



Pulmonary Rehabilitation Self-Efficacy and Pulmonary Rehabilitation Behaviors Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและพฤติกรรม
การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*

Nisanat	Phuttawong**	นิศานาถ	พุทธรังค์**
Jittawadee	Rhiantong***	จิตตวดี	เหริญทอง***
Sirirat	Panuthai***	ศิริรัตน์	ปานอุทัย***

Abstract

Pulmonary rehabilitation self-efficacy is a factor related to pulmonary rehabilitation behavior. This correlational descriptive research aimed to investigate pulmonary rehabilitation self-efficacy, pulmonary rehabilitation behavior, and the relationship between pulmonary rehabilitation self-efficacy and pulmonary rehabilitation behavior among older persons with chronic obstructive pulmonary disease. Participants were 93 older persons with chronic obstructive pulmonary disease attending Lee Hospital, Lamphun province, selected using sampling without replacement. The research instruments were a demographic and illness data recording form, a pulmonary rehabilitation self-efficacy interview measurement, and a pulmonary rehabilitation behaviors interview measurement. All instruments underwent content validity and reliability testing. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation.

The results showed that:

1. Older persons with chronic obstructive pulmonary disease had a moderate level of self-efficacy in pulmonary rehabilitation, both overall and for each dimension, including general self-efficacy and specific self-efficacy in pulmonary rehabilitation.
2. Older persons with chronic obstructive pulmonary disease had a moderate level of pulmonary rehabilitation behavior.
3. Pulmonary rehabilitation self-efficacy, both overall and for each dimension, including general self-efficacy and specific self-efficacy, had a positive correlation with pulmonary rehabilitation behaviors among older persons with chronic obstructive pulmonary disease at a high level ($r = 0.879, 0.878, \text{ and } 0.843, p < .01$, respectively).

The results of this study can be used as information for healthcare professionals caring for older persons with chronic obstructive pulmonary disease to modify pulmonary rehabilitation behaviors among this population by promoting pulmonary rehabilitation self-efficacy.

Keywords: Self-efficacy; Pulmonary rehabilitation behaviors; Older persons; Chronic obstructive pulmonary disease

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: nisa.natptw@gmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 9 June 2024; Revised 15 July 2024; Accepted 19 July 2024

**บทคัดย่อ**

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นปัจจัยที่หนึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การวิจัยเชิงพรรณานี้ เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลลำพูน จำนวน 93 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบไม่แทนที่ทดแทน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และแบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและวิเคราะห์ความเชื่อมั่นแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's product-moment correlation

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั่วไป และด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด อยู่ในระดับปานกลาง
2. ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอยู่ในระดับปานกลาง
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั่วไป และด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.879, 0.878, 0.843, p < 0.01$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในกลุ่มประชากรดังกล่าว โดยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: nisa.natptw@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคในระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก พบว่าในปี ค.ศ. 2019 ความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลก คือ 391.9 ล้านคน (Adeloye et al., 2022) ความชุกของโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่ออายุมากขึ้น จากร้อยละ 5.22 เป็นร้อยละ 14.23 ในผู้สูงอายุ (Wachami et al., 2024) สถานการณ์ในประเทศไทยจากการสำรวจผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2566-2567 พบอุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 18.73 และ 17.83 ตามลำดับ (Division of Non-Communicable Disease in Ministry of Public Health, 2024) จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบอัตราการตายของประชากรโลกด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีประมาณ 210 ล้านคน และคาดว่าจะจะเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลก ในปี พ.ศ. 2573

