้กล้ามเนื้อส่วนนี้ ในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การหยิบจับของ ยกแขนขึ้น หรือหิ้วม เป็นต้น

3. ลักษณะทางเวชกรรมและการวินิจฉัย

ในระยะเริ่มต้นของโรค ผู้ป่วยมักจะไม่มีอาการ และมักจะเป็นอย่างช้า ๆ เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ลักษณะทางเวชกรรมที่สำคัญ คือ

3.1 อาการไอ มีเสมหะเรื้อรัง มักพบในผู้ป่วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังในระยะแรก มักมีอาการไอ และมีเสมหะจะมากขึ้น จนบางครั้งต้องตื่นในเวลากลางคืนส่วนผู้ป่วยโรคหอบหืด มักจะมีอาการไอเล็กน้อย แต่เมื่อมีอาการอุดกั้นรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะไอถี่ มีเสมหะมาก และหายใจมีเสียงดัง Wheeze

3.2 อาการเหนื่อยหอบ เป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะ

โรคถุงลมโป่งพอง ในระยะแรกอาจไม่มีอาการเหนื่อยหอบเลย เมื่อมีอาการอุดกั้นของปอดมากขึ้น ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังกายจนถึงหายใจลำบากขณะปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ในระยะนี้ ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อมีอาการรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยหอบแม้ขณะพัก

3.3 อาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ตัวบวม (Edema) จากภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว (Right heart failure) ซึ่งพบในผู้ป่วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังมากกว่าโรคถุงลมโป่งพอง การวินิจฉัยได้จากลักษณะเวชกรรมดังกล่าว และอาการแสดงที่เกิดจากพยาธิสภาพของปอด เช่น ฟังเสียงการหายใจเบาลง เสียงการหายใจออกยาว เคาะทรวงอกมีเสียงโปร่ง ทรวงอกโป่งออกเป็นรูปถังเบียร์ (Barrel shape) ชายโครงบวมเข้าไปขณะหายใจเข้า (Hoover's sign) อาจตรวจพบการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจคือ Scalene & Sternocleidomastoid ช่วยหายใจเข้า เป็นต้น ซึ่งอาการแสดงเหล่านี้แตกต่างกันไป ขึ้นกับความรุนแรงของโรคและระยะเวลาที่เป็น นอกจากนี้การวินิจฉัยที่แน่นอน อาจทำได้จากการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่องตรวจสมรรถภาพปอด (Spirometer) ก่อนและหลัง ให้ยาขยายหลอดลม และจากถ่ายภาพรังสีทรวงอกซึ่งการวินิจฉัยเพิ่มเติมเหล่านี้อาจช่วยในแง่ของการรักษาโรคและการพยากรณ์โรคมากกว่าการวินิจฉัยโรค

จากที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพ ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะมีการดำเนินของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป อาการแสดงของผู้ป่วยจะแตกต่างกันไปขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรคและระยะเวลาที่เป็น มีการแบ่งความรุนแรงที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้ความสามารถ ในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรุนแรงของโรค แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (American Thoracic Society. 1978 : unpage)

ความรุนแรงระดับ 1 ไม่มีข้อจำกัดใด ๆ สามารถประกอบกิจกรรมได้ โดยไม่หอบเหนื่อย

ความรุนแรงระดับ 2 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อยสามารถเดินทางราบได้แต่ไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันไดได้เท่าคนวัยเดียวกัน แต่สามารถขึ้นตึกสูง 2 ชั้น

ความรุนแรงระดับ 3 ไม่สามารถทำงานหนัก และไม่สามารถเดินทางราบได้เท่าคนวัยเดียวกัน เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น

ความรุนแรงระดับ 4 ไม่สามารถเดินทางราบเกินกว่า 100 หลาได้ ต้องหยุดพักเมื่อขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง

ความรุนแรงระดับ 5 เดินได้เพียง 2-3 ก้าว หรือลุกนั่งก็เหนื่อย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้

4. การพยากรณ์โรค

เป็นที่ทราบกันว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อเริ่มมีอาการแล้วจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีอาการเลวลงอย่างช้า ๆ ผู้ป่วยบางคนมีการตอบสนองต่อยาขยายหลอดลมที่ดีจะทำ

ให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีการพยากรณ์โรคที่ดีหรือไม่ นั้นขึ้นกับอายุ ความรุนแรงของโรค การระมัดระวังสุขภาพตนเองโดยการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดี การป้องกันการติดเชื้อ การรับการรักษาตามแบบแผนอย่างสม่ำเสมอ และการจะออกกำลังกายตามความสามารถของร่างกาย (พูนเกษม เจริญพันธ์. 2531 : 284)

การรักษาโรคใด ๆ ก็ตามมีจุดมุ่งหมายเหมือนกันคือ รักษาเพื่อให้ผู้ป่วยกลับหายเป็นปกติดังเดิม แต่เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติเหมือนเดิม ดังนั้น จุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้ในการรักษาพยาบาลก็คือ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับฟื้นคืนสภาพเดิมมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์. 2530 : 530) เมค. (1986 : 520) กล่าวว่าจุดประสงค์ 3 ประการ ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประการที่ 1 คือ ลดความรุนแรงของการอุดกั้นของทางเดินหายใจของแต่ละบุคคลให้น้อยลงทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโรคของแต่ละบุคคล ประการที่ 2 ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน และประการสุดท้ายช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และการที่ผู้ป่วยจะกลับฟื้นคืนสภาพได้ดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับสมรรถภาพของปอดที่เหลืออยู่ ดังนั้นการที่จะทำให้สมรรถภาพของปอดที่เหลืออยู่ทำงานได้ตามความสามารถก็คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย โดยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัว ความเอาใจใส่ของแพทย์และพยาบาล

การทดสอบสมรรถภาพการทำงานของปอด

การทดสอบสมรรถภาพการทำงานของปอด มีจุดมุ่งหมายและรายละเอียดดังนี้

1. ตรวจหาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะเริ่มต้น (Small airway disease)

หรือตรวจหลอดลมปอดส่วนปลาย ที่มีขนาดหลอดลม ≤ 2 มม. และ > 0.2 มม. โดยการวัดมาตรฐานการหายใจ (Spirometry) ความผิดปกติที่พบได้คือ อัตราการไหลช่วงกลางของการหายใจออกอย่างแรงลดลงเป็นความผิดปกติที่พบได้เริ่มแรกในผู้ป่วยก่อนเกิดอาการ

2. ยืนยันการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การวัดความจุปอดทั้งหมดโดยการวัดค่าการหายใจออกอย่างแรง (FVC) และวัด FEV₁ ซึ่งเป็นการวัดอัตราไหลของอากาศในหลอดลมขนาดกลาง ในทางคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหมายถึงโรคที่วัดค่า FEV₁ แล้วมีค่าน้อยกว่า 70 % ของค่ามาตรฐานและสัดส่วนของ FEV₁/FVC มีค่า น้อยกว่า 0.7

3. ประเมินความรุนแรงของโรคและติดตามการดำเนินงานของโรค ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งตามการวัดมาตรฐานการหายใจ (Spirometry) ดังนี้

ความรุนแรง	FEV ₁ % predicted (FEV ₁ /FVCx100)
ระดับ 1	>50 %
ระดับ 2	39 – 49 %
ระดับ 3	< 39 %

4. การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยายายาลดลม แพทย์ผู้รักษาจำเป็นต้องประเมินผลการใช้ยายาลดลม ว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยหรือไม่ โดยการวัดมาตราการหายใจ (Spirometry) เพื่อดูค่า FEV₁ ก่อนและหลังการใช้ยา ถ้าค่า FEV₁ หลังการใช้ยาเพิ่มขึ้น 15% ก่อนให้ยา หรือ FEV₁ เปลี่ยนแปลงไม่น้อยกว่า 200 มิลลิลิตร แสดงว่ายาลดลมมีประโยชน์โดยตรง ในการรักษาผู้ป่วย (อัมพรพรรณ ชีรานทร. 2542 : 63-65)

สำหรับสถานที่หรือโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือจำกัด วิธีการทดสอบเกี่ยวกับสมรรถภาพทางร่างกายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการให้ผู้ป่วยเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาทีหรือ 12 นาที เพื่อวัดระยะทางทั้งหมดที่ผู้ป่วยเดินได้ เป็นวิธีที่ง่ายและให้ข้อมูลความสามารถพื้นฐานรวมทั้งเป็นวิธีการติดตามผลการรักษาได้เป็นอย่างดี (สมชัย บวรกิตติ. 2531 : 172)

พฤติกรรมการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกอย่างที่มนุษย์กระทำ เป็นลักษณะการแสดงออกที่อาจจะสังเกตได้ และอาจไม่สามารถสังเกตเห็นได้ พฤติกรรมทุกอย่างที่มนุษย์กระทำย่อมมีเหตุผล มีจุดมุ่งหมาย และในขณะเดียวกันก็มีแรงจูงใจหรือสิ่งกระตุ้นให้กระทำ ด้วยเหตุที่ว่าเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของมนุษย์ ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต้องมีสาเหตุ อาจมีสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุก็ได้ และสาเหตุอย่างเดียวกันไม่จำเป็นต้องนำไปสู่พฤติกรรมเดียวกัน อีกทั้งพฤติกรรมที่ต่างกันอาจเนื่องมาจากสาเหตุเดียวกันได้

สำหรับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ก็มีความหมายเดียวกับพฤติกรรมทั่วไป แต่มุ่งเฉพาะ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หากพิจารณาแนวคิดของพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแล้ว จะเห็นว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นก็มีสาเหตุเช่นกัน ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะของตัวบุคคลนั้น เกิดจากสิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวย หรือเกิดจากเชื้อที่ทำให้เกิดโรค การที่บุคคลจะเกิดโรคใดๆ สืบเนื่องมาจากการปฏิบัติของบุคคลนั้นๆ เป็นสำคัญ เมื่อบุคคลเกิดโรคแล้วและต้องการที่จะหายจากโรค บุคคลนั้นก็ต้องปฏิบัติตนเพื่อให้หายจากโรคนั้นๆ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีพยาธิสภาพแบบไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ เกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ นอกจากผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้วยังต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปและตามพัฒนาการให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความต้องการการดูแลตนเองหลายด้าน และความต้องการนั้นเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงต้องมีการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเอง (Self-care activities) หรือพฤติกรรมการดูแลตนเองครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มักพบปัญหาขาดสารอาหาร และหากปล่อยให้เกิดภาวะขาดอาหารจะทำให้กล้ามเนื้อกระบังลมเหี่ยวลง นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การพยากรณ์โรคเลวลง และหากผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งรับประทานอาหารที่มีคุณค่า จะช่วยเพิ่มความต้านทานต่อการติดเชื้อ การขาดความสนใจและขาดคำแนะนำที่จำเป็นจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถเตรียมอาหารที่มีคุณค่าได้

1.1 ส่วนประกอบของอาหารที่มีคุณค่า อาหารที่มีคุณค่าจะต้องมีส่วนประกอบที่สำคัญดังนี้

- 1) น้ำ จะช่วยกำจัดของเสียออกจากร่างกายและช่วยในการย่อยอาหาร
- 2) โปรตีน จะช่วยสร้างเนื้อเยื่อทุกส่วนของร่างกาย และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ อาหารที่มีคุณค่าทางโปรตีน ได้แก่ เนื้อสัตว์ทุกชนิด นม ไข่ ปลา เต้าหู้ ถั่ว
- 3) คาร์โบไฮเดรต ทำให้เกิดพลังงาน อาหารที่มีคุณค่าทางคาร์โบไฮเดรต อาหารจำพวกแป้ง ซึ่งได้แก่ ข้าว มัน ขนมอบ้ง ก๋วยเตี๋ยว วุ้นเส้น
- 4) ไขมัน ทำให้เกิดพลังงานและช่วยละลาย คิวซีเอ็มวิตามินบางชนิด เช่น วิตามิน เอ ดี อี เค อาหารที่มีไขมัน ได้แก่ อาหารที่เป็นไขมันทุกชนิด น้ำมันต่าง ๆ เนย
- 5) แร่ธาตุมีหลายชนิด ซึ่งแต่ละชนิดจำเป็นต่อร่างกายทั้งสิ้น เช่น แคลเซียม ให้กระดูกและฟันแข็งแรง เหล็กช่วยสร้างเม็ดเลือดแดง แร่ธาตุต่าง ๆ มีมากในเนย ไข่ เนื้อปลา และข้าว
- 6) วิตามิน ช่วยทำให้อาหารถูกนำไปใช้อย่างเหมาะสม ทำให้การทำงานของอวัยวะทุกส่วนเป็นไปด้วยดี ตัวอย่าง เช่น วิตามิน เอ ทำให้สายตาดี ช่วยการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อ ช่วยป้องกันการติดเชื้อ มีในเนย ผักใบเขียว ผลไม้ที่มีสีเหลือง วิตามินบี ทำให้ระบบประสาททำงานได้ตามปกติ ช่วยให้เจริญอาหาร มีมากในเนื้อ ไข่ ปลา นม เนย วิตามินซี ช่วยป้องกันเลือดออกตามไรฟัน มีในส้ม องุ่น มะละกอ มะนาว และผลไม้อื่น ๆ ที่มีรสเปรี้ยว

1.2 คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร (Sexton. 1990 : 230 – 231) มีดังนี้

- 1) ควรแปรงฟันก่อนอาหารเพื่อให้เกิดความสะอาดของช่องปาก จะช่วยให้เกิดความอยากอาหาร
- 2) รับประทานอาหารให้ครบถ้วนทั้ง 5 หมู่ ในแต่ละวันและรับประทานให้พออิ่ม จะช่วยให้ไม่เหนื่อยหอบและหายใจสะดวก หากรู้สึกเหนื่อยควรรับประทานเป็น 6 มื้อ ลดปริมาณอาหารลงในแต่ละมื้อ
- 3) ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร เพื่อทำให้ร่างกายได้รับน้ำอย่างเพียงพอและทำให้เสมหะอ่อนตัว (ในกรณีที่มีโรคแทรก ควรปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์)
- 4) ควรจำกัดน้ำและอาหารที่มีรสเค็ม เมื่อสังเกตเห็นว่ามีอาการบวมที่เท้า เข่า
- 5) ควรพบแพทย์เมื่อพบว่า มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากเดิม 2 กิโลกรัม

- 6) หากจำเป็นต้องรับประทานยาขับปัสสาวะ ควรรับประทาน ส้มกล้วย เพื่อป้องกันการขาดแร่ธาตุโปแตสเซียม
- 7) หากท่านผอมมาก ควรเพิ่มอาหารประเภทโปรตีน เช่น ต้มหมู หรือรับประทานเนื้อสัตว์มากขึ้น
- 8) หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดลม เช่น กะหล่ำปลี ถั่วชนิดต่าง ๆ หัวหอม แอปเปิล แดงโม ของหวานจัดต่าง ๆ น้ำอัดลม เบียร์
- 9) หลีกเลี่ยงอาหารที่ย่อยยาก เช่น ของมัน ของทอดทุกชนิด
- 10) รับประทานผักสดและผลไม้ ทุกวันเพื่อให้จุลจากระอ่อนตัวและขับถ่ายได้ง่าย

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและการผ่อนคลาย

เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รู้สึกหายใจลำบาก จะรู้สึกวิตกกังวลและตกใจ ความวิตกกังวลจะทำให้กล้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น และทำให้ชีพจรและความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น ขณะเดียวกันมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งมากขึ้น เป็นที่แน่ชัดว่าสภาวะที่กล้ามเนื้อคลายเต็มที่สัมพันธ์กับการลดระดับความต้องการ การใช้ออกซิเจน ลดการสร้างคาร์บอนไดออกไซด์และลดอัตราการหายใจ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ยอมผ่อนคลาย จนกว่าจะได้รับคำแนะนำหรือทราบ เทคนิคการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจง หรือจนกว่าผู้ป่วยจะเชื่อว่าสิ่งเหล่านั้นจะเกิดประโยชน์ (Sexton, 1990 : 231)

คำแนะนำเพื่อให้สามารถนอนหลับได้ดี (Sexton, 1990 : 233) สรุปได้ดังนี้

- 1) การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ควรกระทำให้เสร็จสิ้นอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ก่อนเข้านอน เพราะจะช่วยให้หลับได้ง่ายขึ้น
 - 2) ก่อนนอนควรได้สร้างบรรยากาศที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและหลับได้ดี เช่น ฟังเพลงเบา ๆ อ่านหนังสืออ่านเล่น ดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ สักแก้ว
 - 3) ข้างเตียงของผู้ป่วยควรมีโต๊ะหรือเก้าอี้เพื่อวางสิ่งของจำเป็น เช่น ไฟฉาย กระดาษทิชชู วิทยุ หนังสืออ่านเล่น น้ำดื่ม เป็นต้น
 - 4) ท่านอนหัวสูงเป็นท่าที่ทำให้นอนหลับสบายที่สุด อาจใช้หมอน 2 ใบ ซ้อนกัน และใช้หมอนใบเล็กและเบา เพื่อเสริมบริเวณคอและไหล่เพื่อให้นอนหลับสบาย
 - 5) ควรใช้ผ้าห่มที่มีน้ำหนักเบา เพื่อให้สามารถหิบบใช้ได้สะดวก
- คำแนะนำเพื่อลดการใช้พลังงานระหว่างการประกอบกิจกรรมทางเพศ มีดังนี้
- 1) อาบน้ำอุ่นก่อนประกอบกิจกรรมทางเพศ และฟังเพลงที่ชอบระหว่างประกอบกิจกรรมทางเพศ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย
 - 2) การหายใจออกโดยผ่านทางปากขณะห่อปาก จะช่วยสามารถควบคุมการหายใจ ขณะประกอบกิจกรรมทางเพศได้

- 3) ให้คู่ชีวิตเป็นผู้แสดงบทบาทในการประกอบกิจกรรมทางเพศมากกว่าตัวท่าน
- 4) ใช้ท่าที่รู้สึกสะดวกสบาย และเป็นท่าที่ไม่กระทบกระเทือนต่อการหายใจ เช่น ใช้ท่าด้านข้าง หรือนั่งบนเก้าอี้ไม่มีเท้าแขน
- 5) เลือกประกอบกิจกรรมทางเพศในเวลาที่พอจะพักได้บ้างทั้งก่อนและหลังการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว

คำแนะนำเกี่ยวกับเทคนิคการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสงวนพลังงาน สรุปได้ดังนี้

- 1) สำรวจตนเองว่ามีพลังงานมากในช่วงใดของวันและวางแผนล่วงหน้า เพื่อที่จะสามารถสงวนพลังงาน
- 2) ควรปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในระดับเอวเพื่อลดสูญเสียพลังงาน
- 3) พยายามอย่าเอื้อมหรือก้มลงเพื่อเก็บสิ่งของในระดับต่ำ เพราะจะเป็นเหตุให้เหนื่อยและหายใจลำบาก
- 4) หลีกเลี่ยงการนั่งยอง ๆ และการเบ่งถ่ายอุจจาระ
- 5) หากมีความจำเป็นต้องก้ม ให้สูดหายใจเข้าก่อนก้มแล้วหายใจออกช้าๆทางปากขณะก้ม จากนั้นจึงหายใจเข้าขณะกำลังลุกขึ้นยืนตรง

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพปอด

3.1 การออกกำลังกาย มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ

- 1) ช่วยให้ออกกำลังกายที่ระบายอากาศได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพิ่มมากขึ้นด้วย
- 2) สามารถออกกำลังกายเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้นานขึ้นโดยมีอาการเหนื่อยน้อยลง
- 3) ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น ข้อไหล่ติดแข็ง
- 4) ผ่อนคลายความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ

คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย คือควรออกกำลังกายในช่วงสั้น ๆ อย่าทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อย ถ้ารู้สึกเหนื่อยให้หยุดพักทันที และการออกกำลังกายควรเริ่มต้นฝึกปฏิบัติด้วยวิธีง่ายๆ ก่อน โดยจะต้องเรียนรู้ให้เกิดการประสานงานกันระหว่างการหายใจ และการปฏิบัติกิจกรรม และอาจฝึกปฏิบัติได้ด้วยการออกกำลังกาย โดยวิธีดังนี้

- 1) ฝึกบริหารหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องกระบังลม เซกซ์ตัน (Sexton. 1990 : 221) กล่าวถึงปัจจัยหลักที่จะต้องคำนึงถึงเกี่ยวกับการหายใจที่ถูกต้องวิธี วั้ดังนี้ คือหายใจช้าและลึก ใช้กล้ามเนื้อกระบังลมแทนการใช้กล้ามเนื้ออก เซสซอร์ หายใจออกโดยผ่านทางปากขณะห่อปาก (Pursed lip breathing) ระยะเวลาของการหายใจออกนานกว่าการหายใจเข้า
- 2) ฝึกบริหารร่างกายโดยใช้กล้ามเนื้อทรวงอก ไหล่ และแขน

3) ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกาย โดยวิธีเดินแกว่งแขน เล็กน้อย ร่วมกับการหายใจ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม

3.2 การไอเอาเสมหะออกอย่างถูกวิธี

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่ใช้ เทคนิคการไอที่ขาดประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถขับเสมหะออกได้มาก ผู้ป่วยบางรายไม่กล้าที่จะไอ โดยเกรงว่าจะยิ่งทำให้เกิดอาการหายใจไม่สะดวก ผู้ป่วยบางรายไม่กล้าที่จะไอ โดยเกรงว่าจะยิ่งทำให้เกิดอาการหายใจไม่สะดวก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเกิดความต้องการที่จะขับเสมหะในตอนเช้า หลังตื่นนอนและก่อนนอน การไออย่างถูกวิธีจะเกิดประโยชน์มากกว่าการไอแรงๆ ทั้งนี้ เพราะการไออย่างแรง ๆ จะเป็นเหตุให้ความดันในช่องอกเพิ่มขึ้นซึ่งทำให้เกิดการอุดกั้นของทางเดินอากาศและทำให้เสมหะถูกขับออกไม่ได้ ดังนั้นก่อนไอจึงควรสูดหายใจเข้าเต็มที่ เพื่อให้หลอดลมเปิดกว้างเต็มที่แล้วจึงไอ ความเร็วของลมหายใจออกจะช่วยดันเสมหะให้ออกได้ดีการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สำคัญที่สุดสิ่งหนึ่งคือการออกกำลังกาย (Make. 1986 : 523) เพราะการออกกำลังกายนั้น เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง ตามแบบแผนที่สร้างขึ้นจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน ในปัจจุบันการออกกำลังกายได้รับความสนใจ และศึกษาวิจัยในต่างประเทศมาก การออกกำลังกายดูเหมือนจะกลายเป็นหนทางเดียวที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างแท้จริง (Shayevitz, M.B. & Shayevitz, B.R. 1986 : 477) เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตที่มีคุณภาพและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

3.3 การได้รับสารน้ำ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมัก มีเสมหะจำนวนมากและเหนียว จนเกิดการอุดกั้นของหลอดลม การที่ผู้ป่วยมีเสมหะจำนวนมากนี้เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของโรคโดยตรง และเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิต นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีเสมหะเหนียวโดยมีเหตุจากการเสียน้ำออกจากร่างกายมากกว่าปกติ โดยทางการหายใจและทางผิวหนัง เนื่องจากอาการแสดงของผู้ป่วย เช่น หายใจเร็ว เหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย ทำให้มีเหงื่อออกมาก และหากผู้ป่วยดื่มน้ำน้อยลงด้วยจะยิ่งทำให้เสมหะเหนียวและขับออกจากหลอดลมได้ยากยิ่งขึ้น ในที่สุดจะทำให้เกิดการอุดกั้นทำให้หายใจลำบาก และอาจทำให้เสียชีวิตในทันที ดังนั้นวิธีที่จะช่วยให้หายใจสะดวก และป้องกันมิให้เสมหะอุดกั้น ทางเดินหายใจ สามารถกระทำได้โดยทำให้เสมหะมีความเหนียวน้อยลง ซึ่งวิธีที่ง่ายที่สุดคือการให้น้ำที่เพียงพอแก่ร่างกาย เพราะจะทำให้เสมหะมีปริมาณน้ำมากขึ้นจนเหลวและอ่อนตัว และน้ำจะเป็นยาขับเสมหะที่ดีที่สุด นอกจากนี้การให้น้ำยังอาจทำได้โดยการให้สูดละอองน้ำ (Water inhale) ซึ่งวิธีนี้จะช่วยให้เสมหะเหลวละลายได้ดี เพราะเพิ่มความชื้นให้โดยตรง และเพิ่มปริมาณน้ำในเสมหะ ทำให้สามารถขับเสมหะออกได้ง่ายขึ้น ซึ่งจะช่วยให้หายใจได้สะดวกขึ้น

คำแนะนำเกี่ยวกับการได้รับสารน้ำ ประกอบด้วย

- 1) ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 10-12 แก้วต่อวัน หรือประมาณ 3,000 ซีซี ต่อวัน

2) สูตไออุ่น โดยปฏิบัติดังนี้ เทน้ำร้อนอุ่นๆ ลงในภาชนะปากกว้าง เช่น ถ้วยใบใหญ่ จากนั้นจึงสูตไออุ่นเข้าสู่ปอด ปฏิบัติจนกว่าหมดไออุ่น โดยควรปฏิบัติวันละ 4-5 ครั้ง

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาและการรับการรักษา

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะต้องรับประทานยาหลายอย่างในแต่ละวัน การใช้ยาอย่างถูกต้องจะทำให้ควบคุมอาการของโรคไว้ได้ และให้ประโยชน์ในการรักษา

คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา มีดังนี้

- 1) รับประทานยาทุกชนิดตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด
- 2) หากพบอาการผิดปกติเกิดขึ้นจากการใช้ยา ให้หยุดใช้ยานั้นทันทีแล้วรีบ

พบแพทย์

3) ยายายยาลดลมชนิดรับประทาน ควรใช้เมื่อมีอาการหอบเหนื่อยตอนเริ่มแรก จะได้ผลดีกว่าเมื่อมีอาการหนักแล้ว และอาจใช้รับประทานก่อนมีอาการเหนื่อยหอบเกิดขึ้นไม่ว่าจากการออกกำลังกาย หรือก่อนฝนตกอากาศเปลี่ยน

4) หากมีความจำเป็นต้องใช้ยายายยาลดลมชนิดพ่น ให้ปฏิบัติดังนี้ถอดฝาครอบกระบอกยาออกอมขูดยาไว้ในปากจากนั้นให้กดกระบอกยาขณะกำลังหายใจเข้าอย่างลึกๆ และช้าๆกลืนหายใจไว้ประมาณ 10 วินาที เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ขยายหลอดลมได้เต็มที่ จากนั้นจึงหายใจออกทางปากช้าๆ การพ่นยาครั้งที่ 2 ควรให้ห่างจากครั้งแรก 2-10 นาที เพื่อให้หลอดลมที่เกร็งสามารถขยายออกได้ดี และทำให้การพ่นยาในครั้งต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น ภายหลังการใช้ยาพ่นควรถอดกระบอกหุ้มขูดยาออก ล้างโดยใช้น้ำอุ่น

5) ควรรับประทานยาสเตียรอยด์ พร้อมอาหารหรือพร้อมยาลดกรด จะช่วยให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาน้อยลง

6) ระหว่างการใช้ยาปฏิชีวนะ ควรสังเกตความเปลี่ยนแปลง ของเสมหะเกี่ยวกับจำนวนสี หรือความเข้มข้นและเมื่อสังเกตพบว่ามีไข์เสมหะเริ่มมีสีเหลืองหรือสีเขียวให้รีบพบแพทย์ เพื่อทำการรักษาเสียแต่เริ่มแรกซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน

5. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อน

5.1 โดยการหลีกเลี่ยงสิ่งๆ ที่ก่อให้เกิดความระคายเคืองต่อหลอดลมเชื่อกันว่าสารที่ก่อให้เกิดความระคายเคืองต่อทางเดินหายใจมากที่สุด คือ บุหรี่ และบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม การเลิกสูบบุหรี่ไม่ใช่สิ่งที่กระทำได้ง่ายผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มั่นใจว่าจะเลิกสูบบุหรี่ ได้ด้วยวิธีใดผู้ที่ตัดสินใจว่าจะเลิกสูบบุหรี่จะต้องให้เขาทราบถึงสิ่งสำคัญ 4 ประการ คือให้ทราบถึงโทษของการสูบบุหรี่ ให้ยอมรับถึงโทษของการสูบบุหรี่ด้วยใจตนจริงๆ ให้ทราบถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ที่จะมีผลโดยตรงต่อบุคคลและให้เกิดความ

มั่นใจว่ามีวิธีการที่จะปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ได้ในบุหรี่มีสารเสพติด คือนิโคตินการสูบบุหรี่ 1 ครั้ง ร่างกายจะดูดซึมนิโคตินไว้ประมาณ 50–100 มิลลิกรัม อันตรายที่เกิดจากนิโคตินเกิดขึ้นเนื่องจากการดูดซึมของปอดภายหลัง การหายใจเข้าและพบว่า การสูบบุหรี่กันกรอง สามารถช่วยลดสารพิษในควันบุหรี่ เช่น ทาร์ และนิโคติน ตลอดจนช่วยลดการสร้างเสมหะได้ แต่ไม่สามารถลดความเสี่ยงต่อการอุดตันของทางเดินหายใจได้

คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความระคายเคืองต่อหลอดลม ได้แก่

- 1) พยายามหลีกเลี่ยงสารก่อความระคายเคือง เช่น น้ำหอม แป้งฝุ่น การทาสี ผงซักฟอก เกสรดอกไม้ หากพบว่า มักเป็นสาเหตุ ให้เกิดหายใจ มีเสียงวี๊ด ไอ หรือหายใจลำบาก
- 2) หากพบว่าอากาศภายนอกมีฝุ่นนอก ควรจะอยู่ในบริเวณบ้านก่อน
- 3) ทำความสะอาดบริเวณผนังต่าง ๆ และพื้นห้องให้สะอาด จะช่วยขจัดฝุ่นซึ่งเป็นเหตุให้เกิดความระคายเคือง
- 4) ในบริเวณบ้านไม่ควรใช้ผ้าผืนและพรมต่าง ๆ เพราะเป็นเครื่องใช้ที่สะสมฝุ่นได้ดี
- 5) หลีกเลี่ยงการเดินในบริเวณที่มีอากาศเย็นหรือลมแรง หากจำเป็นก็ควรสวมผ้าปิดปากและจมูก แล้วเดินอย่างช้า ๆ หากเป็นไปได้ ควรติดเครื่องปรับอากาศไว้ในห้องที่มักจะอยู่นานที่สุด เช่น ห้องนอน เพราะจะสามารถช่วยกรองสารต่าง ๆ ที่เป็นเหตุให้เกิดความระคายเคืองได้ และควรปรับอุณหภูมิให้เป็น 21°C ในตอนกลางวัน และประมาณ 18.3°C ในตอนกลางคืน

5.2 การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงความจำเป็นที่จะต้องหลีกเลี่ยงการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ โดยที่การอักเสบจากการติดเชื้อในหลอดลมจะทำให้มีการทำลายเยื่อหลอดลมมากยิ่งขึ้น ทำให้การดำเนินของโรคเลวลง สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อมักเกิดจากเชื้อโรคพวกไวรัส ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบในทางเดินอากาศหายใจส่วนบน แล้วทำให้เกิดมีการติดเชื้อแบคทีเรียเข้ามาแทรกภายหลัง รายงานจากทางยุโรปและอเมริกาพบว่า เชื้อที่พบบ่อยคือ ติโพลคอคคัส นิวโมนีอี ฮีโมฟิลัสและอินฟลูเอนเซ แต่การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่โรงพยาบาลรามารับดีมักพบเป็นเคลบซิลลา และซูโดโมแนส แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ คือ การให้ยาต้านจุลชีพ ระยะยาว เพื่อป้องกันการอักเสบของหลอดลม มักไม่ค่อยได้ผลคุ้มค่า และมีความยุ่งยากเกิดขึ้นจากการใช้ยา โดยเฉพาะการเกิดการติดเชื้อจุลชีพดื้อยาต่างๆ การฉีดวัคซีนป้องกันพวกไวรัส โดยเฉพาะใช้หวัดใหญ่ก็มีคนแนะนำ แต่ผลที่ได้ก็มีไม่มาก เพราะในการระบายนแต่ละครั้งเชื้อไวรัสพวกนี้มีการแปรรูป ทำให้วัคซีนไม่ได้ผลเท่าที่ควร การหลีกเลี่ยงอากาศหนาวและชื้นจะช่วยมากกว่า

คำแนะนำเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ ได้แก่

- 1) พยายามหลีกเลี่ยงหรือจำกัดการไปในแหล่งที่มีผู้คนมาก ๆ
- 2) อยู่อาศัยใกล้คนที่เป็หวัด

- 3) บำรุงร่างกายให้แข็งแรงด้วยการรับประทานอาหารที่มีคุณค่า
- 4) รักษาความสะอาดของช่องปากเป็นประจำ โดยแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อและก่อนนอน พบทันตแพทย์ปีละ 1 ครั้ง
- 5) ควรฉีดยาคุ้มกันทุกปี เพื่อมิให้เกิดโรคไข้หวัดใหญ่
- 6) ควรฉีดวัคซีน Pneumovax ซึ่งเป็นวัคซีนต่อต้านแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคปอดบวม

6. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการใช้เวลาว่าง

โดยการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมกับบุคคลอื่น พุดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กับบุคคล ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน คำแนะนำเพื่อคงความสมดุล ระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการใช้เวลาว่าง คือ

- 1) จัดช่วงเวลาในแต่ละวันตามความต้องการของตนเอง
- 2) พุดคุยปรึกษากับบุคคลในครอบครัว เพื่อนผู้ป่วยโรคเดียวกัน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ ขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการ
- 3) เข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชน และกิจกรรมที่จัดไว้ โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สถานพยาบาล

เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคเรื้อรังและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการดูแลตนเองหลายด้านและต่อเนื่อง สม่่าเสมอเป็นเวลานานอาจจะตลอดชั่วชีวิต นอกจากนี้พยาธิสภาพ ของโรคจะดำเนินรุดหน้าไปเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นย่อมมีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งต้องมีการพัฒนา หรือขีดความสามารถในการดูแลตนเอง ให้เพียงพอกับความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self – efficacy)

บุคคลที่เป็นผู้คิดค้นและพัฒนาทฤษฎีความสามารถตนเอง คือ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) เป็นนักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่ง แบนดูราสนใจเรื่องตัวแบบ เขาได้รายงาน เกี่ยวกับความเชื่อของบุคคล ในเรื่องความสามารถ ที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถของตนเอง เรียกว่า “ทฤษฎีความสามารถของตนเองของแบนดูรา” (Bandura's self-efficacy theory) ซึ่งทฤษฎีนี้ได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง แล้วจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (Bandura. 1977 : 191-215)

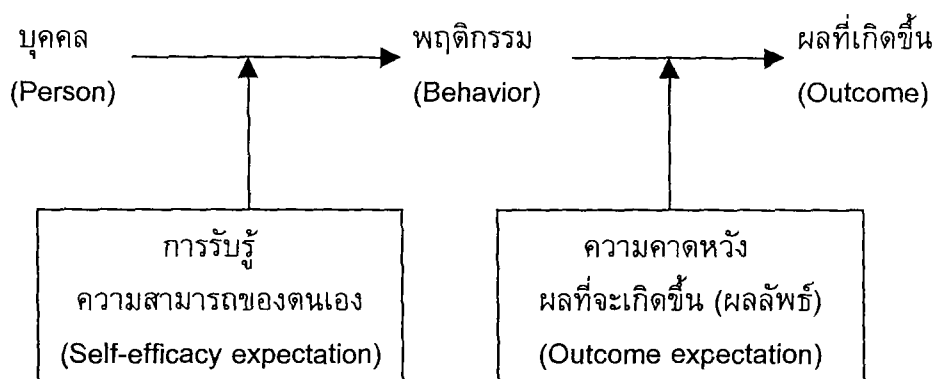
กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542 : 30) ได้กล่าวถึง ทฤษฎีพื้นฐานตามแนวความคิด เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง โดยเชื่อว่าการศึกษาพฤติกรรมมนุษย์จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไข และสิ่งเร้าของพฤติกรรมซึ่งเน้นการเสริมแรงโดยเงื่อนไขนั้นๆ ให้คงอยู่ การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลในปัจจุบันควรลดความสำคัญของการควบคุมภายในแต่คงศึกษาถึงตัวควบคุมภายนอกด้วยตัวเสริมแรงต่างๆ การมีปฏิภยสัมพันธ์ของพฤติกรรมอาจจะอธิบายได้ว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่าง 3 องค์ประกอบ คือ พฤติกรรมองค์ประกอบของบุคคล และองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อม โดยองค์ประกอบทั้งสามนี้เป็นตัวกำหนดซึ่งกันและกัน

จะเห็นได้ว่าแนวคิดของแบนดูร่ามองพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมไม่แยกจากกัน แบนดูร่าเชื่อว่ามนุษย์มักจะใช้สภาพเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของบุคคลจะมีส่วนในการตัดสินใจในการปฏิบัติครั้งต่อไป พฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางโดยอมขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่ได้จากสังคมสิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในบุคคล เช่นความคิด อารมณ์ ความคาดหวังการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลนั้น จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้จะเป็นตัวเสริมแรง ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ดังนั้น ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self – efficacy theory) มีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและมีกำลังใจอย่างเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะตัดสินใจว่า บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัว ตามคำแนะนำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แบนดูร่า มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกันถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน แบนดูร่าเห็นว่า ความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้น สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในสภาวะการณ์นั้น ๆ นั่นเอง คือถ้าเรามีความเชื่อมั่นว่ามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทนอดสาเหไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2538 : 57-58)

จากที่ได้กล่าวข้างต้นเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเองของ แบนดูร่า ซึ่งพบว่า การที่บุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้างและเมื่อทำแล้ว จะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามดังกล่าวตั้งโครงสร้างที่สำคัญของทฤษฎี ดังภาพประกอบ 2 (นาคยา เกรียงชัยฤกษ์. 2544 : 32 อ้างอิงจาก Bandura. 1977. Social learning theory. unpage)



ภาพประกอบ 2 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

จากภาพประกอบข้างต้นแสดงให้เห็นถึงแนวคิดที่สำคัญ คือ

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectation) แปลว่า หมายความว่า เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใดหรือเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจและพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่ปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้น สืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

จากที่ แปลว่า ได้อธิบายถึง ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ว่าทั้งสองจะต้องมีความสัมพันธ์กัน ดังเช่น การที่บุคคลแต่ละคน จะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองว่าจะทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และความคาดหวังในผลลัพธ์ในผลที่จะเกิดจาก การกระทำพฤติกรรม เนื่องจากมนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำสิ่งใดที่นำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ความสามารถของมนุษย์แต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน การที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งจะขึ้นกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และอีกส่วนหนึ่งจะขึ้นกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ ดังภาพประกอบ 3 (นาตยา เกรียงชัยฤทธิ์. 2544 : 34 ;อ้างอิงจาก Bandura. 1978 The self-system in reciprocal determinism. : 241)

		ความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพประกอบ 3 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

จากภาพประกอบข้างต้นสามารถอธิบายได้ว่าบุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง จะทำให้บุคคลประสบผลสำเร็จแน่นอน โดยที่บุคคลนั้นกล้าเผชิญกับปัญหาต่างๆ แม้กระทั่งความล้มเหลว หรือความยากลำบาก และพยายามทำให้สำเร็จ โดยมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูง ในทางตรงกันข้ามถ้าหากบุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่ำ จะทำให้ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง และการกระทำของตนเองที่ก่อให้เกิดผลสำเร็จได้ก็จะพยายามหลีกเลี่ยงต่อปัญหา เพราะคิดว่าสิ่งที่เป็นปัญหา หรือสิ่งที่ตนเองจะกระทำนั้นยากลำบาก ดังนั้น ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจึงต่ำ อาจทำให้บุคคลนั้นไม่พยายามกระทำพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตนเองคาดหวังไว้

จากที่ได้กล่าวถึงทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) ของ แบนดูรา พบว่าเป็นทฤษฎีที่พัฒนา มาเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม การที่บุคคลมีทักษะในการปฏิบัติตนเองที่เหมาะสม รวมทั้งการมีกำลังใจอย่างเพียงพอ และคาดหวังในความสามารถจึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการที่จะทำนายหรือตัดสินใจว่า บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แบนดูรา ได้เสนอแนวทาง ในการพัฒนาความคาดหวังในความสามารถของตนเองไว้ 4 วิธี คือ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2536 : 59 – 60)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) ซึ่ง แบนดูรา เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้น ในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึก

ให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆกับการทำให้เขารับรู้ว่าเขามีความสามารถ จะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรม ที่มีความซับซ้อนและได้รับผลกระทบที่พึงพอใจก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาก็จะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้ผู้ตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านั้นได้

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคล อย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนในสภาพที่ถูกข่มขู่ ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวล และความเครียดของคนเรานั้นบางส่วนจะขึ้นอยู่กับกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้นที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ เมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวก็จะกระตุ้นเกิดความกลัวมากขึ้น บุคคลก็จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลว อันจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลง

สุริย์ จันทรโมลี. (2535 : 32-33) ได้กล่าวว่า แบนดูรา มีความคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตัวเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลในแง่ต่าง ๆ รวมทั้งความต้องการรับรู้พฤติกรรมใหม่ ๆ และการเลือกปฏิบัติของบุคคล ความพยายามจะทำและแก้ไขอุปสรรค ตามแนวคิดของแบนดูรา ความคาดหวังในความสามารถของตัวเอง จะมีการเปลี่ยนแปลงได้และแต่ละองค์ประกอบจะมีส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 อย่างนั้นคือ

1. Magnitude หมายถึงระดับหรือขนาดความยากของงานที่จะต้องทำบุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตัวเองต่ำ หรือมีขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะในเรื่องที่ง่าย ๆ ถ้ามอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลว ดังนั้น การมอบหมายงานต้องพิจารณาไม่ให้งานเกินความสามารถควรเป็นงานที่มีความยากระดับปานกลาง

2. Strength หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาตัดสิน ความเป็นไปได้ในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการ 2 ขั้นตอน ประการแรก คือการมอบหมาย

รายการกิจกรรมที่จะปฏิบัติ ซึ่งจะสะท้อนทำให้มองเห็นระดับความยากง่ายของแต่ละกิจกรรม ประการที่สอง ให้ได้ซักถามถึงแนวทาง รูปแบบของกิจกรรมเหล่านั้นความเชื่อมั่นในการจะปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จตามเวลา ในแต่ละงานจะกำหนดหรือประมาณค่าของ Strength ว่ามีความเชื่อระดับใด การประเมินค่าอาจอยู่ในช่วง 1-10 หรือ 10-100

3. Generality ประสพการณ์บางอย่างจะก่อให้เกิดความสามารถที่จะนำไปปฏิบัติงานอื่น ๆ ในสภาพงานที่คล้าย ๆ กัน ตัวอย่างเช่น ความเชื่อของผู้ป่วยโรคหัวใจเกี่ยวกับการทดสอบความคงทนในสมรรถภาพของร่างกายต่อการออกกำลังกายภายใต้การดูแลของแพทย์และความเชื่อของผู้ป่วยสามารถทำได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับความคาดหวังความสามารถของบุคคลนั้น สรุปได้ดังนี้ คือ การที่บุคคลจะกระทำการสิ่งใดหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับความคาดหวัง หรือการมีความเชื่อในความสามารถของตนเองโดยที่ทราบว่าตนเองจะกระทำอะไรบ้างและเมื่อกระทำไปแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนเองคาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามเช่นเดียวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ถ้าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองทำไว้ และทำแล้วจะเป็นผลดีต่อสุขภาพร่างกายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก็จะฟื้นฟูสมรรถภาพปอด แต่ถ้าหากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดว่าตนเองไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้ เช่น คิดว่าตนเองเหนื่อย อ่อนเพลียมาก ไม่สามารถออกกำลังกายได้และไม่เห็นผลดี ของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ไม่มีการออกกำลังกายเพราะความไม่มั่นใจในวิธีปฏิบัติ ไม่มีผู้คอยชี้แนะ ไม่มีเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวมากระตุ้นให้ออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ผู้ป่วยก็จะไม่ปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของตน

แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการให้สุขศึกษา

วิธีการให้สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการจัดโอกาสและประสบการณ์เรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ประชาชนได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติตนในเรื่องสุขภาพในทางที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเอง สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน (นิภา มนูญิจุ. 2528 : 8)

สุขศึกษา เป็นกระบวนการในการจัดประสบการณ์ การเรียนรู้ให้แก่ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยประชาชนต้องเรียนรู้และตัดสินใจ ปฏิบัติด้วยตนเอง พฤติกรรมสุขภาพนั้น รวมความถึงพฤติกรรมทางด้านความรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรมด้านเจตคติ ท่าทีความรู้สึกรู้สึก ค่านิยม และการปฏิบัติ พฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้นได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติส่วนบุคคล เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง การป้องกันโรคและความพิการที่สามารถป้องกันได้ และดูแลช่วยเหลือตนเองและครอบครัว เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยการรู้จักประโยชน์ของบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ทุกระดับ และสามารถเลือกใช้บริการได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อมีความจำเป็น ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมกับชุมชน

ของตนเอง ในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน มีการจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐานโดยชุมชนเอง จึงจะช่วยสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพของชุมชนไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้

การดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อสนับสนุนการมีสุขภาพดีถ้วนหน้านั้น จึงจำเป็นจะต้องมีการวิเคราะห์ปัญหาทางสุขศึกษาและพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ โดยวิเคราะห์ในทุกองค์ประกอบของกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานว่ามีปัญหาด้านพฤติกรรมอะไรบ้าง และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่ช่วยสนับสนุน ในการแก้ปัญหาสุขภาพนั้นๆ หรือพฤติกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยนแก้ไข หรือเรื่องจำเป็นที่ประชาชนจะต้องเข้าใจและปฏิบัติ ซึ่งจะต้องวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในแต่ละกิจกรรม สาธารณสุขมูลฐานทุกองค์ประกอบ เช่น ปัจจัย ทางด้านความรู้ ความเข้าใจ เจตคติและท่าทีความรู้สึกรู้จัก ปัจจัยที่เป็นสิ่งสนับสนุนเอื้ออำนวยในการปฏิบัติหรือขัดขวางการปฏิบัติ ปัจจัยทางการให้บริการ การมีส่วนร่วมของชุมชนและปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อให้ทราบปัญหาทางด้านพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั้น ๆ ในทุกองค์ประกอบของกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

กลวิธีการให้สุขศึกษา

กลวิธีการให้สุขศึกษา แต่ละวิธีให้ได้ผล จำเป็นต้องต้องเข้าใจถึง ลักษณะของแต่ละกลวิธี รวมถึงประโยชน์และ ข้อจำกัดของการใช้เป็นอย่างดี กลวิธีต่างๆ ทางสุขศึกษามีดังนี้ (ธนวรรณ อัมสมบูรณ์. 2535 : 1)

1. การบรรยาย เป็นกลวิธีหนึ่งของการสอนที่ใช้กันมากและใช้ง่ายที่สุด แต่จะทำให้เกิดผลการเรียนรู้ได้น้อยสุดโดยทั่วไปการบรรยายจะใช้ได้ผลที่ต้องมีการอภิปรายและซักถามควบคู่กันไปด้วย
2. การสอนเฉพาะตัว หรือที่รู้จักกันดีในลักษณะของการปรึกษาสุขภาพ การสอนเฉพาะตัวมีผลต่อการเรียนรู้อย่างมาก ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้อย่างกว้างขวาง ทั้งในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุขและชุมชน ในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน
3. สื่อสารมวลชน สื่อสารมวลชนที่ใช้ในงานสุขศึกษา เป็นการสื่อสารกับเป้าหมายจำนวนมากสื่อสารใช้กันมาก ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ และสิ่งพิมพ์ต่างๆ โดยทั่วไปแล้วการใช้สื่อสารมวลชนในงานสุขศึกษา มีข้อจำกัดในด้านประสิทธิภาพเป็นอย่างมาก
4. โสตทัศนูปกรณ์ ถ้าดูผิวเผินการใช้โสตทัศนูปกรณ์จะคล้ายกับการใช้สื่อสารมวลชน แต่มีความแตกต่างในขอบเขตของกลุ่มเป้าหมายที่จะใช้
5. โปรแกรมสำเร็จรูป เป็นโปรแกรมการเรียนรู้ ที่จัดขึ้นโดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้เอง ซึ่งอาจจะอยู่ในลักษณะของสิ่งพิมพ์ หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ ก็ได้ เพื่อให้แต่ละคนได้เรียนรู้เอง เป็นการเฉพาะตัว

6. โทรทัศน์เพื่อการศึกษา เป็นสื่อการเรียนรู้ คล้ายกับโปรแกรมการเรียนรู้สำเร็จรูป แตกต่างกันตรงที่ใช้สำหรับกลุ่มเป้าหมายให้เรียนรู้ เป็นกลุ่ม เป็นชั้น

7. การสร้างทักษะเฉพาะ เป็นกลวิธีที่ใช้สำหรับการเรียนรู้ที่ต้องการ ให้มีการฝึกหัด ฝึกปฏิบัติจริง

8. การสร้างสถานการณ์จำลองและเกมส์ เป็นกลวิธีในการสอนโดยการจำลอง สถานการณ์จริง หรือจัดเกมส์จริงขึ้นมาเพื่อให้กลุ่มได้เรียนรู้ซึ่งใช้ในการสร้างแรงจูงใจได้ดี

9. การเรียนรู้โดยการซักถาม เป็นกลวิธีในการสอนที่ให้ผู้เรียนได้ใช้ความคิดของตนเอง เป็นหลักแล้วขยายขอบเขตความเข้าใจให้กว้างขวางออกมารับใช้ได้ดีกับกลุ่มนักเรียน นักศึกษา

10. การอภิปรายในกลุ่มเพื่อน เป็นกลวิธีทางสุศึกษาที่ใช้ได้ผลดีมากสำหรับการเรียนรู้ เป็นกลุ่มและสร้างแรงจูงใจระยะยาวซึ่งเป็นการพัฒนาการตัดสินใจโดยใช้บรรทัดฐานของกลุ่ม

11. การใช้ต้นแบบตัวอย่าง เป็นกลวิธีที่เป็นกลไกของกระบวนการทางสังคม คือ การที่บุคคลมีการเรียนรู้โดยการเลียนแบบ หรือศึกษาจากบุคคลอื่นที่ตนเองยอมรับ มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดหรือนิยมชมชอบ

12. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเงื่อนไข เป็นกลวิธีในการแก้ไขพฤติกรรมเฉพาะบาง อย่าง โดยอาศัยเงื่อนไขบางประการ ที่ได้กำหนดขึ้น และความรู้ความเข้าใจอย่างเพียงพอที่จะเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ในเรื่องนั้นๆ โดยตรง

13. การพัฒนาชุมชน เป็นกลวิธีที่ใช้ในงานสุศึกษาโดยการจัดให้ชุมชนได้มีการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะความสามารถและความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่างๆโดยทั่วถึงกันทั้งชุมชน การพัฒนาชุมชนเป็นการพึ่งพาตนเอง เป็นการแก้ไขปัญหซึ่งใช้ได้ดีในชุมชนที่มีความตื่นตัว และมีความสนใจสูง

14. การใช้มาตรการทางสังคม เป็นกลวิธี ที่ใช้สำหรับการดำเนินการ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มบุคคล โดยใช้มาตรการต่างๆ ที่มีความเข้มงวดกวดขันในระดับต่างๆกันตาม ลักษณะของปัญหาและกลุ่มเป้าหมาย

15. การวางแผนพัฒนาสังคมและองค์กร เป็นกลวิธีที่ใช้ ในการแก้ไขปัญหพฤติกรรม ในสังคม โดยการวางแผนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลและการวิเคราะห์ที่ลึกซึ้ง มาก จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