ในประเทศไทยพบว่า ประชากรร้อยละ 5 หรือประมาณ 4 ล้านคน เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีอัตราการตาย 10.5 ต่อประชากรแสนคน (Division of Non-Communicable Disease in Ministry of Public Health, 2024) นอกจากนี้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในสิบอันดับแรกของประชากรสูงอายุ คือ ร้อยละ 38.99 ในผู้สูงอายุ (Division of Non-Communicable Disease in Ministry of Public Health, 2024) นอกเหนือจากอัตราป่วยและอัตราตายสูงแล้ว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังสร้างภาระแก่ระบบสุขภาพ โดยค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2562 สูงถึง 12,735 ล้านบาทต่อปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.14 ของรายได้ประชาชาติ (Central Chest Institute of Thailand, 2019)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายของผู้ป่วย ทำให้ร่างกายทรุดโทรม สมรรถภาพของร่างกายลดลง หายใจลำบาก ไอ จึงเกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ (Wangsom et al., 2020) ส่วนผลกระทบต่อด้านจิตใจ คือ รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์จากรูปร่างทรวงอกคล้ายถังเบียร์ (Barrel shape) การหายใจหอบตลอดเวลา ไอเรื้อรังและมีเสียงวี๊ด ความรู้สึกภาคภูมิใจและคุณค่าในตนเองลดลง จากการเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือครอบครัวมากขึ้น เพราะอาการเหนื่อยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้ไม่สามารถทำงานตามปกติได้ ผู้ป่วยจึงเกิดความวิตกกังวล และเกิดซึมเศร้าได้ในระดับสูง นำมาซึ่งความรู้สึกสิ้นหวัง ความโดดเดี่ยว และความกลัว นำไปสู่สูญเสียความมั่นใจในตนเอง ไม่สนใจการดูแลตนเอง และขาดการยึดมั่นต่อการรักษา คือ ไม่ให้ความร่วมมือ และปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ จึงไม่เกิดผลการรักษาที่ดีที่สุด (Martínez-Gestoso et al., 2022)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อด้านสังคม คือ การมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ส่งผลต่อความสัมพันธ์กับผู้อื่น แยกตัว ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของส่วนรวมได้เช่นเดิม (Rahi et al., 2023) ทั้งนี้ ในปัจจุบันแม้จะมีการพัฒนาด้านการรักษาโดยใช้ยาที่ทันสมัยมากขึ้นแล้ว แต่ก็ยังไม่สามารถรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้หายขาดเป็นปกติได้ และไม่มีการรักษาใดที่ได้รับการยืนยันว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด แต่พบว่า การรักษาโดยใช้ยาร่วมกับการรักษาที่ไม่ใช่ยา คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ช่วยชะลอความรุนแรงของโรค และช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2022; Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage, 2022)

พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอด หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟูสภาพปอด ประกอบด้วย การหายใจแบบเป่าปาก การหายใจแบบใช้กะบังลม การหายใจแบบใช้ชายโครงส่วนล่าง การบริหารการเคลื่อนไหวทรวงอกและลำตัว การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาโดยการเดินหรืออยู่กับที่ และการทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2022) ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน มีการส่งเสริมพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอด ทั้ง 6 กิจกรรมดังกล่าวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย โดยการบริหารการหายใจ เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อเป้าหมายสำคัญ คือ การ