เพื่อให้ได้ผลในการสอนสุศึกษา จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่จะสอน ความ ต้องการของผู้ที่จะเรียนรู้และการวางแผนการสอนสุศึกษา สุศึกษาใช้หลายวิธีการในการดำเนิน งาน หลักสำคัญคือใช้กระบวนการเรียนการสอน ซึ่งประกอบด้วยกำแนผู้เรียนการวิเคราะห์ ความต้องการของผู้เรียน การกำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน การกำหนดเนื้อหาและ การเลือกวิธีการสอน การประเมินความพึงพอใจ การประเมินผลการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์และอื่น ๆ ตามความจำเป็น

ในการเลือกใช้วิธีการสุศึกษาที่ถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้ผู้รับฟังเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งโดยทั่วไปการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้กับทุกๆ คน และตลอดชีวิตทุกคนเรียนรู้ในสิ่งเดียวกันด้วยวิธีการที่แตกต่างกันหรือประสบการณ์เดียวกัน อาจทำให้เกิดการเรียนรู้ ของบุคคลแตกต่าง อัตราเร็วของการเรียนรู้ หรือเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะ และทักษะของบุคคลได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527 : 217-220) กล่าวคือ การเรียนรู้ นอกจากจะเป็นพัฒนาการที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลแล้วยังเกิดขึ้นได้ทุกสภาวะ ไม่จำเป็นต้องเกิดจากห้องเรียนเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการจัดโอกาสและกระบวนการถ่ายทอดความรู้ ซึ่งอาจเป็นที่บ้าน ในชุมชน โรงพยาบาล หรือในชีวิตประจำวัน

การเลือกวิธีการให้สุศึกษา

การใช้วิธีการสุศึกษา ที่เหมาะสมกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย ถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง องค์ประกอบที่ควรนำมาวิเคราะห์เพื่อเลือกวิธีการสอนให้เหมาะสมควรอาศัยเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้ (สุรีย์ จันทรโมลี. 2527 : 5)

1. วิธีสอนแต่ละชนิดที่นำมาใช้ ผู้ใช้ต้องมีความรู้ในวิธีการนั้นๆ อย่างดี รู้ถึงจุดมุ่งหมาย เทคนิคการใช้ ข้อดี ข้อเสีย ข้อควรระวัง ไม่ควรดำเนิน วิธีการสอนวิธีใดวิธีหนึ่งว่าไม่ดี เพราะเป็นสิ่งที่แสดงว่าผู้สอนไม่มีความรู้ในการเลือกวิธีสอน ไม่มีความรู้ในการใช้วิธีการสอนนั้น ๆ เพราะวิธีการสอนแต่ละชนิดจะมีจุดอ่อนหรือมีข้อเสียและมีข้อดีอยู่ในตัว

2. วิธีการต้องเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้สอนจะต้องรู้จักวิเคราะห์ผู้เรียน คือใคร จะให้ความรู้เรื่องอะไร ทำไม่จึงต้องให้ควรเขียนวัตถุประสงค์ทั่วไป และวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ต้องการให้เกิดผลอย่างไร สิ่งเหล่านี้จะช่วยเป็นแนวทาง ในการเลือกวิธีการสอน ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย การเลือกวิธีการสอน เหมือนกับการเลือกเสื้อผ้า รองเท้า ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้สวมใส่

3. เลือกวิธีการสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียน เช่น วิธีสอนสำหรับรายบุคคล รายกลุ่ม กลุ่มใหญ่กับกลุ่มเล็ก เช่น ถ้าสอนกลุ่มใหญ่ 400 หรือ 500 คน ถ้าใช้การอภิปรายกลุ่มอาจไม่มีห้องหรือที่ปรึกษาเพียงพอ

4. ควรเลือกวิธีการสอน ที่ผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า คือ ทางตา ทางหู ทางจมูก ทางลิ้น การสัมผัส การเรียนรู้โดยประสาทสัมผัสทั้งห้า ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ จำได้ประทับใจ สามารถนำไปปฏิบัติตามได้ วิธีการสอนจึงต้องใช้หลายวิธี

5. การเลือกวิธีการสอน ควรคำนึงถึงช่วงเวลาที่มียู่ วิธีการบางอย่างต้องใช้เวลาเตรียมตัวมาก บางวิธีการใช้เวลาเตรียมตัวน้อย เช่น การประชุมกลุ่มย่อย ใช้เวลาน้อย ส่วนการประชุมกลุ่มใช้เวลามากกว่า การสอนบางวิธีต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบการสอนมาก ต้องใช้เวลา เช่น การสอบแบบสาคิต

6. วิธีการสอนแต่ละชนิด ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ต่างกัน เกิดทักษะต่างกัน วิธีการสอนบางชนิด ให้ความรู้อย่างเดียว บางชนิดฝึกทักษะ บางชนิดฝึกความสามารถ การให้ความรู้เรื่องสุขภาพควรพิจารณาเลือกวิธีการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนรู้จักคิดเป็น ทำเป็น รู้จักใช้เหตุผล ใช้สติปัญญา และการไตร่ตรองให้เหมาะสม กับสภาพของผู้เรียน เลือกวิธีการสอนที่ทำให้เกิดแนวคิดหลักทางด้านสุขภาพที่ดี เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและสังคมของผู้เรียน

7. ใช้วิธีการสอนที่ยึดผู้เรียนหรือผู้ป่วยเป็นหลัก และวิธีการสอนที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม เลือกวิธีการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนนำไปประยุกต์ปฏิบัติตามได้

8. วิธีการสอนแต่ละชนิดควรคำนึงถึงเวลาที่จะใช้ ถ้ามีเวลาจำกัด แต่เลือกใช้วิธีการสอนที่ต้องใช้เวลา จะทำให้การสอนไม่ครบกระบวนการ ต้องเร่งรีบทำให้ไม่ได้ผล นอกจากนั้น วิธีการสอนที่นำมาใช้ต้องคำนึงถึง การประหยัดด้านแรงงาน เศรษฐกิจ ความเป็นไปได้เหมาะสม กับสภาพความเป็นจริง

9. รู้จักดัดแปลง วิธีการสอนให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียนกับสถานการณ์หรือเหมาะสมกับปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น

10. ในการใช้วิธีสอนแต่ละชนิดควรคำนึงถึงองค์ประกอบอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การใช้แรงจูงใจ การเสริมกำลังใจ สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ บรรยากาศ สถานที่ เพื่อช่วยให้วิธีการสอนนั้น ๆ ดำเนินไปด้วยความราบรื่น ประทับใจ ดึงดูดความสนใจ ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีความพอใจ ส่งเสริมให้สนใจติดตามการรักษาต่อไป

11. หลังจากใช้วิธีการสอนแต่ละชนิด ควรจะได้ประเมินผลวิธีการนั้นๆเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

วิธีการที่เหมาะสมเพื่อให้ประชาชนได้เรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพถาวร โดยผู้เรียนเกิดความพอใจเต็มใจเรียนรู้ เพื่อให้เกิดแนวคิดที่ดี สามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งจะเป็นผลให้เกิดการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิต วิธีการสุศึกษา ที่ได้ถูกเลือกสรรนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การบรรยาย การให้สุศึกษารายบุคคล การสาธิต การอภิปรายกลุ่มและการแจกคู่มือเอกสาร โดยมีรายละเอียดของการนำมาใช้ดังนี้

การบรรยาย

การสอนแบบบรรยายเป็นวิธีการสอนที่มีความคุ้นเคยกันมาเป็นเวลานาน เป็นวิธีการสอนที่จัดทำได้ง่าย เพราะมีเพียงผู้บรรยายและผู้เรียน มีจุดมุ่งหมายให้ผู้เรียนได้ฟัง คิดพิจารณาเข้าใจ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้

องค์ประกอบที่ควรคำนึงในการสอนแบบบรรยาย (สุรีย์ จันทรมล. 2527 : 63-64)

1. ตั้งจุดมุ่งหมายในการบรรยายแต่ละครั้ง
2. ผู้บรรยายควรได้ศึกษาวิเคราะห์ผู้เรียนล่วงหน้า เพื่อเป็นประโยชน์ในการปูพื้นฐานความรู้ การเชื่อมโยงความรู้ที่จะให้การพิจารณาถึงโอกาส ที่จะนำความรู้ไปใช้ในชีวิต

ประจำวัน โดยคำนึงประโยชน์ของผู้เรียนเป็นหลัก

3. ผู้บรรยายจะต้องมีความรู้ในเรื่องที่จะบรรยายเป็นอย่างดี
4. ในการบรรยายแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง
5. ในการบรรยายแต่ละครั้งไม่ควรครอบคลุมทุกหัวเรื่อง
6. ในระหว่างที่บรรยายควรสร้างบรรยากาศให้มีความเป็นกันเองมีอารมณ์ขัน
7. ผู้บรรยายควรเตรียมโน้ตการสอนล่วงหน้า
8. การบรรยายไม่ใช่เป็นการให้เนื้อหาความรู้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว ควรเปิด

โอกาสให้ผู้เรียนได้ซักถามข้อสงสัย

9. การบรรยายจะเพิ่มความสนใจยิ่งขึ้น ถ้าใช้อุปกรณ์เป็นเครื่องมือช่วยประกอบ

ในการบรรยาย

10. ผู้บรรยายต้องรู้จักสังเกต มีความไวต่อความรู้สึกของผู้เรียน และความไม่สบายอารมณ์ของผู้เรียน สิ่งเหล่านี้ควรสังเกตหาสาเหตุ เพื่อได้ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงการสอนให้เหมาะสม

11. เมื่อจบการบรรยายควรจะมีการประเมินผล เพื่อพิจารณาว่าผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ เพื่อปรับปรุงการบรรยายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การให้สุขศึกษารายบุคคล

การให้สุขศึกษารายบุคคล เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ทางสุขภาพโดยมุ่งผลของการเรียนรู้การเกิดความเชื่อ การเปลี่ยนเจตคติและมีการปฏิบัติ ที่ถูกต้องทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคคลแต่ละบุคคลเป็นสำคัญเพราะปัญหาสุขภาพบางอย่างจำเป็นต้องให้ความรู้แบบรายบุคคลจึงจะได้ผล เช่นปัญหาส่วนตัวของบุคคล พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นต้น การให้สุขศึกษารายบุคคลจึงเป็นการเข้าถึงผู้ป่วยหรือผู้เรียนได้มากที่สุด มีโอกาสที่จะสอดแทรกความรู้ได้ตลอดเวลา โดยการผสมผสานไปกับการให้บริการ สามารถทำได้ทุกโอกาสและทุกสถานที่ ดังนั้นการให้สุขศึกษารายบุคคล จึงมีแนวคิดรวบยอดที่ควรคำนึงถึงดังนี้ คือ (สุรีย์ จันทรโมลี. 2527 : 9 – 10)

1. สุขภาพของคนในครอบครัวและชุมชนจะดีขึ้นขึ้นอยู่กับสุขภาพของแต่ละบุคคลเป็นพื้นฐาน เริ่มจากการที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค ลดอัตราการปฏิบัติตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการเจ็บป่วย

2. ในกระบวนการเรียนการสอนแบบรายบุคคล สิ่งแรกที่จะต้องเน้นคือ กระบวนการทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้เรียนไม่ใช่เน้นเฉพาะเนื้อหาความรู้ที่จะสอนเท่านั้น

3. การรับรู้ของบุคคลจะดีเพียงใดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และธรรมชาติของสิ่งเร้า ซึ่งบุคคลมักจะเลือกรับรู้ตอบสนองต่อความรู้ต่าง ๆ ไม่เหมือนกัน

4. มนุษย์มีความแตกต่างกันตามธรรมชาติทั้งในด้านรูปธรรม เช่น อายุ เพศ ครอบครัว

ครัว อาชีพ ศาสนา สังคม เศรษฐกิจ การเจ็บป่วย เป็นต้น และในด้านนามธรรม เช่น ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ค่านิยม ความสามารถ ทักษะ ความจำ การเรียนรู้ เหตุผล ประสบการณ์ แนวคิดรวบยอดต่อสุขภาพ แรงจูงใจ สนุกสนาน ความสามารถในการปรับตัว เป็นต้น

นอกจากนี้การให้สุขศึกษารายบุคคล จะต้องศึกษาผู้รับความรู้ก่อน ว่ามีพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างไรบ้าง มีสิ่งใดที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องควรแก้ไข สิ่งใดที่ปฏิบัติถูกต้องเหมาะสมควรส่งเสริมให้กำลังใจ และควรมององค์ประกอบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย ตลอดจนความสอดคล้องกับการดำรงชีวิต และความสามารถที่จะนำความรู้ไปแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองได้ ดังนั้นความสำคัญของการให้สุขศึกษารายบุคคลจึงสรุปได้ดังนี้ (บุญยง เกี่ยวการค้า. 2530 : 380)

1. สามารถให้ความรู้ ความเข้าใจแก่บุคคลได้อย่างละเอียด
2. สามารถช่วยแก้ปัญหาส่วนตัวได้ โดยการวิเคราะห์ปัญหาและให้คำปรึกษา แนะนำ

เฉพาะบุคคล

3. ผู้รับความรู้มีโอกาสได้ซักถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ตามต้องการ
4. สามารถชักชวนให้บุคคลทำตามในสิ่งที่ต้องการได้
5. ช่วยสอนทักษะพิเศษในเรื่องใดเรื่องหนึ่งแก่บุคคลเฉพาะรายได้
6. สามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการอธิบายเหตุผลและ

เสนอข้อมูลที่เป็นจริงให้รู้

การสาธิต

การสาธิต หมายถึงการเตรียมการเสนอกิจกรรม กระบวนการ การดำเนินการบางอย่างล่วงหน้าอย่างรอบคอบ แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติควบคู่ไปกับการอธิบายทุกขั้นตอนการตั้งคำถาม การย้ำถึงขั้นตอนที่สำคัญที่ต้องเข้าใจ เพื่อจะได้ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง (สุรีย์ จันทรมล. 2527 : 196)

การสาธิต ได้นำมาใช้ในวงการวิชาชีพต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง เช่น ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข สังคม บริหารธุรกิจ การศึกษาและการฝึกอบรมต่าง ๆ เป็นต้น การสาธิตสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายทุกระดับการศึกษา การสาธิตมีโอกาสนี้จะใช้แทรกเข้าไปในเนื้อหาบางเรื่อง เป็นการช่วยไม่ให้ผู้เรียนสับสน ยุ่งยาก ได้เรียนรู้ตามขั้นตอนง่ายต่อการเข้าใจ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสาธิตในการสอนมารดาให้นับหายใจ ซึ่งผู้เรียนจะปฏิบัติตามได้ถูกต้องจะทำให้เรียนรู้ได้เร็วประหยัดเวลา ทำให้บทเรียนเป็นที่น่าสนใจ น่าเชื่อถือ เกิดความประทับใจ ไม่ลืมสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง (สุรีย์ จันทรมล. 2527 : 196-197)

การแจกเอกสารคู่มือ

เป็นสื่อการเรียนการสอน ประเภทตัวอักษรและภาพ มีรูปภาพประกอบคำอธิบาย สื่อประเภทนี้ไม่มีขีดจำกัดเกี่ยวกับเวลาที่ใช้ในการศึกษา ผู้เรียนสามารถจะศึกษาเอกสารเหล่านี้ได้ด้วยตนเอง และศึกษาในเวลาใดก็ได้ แล้วแต่ความสามารถที่จะเข้าใจเนื้อหา และกิจกรรมที่กำหนดไว้ โดยในเอกสารคู่มือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหาและกิจกรรมดังนี้ ความหมายของโรค การแบ่งชนิดของโรค การจำแนกโรค สาเหตุของการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค และการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กก่อนวัยเรียน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เรียนได้ศึกษาด้วยตนเองที่บ้านได้ และเพื่อเป็นแนวทางในการเลี้ยงดูบุตร เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กได้อย่างถูกต้อง

การอภิปรายกลุ่ม

การอภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีการที่นำมาใช้อย่างมาก ในการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ โดยการที่สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ทางคำพูด ได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่อง ที่อภิปรายในรูปธรรมและนามธรรม ช่วยให้กลุ่มได้แสวงหาข้อเท็จจริง แปลความหมายของข้อเท็จจริง แยกแยะความเข้าใจของตัวเอง ยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น และใช้หลักในการตัดสินใจโดยการฟังเหตุผล ข้อเท็จจริง ความถูกต้อง และความเหมาะสมตามหลักประชาธิปไตย สมาชิกมีอิสระในการออกความคิดเห็นและให้ความร่วมมือในการค้นหาทางแก้ปัญหาที่เข้ามาเกี่ยวข้องมากกว่าจะพูดถึงข้อเท็จจริงอย่างเดียว การอภิปรายกลุ่มช่วยฝึกฝนให้ผู้เรียนได้ปรับตัวเข้ากับคนอื่น เข้ากับสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมฝึกฝนการสะท้อนความคิด ในการแก้ปัญหาร่วมกัน

การอภิปรายกลุ่ม เหมาะสำหรับสมาชิกจำนวนน้อยประมาณ 10 -12 คน การประชุมกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกได้ความคิดเห็นการไตร่ตรองอย่างรอบคอบทุกแง่มุมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อนำไปประยุกต์ไว้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดความเหมาะสม อิทธิพลของกลุ่มมีส่วนช่วยให้สมาชิก เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การตัดสินใจด้วยการยอมรับ สมควรใจ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถาวร (สุรีย์ จันทรโมลี. 2527 : 100 - 101)

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีความสามารถตนเอง

แคพแลนและคนอื่น ๆ (Kaplan, et al. 1984 : 223 – 242) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 60 ราย ที่มีความรุนแรงของโรค ในระดับปานกลางถึงมาก ทำการประเมินผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเดินบนลานวิ่งอยู่กับที่ด้วยอัตราความเร็ว 0.6 ไมล์ต่อชั่วโมงและเพิ่มความเร็วเวลาที่ละ

0.2 ไมล์ต่อชั่วโมง จะหยุดเมื่ออัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 35 หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก บันทึกอัตราการเร็วของการเดินสูงสุดที่ผู้ป่วยทำได้ และนำมาคำนวณหาจำนวนก้าวที่เดินได้ต่อนาที พร้อมทั้งรายงานให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองและประเมินโดยกำหนดบล็อกให้ผู้ป่วยระบุถึงความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะเดินได้ในเวลาที่กำหนด ซึ่งระยะทาง 1 บล็อกมีความยาว 0.17 ไมล์ ใช้เวลาในการเดินประมาณ 5 นาที ระยะทาง 2 บล็อกใช้เวลาประมาณ 10 นาที ระยะทาง 3 บล็อก 3 ไมล์ใช้เวลาประมาณ 90 นาที ประเมินโดยให้ผู้ป่วยระบุคะแนนความเชื่อซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 100 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 10 ช่วง ช่วงละ 10 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น 100 คะแนน ในระยะทางเดินที่มากที่สุด คือ 3 บล็อก ให้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน ให้ผู้ป่วยฝึกเดินที่บ้านโดยนับจำนวนก้าวที่เดินได้ต่อนาทีทุกวันเป็นเวลา 3 เดือน จึงทำการประเมินอีกครั้ง พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการเดินเพิ่มขึ้นและมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเดินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ลอว์เรนซ์ และรูบินสัน (Lawrence and Rubinson. 1986 : 367 – 382) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น จำนวน 800 คน พบว่าความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ โอกาสทางสังคม ภาวะเครียด และอิทธิพลของเพื่อน และเมื่อนำแบบทดสอบไปใช้กับกลุ่มอื่นพบว่า แบบทดสอบนี้ ใช้เป็นเครื่องมือทำนาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เจนเซน เทอเนอร์และรามานโน (Jensen, Turner and Ramano.1991: 263 – 269) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความคาดหวังกับผลลัพธ์ ในผู้ป่วย 114 คน ที่มีอาการปวดเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีความคาดหวังสูง จะมีความพยายามในการใช้กลวิธีการกระทำให้หายปวด จากการศึกษาี้แนะนำว่าการรักษาควรจะทำให้ความสำคัญของการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นได้จริง ๆ และปรับวิธีการเผชิญปัญหาเพื่อจะนำไปสู่ผลลัพธ์นั้น ๆ

เอ็ทเคอร์ และคนอื่น ๆ (Oetker, et al. 1992 : 134 – 139) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ ก่อนการผ่าตัดกับพฤติกรรมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี จำนวน 68 คน พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างคะแนนความคาดหวังกับคะแนนการปฏิบัติหลังผ่าตัด ในเรื่องการบริหารการหายใจแบบลึก ๆ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดอย่างรวดเร็ว และการใช้ยาระงับปวด

โรคิกกิ (Rokikki. 1995 : 128) ได้ทำการศึกษา ในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีอาการปวดศีรษะจากการดึงตัว โดยใช้การฝึกไบโอฟีดแบคร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 14 รายกลุ่มทดลอง 30 ราย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการฝึก อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบค ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทำการฝึกสัปดาห์ละ 2 ครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองร้อยละ 51.7 มีอาการปวดศีรษะลดลงอย่างน้อยร้อยละ 50 มีจำนวนวันที่ปวด

ศีรษะลดลงและใช้ยาแก้ปวดลดลง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทั้งหมด มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่เพิ่มขึ้นและเป็นตัวทำนายอาการปวดศีรษะที่ลดลง

บลัด (Blood. 1995 : 165 – 180) ได้ทำการศึกษา ในผู้ที่ปวดติดอ่างพบว่าผู้ที่ปวดติดอ่างจะขาดความเชื่อมั่น เนื่องจากไม่สามารถควบคุมการพูดเสียงบางเสียง คำบางคำหรือมีการพูดติดอ่างในบางสถานการณ์ จึงได้ใช้ไบโอฟีดแบคในผู้ที่ปวดติดอ่าง 4 ราย อายุระหว่าง 25 - 30 ปี โดยแบ่งการฝึกออกเป็น 6 ช่วง ช่วงแรกเป็นการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึก ช่วงที่สองประเมินการพูด การคิดความรู้สึกกลัว วิดกกังวลเกี่ยวกับการพูด การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมการพูด ทักษะคิด และความรู้สึกเกี่ยวกับการติดอ่าง ช่วงที่สามเป็นช่วงเก็บข้อมูลพื้นฐาน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการติดอ่าง และให้ผู้ป่วยดูวิดีโอ การสนทนากับผู้สอนแล้วประเมินว่าการพูดติดอ่างดีขึ้นหรือเลวลง ช่วงที่สี่เป็นช่วงฝึกแบบเข้มข้น ใช้เวลาในการฝึก 42-60 ชั่วโมงในเวลาไม่เกิน 3 สัปดาห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์เป็นตัวป้อนกลับคำพูด ในช่วงนี้ผู้ป่วยจะต้องทำการฝึกการหายใจโดยใช้กลัมนื้อหน้าท้องเพื่อช่วยในการควบคุมการออกเสียง ช่วงที่ห้าเป็นช่วงขยายหลังจากการฝึกแบบเข้มข้น ใช้เวลาในการฝึก 51-64 ชั่วโมง ครั้งละ 50 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นช่วงทำการฝึกเพื่อให้เกิดพลังอำนาจในตนเอง โดยให้ผู้ติดอ่างบันทึกกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา ผู้สอนใช้การให้คำปรึกษาแนะนำ โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา กระบวนการควบคุมตนเอง การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เกี่ยวกับการพูดติดอ่าง ช่วงที่หกเป็นช่วงติดตามหลังเข้าฝึกในโปรแกรม 6 – 12 เดือน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีการพูดติดอ่างลดลง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในการควบคุมการพูดดีขึ้น มีทัศนคติและความรู้สึก ในทางบวกต่อการพูดติดอ่าง และมีทัศนคติที่ดีในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

มิลเลอร์ (Miller. 1954:476) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 24 คน ภายหลังได้บริหารการหายใจเป็นเวลา 6 – 8 สัปดาห์ พบว่า ขณะหายใจออกมีการเคลื่อนไหวของกระบังลมมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการกระจายของอากาศในถุงลมดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่บอกว่ารู้สึกสบายขึ้น มิลเลอร์ ได้ให้ข้อคิดเห็นต่อไปว่า การบริหารการหายใจนั้นจะทำให้สมรรถภาพในการทำงานของปอดเพิ่มขึ้น

เพียร์ซ (Pierce. 1964 : 28 - 36) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 9 ราย ให้ออกกำลังกายโดยวิธีเดินบนลานวิ่งอยู่กับที่ (Treadmill) ที่ความเร็วที่สุด ครั้งละ 2 – 5 นาที 5 ครั้งต่อวัน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกคน ดังนี้ อัตราชีพจรลดลง 24% อัตราการหายใจและการระบายอากาศหายใจต่อนาทีลดลง 40 % ปริมาตรการใช้ออกซิเจนของร่างกาย (Oxygen consumption) และคาร์บอนไดออกไซด์ที่สร้างขึ้นลดลง 23% เมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้ป่วยแต่ละคนสามารถเดินได้เร็วขึ้นโดยไม่เหนื่อย เขาสรุปว่าการออกกำลังกายนั้นสามารถเพิ่ม

สมรรถภาพการทำงานร่างกายของผู้ป่วย

โทแมนและคณะ (Thoman, et al. 1965 : 100 – 106) ได้ศึกษาในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยให้ผู้ป่วยหายใจแบบเป่าปาก ผลการศึกษาพบว่า อัตราการหายใจลดลงและปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกแต่ละครั้งเพิ่มขึ้นดังนั้นการหายใจแบบเป่าปากจึงสามารถลดอาการหายใจเหนื่อยหอบได้เมื่อใช้ร่วมกับเทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงโดยเฉพาะกล้ามเนื้อหน้าอก

กิวทริค และพิตตี้ (Guthrie and Petty. 1970 : 1333 – 1337) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 182 ราย ที่ติดตามมากกว่า 2 ปีขึ้นไป เมื่อให้ฝึกเดิน ผลพบว่าหน้าที่การทำงานของปอดไม่เปลี่ยนแปลง ความสามารถในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและการแยกตัวจากสังคมลดลงสมรรถภาพในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้นเพราะอาการเหนื่อยหอบน้อยลง

ลัสติคและคณะ (Lustig, et al. 1972 : 315 – 332) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 45 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม โดยมีอายุ การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ และสังคมใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองได้รับการบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย และการฝึกผ่อนคลาย กลุ่มควบคุมกลุ่มแรกได้รับการกิจกรรมจิตบำบัดและกลุ่มควบคุมที่ 2 ได้รับแนะนำ โดยไม่ได้รับการฝึกออกกำลังกาย การศึกษาใช้เวลา 5-6 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดการศึกษาในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทดสอบความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Mann Whitney U-test พบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ 1 มีความแตกต่างด้านการรับรู้แผนการรักษา และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ 2 พบว่า มีความแตกต่างด้านการรับรู้แผนการรักษา ความวิตกกังวลที่ไม่เปิดเผย การหลีกเลี่ยงจากสังคม และเจตคติต่องาน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการหลีกเลี่ยงสังคม เจตคติต่องานมีความสัมพันธ์กับการหลีกเลี่ยงสังคมและความวิตกกังวล ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ข้อสังเกตว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติต่องานในด้านลบและขาดความตระหนักในการรับข่าวสารด้านการรักษา จะมีการหลีกเลี่ยงสังคมเพิ่มขึ้น ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถภาพปอด และระดับก๊าซในเลือดพบว่าไม่ต่างกันทั้ง 3 กลุ่ม

แมคกาวินและคณะ (McGavin, et al. 1997 : 307 – 311) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง จำนวน 24 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกายโดยการไต่บันได (Stair climbing exercise) โดยเพิ่มความหนักของงานขึ้นเรื่อยๆตามความสามารถของผู้ป่วยให้นำไปปฏิบัติที่บ้าน นัดตามผลในสัปดาห์ที่ 2, 4 และต่อไปเดือนละครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกตามโปรแกรม เมื่อสิ้นสุดการศึกษาในเดือนที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแคว์ พบว่ากลุ่มทดลอง มีอาการเหนื่อยหอบดีขึ้น ความรู้สึกมีความสุขมากขึ้น อาการไอลดลง และมีเสมหะลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลองพบว่ากลุ่ม

ทดลองมีความสามารถในการออกกำลัง ประเมินจากการเดินบนพื้นราบในเวลา 12 นาที 12 MWD. (Minute walk distance) เพิ่มขึ้นมีความหนักของงานวัดโดยจักรยานวัดงานเพิ่มขึ้น ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนก่อน และหลังการทดลองไม่ต่างกัน ส่วนสมรรถภาพปอดพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ไทดิเมนและคณะ (Tydeman, et al.1980 : 261 – 264) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการฝึกตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยกำหนดได้ง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติต่อเองที่บ้านได้ คือ การเดินบนพื้นราบโดยใช้ความเร็วตามปกติของตนเอง แล้วเพิ่มระยะทางขึ้นเรื่อย ๆ จนถึง 1,600 เมตร ต่อครั้ง การนั่งและยืนสลับกัน (Chair exercise) นาน 30 นาที และการก้าวขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Step exercise) ปฏิบัติอย่างน้อย วันละครั้ง 5 วันต่อสัปดาห์ กลุ่มแรกได้รับการนัดให้มาฝึกออกกำลังที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละครั้ง ขณะที่กลุ่มที่ 2 ฝึกตามโปรแกรมที่บ้านโดยไม่มีการควบคุมจากผู้วิจัยนอกจากการนัดประเมินผลที่โรงพยาบาลเป็นระยะๆ ทุก 2 เดือน ทั้ง 2 กลุ่ม มีการจดบันทึกการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองทุกวัน ใช้เวลาติดตามผล 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่าในการออกกำลังประเมินจากการเดินบนพื้นราบในเวลา 12 นาที 12 MWD. (Minute walk distance) เพิ่มขึ้น 21.5% เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง กลุ่มแรกเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ 2 ด้านการทำการประจำวันและการรับรู้ความผาสุกทั่วไปพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น และกลุ่มแรกเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ 2 ส่วนด้านสมรรถภาพปอดพบว่า ไม่ต่างกันระหว่างก่อน และหลังการทดลอง ซึ่งผู้วิจัยสรุปว่าผลของการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการออกกำลังไม่ได้เกิดขึ้นเนื่องมาจากการทำงานของปอดดีขึ้น แต่เกิดจากความเชื่อ เจตคติ และอารมณ์หรือความรู้สึกที่ดี

คอคครอฟท์ และคณะ (Cockcroft, et al. 1981 : 200 - 230) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 39 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยมีระยะทางที่เดินได้จากการประเมินด้วยการเดินบนพื้นราบในเวลา 12 นาที 12 MWD. (Minute walk distance) การสูบบุหรี่ และอายุใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองเข้ารับการฝึกตามโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดประกอบด้วย การปั่นจักรยานอยู่กับที่ การว่ายน้ำ การเดินบนพื้นราบ โดยเพิ่มระยะทางขึ้นเรื่อย ๆ จนถึง 2 ไมล์ ขณะที่ฝึกมีการบันทึกอาการและกิจกรรมด้วยตนเองใช้เวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยออกกำลังต่อเนื่องที่บ้าน โดยการไต่บันได (stair climbing) และการเดินวันละ 3 วันต่อสัปดาห์ ผู้วิจัยนัดติดตามผลทุก 2 เดือน ส่วนในกลุ่มควบคุม ในช่วงแรกไม่ได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกาย ภายหลังเดือนที่ 4 ได้รับการฝึกตามโปรแกรมเหมือนกลุ่มแรก และมีการฝึกต่อเนื่องที่บ้าน ประเมินผลการศึกษา เมื่อเดือนที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการออกกำลัง ซึ่งประเมินจากการเดินบนพื้นราบในเวลา 12 นาที 12 MWD. (Minute walk distance) อาการเหนื่อยหอบ การรับรู้ความผาสุกทั่วไป เปลี่ยนแปลงมากกว่า กลุ่มควบคุมและมากกว่าก่อนทดลอง แต่ปริมาณ Oxygen uptake ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม และระหว่างก่อนและหลังการทดลอง เมื่อติดตามผลกลุ่มทดลองไปเรื่อย ๆ ความสามารถในการออกกำลัง ยังคงระดับเดิมจนกระทั่งถึงเดือนที่ 7 ส่วนในกลุ่มควบคุม ภายหลังจาก

ได้รับการฝึกตามโปรแกรมในเดือนที่ 4 พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการออกกำลังกายมากกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่ากลุ่มทดลอง เมื่อประเมินผลความสามารถในการออกกำลังกายเมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่า กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่ากลุ่มทดลอง ผู้วิจัยสรุปว่า การทดสอบความสามารถในการออกกำลังกายโดยการเดินบนพื้นราบในเวลา 12 นาที 12 MWD. (Minute walk distance) เป็นวิธีที่ง่ายยอมรับได้ และมีความไวสูงเพียงพอ ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงความสามารถ ในการทำกิจกรรมประจำวันได้เป็นอย่างดี

แอทกินและคณะ (Atkin, et al. 1984 : 591 – 603) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Modification) ตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self – efficacy theory) ของแบนดูรา แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 5 กลุ่ม (3 กลุ่มทดลอง และ 2 กลุ่มควบคุม) กลุ่มแรกใช้แนวคิดด้านการปรับเปลี่ยนความรู้ความจำ (Cognitive modification) โดยให้ผู้ป่วยมีการสื่อสารโต้ตอบกับตนเอง โดยการบันทึกและคำพูด (Self-statement) กลุ่มที่ 2 ใช้แนวคิดด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior modification) ใช้วิธีการควบคุมตนเอง กลุ่มที่ 3 ใช้แนวคิดด้านการปรับเปลี่ยนความรู้ความจำและพฤติกรรม (Cognitive-behavior modification) ใช้เทคนิคผสมผสาน ระหว่างกลุ่มที่ 1 และ 2 ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มนี้ มีการติดตามผลที่บ้านโดยทีมผู้วิจัยกลุ่มที่ 4 ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม (attention control) ภายหลังจากได้รับการฝึกตามโปรแกรมครั้งแรกแล้ว จะให้ผู้พว้นำเอาโปรแกรมไปฝึกต่อที่บ้านใช้การติดตามผล หรือการติดต่อสื่อสารโดยจดหมายอย่างเดียว ไม่พบผู้วิจัย ส่วนกลุ่มที่ 5 ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำ แต่ไม่ได้รับการฝึกออกกำลังกาย ผู้วิจัยติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ ในสัปดาห์ที่ 7 เดือนที่ 3 และ 6 ผลการศึกษาพบว่า ในสัปดาห์ที่ 7 พบการเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถในการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ 1-4 และลดลงในกลุ่มที่ 5 แต่ในระหว่างกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ 1-3) พบว่าไม่แตกต่างกัน แต่ในระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกัน ด้านสมรรถภาพปอดพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง และในระหว่างกลุ่มทดลอง ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่าในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน ส่วนด้านดัชนีวัดสถานะสุขภาพในเดือนที่ 3 พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม ในเดือนที่ 3 และ 6 พบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการออกกำลังกายและดัชนีวัดสถานะสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาว่า การเปลี่ยนแปลงภายหลังการทดลอง เกิดจากการกระตุ้น จูงใจ หรือความรู้สึกที่ดีขึ้นของผู้ป่วยมากกว่าการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพ

ฟอสเตอร์และคณะ (Foster, et al. 1988 : 1519 – 1523) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ในเลือดแดงสูงขึ้น (PCO₂) ที่มารับบริการที่หน่วยฟื้นฟูสภาพปอดจำนวน 317 คน เข้าโปรแกรมฟื้นฟูสภาพปอดประกอบด้วย การให้ความรู้ การบริหารการหายใจ การผ่อนคลายและการออกกำลังกาย โดยการเดินบนพื้นราบ การเดินบนลานวิ่งอยู่กับที่และการปั่นจักรยานอยู่กับที่ ใช้เวลาเฉลี่ย 4 สัปดาห์ วันละครั้ง 5 วันต่อสัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามค่า PCO_2 คือต่ำกว่า 45 mmHg., ระหว่าง 45-54 mmHg., และมากกว่า 54 mmHg., (จำนวน 198,86 และ 34 คนตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีความสามารถในการออกกำลังกายประเมินจากการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที 6 MWD. (Minute walk distance) เพิ่มมากกว่าก่อนทดลอง และแต่ละกลุ่มต่างกัน โดยกลุ่มที่มีค่า PCO_2 ระหว่าง 45-54 mmHg มีร้อยละของการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ 99.9 รองลงมาคือกลุ่มที่มีค่า PCO_2 ต่ำกว่า 45 mmHg., เพิ่มขึ้นร้อยละ 99.5 และกลุ่มที่มีค่า PCO_2 มากกว่า 55 mmHg. เพิ่มขึ้นร้อยละ 77.06 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่มีค่า PCO_2 ต่ำกว่า 45 mmHg., มีการเปลี่ยนแปลง สมรรถภาพปอดดีขึ้น กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่า PCO_2 ระหว่าง 45-54 mmHg. มีสมรรถภาพปอดเปลี่ยนแปลงคือ VC เพิ่มขึ้น PL max เพิ่มขึ้น และ PCO_2 ลดลงส่วนกลุ่มที่มีค่า PCO_2 มากกว่า 55 mmHg. พบว่ามีเพียงค่า PO_2 เท่านั้นที่เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง

งานวิจัยในประเทศไทย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีความสามารถตนเอง

พนมพร เลชะเจริญ (2532 : 133 -138) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมเขตกรุงเทพมหานครพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการงดสูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการงดสูบบุหรี่ ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พัชรา อุบลสวัสดิ์ (2532 : ก - ข) ได้ศึกษาถึงผลการให้ความรู้เพื่อพัฒนาความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 65 คน กลุ่มทดลองจะได้รับความรู้ เพื่อพัฒนาความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่ากลุ่มควบคุม

จิตติพัฒน์ สงบกาย (2533 : ก - ข) ได้ศึกษาถึงผลของการกำกับตนเองต่อความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 60 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกกำกับตนเองผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนน ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและ พบว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

มณฑนา เจริญกุล (2534 : 51-53) ได้ศึกษาเรื่อง แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนา

อยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถ ในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถอธิบายความแปรปรวน ของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 24.65 แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ทางอ้อม โดยผ่านความสามารถในการดูแลตนเอง ตัวแปรทั้งหมดอธิบายความแปรปรวน ของภาวะสุขภาพได้ทางอ้อม โดยผ่านความสามารถในการดูแลตนเอง ตัวแปรทั้งหมดอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 24.76

นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534: 50-51) ได้ศึกษาเรื่อง ความสามารถในการดูแลตนเองของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดนครสวรรค์และมารับบริการตรวจสุขภาพ ที่คลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 120 คนผลการศึกษา พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ เมื่อนำเพศ สถานภาพการสมรส รายได้ และความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุรีย์ จันทรโมลี (2535 : 21) ได้ศึกษาผล ของการพัฒนา โปรแกรมสุขศึกษาใหม่พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อมั่นใน ความสามารถดูแลสุขภาพตนเอง และการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินอกจากยังพบว่าโปรแกรมสุขศึกษาสามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้

วิไล วิชากร (2536 : 77) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้บริการปรึกษารายบุคคล ในการป้องกันกามโรค ของหญิงอาชีพพิเศษ กลุ่มที่ได้รับการให้บริการปรึกษารายบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติต่อการป้องกันกามโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันกามโรคความคาดหวังในผลของการป้องกันกามโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันกามโรคดีขึ้นมากกว่าก่อนได้รับการปรึกษารายบุคคล

สุดาพร ดำรงค์วานิช (2536 : ก) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่าง 98 คน กลุ่มทดลอง 50 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 48 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติและพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มณฑิชา มณีเลิศรัตน (2536 : 133) ได้ศึกษาผลของรูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษา

โดยการฝึกอบรมกลุ่มเพื่อนเพื่อใช้เป็นผู้ถ่ายทอดแนะนำ ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการบอข้อมูล ข่าวสารและคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยผ่านทางเพื่อนที่ได้รับการอบรม ซึ่งเพื่อนที่ผ่านการอบรมจะสอนโดยใช้ภาพพลิก เรื่องความรู้ การรับรู้ การพัฒนาตนเอง การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเอดส์ โดยวิธีการใช้ถุงยางอนามัยให้ ถูกวิธีร่วมกับใช้ตัวแบบจากวีดิทัศน์ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการสร้างและพัฒนาความคาดหวังในความสามารถของตน หลังจากการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ ความคาดหวังและการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา

สิรินทร์ ศาสตราวุธ (2538 : 55 – 57) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย คัดสรร และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุในโรค ข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 155 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.6 ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับสูง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ร้อยละ 69.7 อยู่ในระดับสูง ส่วนความสามารถในการดูแลตนเอง ร้อยละ 60.6 อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ระดับนัยสำคัญ .05 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม คือ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 คือภาวะสุขภาพตามการประเมินตนเอง นอกจากนี้พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรค ข้อเข่าเสื่อมที่ระดับ .01

เยาวลักษณ์ ตรีธัญญาทรัพย์ (2538 : 113) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรม ทักษะศึกษาในการป้องกันโรคพิษและโรคเหงือกอักเสบ ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี พบว่า โปรแกรมทักษะศึกษา สามารถทำให้นักเรียน มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการป้องกันโรคพิษ และโรคเหงือกอักเสบ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพิษและโรคเหงือกอักเสบได้ถูกต้องมากขึ้น

จารุณี นันทโนทยาน (2539 : ก – ข) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่ ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา จัดกิจกรรมสุขศึกษาให้แก่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มารับบริการครั้งแรกที่คลินิกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 36 คน พบว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษา สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวังในความสามารถตนเองเพิ่มมากกว่าก่อนการศึกษาและเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติที่ถูกต้อง และพฤติกรรมที่ถูกต้อง 3 ด้าน คือ การหลีกเลี่ยง การใช้ท่าทางที่เพิ่มแรงกดใน ข้อเข่า การลดน้ำหนักตัว การบริหารกล้ามเนื้อคอทไทรเซบส์ เพิ่มมากกว่าก่อนการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และ

ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ระหว่างความคาดหวังในความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 3 ด้าน คือ นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อสิ้นสุดการศึกษา กลุ่มทดลองน้ำหนักตัวลดลงไม่ใช้ยาแก้ปวดและบรรเทาอาการปวดเข้าประมาณร้อยละ 81, 64 และ 44 ตามลำดับ

จิตต์ลัดดา สุภานันท์ (2539 : ก - ข) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดแผลผ่าตัดของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำนวน 80 คน เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนกลุ่มทดลอง 40 คนที่สถานสงเคราะห์โรคเรื้อนพระประแดงจังหวัดสมุทรปราการ และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คนที่นิคมแพรงขาหยั่งจังหวัดจันทบุรีพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความคาดหวังในความสามารถในการดูแลตนเอง ความคาดหวังในผลดี ของการปฏิบัติตามคำแนะนำและพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดแผลผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชลธิชา ซึ่งจิตตวิสุทธิ (2539 : ก - ข) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพื้นฐาน ด้านอนามัยส่วนบุคคล ตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง นักเรียนกลุ่มทดลองมีความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัวด้านอนามัยส่วนบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติตัวด้านอนามัยส่วนบุคคล และการปฏิบัติตัวด้านอนามัยส่วนบุคคล สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้ด้านอนามัยส่วนบุคคล ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวด้านอนามัยส่วนบุคคล

พัฒนา จินวงษ์ (2539 : ก - ข) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 125 คน เป็นกลุ่มทดลอง 61 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 64 คน พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บ จากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ความคาดหวังในผลลัพธ์ ต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ การขับขี่รถจักรยานยนต์ มี

ความสัมพันธ์ในทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บจากการขับขีรถจักรยานยนต์

ศรีรัตน์ พินธุ (2539 : ก - ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารว่าง ที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงทดแทนขนมขบเคี้ยว โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนวัดมุนจินดาราม จำนวน 52 คน ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงเพิ่มขึ้น และบริโภคขนมขบเคี้ยวลดน้อยลงดีขึ้นกว่าเดิม และพบว่าความคาดหวังในความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารว่าง ที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงทดแทนขนมขบเคี้ยว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารว่าง ที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงเพิ่มขึ้น และการบริโภคขนมขบเคี้ยวลดน้อยลง

ศิริมา เขมะเพชร (2540 : 146 - 150) ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สตรีวัยหมดระดู ที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับสตรีวัยหมดระดู การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ชีพจร ความดันโลหิตและระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้เกี่ยวกับสตรีวัยหมดระดู การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ อายุ ระยะเวลาการเข้าสู่วัยหมดระดู ประสบการณ์ ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ โปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น

ชุตีวรรณ ปรีนทราภิบาล (2541 : 115 - 119) ได้ศึกษาเรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุในชมรมโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม 36 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความร้อนอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ พบว่า หลังการทดลอง ส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความคาดหวังในผลลัพธ์อยู่ในระดับสูง รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มพบว่าในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีความคาดหวังในผลลัพธ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริมา ลีละวงศ์ (2541 : ง) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การยอมรับกระบวนการสูงอายุ ปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในอำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 330 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการยอมรับกระบวนการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้แก่ ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ปัจจัยครอบครัวคือ สัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว ด้านการยอมรับกระบวนการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม สัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว ลักษณะครอบครัว รายได้ และการยอมรับกระบวนการสูงอายุสามารถร่วมกัน อธิบายความแปรปรวนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 36.6

ประทีน อุ่มสุขศรี (2542 : 132 – 137) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีระหว่าง 36-55 ปี อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงระหว่าง 36-55 ปี อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 93 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 48 คน และกลุ่มควบคุม 45 คน ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่นำมาประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำให้สตรีอายุระหว่าง 36 - 55 ปี รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถเพิ่มขึ้น มีความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัมพร ศรีสารवल (2541 : ก) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษารายบุคคลโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันกามโรคของหญิงอาชีพพิเศษ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงอาชีพพิเศษที่ได้รับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลบางรัก จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนสุขศึกษา ตามโปรแกรมสุขศึกษารายบุคคล โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันกามโรคของหญิงอาชีพพิเศษ มีประสิทธิภาพสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันกามโรคด้านความรู้เรื่องกามโรค ความคาดหวังในความสามารถตนเองในพฤติกรรมการป้องกันกามโรคความคาดหวังในผลของพฤติกรรมการป้องกันกามโรคและพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการป้องกันกามโรคของหญิงอาชีพพิเศษกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประณีต สิงห์ทอง (2541: ง) ได้ศึกษาถึงการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองมาใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน ที่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ และแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 50 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกผลการประเมินร่างกาย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติและพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด กลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และน้ำหนักให้ลดลงได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมสุขศึกษาสามารถพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นได้เป็นอย่างดี ควรนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ ต่อไป

พรรณี ทิพย์ธาดล (2542 : ก) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดนนทบุรี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคลตามคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคลตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคล ตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ ส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นาดยา เกรียงชัยพฤษ (2544 : ก) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายความเครียดของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 76 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 55-76 ปี ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 38 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 38 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการดูแลตนเองด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประสพสุข อินทรักษา (2534 , ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับความวิตกกังวลและปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบ กับระยะเวลาในการศึกษาและสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความวิตกกังวลและระยะเวลาในการศึกษาสามารถทำนายการดูแลตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญ และตัวแปรทั้งสอง สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง คือ เพศชายและผู้ที่มิใช่คู่มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงกว่าเพศหญิงและผู้ที่ไม่มีคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถานภาพสมรสสามารถอธิบาย ความแปรปรวนของการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นร้อยละ 4 และมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ความวิตกกังวล ระยะเวลาในการศึกษา และสถานภาพสมรส อธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 31 และมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าเพศยังมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล คือ เพศชายมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าเพศหญิง

ประครอง อินทรสมบัติ (2534 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง ความผาสุกและปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส และระดับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 100 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความผาสุก ระยะเวลาในการศึกษา และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค และความผาสุก เข้าสมการถดถอยแบบขั้นตอนเพื่อทำนายการดูแลตนเอง พบว่าความผาสุก และระยะเวลาในการศึกษาร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 23 เมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกนอกจากดูแลตนเองแล้ว พบว่าระยะเวลาในการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และระดับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ เมื่อนำระยะเวลาในการศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค และการดูแลตนเองเข้าสมการถดถอยแบบขั้นตอนเพื่อทำนายความผาสุก พบว่ามีเพียงการดูแลตนเองเท่านั้น ที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติร้อยละ 15

วรรณระวี อัคนิจ (2534 : ก) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคปอดแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 100 ราย วัดโดยใช้แบบวัดการปฏิบัติการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของไรลีย์ (Riley. 1989) ความรู้สึกมีค่าในตนเอง วัดโดยใช้แบบวัดความรู้สึกมีค่าในตนเอง ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg. 1965) ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา ความรู้สึกมีค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง ในขณะที่ระดับความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง นอกจากนี้พบว่า ระยะเวลาในการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีค่าในตนเอง ส่วนระดับความรุนแรงของโรค ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่างมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความรู้สึกมีค่าในตนเอง แต่สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีค่าในตนเอง เมื่อควบคุมปัจจัยพื้นฐานบางประการ พบว่า ความรู้สึกมีค่าในตนเองยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 6.5 โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 26.7

ภาวดี มโนหาญ (2536 : จ - ฉ) หาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้าร่วมรับการตรวจรักษา ในคลินิกโรคปอดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 75 คน ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง และมีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง
2. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ร้อยละ 10.87 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สายหยุด สังข์ทอง (2540 : ก - ข) ได้ศึกษาความร่วมมือ ในการรักษาพยาบาลของ ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ตลอดจนศึกษาปัญหาและอุปสรรค ของความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 71 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ มีความร่วมมือในการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับไม่ดีถึงปานกลาง ปัญหาที่พบบ่อยคือ การรับประทานยา เพราะการหลงลืมและกลัวผลข้างเคียงของยานอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลตนเองการได้รับคำแนะนำ

ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ความต้องการทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความร่วมมือในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ ต่ออุปสรรค ของการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้กับไม่มีรายได้ มีความร่วมมือในการรักษา พยาบาลต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นพพร เชาวะเจริญ (2540 : ก) ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวล ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้กรอบแนวคิดตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy และโมโนทัศน์ ของการผ่อนคลาย ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการแผนก ผู้ป่วยนอก หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองการฝึกการผ่อนคลาย กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกการ ผ่อนคลาย การฝึกการผ่อนคลาย ใช้วิธีการหายใจแบบลึก (Deep breathing relaxation) ซึ่งดัดแปลงมาจากวิธีการผ่อนคลายของมิลเลอร์ กลุ่มทดลองจะได้รับการสอนให้ฝึกการผ่อนคลาย 2 ครั้ง และให้ฝึกอย่างสม่ำเสมอที่บ้านทุกวัน วันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการ ฝึกการผ่อนคลาย มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วย ที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย โดย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่า ผู้ป่วยที่ ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย มีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า ผู้ป่วยที่ ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย มีอุณหภูมิปลายนิ้วสูงกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ การฝึกการผ่อนคลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย มีอัตราการหายใจน้อยกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ การฝึกการผ่อนคลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
5. ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย มีความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เนตรนภา กาบมณี (2541 : ก – ค) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีแบบ แผนต่อสุขภาพกาย ขวัญกำลังใจ และการทำหน้าที่ในสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา คือ ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ผ่านพ้นระยะวิกฤต เข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผน กลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาล อย่างมีแบบแผน มีสุขภาพกายไม่แตกต่างจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผน มีค่าอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกไม่แตกต่างจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
4. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผน มีคะแนนขวัญกำลังใจมากกว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จิตรา จันชนะกิจ (2541 : จ) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง ความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลด้านสัมพันธภาพ และอิทธิพลด้านสถานการณ์ รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งมารับการรักษาที่คลินิกโรคปอด คลินิกอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 120 ราย ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะ ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรังโดยรวม อยู่ในระดับดี ความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะ ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สมองค์ วงศ์ศรี (2528 : ก - ข) ได้ศึกษาผลของการบริหารการหายใจต่อ สมรรถภาพการทำงานของปอด ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการในหน่วยงาน อายุรศาสตร์ 1 ดึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 20 คน ประเมินผลการศึกษา โดยการวัดสมรรถภาพปอดและอาการทางระบบหายใจ ผลการศึกษาพบว่า สมรรถภาพปอดก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน แต่มีอาการทางระบบการหายใจดีขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ผู้ป่วยจำนวน 19 คน ระบุว่า

อาการทุเลา มีเพียง 1 ราย ที่อาการคงเดิม

อัมพรพรรณ ตั้งจิตพิทักษ์ (2531 : ก) ได้ศึกษาผล ของการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ตามแบบที่ผู้วิจัยกำหนดคือการฝึกบริหารการหายใจ การบริหารกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อทรงอก แขน ขา และการบริหารร่างกายทั่วไป โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษา ณ คลินิกโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและควบคุมโดยมีเพศ อายุ ใกล้เคียงกันและมีค่า FEV₁ แตกต่างกันไม่เกิน 20% ผู้วิจัยประเมินผลการศึกษาโดยการวัดสมรรถภาพปอด 3 วิธี คือ การวัด FEV₁ FEC และ PEFr วัดความสามารถในการออกกำลังกายโดยการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (6 minute walk distance หรือ 6 MWD) และอาการเหนื่อยหอบ โดยใช้แบบวัด Visual analogue scale หรือ VAS เมื่อสิ้นสุดการศึกษาในเดือนที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองมีสมรรถภาพปอด จากการวัดทุกวิธี มีความสามารถในการออกกำลังกายดีกว่า กลุ่มควบคุมและมีอาการเหนื่อยหอบน้อยกว่าก่อนทดลอง

นที เกื้อกุกิจการ (2531 : ก) ได้ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติ ต่อสมรรถภาพปอด ของผู้ป่วยโรคหืด ที่เกิดจากการออกกำลังกายจำนวน 41 คน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยมีค่าร้อยละของ PEFr ที่ลดลงใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลอง จะได้รับการฝึกสมาธิ (การกำหนดลมหายใจ เข้า-ออก) เป็นกลุ่มจากผู้เชี่ยวชาญ 1 ครั้ง หลังจากนั้นได้รับการฝึกสมาธิรายบุคคลจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกสมาธิ เมื่อสิ้นสุดการศึกษาในสัปดาห์ที่ 6 พบว่า กลุ่มทดลองมีสมรรถภาพปอดดีกว่า ก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มควบคุมมีสมรรถภาพปอดไม่ต่างจากก่อนทดลอง

วชิรา เลิศกิตติกุลโยธิน (2533 : ก) ได้ศึกษาผล ของการใช้โปรแกรมออกกำลังกายต่อสมรรถภาพปอด และความทนในการออกกำลังกาย ในผู้ป่วยโรคหืดที่มีอายุระหว่าง 8 -13 ปี มารับบริการ ณ คลินิกส่วนตัวของแพทย์ผู้ชำนาญการ จำนวน 30 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยมีอายุ และค่าร้อยละของ PEER ที่ลดลงใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองจำนวน 15 คน ได้รับการฝึกออกกำลังกายตามโปรแกรม วันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นเวลา 3 เดือน โดยผู้วิจัยควบคุมการฝึกอย่างใกล้ชิด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีสมรรถภาพปอดดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีความสามารถในการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนคะแนนอาการและความรุนแรงของโรค จากการบันทึกประจำวันของผู้ป่วยและผู้ปกครอง พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่าง

นุศ จิตรราชพิทักษ์ (2540 : ก) ได้ศึกษา ผลของวิธีการทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลวชิระโดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้วิธีการทางกายภาพบำบัด เลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 31 คน ได้รับวิธีการทางกายภาพบำบัดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 31 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัย พบว่าภายหลังการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธิตสุขกับการพยาบาลตามปกติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธิตสุขกับการพยาบาลตามปกติ สูงกว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น จากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทางเสื่อมถอยลง พยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นจะไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ และยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เคยปฏิบัติ ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้ยังคงสภาพเดิม การดำเนินของโรคก็จะช้าลง หรือชะลอความรุนแรงของโรคได้ ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยไม่สนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้นก็จะมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆมากมายเกิดความทุกข์ทรมานจนกระทั่งเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงมีความจำเป็นในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางปอด แต่การที่คนเราจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้น บุคคลนั้นต้องรับรู้ว่าเขามีความสามารถสูงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้และความคาดหวังเช่นเดียวกันว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลที่ต้องการ ตรงกันข้ามถ้าบุคคลขาดการรับรู้ความสามารถของตนเอง หรือมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำและความคาดหวังในผลของการกระทำนั้นต่ำด้วย บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ เรียนรู้ร่วมกันและความคาดหวังเพื่อการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi experimental design) โดยการนำแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎี ความสามารถตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี ในกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มให้สุขศึกษาตามปกติในกลุ่มควบคุมซึ่งมีขั้นตอน การดำเนินการศึกษาค้นคว้าดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. แบบแผนการวิจัย
3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การดำเนินการทดลอง
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
7. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาใน ตึกอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 95 คน (สถิติผู้ป่วยปี 2543)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาใน ตึกอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 30 คน ผู้วิจัยทำการคัดเลือก แบบเจาะจง (Purposive sampling)

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วย 15 คนแรกที่มาได้รับการรักษาไว้เข้าเป็นกลุ่ม ควบคุม ซึ่งได้รับการสอนสุขศึกษา ตามปกติจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสิงห์บุรี
2. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยอีก 15 คน เข้าเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการ สอนสุขศึกษาตามโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา

แบบแผนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยแบบแผนการวิจัย (Experimental design) ที่ใช้คือ Control group pretest posttest design (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 60 - 61) มีรูปแบบดังนี้

กลุ่มทดลอง	T_1	X	T_2
กลุ่มควบคุม	T_3	$\sim X$	T_4

โดยกำหนดให้

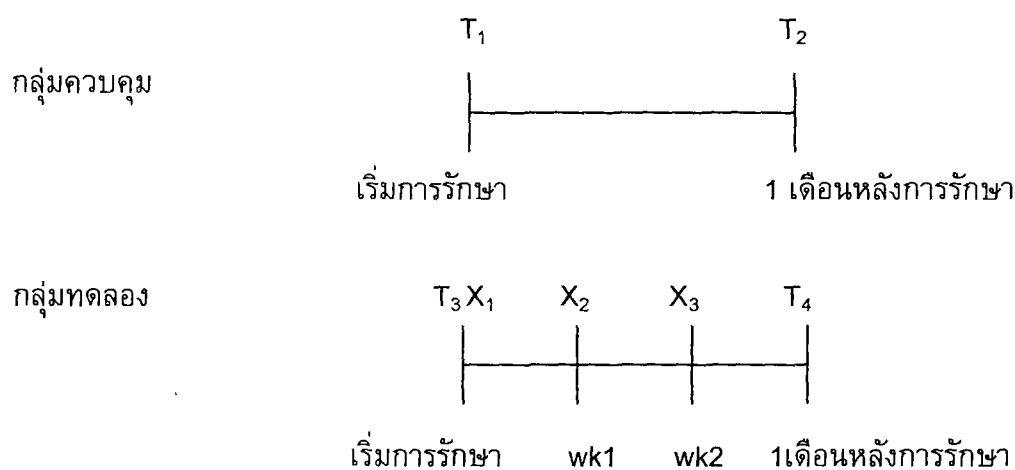
T_1, T_3 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ การให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทำแบบสอบถามก่อนทำการทดลอง (Pretest)

T_2, T_4 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ การให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทำแบบสอบถามหลังทำการทดลอง (Posttest)

X หมายถึง โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา

$\sim X$ หมายถึง การสอนสุขศึกษาตามปกติ

รูปแบบการทดลอง



โดยกำหนดให้

- T_1, T_3 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการจัดโปรแกรมสุขศึกษา (Pretest)
- T_2, T_4 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษา (Posttest)
- X_1 หมายถึง การจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 ของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพของโรค การฝึกหายใจ และการผ่อนคลาย สอนให้ผู้ป่วยหายใจได้ถูกวิธี ลดการใช้พลังงาน สอนการจัดท่าผ่อนคลายขณะที่มีอาการหอบ กายภาพทรวงอกในรายที่มีเสมหะ สอนการจัดท่าระบายเสมหะ การไออย่างถูกวิธี และการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถตนเอง เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัวและแจกคู่มือการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
- X_2 หมายถึง การจัดกิจกรรมครั้งที่ 2 ของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้เรื่องการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาการและการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนในเรื่องของอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อน การใช้ยาการหลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคือง การสงวนพลังงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ของแต่ละคนที่ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว
- X_3 หมายถึง การจัดกิจกรรมครั้งที่ 3 ของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อทบทวนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวโดยใช้ประโยชน์บัตรและโทรศัพท์

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ของแบนดูรา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

1.1 แผนการสอน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนตำรา วารสาร งานวิจัย และบทความต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง ของแบนดูรา ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ

ครั้งที่ 1 ในวันแรกที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แพทย์วินิจฉัยให้กลับบ้าน ประกอบด้วยเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พยาธิสภาพของโรค การฝึกหายใจและผ่อนคลาย สอนให้ผู้ป่วยหายใจได้ถูกวิธีลดการใช้พลังงานเพื่อไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ลักษณะการฝึกหายใจจะเป็น Diaphragmatic pursed – lip breathing control สอนการจัดท่าผ่อนคลายขณะที่มีอาการหอบ ภายภาพบำบัดทรวงอกในรายที่มีเสมหะ จะสอนการจัดท่าระบายเสมหะและสอนไอ ให้ผู้ป่วยการออกกำลังกายเป็นการสอนทำบริหารร่างกายเพื่อยืดกล้ามเนื้อบริเวณทรวงอก บริหารกล้ามเนื้อขา แขน ขาหลังจากนั้นให้เดินออกกำลังกายเป็นประจำ โดยสังเกตอาการหอบเหนื่อยขณะเดินเป็นเกณฑ์กำหนดและการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัว แจกคู่มือการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ใช้เวลาประมาณ 45 นาที/ครั้ง

ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์แรกที่นัดผู้ป่วย และผู้ป่วยมาตามนัดเนื้อหาที่ให้เกี่ยวกับเรื่อง การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเรื่องของอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อน การใช้ยา การหลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคือง การสงวนพลังงาน การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว ใช้เวลาประมาณ 45 นาที/ครั้ง

ครั้งที่ 3 ส่งไปรษณียบัตรหรือโทรศัพท์กระตุ้นผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ในช่วงสัปดาห์ที่ 2 ของการกลับไปฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน

1.2 คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งผู้วิจัยสร้างเอง

1.3 ภาพพลิกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างเอง

1.4 บัตรนัดเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาครั้งต่อไป

การสร้างโปรแกรมสุขศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างโปรแกรมสุขศึกษา ตามขั้นตอนดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างโปรแกรมสุขศึกษาจากตำราการวัดและ

ประเมินผลทางสุขศึกษา

3) สร้างแผนการสอน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง และคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4) นำเครื่องมือไปให้ประธานและคณะกรรมการควบคุมปริญญาพันธ์พิจารณา และทำการปรับปรุงแก้ไข

5) นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไข แล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความชัดเจน เกี่ยวกับการใช้ภาษา ความถูกต้องเหมาะสมของแนวคิดในการสร้างโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำชี้แนะ

การหาคุณภาพของโปรแกรมสุขศึกษา

ผู้วิจัยนำโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่สร้างขึ้น นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 2 คน เพื่อดูความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมของภาษา และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง กิจกรรมและระยะเวลาในการให้ความรู้ แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นข้อคำถามมีลักษณะเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับ การรับรู้ความสามารถตนเอง เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นข้อคำถาม มีลักษณะเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย มีข้อคำถามทั้งด้านบวก และด้านลบ จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับ ความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีลักษณะเป็น มาตราส่วน ประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย มีข้อคำถามทั้งด้านบวก และด้านลบ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีลักษณะเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย มีข้อคำถามทั้งด้านบวก และด้านลบ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกผลการตรวจประเมินสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย ดังนี้

1. การเดินในเวลา 6 นาที (6 minutes walk test)

2. วัดค่า FEV₁ (Forced expiratory volume in one second), FVC (Force vital capacity) โดย Spirometer

เกณฑ์ในการให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นข้อคำถามมีลักษณะคำถามแบบ 4 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก

เห็นด้วย	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1	คะแนน

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ

เห็นด้วย	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	3	คะแนน

3. แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก

เห็นด้วย	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1	คะแนน

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ

เห็นด้วย	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	3	คะแนน

4. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก

ปฏิบัติเป็นประจำ	2	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	0	คะแนน

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	0	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	2	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน ผู้วิจัยกำหนดการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน โดย การแปลผลคะแนนดังนี้ (กระทรวงศึกษาธิการ.2534 : 24)

- 7.20 – 9.00 คะแนน (ร้อยละ 80.00 – 100) หมายถึง มีความรู้ดีมาก
- 6.30 – 7.10 คะแนน (ร้อยละ 70.00 – 79.99) หมายถึง มีความรู้ดี
- 4.50 – 6.20 คะแนน (ร้อยละ 50.00 – 69.99) หมายถึง มีความรู้ปานกลาง
- 0.00 – 4.40 คะแนน (ร้อยละ 0.00 – 49.99) หมายถึง มีความรู้ต่ำกว่าเกณฑ์

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ กำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

- 37.40 – 48.00 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00) หมายถึง มีการรับรู้
ความสามารถตนเองในระดับดี
- 26.70 – 37.30 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33) หมายถึง มีการรับรู้
ความสามารถตนเองในระดับพอใช้
- 16.00 – 26.60 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66) หมายถึง มีการรับรู้
ความสามารถตนเองในระดับไม่ดี

3. แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

- 35.10 – 45.00 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00) หมายถึงมีความคาดหวังใน
ผลลัพธ์ในระดับดี
- 25.00 – 35.00 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33) หมายถึง มีความคาดหวังใน
ผลลัพธ์ในระดับพอใช้
- 15.00 – 24.90 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66) หมายถึง มีความคาดหวังใน
ผลลัพธ์ในระดับไม่ดี

4. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ กำหนดการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

- 20.10 – 30.00 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 1.34 – 2.00) หมายถึง คะแนนพฤติกรรม
สุขภาพเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดดี
- 10.00 – 20.00 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 0.67 – 1.33) หมายถึง คะแนนพฤติกรรม
สุขภาพเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดพอใช้
- 00.0 – 09.90 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.66) หมายถึง คะแนนพฤติกรรม
สุขภาพเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดไม่ดี

การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. การหาความเที่ยงตรง (validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท ตรวจสอบ ปรับแก้ไขความถูกต้องของเนื้อหา และความครอบคลุมของเนื้อหาให้มีความสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ นำแบบสัมภาษณ์มาดำเนินการปรับแก้ไข และตรวจสอบความถูกต้องของอักษร และนำเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโทเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปให้ความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำแบบสัมภาษณ์มาคิดค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117) เลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

2. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 20 คน ที่ โรงพยาบาลอ่างทอง จ. อ่างทอง

3. นำแบบสัมภาษณ์ที่ทดลองใช้มาตรวจให้คะแนน และวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

3.1 แบบสัมภาษณ์ ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนำมาหาคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

3.1.1 หาค่าความยากง่าย

นำแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มาหาค่าความยากง่าย โดยหาสัดส่วนระหว่างจำนวนผู้ที่ตอบถูกในแต่ละข้อของจำนวนผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด และเลือกเฉพาะข้อคำถาม ที่มีความยากง่ายระหว่าง 0.20-0.80 ไว้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 :129)

3.1.2 วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก

นำแบบสัมภาษณ์คะแนนความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์ ไบซีเรียล

(Point biserial) ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 :119) แล้วคัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20-0.80

3.1.3 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น

นำแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR20 ของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder-richardson formula 20) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 :121) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.8202

3.2 แบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความสามารถในตนเอง แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลของการฟื้นฟู และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติ นำมาหาคูณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

3.2.1 วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก

นำแบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความสามารถในตนเอง แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลของการฟื้นฟู และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติ มาหาค่าอำนาจจำแนก โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 :117- 118) แล้วคัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20-0.80

3.2.2 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น

นำแบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความสามารถตนเอง แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูและแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติ มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (α coefficient) ของครอนบัต (Cronbach) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 :118) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.8160, 0.7864, และ 0.8168 ตามลำดับ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจากทฤษฎี ตำราวิชาการ และเอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ความรู้ทั่วไป การดูแลตนเองและฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

2. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาสร้างแบบสัมภาษณ์ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในด้านความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว

3. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอประธานและกรรมการควบคุมปริญญาโทเพื่อตรวจสอบปรับแก้ไขความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาว่ามีความสอดคล้องกับการวิจัย

4. นำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้ประธานและกรรมการควบคุมปริญญาโทตรวจสอบอีกครั้ง แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

5. ปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าดัชนีความ

สอดคล้อง นำเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมปริญญาบัตรก่อนนำไปทดลองใช้

6. นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับปรุงแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ที่ โรงพยาบาลอ่างทอง จ.อ่างทอง และนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไข

7. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับแก้ไข เสนอประธานและกรรมการควบคุมปริญญาบัตรเพื่อตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้าย ก่อนนำไปใช้จริง

วิธีดำเนินการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมงาน

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสิงห์บุรี จ.สิงห์บุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.2 ติดต่อประสานงาน กับหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิงและเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องในหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 วางแผนในการดำเนินการให้สัมภาษณ์

1.3.1 เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาล 2 ท่าน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการ และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3.2 เตรียมสถานที่ในการให้สัมภาษณ์

1.3.3 เตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม เช่น ภาพพริกคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โปสเตอร์ ไปรษณียบัตร แผ่นพับและเอกสารต่าง ๆ เป็นต้น

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากหน่วยงานเวชระเบียนของโรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยดูจากทะเบียนรับใหม่ ผู้ป่วยประจำวันที่แพทย์วินิจฉัยว่า เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และนอนในโรงพยาบาล รักษา จนอนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วย 15 คนเข้าเป็นกลุ่มควบคุม และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเสร็จก่อน แล้วจึงคัดเลือกผู้ป่วยอีก 15 คนต่อมาเข้าเป็นกลุ่มทดลอง

2.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยโดย การแนะนำตัว พูดคุย และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา และจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม และสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2.3 ผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการ

ทดลอง (Pretest) ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ระบบตรวจประเมินสมรรถภาพทางกาย แบ่งเป็น 2 อย่าง

2.3.1 การเดินในเวลา 6 นาที (6 minute walk test)

2.3.2 วัดค่า FEV₁, FVC โดย Spirometer

ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยกลุ่มควบคุมก่อนและตามด้วยกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลให้แล้วเสร็จทีละกลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม

เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่นอนโรงพยาบาล แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้ จำนวน 15 คนแรก ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติ จากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ในวันที่แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และทำแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (Pretest) และตรวจประเมินสมรรถภาพปอด

ครั้งที่ 2 ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ภายหลังการรักษา 1 เดือน

กลุ่มทดลอง

เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่นอนโรงพยาบาล แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้จำนวน 15 คน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 ในวันที่แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และทำแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (Pretest) และตรวจประเมินสมรรถภาพ พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพและให้สุขศึกษาครั้งที่ 1

ครั้งที่ 2 ภายหลังการเข้าโปรแกรมสุขศึกษา ในวันที่ผู้ป่วยมาตามนัดหลังกลับบ้าน 1 สัปดาห์

ครั้งที่ 3 ภายหลังการทำโปรแกรมสุขศึกษา ครบ 2 สัปดาห์ ติดต่อผู้ป่วยโดยใช้ไปรษณียบัตรและโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ช่วยปฏิบัติตามโปรแกรมสุขศึกษา

ครั้งที่ 4 ภายหลังการเข้าโปรแกรมสุขศึกษา ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดภายหลังการรักษา 1 เดือน

2.3 การดำเนินการทดลอง เมื่อผู้ป่วยได้รับคัดเลือก เป็นกลุ่มทดลองผู้วิจัยจึงเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาที่สร้างขึ้น โดยประเมินผลก่อนศึกษา (Pretest) ข้อมูลทั่วไปแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคาดหวังในความสามารถตนเองใน

พฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความคาดหวังในผลของพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบตรวจประเมินสมรรถภาพทางกาย (Borg score) จากนั้นผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรม จำนวน 2 ครั้ง และใช้ไปรษณียบัตรและการโทรศัพท์ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามโปรแกรมที่วางไว้ หลังจากนั้นอีก 1 เดือน นัดผู้ป่วยมาตรวจพร้อมประเมินหลังการศึกษา (Posttest)

กิจกรรมครั้งที่ 1

วิธีดำเนินการและกิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการให้ยศึกษ
2. ให้ความรู้ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที โดยการบรรยายตามเนื้อหาที่วางแผนไว้ แล้วปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพของโรค การฝึกการหายใจ การผ่อนคลาย สอนให้ผู้ป่วยหายใจอย่างถูกวิธี การใช้พลังงาน สอนการจัดท่าผ่อนคลายขณะที่มีอาการหอบ กายภาพทรวงอกในรายที่มีเสมหะและการจัดทำระบายเสมหะ การไออย่างถูกวิธี
3. สาธิตการทำกิจกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยการออกกำลังกายและให้ผู้ป่วยลองทำตามความสามารถของตนเองที่ทำได้
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน
5. แจกคู่มือการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
6. แจกบัตรนัดผู้ป่วยในครั้งต่อไปห่างกัน 1 สัปดาห์

กิจกรรมครั้งที่ 2

1. สร้างสัมพันธภาพกล่าวทักทายผู้ป่วย และชี้แจงวัตถุประสงค์
2. ให้ความรู้ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที โดยการบรรยายตามเนื้อหา ที่วางแผนไว้ แล้วปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมอาการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเรื่องของอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อน การใช้ยา หลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคือง การสงวนพลังงาน
3. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละคน ที่ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและความสามารถในการทำกิจกรรมผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ และมีความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางปอด

4. แจกบัตรนัดผู้ป่วยในครั้งต่อไปห่างไปอีก 3 สัปดาห์

กิจกรรมครั้งที่ 3

ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย โดยใช้ไปรษณียบัตรและการโทรศัพท์ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาครบ 4 สัปดาห์ผู้วิจัยได้นัดหมายกับผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด และสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันกับที่ใช้ก่อนทดลอง และตรวจประเมินสมรรถภาพทางกาย (Borg score) เพื่อเปรียบเทียบผลกับครั้งแรก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มต้นที่กลุ่มควบคุมก่อนแล้ว จึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง มีขั้นตอนดังนี้คือ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัว จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสิงห์บุรี จ.สิงห์บุรี เพื่อขออนุมัติทำการศึกษาวิจัย

2. ติดต่อประสานงาน กับหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัย ชี้แจงเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องในแผนกอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิง เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนและกิจกรรมต่างๆในการวิจัย

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยกลุ่มควบคุม แล้วตามด้วยกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลให้แล้วเสร็จที่ละกลุ่ม ในกลุ่มทดลอง จะได้รับการสอน ตามโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และกลุ่มควบคุมจะได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ จากเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการทดสอบก่อนการทดลอง และทดสอบหลังจากการทดลอง ภายหลังการได้รับการสอนสุขศึกษา ตามแผนการศึกษาวิจัย

5. นำข้อมูลที่ได้มาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูป ในการคำนวณค่าสถิติ ดังนี้

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 : 101)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	p	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) ของคะแนน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 36)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
	$\sum$	แทน	ค่าผลรวมของคะแนน
	N	แทน	จำนวนคนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Diviation) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 65)

$$S = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ทดสอบเครื่องมือ

2.1 หาดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้อง
$\sum R$	แทน	ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าความยากง่าย (P) ของแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 128 – 129)

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าความยากของแบบสอบถาม
	R	แทน	จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
	N	แทน	จำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{\bar{y}_p - \bar{y}_q}{S_y \sqrt{P_q}}$$

r_{pbis}	แทน	ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อ
$\bar{y}_p$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
$\bar{y}_q$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
S_y	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด

P	แทน	สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นถูก
q	แทน	สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิด (1-p)

2.4 หาค่าอำนาจจำแนก ของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to total Correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117 -118)

$$r_{xy} = \frac{n\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y
	n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของทั้งสองกลุ่ม
	$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนน X และคะแนน Y
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X
	$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y

2.4 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้สูตร KR 20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 :

$$r_{tt} = \left[\frac{n}{n-1} \right] \left[\frac{s_t^2 - \sum pq}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ	r_{tt}	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ
	n	แทน	จำนวนข้อของแบบทดสอบ
	P	แทน	ค่าความยากของข้อสอบแต่ละข้อ (สัดส่วนของคนทำถูก)
	q	แทน	1 – p (สัดส่วนของคนทำผิด)
	S_t^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2.6 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 125 -126)

$$\alpha = \left[\frac{n}{n-1} \right] \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
	n	แทน	จำนวนข้อ
	$\sum S_i^2$	แทน	ค่าผลรวมคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน	ค่าคะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

ทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และ 2 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ค่า นอนพาราเมตริก (Non-parametric) โดยใช้สูตรทดสอบแมนน์-วิทนี (Mann-Whitney U Test) (รวิวรรณ งามสันติกุล. 2534 : 456-457)

$$U = n_1 n_2 + \frac{n_1 (n_1 + 1)}{2} - R_1$$

เมื่อ	U	แทน	ค่าสถิติ Mann Whitney U Test
	n_1	แทน	จำนวนหน่วยที่น้อยของกลุ่มตัวอย่าง
	n_2	แทน	จำนวนหน่วยที่มากของกลุ่มตัวอย่าง
	R_1	แทน	ผลบวกของตำแหน่งที่กำหนดให้กลุ่มซึ่งมีตัวอย่างขนาด n_1

สูตรทดสอบวิลคอกซอน The Wilcoxon Matched Pairs Signed - Ranks Test
(รวิวรรณ งามสันติกุล. 2534 : 458-459)

$$Z = \frac{T - U_T}{\sigma_T}$$

เมื่อ Z แทน ค่าสถิติ
T แทน ผลบวกที่มีค่าน้อยที่สุดของตำแหน่งที่มีเครื่องหมาย(+หรือ-)
 U_T แทน จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่าง
 σ_T แทน ค่าความแปรปรวน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยดังนี้คือ

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
s	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ย
U	แทน	ค่าสถิติ Mann Whitney U Test
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
กลุ่มทดลอง	แทน	โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความ สามารถตนเองของแบนดูรา
กลุ่มควบคุม	แทน	โปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูป การวิเคราะห์เป็นตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพและรายได้

ตอนที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบน มาตรฐานด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การเดินบน พื้นราบในเวลา 6 นาที และค่าวัดสมรรถภาพปอด โดย Spirometer ก่อนการทดลองและหลัง การทดลองของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ The Wilcoxon Matched Pairs Signed - Ranks Test และเปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองโดยใช้ค่าสถิติ The Mann Whitney U Test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพและรายได้ โดยแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละดังปรากฏในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	14	93.3	14	93.3
หญิง	1	6.7	1	6.7
รวม	15	100.0	15	100.0
2. อายุ				
50-60 ปี	2	13.3	2	13.3
61-70 ปี	4	26.7	5	33.3
70-80 ปี	7	46.7	8	53.4
80 ปีขึ้นไป	2	13.3	-	-
รวม	15	100.0	15	100.0
3. สถานภาพสมรส				
โสด	-	-	-	-
คู่	12	80.0	13	86.7
หม้าย	2	13.3	2	13.3
หย่าร้าง	1	6.7	-	-
รวม	15	100.0	15	100.0
4. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	12	80.0	13	86.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	6.7	-	-
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. 2		13.3	1	6.7
อนุปริญญา/ปวส.	-	-	-	-
อุดมศึกษา	-	-	-	-
ไม่ได้เรียน	-	-	1	6.7
รวม	15	100.0	15	100.0

ตาราง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
5. อาชีพ				
เกษตรกรรวม	-	-	3	20.0
รับจ้าง	1	6.7	2	13.3
รับข้าราชการ	-	-	-	-
ค้าขาย	-	-	-	-
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	73.3	9	60.0
ข้าราชการบำนาญ	3	20.0	1	6.7
รวม	15	100.0	15	100.0
6. รายได้				
ต่ำกว่า 1,000 บาท	-	-	-	-
1,000 – 2,000 บาท	10	66.7	7	46.6
2,001 – 3,000 บาท	1	6.7	6	40.0
3,001 – 4,000 บาท	2	13.3	-	-
มากกว่า 4,000 บาทขึ้นไป	2	13.3	2	13.3
รวม	15	100.0	15	100.0

จากตาราง 1 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างในเรื่องเพศ อายุ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษาคือทั้ง 2 กลุ่มเป็นเพศชายมากที่สุด อายุจะอยู่ระหว่าง 70-80 ปี มากที่สุด สถานภาพคู่มากที่สุด และระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด แต่จะมีความแตกต่างในเรื่อง อาชีพและรายได้ กลุ่มทดลองเป็นข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 20 กลุ่มควบคุมมีอาชีพเกษตรกรคิดเป็นร้อยละ 20 แต่ส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่ม จะไม่ได้ประกอบอาชีพ กลุ่มทดลองมีรายได้ 1,000-2,000 บาท มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 66.7 กลุ่มควบคุมมีรายได้ เท่าๆ กัน ในช่วง 1,000-2,000 บาท และ 2,001-3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46.6 และ 40.0 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที และค่าวัดสมรรถภาพปอด โดย Spirometer ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ The Wilcoxon Matched Pairs Signed - Ranks Test และเปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองโดยใช้ค่าสถิติ The Mann Whitney U Test

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ เปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องปอดอุดกั้นเรื้อรังและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง			ระดับความรู้	หลังการทดลอง			ระดับความรู้	Wilcoxon Signed Rank Test	p
	n	$\bar{X}$	s		n	$\bar{X}$	s			
กลุ่มทดลอง	15	3.40	.910	ต่ำ	15	8.13	1.246	ดีมาก	-3.455	.001
กลุ่มควบคุม	15	3.40	1.404	ต่ำ	15	6.27	1.486	ดี	-4.703	.000
Mann Whitney U Test	108.000				40.000					
p	.844				.002					

จากตาราง 2 แสดงว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความรู้ต่ำทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อนำมาวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติ Mann Whitney U Test พบว่า คะแนนความรู้ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ดีมาก กลุ่มควบคุมมีระดับความรู้ดี และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่าคะแนนความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง			ระดับการรับรู้	หลังการทดลอง			ระดับการรับรู้	Wilcoxon Signed Rank Test	p
	n	$\bar{X}$	s		n	$\bar{X}$	s			
กลุ่มทดลอง	15	44.00	1.813	ดี	15	47.07	0.961	ดี	-3.306	.001
กลุ่มควบคุม	15	43.53	2.416	ดี	15	45.07	1.944	ดี	-4.367	.000
Mann Whitney U Test	97.500				43.500					
p	.524				.003					

จากตาราง 3 แสดงว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการรับรู้ดี เมื่อนำมาวิเคราะห์ความแตกต่างด้วย สถิติ Mann Whitney U Test พบว่า ก่อนทดลองคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการรับรู้ดี และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมากกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลอง พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวัง
ในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง			ระดับ ความ คาดหวัง	หลังการทดลอง			ระดับ ความ คาดหวัง	Wilcoxon Signed Rank Test	p
	n	$\bar{X}$	s		n	$\bar{X}$	s			
กลุ่มทดลอง	15	43.67	1.113	ดี	15	44.87	.352	ดี	-2.842	.004
กลุ่มควบคุม	15	42.40	1.639	ดี	15	43.93	1.033	ดี	-4.166	.000
Mann Whitney		56.500			54.000					
U Test										
p		.017			.005					

จากตาราง 4 แสดงว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความคาดหวังดี เมื่อนำมาวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติ Mann Whitney U Test พบว่า ก่อนทดลองคะแนนความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความคาดหวังดีทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่า คะแนนความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลอง พบว่าคะแนนความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง			ระดับ การ ปฏิบัติ	หลังการทดลอง			ระดับ การ ปฏิบัติ	Wilcoxon Signed Rank Test	p
	n	$\bar{X}$	s		n	$\bar{X}$	s			
กลุ่มทดลอง	15	22.67	2.743	ดี	15	25.73	1.223	ดี	-3.425	.001
กลุ่มควบคุม	15	22.20	2.624	ดี	15	24.53	1.727	ดี	-4.650	.000
Mann Whitney		98.000			66.500					
U Test										
p		.543			.005					

จากตาราง 5 แสดงว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการปฏิบัติดี เมื่อนำมาวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติ Mann Whitney U Test พบว่า คะแนนการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการปฏิบัติดีและเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่า ในกลุ่มทดลองคะแนนการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลอง พบว่า คะแนนการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของ ทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ เปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างค่าเฉลี่ยการเดินบนพื้นราบใน เวลา 6 นาที ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	การเดินบนพื้นราบใน 6 นาที			การเดินบนพื้นราบใน 6 นาที			Wilcoxon Signed	p
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Rank Test	
	n	$\bar{X}$	s	n	$\bar{X}$	s		
กลุ่มทดลอง	15	437.33	65.250	15	444.27	69.000	-.085	.932
กลุ่มควบคุม	15	427.73	68.631	15	416.67	52.441	-.411	.681

Mann Whitney	105.000	83.500
U Test		
p	.756	.229

จากตาราง 6 แสดงว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยการเดินบนพื้นราบใน เวลา 6 นาทีของ กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น 6.94 และลดลง 11.06 ในกลุ่มควบคุม เมื่อนำมาวิเคราะห์ความแตกต่างด้วย สถิติ Mann Whitney U Test พบว่า ค่าเฉลี่ยการเดินบนพื้นราบใน เวลา 6 นาทีก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยการเดินบน พื้นราบใน เวลา 6 นาทีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่า ค่าเฉลี่ยการเดินบน พื้นราบใน เวลา 6 นาทีไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยการเดินบนพื้นราบใน เวลา 6 นาทีไม่แตกต่างกัน

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ เปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างค่าเฉลี่ยอัตราการไหลของอากาศ (FEV₁) ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	อัตราการไหลของอากาศ			อัตราการไหลของอากาศ			Wilcoxon Signed	
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Rank Test	p
	n	$\bar{X}$	s	n	$\bar{X}$	s		
กลุ่มทดลอง	15	1164.93	264.105	15	1250.87	257.944	-.085	.932
กลุ่มควบคุม	15	1251.93	370.284	15	1215.40	220.682	-.658	.510

Mann Whitney	110.500	103.500
U Test		
p	.934	.709

จากตาราง 7 แสดงว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยอัตราการไหลของอากาศ ของกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้น 85.94 และในกลุ่มควบคุม ลดลง 36.53 เมื่อนำมาวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติ Mann Whitney U Test พบว่า ค่าเฉลี่ย อัตราการไหลของอากาศ ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยอัตราการไหลของอากาศ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่า ค่าเฉลี่ยอัตราการไหลของอากาศไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยอัตราการไหลของอากาศไม่แตกต่างกัน

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ เปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างค่าเฉลี่ยการหายใจออกอย่างแรง (FVC) ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	การหายใจออกอย่างแรง			การหายใจออกอย่างแรง			Wilcoxon Signed	
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Rank Test	p
	n	$\bar{X}$	s	n	$\bar{X}$	s		
กลุ่มทดลอง	15	2590.87	593.580	15	2682.13	524.936	-.398	.691
กลุ่มควบคุม	15	2601.40	418.326	15	2677.60	476.857	-.658	.510
Mann Whitney		-.436		-.062				
U Test								
p		.663		.950				

จากตาราง 8 แสดงว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยการหายใจออกอย่างแรง ของกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้น 91.26 และในกลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้น 76.20 เมื่อนำมาวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติ Mann Whitney U Test พบว่า ค่าเฉลี่ยการหายใจออกอย่างแรง ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง พบว่า การหายใจออกอย่างแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่า การหายใจออกอย่างแรงไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มควบคุม พบว่าการหายใจออกอย่างแรงไม่แตกต่างกัน

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ เปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างค่าเฉลี่ยสัดส่วนการวัดอัตราการไหลของอากาศในหลอดลมและการหายใจออกอย่างแรง (FEV_1/FVC) ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	สัดส่วนของ(FEV ₁ /FVC)			สัดส่วนของ(FEV ₁ /FVC)			Wilcoxon Signed	p
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Rank Test	
	n	$\bar{X}$	s	n	$\bar{X}$	s		
กลุ่มทดลอง	15	45.033	8.434	15	47.360	7.633	-.398	.691
กลุ่มควบคุม	15	44.520	8.459	15	46.013	7.804	-.864	.388

Mann Whitney	-.062	-.664
U Test		
p	.950	.507

จากตาราง 9 แสดงว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยสัดส่วนการวัดอัตราการไหลของอากาศในหลอดลมและการหายใจออกอย่างแรง (FEV_1/FVC) ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น มากกว่า กลุ่มควบคุม คือเพิ่มขึ้น 2.327 ในกลุ่มควบคุม และเพิ่มขึ้น 1.493 ในกลุ่มทดลอง เมื่อนำมาวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติ Mann Whitney U Test พบว่า สัดส่วนการวัดอัตราการไหลของอากาศในหลอดลมและการหายใจออกอย่างแรง (FEV_1/FVC) ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง พบว่า สัดส่วนการวัดอัตราการไหลของอากาศในหลอดลมและการหายใจออกอย่างแรง (FEV_1/FVC) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่า สัดส่วนการวัดอัตราการไหลของอากาศในหลอดลมและการหายใจออกอย่างแรง (FEV_1/FVC) ไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มควบคุม พบว่า สัดส่วนการวัดอัตราการไหลของอากาศในหลอดลมและการหายใจออกอย่างแรง (FEV_1/FVC) ไม่แตกต่างกัน

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาในตึกอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลสิงห์บุรี ช่วงเดือน มีนาคม 2546 – พฤษภาคม 2546 จำนวน 30 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญวินิจฉัยว่า สามารถกลับไปฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเองได้

ที่บ้านโดยคัดเลือกผู้ป่วย 15 คนแรกที่มาได้รับการรักษา เป็นกลุ่มควบคุมและผู้ป่วย 15 คนต่อมา เข้าเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการสอนสุขศึกษาตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและให้สุขศึกษารายบุคคลครั้งที่ 1 โดยเริ่มต้นด้วยการสนทนาสร้างความคุ้นเคยเป็นกันเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ป่วยทราบ และอธิบายเกี่ยวกับความรู้ อาการ ระดับความรุนแรงของโรคและการบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งผู้ป่วยหลายคนมักจะบอกว่า "ไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรคอะไร หมอไม่ได้บอก" และบอกว่า "ไม่รู้ว่าอาการที่ตนเป็นอยู่มีระดับความรุนแรงแค่ไหน" บางคนก็บอกว่า "ไม่รู้ว่าต้องออกกำลังกายได้แค่ไหน พอเหนื่อยก็หยุด" หลังจากร่วมกันกำหนดการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดตามที่ตนเองทำได้และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และแจกแผ่นพับในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ให้ผู้ป่วยกลับบ้านและนัดหมาย อีกในครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และทักษะการดูแลตนเองเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่มก่อน อธิบายถึงการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาการ และป้องกันการแทรกซ้อนเรื่องอาหาร การพักผ่อน การใช้ยา การหลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคือง และการสรงวนพลังงาน และกระตุ้นให้ผู้ป่วย แต่ละคนเล่าถึงพฤติกรรมที่ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของตนเอง และให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น โดยผู้วิจัยเป็นผู้เพิ่มเติมจากการอภิปรายกลุ่ม ผู้ป่วยบอกว่า "ไม่ทราบว่าต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่มีแก๊สและอาหารที่มีแก๊สมืออะไรบ้าง" และมีบางคน พยายามยาลดลมไม่ถูกต้องจึงขอคำแนะนำจากผู้วิจัย และบางคนก็บอกว่า "ไม่สามารถหลีกเลี่ยง สิ่งระคายเคือง เช่นควันไฟได้เพราะสิ่งแวดล้อมที่บ้านไม่อำนวยความสะดวก คือ มีการเผาขยะ" ผู้วิจัยจึงแนะนำให้เปลี่ยนโดยการฝังขยะแทน

หลังจากนั้นผู้วิจัยเป็นผู้สรุปประเด็นสำคัญและให้ผู้ป่วยแต่ละคนเลือก ที่จะปฏิบัติให้เหมาะสมกับความสามารถของตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 3 กระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมโดยการส่งไปรษณียบัตรและโทรศัพท์ไปที่บ้านผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมในรายที่สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์เมื่อผู้วิจัยโทรศัพท์ไปพูดคุย ถามถึงอาการของโรคและการปฏิบัติตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ผู้ป่วยจะพูดคุยด้วยน้ำเสียงสดชื่นและปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ไปรวมไปถึงการมาตรวจตามนัดด้วย ในรายที่ส่งไปรษณียบัตรไปกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมและการมาตรวจตามนัดผู้ป่วยให้ความสนใจและมาตามนัดทุกราย ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุม จะได้รับ คำแนะนำตามปกติจากแพทย์และพยาบาล เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และมาตรวจตามนัด ห่างกัน 1 เดือน

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา มีประสิทธิผล ต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งในด้าน ความรู้ การรับรู้ในความสามารถตนเอง เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด แต่ไม่ ส่งผลต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี

สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรามีการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรามีสมรรถภาพปอดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติ

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาในตึกอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 30 คน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดและมารับการรักษาตามนัดทุกรายในช่วงที่ทำการวิจัย โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมในการศึกษาแล้วแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย
 - 1.1 แผนการสอนเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 1.2 อุปกรณ์การสอน ได้แก่ ภาพพลิก คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ไปรษณียบัตร และบัตรนัด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วนคือ
 - ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป
 - ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพ

ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นข้อคำถามมีลักษณะเลือกตอบ 4 ตัวเลือกจำนวน 9 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .8202

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ ในความสามารถตนเอง เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 16 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.8160

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.7864

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.8168

ส่วนที่ 6 ตารางประเมินสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย ดังนี้

1. การเดินในเวลา 6 นาที (6 minutes walk test)
2. วัดค่า FEV₁ , FVC โดย Spirometer

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมแบบสอบถาม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูป

วิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

2.1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

2.2 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบระดับความรู้ การรับรู้ในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที ค่า FEV₁ , FVC และสัดส่วน FEV₁/FVC ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

2.3 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที ค่า FEV₁ , FVC และสัดส่วน FEV₁/FVC ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลองโดย

2.3.1 วิเคราะห์ความแตกต่าง ระหว่างคะแนนความรู้ การรับรู้ในความสามารถ

ตนเอง ความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที ค่า FEV_1 , FVC และสัดส่วน FEV_1/FVC ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ วิลคอกซอนแมชเชดแพร์ซายแรงค์เทสต์ (The Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Test)

1.3.2 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนความรู้ การรับรู้ในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สัญญาณชีพ การเดินในเวลา 6 นาที ค่า FEV_1 , FVC และสัดส่วน FEV_1/FVC ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง และหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบแมน วิทนี ยู เทสต์ (The Mann Whitney U Test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1 และ 2

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาประสิทธิผล ของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราต่อพฤติกรรมกาฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่า

1. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา มีการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา มีสมรรถภาพปอด ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติ

การอภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผล ของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราต่อพฤติกรรมกาฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลสิงห์บุรี ผู้วิจัยนำเสนอผลของการอภิปรายตามสมมุติฐานได้ดังนี้

จากสมมุติฐานที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา มีการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา มีการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ 1 แสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ต่อพฤติกรรมกาฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ส่งผลต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ไปในทางที่ดีขึ้น ที่เป็นเช่นนั้นอาจเนื่องจากโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นกิจกรรมครั้งที่ 1 ได้ใช้วิธีการให้สุขศึกษา

รายบุคคลโดยเน้นเนื้อหา เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สาธิตการบริหารร่างกายในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดตามความสามารถของตนเอง และมีการแจกคู่มือเอกสารการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด กิจกรรมครั้งที่ 2 ได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้โดยการอภิปรายกลุ่ม ในเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เรื่องอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อน ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และซักถามปัญหาต่าง ๆ ร่วมกันได้โดยผู้วิจัยเป็นผู้เพิ่มเติม ซึ่งโปรแกรมสุขศึกษานี้มีการวางแผนเป็นระบบที่ชัดเจนสอดคล้องสัมพันธ์กัน และวิธีการสอนเข้าถึงตัวผู้เรียนได้ โดยตรงมีเนื้อหาสาระง่ายต่อการเรียนรู้ ทำให้ผู้เรียนสนใจเข้าใจมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับ บุญยง เกี่ยวการคำ (2530:379) ที่กล่าวว่า การให้สุขศึกษาเป็นกระบวนการที่วางแผนไว้อย่างมีระบบและมีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้เรียนคิดหาเหตุผลด้วยตนเอง เลือกและตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนในทางที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีตลอดไปและสอดคล้องกับ สุรีย์ จันทรมล (2527:5-7) ที่กล่าวว่า การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพต้องใช้กระบวนการสอน สื่อการสอนที่ผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ จำได้ ประทับใจ สามารถนำไปปฏิบัติตามได้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจตนเองและนำไปสู่การปฏิบัติตามคำแนะนำที่ตรงตามความต้องการของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 106) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายสูงสุดที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี อีกทั้งวิธีการให้สุขศึกษารายบุคคลที่ ผู้วิจัยนำมาใช้ยังต้องสร้างความรู้สึกเป็นกันเอง ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวได้ดียิ่งขึ้น และสอดคล้องกับแนวความคิดของแบนดูรา (1977 : 191) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในทางใดย่อมขึ้นอยู่กับความรู้ที่ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมซึ่งจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล โดยมีสิ่งเร้าเป็นตัวเสริมแรง ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสอดคล้องกับ พนมพร เลขะเจริญ (2532 : ก-ข) ที่ศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลอง และเลิกสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ สุรีย์ จันทรมล (2535 : 21) ที่ศึกษาพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาสามารถ เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ วิไล วิชากร (2536 : 77) ศึกษาพบว่า การให้บริการปรึกษารายบุคคลในการป้องกันกามโรคทำให้หญิงอาชีพพิเศษมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันกามโรคดีขึ้น และสอดคล้องกับมณิศา มณีเลิศรัตน (2536 : 133) ที่ศึกษาพบว่า รูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษาโดยการฝึกอบรมเพื่อนเป็นกลุ่มเพื่อใช้เป็นผู้ถ่ายทอดแนะนำ ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเอดส์ได้ถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา และสอดคล้องกับ เยาวลักษณ์ ตรีธัญญาทรัพย์ (2538 : 113) ที่ศึกษาพบว่า โปรแกรมทันตสุขศึกษาสามารถทำให้นักเรียน มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบถูกต้องมากขึ้นและ

สอดคล้องกับ จารุณี นันทโนทยาน (2539: ก-ข) ที่ศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองโปรแกรม สุขศึกษาทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้อง กับ จิตต์ลัดดา สุภานันท์ (2539 : ก-ข) ที่ศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคเรื้อรังมี พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดแผลผ้าเฝ้าดีขึ้น กว่าก่อนการทดลองและ ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ พัฒนา จินวงษ์ (2539 : ก-ข) ที่ ศึกษาพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ จากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่มีความแตก ต่างกันทางสถิติและ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับ ศรีรัตน์ พินธุ (2539 : ก-ข) ที่ศึกษาพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมในการเลือกบริโภค อาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงเพิ่มมากขึ้นและสอดคล้องกับ ศิริมา เขมะเพชร (2540 : 146-150) ที่ศึกษาพบว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรง สนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสตรีวัยหมดระดู ดีขึ้น และสอดคล้องกับ ประทีน อุ่มสุขศรี (2542 : 132-137) ที่ศึกษาพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความ สามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้สตรีวัย 36-55 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดีขึ้น และสอดคล้องกับ อัมพร ศรีสำรวล (2541 : ก) ที่ศึกษาพบว่า โปรแกรมสุขศึกษา รายบุคคลโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของเบนดูรา ส่งผลให้หญิงอาชีพพิเศษมี พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกัน กามโรคดีขึ้น และสอดคล้องกับ พรรณี ทิพย์ธราดล (2542 : ก) ที่ศึกษาพบว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองทำให้นักเรียน มีการปฏิบัติ เกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคล สูงกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับ นาดยา เกรียงชัยพุกษ์ (2544 : ก) ที่ศึกษาพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถ ตนเองร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองด้านพฤติกรรมในการบริโภค อาหารการออกกำลังกายและการคลายเครียดสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ของเบนดูรา มีสมรรถภาพปอดไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติ

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ ทฤษฎีความสามารถตนเองของเบนดูรา มีสมรรถภาพปอดไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม ปกติอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 2 อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2529:243) และการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัว อย่างมีอายุเฉลี่ย 70-80ปี ซึ่งเป็นวัยที่ระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายเสื่อมลงโดยเฉพาะระบบ กล้ามเนื้อและกระดูก โดยเฉพาะกล้ามเนื้อจะลดขนาดลงและขนาดของกล้ามเนื้ออกก็จะลดลง ซึ่ง รวมไปถึงกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจด้วย และที่สำคัญผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น มีพยาธิสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปไม่สามารถกลับคืนมาเป็นปกติได้ และเมื่อเจ็บป่วยเป็นเวลานานขึ้น

ความรุนแรงของโรคก็จะเพิ่มขึ้น(Sexton, 1990 : 169) ถึงแม้ว่าจะได้รับการบริหารกล้ามเนื้อต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอจากโปรแกรมสุขศึกษา ที่สร้างขึ้นแต่เป็นระยะเวลาที่สั้นเพียง 1 เดือนจึงทำให้ร่างกายของผู้ป่วยยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงและจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผลการประเมินสมรรถภาพปอดจากค่า FVC และ FEV₁ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ผลการเดินบนพื้นราบภายในเวลา 6 นาที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ ลัสติกและคณะ (1972 : 315-332) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถภาพปอดไม่แตกต่างกันทั้ง 3 กลุ่ม และสอดคล้องกับ แมคคาร์วินและคณะ (1997 : 307-311) ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายตามความสามารถของผู้ป่วย โดยประเมินจากการเดินบนพื้นราบในเวลา 12 นาที พบว่า สมรรถภาพปอดของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีการเปลี่ยนแปลงระหว่าง ก่อนและหลังการทดลองและสอดคล้องกับ ไทติเมนและคณะ (1980 : 261-264) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยประเมินจากการเดินบนพื้นราบในเวลา 12 นาที พบว่า สมรรถภาพปอดไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการทดลองและสอดคล้องกับ แอทคินและคณะ (1934 : 591-603) ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวความคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของเบนดูราพบว่าด้านสมรรถภาพปอดไม่มีความแตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและสอดคล้องกับ สมองค์ วังศรี (2528 : ก-ข) ที่ศึกษาผลของการบริหารการหายใจ ต่อสมรรถภาพปอด ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า สมรรถภาพปอดก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของเบนดูรา ต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีสมรรถภาพปอดไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติ ดังนั้นจึงควรมีการเผยแพร่โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ในหน่วยงานอื่น เช่น โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
2. จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของเบนดูรา มีผลต่อการปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผู้มีหน้าที่ทางด้านสุขภาพจึงควรนำไปเสนอเป็นนโยบายให้ใช้กับผู้ป่วยอื่นๆต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อเนื่อง ระยะ นานกว่า 1 เดือน เพื่อดูความเปลี่ยนแปลง ของสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ชัดเจนขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กองสถิติสาธารณสุข. (2534). สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
211.
- กองสถิติสาธารณสุข. (2535). สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
211.
- กองสถิติสาธารณสุข. (2537). สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
211.
- กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี : โรงพิมพ์กองสุขศึกษา.
- จารุณี นันทโนทยาน. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการบรรเทาอาการปวดเข่าของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิตต์ลัดดา สุภานนท์. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลผ้าเท้าของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์โรคเรื้อน พระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชลธิชา ชั่งจิตวิสุทธิ. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพื้นฐานด้านอนามัยส่วนบุคคลตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชุตีวรรณ ปุรินทราภิบาล. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นที เกื้อกุลกิจการ. (2531). ผลของการฝึกอานาปานสติ สมาธิ ต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยหอบหืดที่เกิดจากการออกกำลังกาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- นาดยา เกรียงชัยพฤกษ์. (2544). *ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมด้วยทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการคลายความเครียดของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นิภา มนูญปัจจุ. (2538). *การวิจัยทางสุขศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต.
- นिरนาท วิทย์โชคกิตติคุณ. (2534). *ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นุศ จัตราภุขพิทักษ์. (2540). *ประสิทธิผลของวิธีการ ทางกายภาพบำบัด สาธารณสุข ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวชิระ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เนตรนภา กาบมณี. (2541). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อสุขภาพกาย ขวัญ กำลังใจ และการทำหน้าที่ ในสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์. (พยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น. บัณฑิตวิทยาลัย ขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). *การวิจัยเบื้องต้น*. มหาสารคาม : ภาควิชาพื้นฐานการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2534). *“การดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง” ใน การดูแลตนเอง : ศาสตร์ และศิลปะทางการแพทย์*. กรุงเทพมหานคร : วชิรสิทธิ์. 168.
- ประณีต สิงห์ทอง. (2541). *การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อพัฒนาพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประทีน อิมสุขศรี. (2542). *ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถ ตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีอายุ ระหว่าง 36 – 55 ปี อำเภอนครไทย พิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรม- ศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประสพสุข อินทรักษา. (2534). *ความคิดวิตกกังวลและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พนมพร เลขาเจริญ. (2535). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- พรรณิ ทิพย์ธราดล. (2542). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลตามสุขบัญญัติแห่งประชาชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสุเหร่าปากคลองสำโรง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พัชรา อุบลสวัสดิ์. (2535). ผลการให้ความรู้เพื่อพัฒนาความสามารถตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พัฒนา จินวงษ์. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พูนเกษม เจริญพันธ์. (2531). “การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค” โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. หน้า 281-290., กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาวดี มโนหาญ. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ (พยาบาลศาสตร์) สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- มณฑนา เจริญกุล. (2534). แรงสนับสนุนทางสังคมความสามารถในการดูแลตนเองของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เยาวลักษณ์ ตรีธัญญาทรัพย์. (2538). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันด้านทันตสุขศึกษาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- รวีวรรณ งามสันติกุล. (2534). โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS-X ในงานสถิติวิเคราะห์.(หน้า 456-464). กรุงเทพฯ : คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- รังสรรค์ ปุณปาคม และประภาพร ยงใจยุทธ. (2532). โรคระบบทางเดินหายใจ. กรุงเทพฯ : แอตก้าอินเตอร์เนชั่นแนล.
- ลินจง โปธิบาล. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ในลินจง โปธิบาล. วารุณี ฟองแก้ว และศิริรัตน์ เปลี่ยนบางยาง , การพยาบาลผู้ป่วยระบบหายใจ

- (หน้า 79-101). เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วชิรา เลิศกิตติกุลโยธิน. (2533). ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพ
ปอดและความทนทานในการออกกำลังกายในผู้ป่วยเด็กโรคหืด. วิทยานิพนธ์
(พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วรรณระวี อัจฉิจ. (2533). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์. (2530 สิงหาคม). "การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นของหลอดลม
อย่างเรื้อรัง." วารสารคลินิก. 3 : 529 – 537.
- วิเชียร เกตสิงห์. (2538 กุมภาพันธ์ – มีนาคม). "คำเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่อง
ง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้." ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 18(3) : 8 –11.
- วิไล วิชากร. (2536). ประสิทธิภาพของการให้บริการปรึกษาบุคคลในการป้องกันกามโรค
ของหญิงอาชีพพิเศษที่มาตรฐานรักษา ณ ศูนย์กามโรคและโรคเอดส์เขต 2 สระบุรี.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีรัตน์ พินิจ. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
กรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนวัดมูลจินดา
จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม.กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริมา ลีละวงศ์. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การยอมรับกระบวนการ
สูงอายุ ปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแล
ตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2529). การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2 พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์เจริญผล.
- สมชัย บวรกิตติ, นันทา มาระเนตร์. (2530 พฤษภาคม). "นิยามและการจำแนกโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรัง" สารศิริราช. 39 : 289 – 294.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย.(2539). แนวทางการวิจัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน
ประเทศไทย. กรุงเทพฯ.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2536). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิรินทร์ ศาสตราวุธ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและความรู้สึกมีคุณค่า
ในตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)

- กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุรีย์ จันทรโมลี. (2527). วิธีการทางสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การพิมพ์.
- _____. (2535). ประสิทธิภาพของการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อัมพร ศรีสำราจ. (2541). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษารายบุคคลโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันกามโรคของหญิงอาชีพพิเศษ โรงพยาบาลบางรัก. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อัมพรพรรณ ตั้งจิตพิทักษ์. (2531). ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายตามแบบแผนต่อสมรรถภาพปอด และความสามารถในการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อัมพรพรรณ ชีรานุตร. (2542). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ. ขอนแก่น : ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- Agle, D.P., Banm, G.L., Chester, E.H., et. Al. (1973). "Multi-Discipline Treatment of chronic Pulmonary Insufficiency. Functional Status at on Year Follow-up." In Pulmonary Medicine : A Hahnemann Symposium. p. 355 Edited by Johnston, R.F. New York : Grune and Stratton.
- American Thoracic Society. (July, 1987). "Standard for the Diagnosis and Care Patient With Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and Asthma : Medical Section of the American Lung Association." American Review Respiratory Disease. 136 : 225-233.
- Atkin, C.J and Kaphlan, R.M.(1984) "Behavioral Exercise Program in the Management of Chronic Obtructive Pulmonary Disease". Journal Consulting and Clinical Psychology. 52 : 591:603.
- Bandura, A (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice – hall.
- _____. (1978). *The Self-system in Reciprocal Determinism*. American Psychologist.
- _____. (1977). "Self – Efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change," Psychological Review. 84 : 191-215.
- Blood, G.W. (1995). A behavioral-cognitive therapy program for adults who stutter : computers and counseling. Journal of Communication Disorder, 28, 165-180.

- Cherniack, NS. Editor. (1991). *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Cockcroft, A.E. , Sanders, M.J. Berry, G. (1981 March) "Randomized Controlled Trial of Rehabilitation in chronic Respiratory Disability." *Thorax*. 36 : 200-203.
- Connelly, C.E. (1987 September). "Self – Care and the Chronically Ill Patient" *Nursing Clinics of North America* 22 : 621 – 629.
- Foster, S; Lopez, B. and Thomas, H.M. (October-December 1988 supplement). "Pulmonary Rehabilitation in COPD Patient's With Elevated PCO₂ " *Am Rev Respir Dis*. 138 : 1519 – 1523.
- Guthrie, A.G. and Petty, T.L. (1970). "Improved Exercise Tolerance in Patients with Chronic Airway Obstruction." *Physiotherapy*. 50 : 1333-1337.
- Howard, J.E., Davies, J.L. & Roghmannk., J. (1987 March). "Respiratory Teaching of Patients : How Effective is it." *Journal of Advanced Nursing*. 12 : 207-214.
- Jess, L.W. (1992). "Chronic bronchitis and Emphysema airing the difference." *Nursing* 92 : 34-41.
- Jensen, M.P., J.A. Turner and J.M. (March 1991). "Self-Efficacy and Outcome Expectancies: Relationship to Chronic Pain Coping Strategies and Adjustment," *Pain*. 44 : 263-269.
- Kaplan, R.M. et al. (1984). "Validity of a Quality of Well-Being Scale as an outcome Measure in chronic Obstructive Pulmonary Disease." *Journal of Chronic Disease*. 37:85-95.
- Lambert, C.E. & Lambert, V.A. (September, 1984). "Psychosocial Impact. Created by Chronic Illness." *Nursing Clinics of North America*. 22 : 527 – 533.
- Lawrence L. and Robinson L. (1986). "Self – Efficacy As a Predictor of Smoking Behavior in Young Adolescents," *Addicts Behavior*. 11(4) : 367-382.
- Lusting F.M., Mass A., Castillo R. (July 1972). "Clinical and Rehabilitation Regime in Patients with COPD. " *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 53 : 315-332.
- Make, B.J. (December 1986). "Pulmonary Rehabilitation Myth or Reality." *Clinics in Chest Medicine*. 7 : 519-536.
- McGavin, C.R.; Gupta,S.P. ; Loyd, E.C. and Mchardy, G.J.R. "Physical Trial of Exercise in the home." *Thorax*. 32 : 307-311.

- Miller, W.F. (October 1954). "A Psysiological Evaluation of the Effects of Diphragmatic Breathing Training in Patient with Chronic Pulmonary Emphysema." The American Journal of Medicine. 17 : 476.
- Oetker, M.P. and others. (August, 1992). "Preoperative Self-Efficacy and Postoperative Behavior," Apply – Nursing Research. 5 134 – 139.
- Pierce, A.K., Taylor, H.F., Archer R.K., et. Al. (January 1964). "responses to Exercise Training in Patients with Emphysema". Archives of Internal Medicine. 113 : 28-36.
- Redline, S.(1991). "The Epidemiology of COPD. In Chronic Obstrutive Pulmonary Disease". p . 225-234, Edited by Cherniack, N.S. Philadephia : W.B. Saunders company.
- Rokikki, L.A. (1995). *Chane Mechanisms Underlying Combined Relaxation and EMG Biofeedback Therapy for Chronic Tention Headache*. Dissertation PHD program, Ohio University : 128.
- Sexton, D.L (1990) *Nursing Care of the Respiratory Patient*. Norwalk : & Lange, 1990.
- Shafer, K.N. Sawyer, J.R., et al. (1971). *Medical-Sergical Nursing*. (5th ed). St. Louis : the C.V. Mosby Co.
- Shayevitz, M.B., Shayevitz, B.R. (July 1986) "Athletic Training in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. " Clinics in Sports Medicine. 5 : 471 – 491.
- Tydeman, D.E., Chandler, A.R., Graveling, B.M. et. al (July 1984) "An Investigation into the Effects of Exercise Tolerance Training on Patients with Chronic Airway Obstruction." Physiothrapy. 70 : 261 – 264.

ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

ที่ ทม 1012/ 7610



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๕๒ ตุลาคม 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม และแผนการสอน

เนื่องด้วย นางสาวเขมกร นาคศรี นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของเบนคูว์ต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์เรือโท ไพฑูรย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ชัชชัย บำรุงศรี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแผนการสอนวิชาสุศึกษา และแบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของเบนคูว์ต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวเขมกร นาคศรี ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/ 7611



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๕๕ ตุลาคม 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม และแผนการสอน

เนื่องด้วย นางสาวเขมกร นาคศรี นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพ โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของเบนดรูว์ต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์เรือโท ไพญูญ์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์พิเชฐ เจริญเกษ และ อาจารย์ยุวดี รอดจากภัย เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแผนการสอนวิชาสุขภาพศึกษา และแบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพ โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของเบนดรูว์ต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวเขมกร นาคศรี ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพรณ์ หะวานนท์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/ 7612



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๕๕ ตุลาคม 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม และแผนการสอน

เนื่องด้วย นางสาวชมกร นาคศรี นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของเบนดิวราต์ต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวีระเวที และ อาจารย์เรื่อโท ไพบุลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์ประยงค์ เจดน์มงคลรัตน์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแผนการสอนวิชาสุขศึกษา และแบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของเบนดิวราต์ต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวชมกร นาคศรี ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภกรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนัก บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664 1000 ต่อ 5131, 5618

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/ 7613



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๕๕ ตุลาคม 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม และแผนการสอน

เนื่องด้วย นางสาวเขมกร นาคศรี นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของเบนคูว์ต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัชรเวที และ อาจารย์เรือโท ไพบุลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์ภานิช ศิลประเสริฐ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแผนการสอนวิชาสุขศึกษา และแบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของเบนคูว์ต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวเขมกร นาคศรี ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ภานิช หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/537



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/2 กุมภาพันธ์ 2546

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวเขมกร นาคศรี นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของเบนคูราต่อพฤติกรรมกาฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์เรือโท ไพบุลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกาฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2546

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวเขมกร นาคศรี ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/1538



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

12 กุมภาพันธ์ 2546

เรื่อง ขออนุญาตเพื่อการศึกษาวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวเขมกร นาคศรี นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของเบนคูว์ต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ อาจารย์เรือโท ไพบุลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และรับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี คอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี ในระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2546

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตให้ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวเขมกร นาคศรี ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731, 5618

โทรสาร. 02-258-4119



ที่ ศธ 0519.12/ 644 2

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

๑๙ สิงหาคม 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

เรียน นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร

ตามที่ นางสาวเขมกร นาคศรี นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของ
โปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของเบนคูราต่อพฤติกรรมกาฟันฟูสมรรถภาพ
ปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” ได้รับอนุมัติให้สอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์ ในวันที่ 17 กันยายน
2546 เวลา 8.00 – 10.00 น. ณ ห้องโรงยิม คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยพิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และ
มีประสบการณ์เรื่องดังกล่าวอย่างดี จึงใคร่ขอเรียนเชิญเป็นกรรมการสอบปากเปล่าเกี่ยวกับปริญญานิพนธ์
ของนิสิตผู้นี้ ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านในครั้งนี้ และ
ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร.2584119, 664-1000 ต่อ 5644, 5646

โทรสาร 2584119

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์

ดร.ยุวดี รอดจากภัย	หัวหน้าภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์พิเชษ เจริญเกษ	อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
นายแพทย์ภานิต ศิลประเสริฐ	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม สาขาอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง
นายแพทย์ประยงค์ เจตน์มิ่งคลรัตน์	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม สาขาอายุรกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี
อาจารย์ชัชชัย บำรุงศรี	อาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสววรรค์ ประจักษ์

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
- ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในตนเอง เกี่ยวกับกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
- ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
- ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
- ส่วนที่ 6 แบบบันทึกสมรรถภาพการทำงานของปอด

คำแนะนำสำหรับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ขอให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ โปรดตอบให้ตรงกับความเป็นจริงและขอความกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะเป็นประโยชน์ยิ่งในการให้บริการแก่ท่านในอนาคต ขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้เป็นอย่างสูง

นางสาวเข็มกร นาคศรี

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง
ของผู้รับการสัมภาษณ์ และเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรสในปัจจุบัน
() โสด () คู่
() หม้าย () แยกกันอยู่/หย่าร้าง
4. ท่านสำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับใด
() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น
() มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. () อนุปริญญา/ปวส.
() อุดมศึกษา () อื่นๆ (โปรดระบุ).....
5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร
() เกษตรกรรม () รับจ้าง
() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () ค้าขาย
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ
() อื่นๆ (โปรดระบุ).....
6. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน
() ต่ำกว่า 1,000 บาท () 1,000 - 2,000 บาท
() 2,001 - 3,000 บาท () 3,001 - 4,000 บาท
() มากกว่า 4,000 บาทขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและพฤติกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย **X** ทับข้อที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุด
เพียงข้อเดียว

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีสาเหตุสำคัญมาจากอะไร มากที่สุด
 - ก. การดื่มสุรา
 - ข. การสูบบุหรี่
 - ค. การพักผ่อนน้อย
 - ง. กรรมพันธุ์
2. อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคืออะไร
 - ก. ปวดศีรษะ
 - ข. ไอ หายใจเหนื่อยหอบ
 - ค. เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน
 - ง. มีเสมหะในลำคอ
3. การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สำคัญที่สุดคืออะไร
 - ก. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
 - ข. งดสูบบุหรี่
 - ค. รับประทานอาหารรสจัด
 - ง. งดดื่มสุรา
4. ถ้าจำเป็นต้องให้ออกซิเจนที่บ้านควรให้ออกซิเจนในปริมาณเท่าใดต่อนาที
 - ก. ไม่เกิน 3 ลิตร/นาที
 - ข. 4 ลิตร/นาที
 - ค. มากกว่า 4 ลิตร/นาที
 - ง. ถ้าเหนื่อยมากก็ให้มาก
5. ข้อควรคำนึงในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ข้อใด
 - ก. ระวังการออกกำลังกาย
 - ข. การออกกำลังกายที่ตนสามารถทำได้
 - ค. การแต่งกายที่เหมาะสม
 - ง. ถูกทุกข้อ

6. ก่อนออกกำลังกายทุกครั้งควรปฏิบัติอย่างไร
 - ก. วิ่งเร็วๆ ประมาณ 5 นาที
 - ข. เดินเร็วๆ ประมาณ 5 นาที
 - ค. ดื่มน้ำเต็มทีเพื่อป้องกันการเสียเหงื่อ
 - ง. บริหารร่างกายเพื่อให้กล้ามเนื้อเกิดความยืดหยุ่น
7. การออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรใช้เวลานานประมาณเท่าใด
 - ก. 5-10 นาที
 - ข. 20-30 นาที
 - ค. 50-60 นาที
 - ง. 60-70 นาที
8. การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ข้อใด
 - ก. เดินโดยใช้ความเร็วสม่ำเสมอ
 - ข. การขึ้นลงบันได
 - ค. การนั่งและยืนสลับกัน
 - ง. ถูกทุกข้อ
9. การบริหารร่างกายส่วนใด จะทำให้ทรวงอกขยายได้ดีขึ้น
 - ก. กล้ามเนื้อหัวไหล่
 - ข. แขน
 - ค. ลำตัว
 - ง. ถูกทุกข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ในความสามารถตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมกาฬโรค

สมรรถภาพปอด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความ
ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียวโดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้
เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นกำกวม
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านสามารถเลิกบุหรี่			
2. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นระคายเคืองต่อทางเดินหายใจเช่น ฝุ่น คาร์บอน ควันไฟ ควันรถ เกสรดอกไม้			
3. ท่านไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสถานที่แออัดเช่น ตลาด โรงภาพยนตร์			
4. ท่านรู้วิธีใช้ยาพ่นขยายหลอดลม			
5. ท่านสามารถจัดทำเพื่อระบายเสมหะได้			
6. ท่านสามารถไออย่างถูกวิธีเพื่อขจัดเสมหะได้			
7. ท่านสามารถหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกะบังลมร่วมกับการหายใจแบบห่อปากได้			
8. ท่านสามารถลดหรือจัดความเครียดโดยการทำสมาธิหรือวิธีอื่น ๆ ได้			
9. ท่านสามารถดื่มน้ำอัดลมได้			
10. ท่านสามารถดื่มน้ำอุ่นวันละ 6-8 แก้วได้			
11. ท่านเลือกออกกำลังกายในสถานที่โล่ง เงียบ สงบ อากาศปลอดโปร่งมีแสงสว่างเพียงพอ			
12. ท่านเลือกออกกำลังกายในช่วงก่อนหรือหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง			
13. ท่านพักผ่อนให้เพียงพอก่อนออกกำลังกายได้			
14. ท่านสามารถหยุดพักการออกกำลังกายหากรู้สึกเหนื่อยหอบ			
15. ท่านสามารถออกกำลังกายเป็นประจำได้			
16. ท่านสามารถออกกำลังกายนานครั้งละประมาณ 20-30 นาทีได้			

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความ
ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียวโดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้
เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นกำกวม
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. การสูบบุหรี่ทำให้ปอดเสื่อมสภาพมากขึ้น			
2. การหลีกเลี่ยง ฝุ่น คาร์บอนไฟ ชนสัตว์ เกสรดอกไม้เป็นการลดสิ่งกระตุ้นระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ			
3. การหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด ชุมชน ช่วยลดสิ่งกระตุ้นระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ			
4. การพ่นยาอย่างถูกวิธีทำให้ได้รับยาในปริมาณที่เหมาะสม			
5. การไอที่ถูกต้องจะกำจัดเสมหะ สิ่งคัดหลั่งและทำให้ทางเดินหายใจโล่งขึ้น			
6. การหายใจโดยการห่อปากช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบากเหนื่อยหอบ			
7. การฝึกการหายใจอย่างถูกวิธีช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น			
8. การอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายเป็นการป้องกันการฉีกขาดของกล้ามเนื้อ			
9. การทำสมาธิจะช่วยลดความเครียดได้			
10. การรับประทานอาหารที่มีแก๊ส เช่น น้ำอัดลม กะหล่ำปลีจะมีผลทำให้หายใจแน่นอึดอัด			
11. การดื่มน้ำอุ่นช่วยให้เสมหะอ่อนตัวและกำจัดออกง่าย			
12. การออกกำลังกายช่วยผ่อนคลายความเครียด			
13. การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้ร่างกายแข็งแรง			
14. การออกกำลังกายอย่างหักโหมทำให้กล้ามเนื้อเกิดการบาดเจ็บหรือฉีกขาดได้			
15. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยให้ปอดแข็งแรงและทำงานดีขึ้น			

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติตัวเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความ
ที่ตรงกับที่ท่านปฏิบัติตัว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านมีปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้งหรือปฏิบัติแต่ไม่สม่ำเสมอ
ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
1. ท่านสูบบุหรี่			
2. ท่านหลีกเลี่ยงฝุ่น ควันไฟ ควันสัตว์			
3. ท่านใส่เสื้อผ้าโปร่ง ระบายอากาศได้ดีเมื่ออากาศร้อน			
4. ท่านใช้ยาขยายหลอดลม			
5. ท่านนอนโดยใช้หมอนหนุนให้ศีรษะสูงเวลาหอบเหนื่อย			
6. ท่านหายใจแบบห่อปาก			
7. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกหายใจอย่างถูกวิธี			
8. ท่านนั่งสมาธิเพื่อทำจิตใจให้สงบ			
9. ท่านบริหารร่างกาย 5-10 นาทีก่อนออกกำลังกาย			
10. ท่านออกกำลังกายในสถานที่โล่งแจ้งและอากาศ ถ่ายเทสะดวก			
11. ท่านออกกำลังกายนานครั้งละ 20-30 นาที			
12. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน			
13. ท่านหยุดออกกำลังกายเมื่อรู้สึกเหนื่อยหอบหรือหายใจ ไม่สะดวก			
14. ท่านดื่มน้ำอุ่นประมาณวันละ 6-8 แก้ว			
15. ท่านรับประทานอาหารโปรตีนสูงเช่นปลา เต้าหู้ขาว			

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกสมรรถภาพการทำงานของปอด

1. ผลการเดินในเวลา 6 นาที (6 minute walk test)

ระยะทางที่เดินได้ทั้งหมด.....เมตร

3. ผลการวัดค่า FVC และ FEV₁ โดย Spirometer

ค่า FVC ลิตร

ค่า FEV₁ ลิตร

ค่า FEV₁ / FVC.....เปอร์เซ็นต์

เฉลยแบบสอบถาม

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

ข้อ 1-ข, ข้อ 2-ข, ข้อ 3-ก, ข้อ 4-ก, ข้อ 5-ง, ข้อ 6-ง, ข้อ 7-ข, ข้อ 8-ง, ข้อ 9-ง

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในตนเองเกี่ยวกับกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

ลักษณะข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1,2,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16

ลักษณะข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

ลักษณะข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

ลักษณะข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15

ลักษณะข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1

ภาคผนวก ค
คุณภาพเครื่องมือ

ตาราง ค่าความยากง่าย (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสัมภาษณ์ความรู้ ค่าอำนาจจำแนก (r) เป็นรายข้อของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

	ความรู้	การปฏิบัติ	การรับรู้ ความสามารถตนเอง	ความคาดหวัง ในผลลัพธ์
ข้อ	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าอำนาจจำแนก
1.	.5130	.7632	.7800	.8081
2.	.2236	.8273	.7789	.8059
3.	.5130	.7632	.8196	.8248
4.	.4104	.8282	.8421	.7902
5.	.4443	.7734	.8085	.8479
6.	.4894	.8344	.7800	.8064
7.	.4894	.7886	.8085	.8122
8.	.4702	.7931	.8196	.7949
9.	.3663	.8216	.7535	.7991
10.			.7800	.8066
11.			.8196	.7940
12.			.8196	.7812
13.			.8196	.8101
14.			.7800	.7954
15.			.8196	.8021
16.			.8196	

แบบสัมภาษณ์ความรู้ค่าความเชื่อมั่น = .8202

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ในความสามารถเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าความเชื่อมั่น = .8160

แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีค่าความเชื่อมั่น = .7864

แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีค่าความเชื่อมั่น = .8168

ภาคผนวก ง

ข้อมูลการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที

ค่า FEV_1 , FVC และสัดส่วน FEV_1/FVC ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตาราง ข้อมูลการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที และค่า FEV_1 , FVC และ FEV_1/FVC ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

รายชื่อ	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	ระยะทาง	FEV_1	FVC	FEV_1/FVC	ระยะทาง	FEV	FVC	FEV_1/FVC
1	480	990	2988	33.1	380	886	1616	54.8
2	420	1118	3126	35.7	422	972	2446	39.7
3	380	1180	2980	39.8	280	986	2318	42.6
4	508	1168	2764	42.2	448	1364	2368	57.6
5	440	1448	2302	62.9	510	1560	3146	49.5
6	510	1260	2340	53.8	432	1378	2426	56.8
7	384	1433	2316	43.3	396	1514	3326	45.5
8	396	1314	2420	54.2	456	1288	2986	43.1
9	468	1372	2618	52.4	560	1318	2942	44.7
10	390	1446	3216	44.9	410	1420	2516	56.4
11	428	1254	2665	47.0	504	1785	3486	54.3
12	276	810	2439	33.2	492	1126	2624	42.9
13	480	1292	3204	40.3	408	1104	3416	32.3
14	514	1088	2532	42.9	524	992	2512	39.4
15	486	1301	2612	49.8	442	1070	2104	50.8

ตาราง ข้อมูลการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที และค่า FEV_1 , FVC และ FEV_1/FVC
ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม

รายที่	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	ระยะทาง	FEV_1	FVC	FEV_1/FVC	ระยะทาง	FEV_1	FVC	FEV_1/FVC
1	430	946	2310	33.6	346	922	1644	56.0
2	412	966	3102	31.1	466	1268	3024	41.9
3	376	1080	3182	33.9	310	1134	2614	43.3
4	524	1378	2998	45.9	412	1422	2616	54.3
5	384	1300	2216	58.6	450	1474	3012	48.9
6	488	1180	2480	47.5	440	1354	2296	58.9
7	416	998	2244	44.4	412	1378	3052	45.1
8	330	964	1720	56.0	410	1312	3140	41.7
9	480	1296	2428	53.3	496	1352	3266	41.3
10	410	1386	2946	47.0	366	1312	2428	54.0
11	474	1465	2341	51.5	420	1521	3051	50.4
12	280	2434	2184	35.7	450	918	2348	39.0
13	516	1224	2996	40.8	392	984	3214	30.6
14	486	976	2396	40.7	496	882	2352	37.5
15	410	1186	2478	47.8	384	998	2107	47.3

ภาคผนวก จ
แผนการสอนสุขศึกษา

แผนการสอนสุขศึกษา

เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ครั้งที่ 1

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาในตึกอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี
 วิธีการ การให้สุขศึกษายบุคคล การบรรยาย และสาธิต
 อุปกรณ์ ภาพพลิก และแผ่นพับ เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
 เวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
หลังจากได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมแล้วผู้ป่วยสามารถ 1. เข้าใจสาเหตุอาการ และระดับความรุนแรงของโรคที่ตนเป็นอยู่ 2. บริหารร่างกายตามความสามารถของตนเองได้	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของระบบหายใจอย่างเรื้อรัง โดยมีลักษณะการอุดกั้นทางเดินอากาศจากปอดที่พบบ่อยที่สุดคือการอุดกั้นส่วนในใหญ่ไม่กลับคืนสู่ปกติ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค 1. บุหรี่ 2. กรรมพันธุ์ 3. สาเหตุอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อในระบบการหายใจบ่อย ๆ ลักษณะอาการ ในระยะเริ่มต้นของโรค ผู้ป่วยมักจะ	ขึ้นเตรียมการ - เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง - ขั้นตอนในการ 1. สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว แจกวัสดุประสงค์และกำหนดนัดหมายในแต่ละครั้ง 2. ให้ผู้ป่วยเข้าใจและประเมินระดับความรุนแรงของโรคที่ตนเป็นอยู่ 3. ให้ข้อมูลในการดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและการผ่อนคลาย	-แบบสัมภาษณ์ก่อนการทดลอง -เครื่องตรวจสอบสมรรถภาพปอด (Spirometer) -ภาพพลิก	- สังเกตผู้สนใจฟัง - ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการพูดคุยและตอบคำถาม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
	เป็นอย่างช้า ๆ เมื่อผู้ช่วยเริ่มมีอาการจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ลักษณะอาการที่สำคัญ คือ 1. อาการไอ มีเสมหะเรื้อรัง 2. อาการเหนื่อยหอบ 3. อาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ตัวบวม อาการแสดงที่เกิดจากพยาธิสภาพของปอด 1. ฟังเสียงการหายใจเบาลง เสียงการหายใจออกยาว 2. เคาะทรวงอกมีเสียงโปร่ง 3. ทรวงอกโป่งออกเป็นรูปถังเบียร์ 4. ซายโครงขมเข้าไประยะหายใจเข้า 5. การใช้กล้ามเนื้อที่คอช่วยหายใจ	4. สาธิตการผ่อนคลายและการออกกำลังกายในท่าต่าง ๆ รวมถึงการไออย่างมีประสิทธิภาพ 1. ประเมินโดยการสังเกต 2. สรุปการสนทนาและนัดครั้งต่อไป 3. แจกแผ่นพับเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด 4. บันทึกผลการทำกิจกรรม		ประเมินผล - สังเกตการมีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย

ตาราง แผนการสอนสุขศึกษา ครั้งที่ 1 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
	การดำเนินของโรคจะค่อยเป็นค่อยไป อาการแสดงของผู้ป่วยจะแตกต่างกันไป ขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งแบ่ง เป็น 5 ระดับ ระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดใด ๆ ประกอบ กิจกรรมได้ โดยไม่หอบเหนื่อย ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม เล็กน้อย สามารถเดินทางราบได้แต่ไม่ สามารถเดินขึ้นบันไดได้ทำคนเดียว กัน ระดับที่ 3 ไม่สามารถทำงานหนัก และ ไม่สามารถเดินทางราบได้ทำคนเดียว กัน เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น ระดับที่ 4 ไม่สามารถเดินทางราบเกิน กว่า 100 หลาได้ ต้องหยุดพักเมื่อขึ้นตึก สูง 1 ชั้น แต่สามารถประกอบกิจวัตร ประจำวันได้เอง			

ตาราง แผนการสอนสุขศึกษา ครั้งที่ 1 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
	ระดับที่ 5 เติบโตเพียง 2-3 ก้าวหรือลูกนั่งก็เหนื่อยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและการผ่อนคลาย ● คำแนะนำเพื่อให้สามารถนอนหลับได้ดี - กระทำกิจกรรมใด ๆ ให้เสร็จสิ้นอย่างน้อย 1 ชั่วโมงก่อนเข้านอน - ก่อนนอนควรได้สร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลายและหลับได้ดี - ข้างเตียงของผู้ป่วย ควรมีโต๊ะหรือเก้าอี้เพื่อวางสิ่งของจำเป็น - ทำนอนหัวสูงเป็นท่าที่ทำให้นอนหลับสบายที่สุด - ควรใช้ผ้าห่มที่มีน้ำหนักเบาเพื่อให้สามารถหยิบใช้ได้ง่าย			

ตาราง แผนการสอนสุขศึกษา ครั้งที่ 1 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
	● คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสวณพลังงาน -สำรวจตนเองว่ามีพลังงานมากใน ช่วงใดและวางแผนเพื่อสวณพลังงาน -พยายามอย่าเื่อมหรือก้มลงเพื่อเก็บสิ่งของในระดับต่ำ -หลีกเลี่ยงการนั่งยอง ๆ และการเบ่งถ่ายอุจจาระ -หากจำเป็นต้องก้ม ให้สูดหายใจเข้าก่อนก้มแล้วหายใจออกช้า ๆ ทางปากขณะก้ม			

ตาราง แผนการสอนสุขศึกษา ครั้งที่ 1 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
	พฤติกรรมกรดูแลตนเองด้านกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพปอด ประโยชน์ของการออกกำลังกาย 1. ช่วยให้อปอดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น 2. สามารถออกกำลังกายได้มากขึ้น โดยอาการเหนื่อยน้อยลง 3. ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น ข้อไหล่ติดแข็ง 4. ผ่อนคลายความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ การออกกำลังกายควรทำในช่วงสั้น ๆ ถ้ารู้สึกเหนื่อยให้หยุดทันที การออกกำลังกาย ปฏิบัติดังนี้ -ฝึกบริหารการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง กระบังลม			

ตาราง แผนการสอนสุขศึกษา ครั้งที่ 1 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
	-ฝึกบริหารร่างกายโดยใช้กลัมนี้อาหารว่าง อก ให้และแขน -ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกาย โดยวิธีเดินแกว่งแขนเล็กน้อย ร่วมกับการหายใจ ●การเฝ้าระวังและออกอย่างถูกวิธี คือ ก่อนออกกำลังกายให้เข้าเต็มน้ำ เพื่อให้ หลอดเลือดเปิดกว้างเต็มที่แล้วจึงจะ ช่วยให้สมรรถภาพได้ดี			

แผนการสอนสุขศึกษา

เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ครั้งที่ 2

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาในเด็กอายุกรรมชายและอายุกรรมหญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี

วิธีการ เป็นการอภิปรายกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

อุปกรณ์ ภาพพลิก

เวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
หลังจากได้เข้าร่วมกิจกรรมผู้ ป่วยสามารถ	พฤติกรรมกระตือรือร้นต่อการรับ ประทานอาหาร	ขั้นเตรียมการ 1. สร้างสัมพันธ์ภาพ ขั้นดำเนินการ		วิธีการประเมิน - สังเกตความ สนใจ
1.บอกพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในด้านอาหาร ยา และการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้	1.ควรปรับปรุงพันธุกรรมอาหารเพื่อความ สะอาดของช่องปากและความอยาก อาหาร	1. สร้างสัมพันธ์ภาพในกลุ่ม 2. บรรยายเนื้อหาเรื่องพฤติกรรม การดูแลตนเอง	- ภาพพลิก	- ผู้ป่วยให้ความ ร่วมมือในการพูด คุยและตอบคำถาม
2.บอกปัญหาของตนเองได้	2.รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ พยายาม จะช่วยให้ไม่แน่นท้อง หากรู้สึกเหนื่อย	3. แลกเปลี่ยนความรู้ในพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านอาหาร		- สังเกตความร่วม มือในการแลกเปลี่ยน ความรู้
3.บอกวิธีการแก้ปัญหาที่ เหมาะสมกับตนเองได้	3.ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร เพื่อให้ร่างกายได้รับน้ำอย่างเพียงพอ	การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการออกกำลังกาย		

ตารางแผนการสอนสุขศึกษา ครั้งที่ 2 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
	และทำให้สันทัดอ่อนตัว 4.ควรจำกัดน้ำและอาหารที่มีรสเค็มเมื่อมีอากาศหนาว 5.ควรพบแพทย์เมื่อพบว่ามึนน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากเดิม 2 กิโลกรัม 6.หากท่านผอมมาก ควรเพิ่มอาหารประเภทโปรตีน เช่น นม เนื้อสัตว์ ถั่ว 7.หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น กะหล่ำปลี หัวหอม น้ำอัดลม 8.หลีกเลี่ยงอาหารที่ย่อยยาก เช่น ของมัน 9.รับประทานผักสดและผลไม้ทุกวันเพื่อให้จุลินทรีย์อ่อนตัว ขับถ่ายง่าย	ขั้นยุดิ 1.สรุปและประเมินผล 2.บันทึกผลการทำกิจกรรม		

ตารางแผนการสอนสุขศึกษา ครั้งที่ 2 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
	พฤติกรรมกรดูแลตนเองด้านการรับ ประทานยาและการรับการรักษา 1.รับประทานยาทุกชนิดตามคำสั่งแพทย์ อย่างเคร่งครัด 2.หากพบอาการผิดปกติเกิดขึ้นจากการ ให้ยาให้หยุดยารับทันทีแล้วรีบพบแพทย์ 3.ขยายยาลดความดันโลหิตรับประทาน ควร ใช้เมื่อมีอาการหอบเหนื่อยตอนเริ่มแรก จะได้ผลดีกว่าเมื่อมีอาการหนักแล้ว 4.หากมีความจำเป็นต้องใช้ขยายยาลด ความดันโลหิต ให้ถอดผ้าครอบ กระบอกออกอมขูดยาไว้ในปากจากนั้น ให้กัดกระบอกยาขณะหายใจเข้าอย่าง ลึก ๆ ช้า ๆ แล้วกลืนหายใจไว้ประมาณ 10 วินาที จากนั้นหายใจออกช้า ๆ 5.ควรรับประทานยาเสด็ยรรอยด์พร้อม			

ตารางแผนการสอนสุขศึกษา ครั้งที่ 2 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
	อาหารหรือพวดยาลดกรดจะช่วยให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้นาน้อยลง 6. ระหว่างการรับประทานยา ควรสังเกตความเปลี่ยนแปลงของเสมหะ ถ้าเป็นสีเหลืองหรือเขียว มีไข้ร่วมด้วยให้รีบพบแพทย์ พฤติกรรมมาตรฐานของตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 1. หลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคืองต่อหลอดลม - พยายามหลีกเลี่ยงสารก่อความระคายเคือง เช่น น้ำหอม แป้งฝุ่น - หากอากาศภายนอกมีฝุ่น ควรอยู่ในบ้านก่อน - ทำความสะอาดบริเวณบ้านและจัดฝุ่นได้ดี			

ตารางแผนการสอนสุขศึกษา ครั้งที่ 2 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
	-บริเวณบ้านไม่ควรใช้ผ้า幔และพรมต่าง ๆ -หลีกเลี่ยงอากาศเย็นหรือลมแรงหากจำเป็นควรสวมผ้าปิดปากและจมูก 2.หลีกเลี่ยงการติดเชื้อ -พยายามหลีกเลี่ยงแหล่งที่มีผู้คนมาก ๆ -อย่าอยู่ใกล้คนที่ป่วย -บำรุงร่างกายให้แข็งแรง -รักษาความสะอาดของช่องปากเป็นประจำ พบทันตแพทย์ปีละ 1 ครั้ง -ควรฉีด Vaccine คúmกันทุกปีเพื่อมิให้เกิดโรคไข้หวัดใหญ่			

ตารางแผนการสอนสุขศึกษา ครั้งที่ 2 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
	พฤติกรรมแสดงตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 1. จัดช่วงเวลาในแต่ละวันตามความต้องการของตนเอง 2. พูดคุยปรึกษากับบุคคลในครอบครัว เพื่อนผู้ป่วยโรคเดียวกันและเจ้าหน้าที่สุขภาพ ขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการ 3. เข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชนหรือสถานพยาบาล			

ภาคผนวก จ

- ภาพพลิกเรื่องพฤติกรรมกาฟั่นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- แผ่นพับเรื่องพฤติกรรมกาฟั่นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เป็นกลุ่มอาการจากความผิดปกติของระบบหายใจอย่างเรื้อรัง โดยมีของระบบหายใจอย่างเรื้อรังโดยมีลักษณะอุดกั้นทางเดินอากาศจากปอดที่เกิดพยาธิสภาพ และส่วนใหญ่ไม่กลับคืนสู่ปกติ

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

1. การสูบบุหรี่
2. กรรมพันธุ์
3. สาเหตุอื่น เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจบ่อย ๆ และการหายใจเอามลพิษเข้าเป็นเวลานาน

อาการ

เป็นอย่างช้า ๆ เมื่อเริ่มมีอาการจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ คือ

1. ไอมีเสมหะเรื้อรัง
2. เหนื่อยหอบ
3. อาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ดาวม

ระดับความรุนแรงของโรค

- ระดับ 1 ไม่มีข้อจำกัดใด ๆ
- ระดับ 2 เดินราบได้แต่ไม่สามารถขึ้นบันไดหรือที่สูง
- ระดับ 3 ไม่สามารถเดินราบได้เท่าคนอื่น เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึก
- ระดับ 4 ไม่สามารถเดินราบเกิน 100 หลา และหยุดพักเมื่อขึ้นตึก 1 ชั้น
- ระดับ 5 เดินได้เพียง 2-3 ก้าว หรือลุกนั่งก็เหนื่อยไม่สามารถทำกิจวัตรได้

พฤติกรรมการณ์ฟื้นฟู สมรรถภาพปอด

1. การดูแลตนเองด้านอาหาร
2. การดูแลตนเองด้านการพักผ่อน
3. การดูแลตนเองด้านการรับประทานยา
4. การดูแลตนเองด้านการป้องกัน
อันตรายจากภาวะแทรกซ้อน
5. การดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์
กับผู้อื่น
6. การดูแลด้านการออกกำลังกาย

ด้านอาหาร

- ดื่มน้ำสะอาดหรือน้ำอุ่นเพื่อให้
เสมหะอ่อนตัว
- รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ผักสด
และผลไม้เพื่อให้อุจจาระอ่อนตัว
- หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดลม เช่น
กะหล่ำปลี น้ำอัดลม และอาหารย่อย
ยาก เช่น ของทอดทุกชนิด

ด้านการพักผ่อนและ การผ่อนคลาย

- ทำกิจกรรมใดๆ ให้เสร็จสิ้นก่อนนอน
1 ชั่วโมง
- ทำนอนหัวสูงเป็นท่าที่หลับสบายที่
สุด
- หลีกเลี่ยงการนั่งยอง ๆ และการเบ่ง
ถ่ายอุจจาระ

ด้านการรับประทานยา

- รับประทานยาตามแพทย์สั่งถ้ามี
อาการผิดปกติให้หยุดยาทันที
- หากต้องใช้ยาพ่นขยายหลอดลมให้
อมขวดยาไว้ในปากจากนั้นให้กด
กระบอกยาพร้อมหายใจเข้าลึก ๆ
ช้า ๆ กลั้นไว้ 10 นาที จากนั้น
หายใจออกทางปากช้า ๆ

การพ่นยาครั้งที่ 2 ควรห่างครั้งแรก
2-10 นาที

การดูแลตนเองด้านการป้องกัน อันตรายและภาวะแทรกซ้อน

- หลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ เช่น ฝุ่นละออง เกสรดอกไม้
- หยุดสูบบุหรี่
- หลีกเลี่ยงอากาศเย็น และสถานที่แออัดเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น โรงภาพยนตร์

การดูแลตนเองด้านการ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและ การใช้เวลาร่วม

- พยายามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยโรคเดียวกัน หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ

การออกกำลังกายที่ควรปฏิบัติ

การบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก ไหล่ แขน ขา มี 4 ท่า

ท่าที่ 1 นั่งบนเก้าอี้ วางเท้าราบแยกห่าง
กางแขนเสมอไหล่สุดหายใจ
เข้าพร้อมหมุนแขนทั้ง 2 ข้าง
ไปข้างหลัง 4 รอบ พร้อมผ่อน
หายใจออกทางปาก ทำแบบ
เดิมแต่หมุนไปข้างหน้า

ท่าที่ 2 นั่งบนเก้าอี้ วางเท้าราบแยกห่าง
สุดลมหายใจเข้าและผ่อนออก
ทางปาก พร้อมบิดลำตัวไป
ทาง ด้านซ้าย เหยียดแขน 2
ข้างเหนือศีรษะ

ท่าที่ 3 นั่งบนเก้าอี้ วางเท้าราบแยก
ห่างสุดหายใจเข้ายกแขนทั้ง
2 ข้างเหนือศีรษะและลดแขน
ทั้ง 2 ข้างพร้อมผ่อนหายใจ
ออกทางปากแล้ววางแขน 2
ข้างบนเข่า

ท่าที่ 4 นั่งบนเก้าอี้วางเท้าราบแยกห่าง
สุดหายใจเข้ายกขาซ้ายขึ้น
เหยียดตรงเกร็งพร้อมผ่อน
หายใจออกทางปากพร้อมวาง
เท้าซ้ายลงราบกับพื้น

การบริหารร่างกายทั่วไป

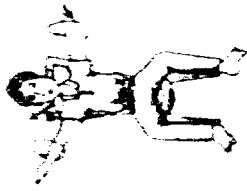
- การเดินเล่นโดยใช้ความเร็วปกติของตนเองนานครั้งละ 5 นาที
- การขึ้นลงบันได สุดหายใจเข้าทางจมูกและผ่อนการหายใจออกทางปาก พร้อมก้าวขึ้นบันได 1 ก้าว สุดลมหายใจเข้าทางจมูกและผ่อนลมหายใจออกพร้อมถอยหลังลงบันไดทีละเท้า นานครั้งละ 5 นาที
- การนั่งยืนสลับกัน นั่งบนเก้าอี้วางเท้าราบสุดหายใจเข้าลุกขึ้นยืนพร้อมหายใจออกทางปากและสุดหายใจเข้าทางจมูกและนั่งเก้าอี้พร้อมหายใจออกทางปาก นานครั้งละ 5 นาที

การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลา
ประมาณ 15-20 นาที

- การออกกำลังกายที่ควรปฏิบัติมี

การบริการลูกค้าที่ออกมา 1 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมง

ท่าที่ 1. นั่งบนเก้าอี้ ทำท่าขาข้างหนึ่งเหยียด
เล็กน้อย ทำท่าขาข้างหนึ่งเหยียด
ขาข้างหนึ่งเหยียด 2 ข้างไปข้างหลัง
ประมาณ 4 รอบ พร้อมพอมหายใจออกยาวๆ
ทางปาก เริ่มทำแบบเดิม แต่หมุนแขนไปข้างหน้า
หายใจเข้าทางจมูกหายใจออก 2 ข้างบนเก้าอี้
ท่าที่ 2. นั่งบนเก้าอี้ทำท่าขาข้างหนึ่งเหยียด



เล็กน้อย สูดลมหายใจเข้าทางจมูกๆ และ
พอมลมหายใจออกทางปากพอมลมหายใจ
เข้าทางตาข้างหนึ่งและหายใจเข้า 2 ข้าง
เหนือศีรษะ เริ่มทำแบบเดิม แต่หมุนแขนไปข้าง
ด้านขวา มือ หายใจเข้าทางจมูกหายใจออก
ทั้ง 2 ข้างบนเก้าอี้



ท่าที่ 3. นั่งบนเก้าอี้ ทำท่าขาข้างหนึ่งเหยียด
เล็กน้อย สูดลมหายใจเข้าทางจมูก ยกแขนทั้งสอง
ข้างเหนือศีรษะ และลมหายใจเข้า 2 ข้างพร้อมพอม
ลมหายใจออกทางปาก แล้วจึงพอมลมหายใจ
ทั้ง 2 ข้างบนเก้าอี้



1111 4. นั่งบนเก้าอี้ ทำท่าขาข้างหนึ่งเหยียด

เล็กน้อย สูดลมหายใจเข้าทาง

จมูกๆ และลมหายใจเข้า

เครื่องพอมลมหายใจออกยาวๆทางปาก

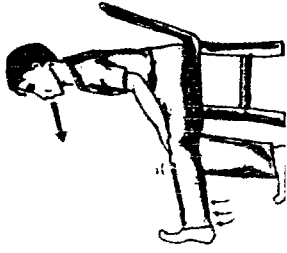
สูดลมหายใจเข้าทางจมูก พร้อมวางเท้า

ลงราบกับพื้น เริ่มทำแบบเดิมแต่ยกขาข้าง

กายบริการการหายใจ กาล: 2-4 ครั้ง

กายบริการการหายใจไม่ได้

- การเดินเล่น โดยใช้ความเร็วของตนเองบนเครื่อง: 5 นาที
- การนั่งบนเก้าอี้ สูดลมหายใจเข้าทางจมูก และพอมลมหายใจออกทางปาก 1 นาที สูดลมหายใจเข้าทางจมูก และพอมลมหายใจออก พร้อมยกขาข้างหนึ่งได้ละท่า ทำท่าขาข้างหนึ่ง: 5 นาที
- การนั่งการยืนสลับกัน นั่งบนเก้าอี้ทำท่าขาข้างหนึ่งพอมลมหายใจเข้า



ลุกขึ้นยืนพร้อมการหายใจออกทางปาก

และสูดลมหายใจเข้าทางจมูกและนั่งเก้าอี้

พร้อมลมหายใจออกทางปากทำบนเครื่อง: 5 นาที

*การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลา ประมาณ 15-20 นาที

ISF

ปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การดูแลตนเอง.....

และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

พลีโต
นางสาวเมมกร มาศ
ภักศึกษา ป.โท สาขาศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เป็นโรคเรื้อรัง 2 ชนิด คือ

โรคหอบหืดและโรคถุงลมโป่งพองเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของระบบหายใจอย่างเรื้อรังโดยมีลักษณะการอุดกั้นทางเดินอากาศจากปอดที่พยาธิสภาพและส่วนใหญ่ไม่กลับคืนสู่ปกติ

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

1. การสูบบุหรี่
2. กรรมพันธุ์
3. สาเหตุอื่นๆ เช่นการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและการหายใจเอามลพิษ หรือฟุ้งละอองเข้าไปเป็นเวลานาน

อาการ

ระยะเริ่มต้นของโรค ผู้ป่วยมักไม่มีอาการ และมักจะเป็นอย่างช้าๆ เมื่อเริ่มมีอาการจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ คือ

1. อาการไอมีเสมหะเรื้อรัง
2. อาการหอบเหนื่อย
3. อาการที่ผิดปกติทางกระแสเลือด เช่น

ตาบวม

อาการแสดงของผู้ป่วยแตกต่างไปขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค และระยะที่เป็นโดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดใดๆ ประกอบกิจกรรมได้โดยไม่หอบเหนื่อย

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดกิจกรรมเล็กน้อย เดินราบได้แต่ไม่สามารถขึ้นบันไดหรือที่สูง

ระดับที่ 3 ไม่สามารถทำงานหนัก และเดินราบได้เท่านั้น หนึ่งหอบเมื่อเดินขึ้นบันได 1 ชั้น

ระดับที่ 4 ไม่สามารถเดินราบเกิน 100 หลาได้ ต้องหยุดพักเมื่อขึ้นบันได 1 ชั้น แต่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้

ระดับที่ 5 เดินได้เพียง 2-3 ก้าวหรือลุกนั่งก็เหนื่อย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้

พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร
 - ดื่มน้ำสะอาดหรือน้ำอุ่นเพื่อให้เสมหะอ่อนตัว
 - รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ พักผ่อนและพักผ่อนเพื่อให้อวัยวะอ่อนตัว

- หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดลม เช่นกะหล่ำปลี บั๊อดลัม และองศาหระยอยยก เช่นของทอดทุกชนิด

2. การดูแลด้านการพักผ่อน และการพออกคลาย

- ทำกิจกรรมใดๆ ให้เสร็จสิ้นก่อนนอน 1 ชม.
- ทำนอนหัวสูงเป็นท่าที่หลับสบายที่สุด
- หลีกเลี่ยงการนั่งยองๆ และการนั่งถ่ายอุจจาระ

3. การดูแลตนเองด้านการรับประทาน และการรักษา

- รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ถ้ามีอาการผิดปกติให้หยุดยาทันที
- หากต้องใช้ยาพ่นขยายหลอดลม ให้อมขมวดยาไว้ปากจากนั้นให้กดกรวยออกยา พร้อมหายใจเข้าลึกๆ

ช้าๆ กลั้วไว้ 10 นาที จากนั้นหายใจออกทางปากช้าๆ การพ่นยาครั้งที่ 2 ควรห่างครั้งแรก 2-10 นาที

4. การดูแลตนเองด้านการป้องกันอันตราย และภาวะแทรกซ้อน

- หลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ เช่น ฝุ่นละออง เกสรดอกไม้
- หยุดสูบบุหรี่

- หลีกเลี่ยงอากาศเย็น และสถานที่แออัดเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น โรงภาพยนตร์

5. การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยและการเฝ้าระวัง

- พึงดูแลความปลอดภัยกับสุขภาพ
- โรคเดียวกัน หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ

นางสาวเขมกร นาคศรี

เกิดวันที่

29 สิงหาคม 2517

สถานที่เกิด

อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ 17/1 หมู่ที่ 3 ตำบลโพประจักษ์

อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี 16140

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ 6

สถานที่ทำงานปัจจุบัน

โรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2538

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์

พ.ศ.2546

วท.ม. (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