เพิ่มการไหลเวียนอากาศในทางเดินหายใจและการเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลม ช่วยให้การ
ทำงานของกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจดีขึ้น ส่งผลต่อความทนในการทำกิจกรรมและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ในส่วนของ
การบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วยในการเคลื่อนไหวทรวงอก กล้ามเนื้อลำตัวและกล้ามเนื้อขาโดยการเดินหรือย่ำอยู่กับที่
เพื่อการฝึกความทนในการออกกำลังกาย นอกจากการบริหารและออกกำลังกายแล้ว ผู้ป่วยยังต้องมีพฤติกรรม
การผ่อนคลายความเครียดเพื่อป้องกันและลดอาการเหนื่อย โดยการทำสมาธิหรือการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
(Oh, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรัง เช่น ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ (Fasai et al., 2016) ปัจจัยการรับรู้ความเจ็บป่วย (Mhoryadee
et al., 2018) การศึกษาของ วินเซนต์ และคณะ (Vincent et al., 2011) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในโรงพยาบาลเกรนฟีลด์ ประเทศสหราชอาณาจักร พบว่า การรับรู้
สมรรถนะแห่งตนเป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจและความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งการฟื้นฟู
สมรรถภาพปอด เป็นพฤติกรรมที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและค่อนข้างซับซ้อน อีกทั้งกระบวนการชราภาพร่วมกับ
การเจ็บป่วยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสมรรถภาพร่างกายลดลงมากกว่า
ผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่มีโรคประจำตัว การปฏิบัติพฤติกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดน้อยลง ผู้สูงอายุโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรังจึงจำเป็นต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจนประสบความสำเร็จ
ด้วยตนเองได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด หมายถึง ความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของ
ตนเองที่เฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยสองส่วน คือ ความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองโดยทั่วไป
(overall self-efficacy) ที่จะสามารถตอบสนองและการจัดการกับสถานการณ์ที่ยุ่งยาก และความเชื่อมั่นเกี่ยวกับ
ความสามารถของตนเอง ในการจัดการกับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
(Vincent et al., 2011) เป็นแนวคิดที่แตกต่างจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีการศึกษาทางการแพทย์
ที่ผ่านมา เนื่องจากมีความเฉพาะเจาะจงกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ที่ประกอบด้วย
3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
(belief about their own capacities) การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
จนประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (performance accomplishment) และการรับรู้เหตุผลในการเผชิญ
ความเครียดขณะการปฏิบัติพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (rationale for coping)

ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากขณะ
ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด จะสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคได้ ทำให้สามารถปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
ได้อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด คือ รับรู้ว่าคุณ
สามารถปฏิบัติการหายใจแบบเป่าปาก การหายใจแบบใช้กะบังลม การหายใจแบบใช้ชายโครงส่วนล่าง การบริหาร
การเคลื่อนไหวทรวงอกและลำตัว การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาโดยการเดินหรือย่ำอยู่กับที่ และการทำสมาธิเพื่อ
ผ่อนคลายความเครียด จึงปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น
เรื้อรังในประเทศไทย โดยประชากรเป็นผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ และมีความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่
ระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงพบว่า พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีทั้งพฤติกรรมไม่เหมาะสม (Mhorya-
dee et al., 2018) และพฤติกรรมระดับดี (Fasai et al., 2016) ซึ่งองค์ความรู้ยังไม่สอดคล้องไปในทิศทาง
เดียวกัน ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีทั้งปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความเชื่อด้าน
สุขภาพ (Fasai et al., 2016) การรับรู้ความเจ็บป่วย (Mhoryadee et al., 2018) แต่มีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์



ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองระดับดี ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับดีเช่นกัน (Nakornchai et al., 2023)

จากข้อค้นพบที่กล่าวมา ยังไม่สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยตรงได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จังหวัดลำพูน เนื่องจากมีความสอดคล้องกันของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายได้รับตามแผนการรักษา เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการส่งเสริมพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองด้านทั่วไปที่จะสามารถตอบสนองและการจัดการกับสถานการณ์ที่ย่างยาก ได้แก่ อุปสรรคปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ ความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองด้านการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Vincent et al., 2011) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ ความสามารถในการบริหารการหายใจและความสามารถในการบริหารร่างกายตามองค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดตามแผนการรักษาของแพทย์ การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจนประสบความสำเร็จด้วยตนเอง คือ เมื่อมีปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากอาการและการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขณะทำการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เช่น อาการเหนื่อย ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะตนเองสามารถจัดการกับอุปสรรคดังกล่าวได้ หรือถ้าผู้ป่วยมีความเครียด ความท้อ ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะตนเองสามารถควบคุมอารมณ์และจัดการกับความเครียดได้ และการรับรู้เหตุผลในการเผชิญความเครียดขณะการปฏิบัติพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด 6 กิจกรรม ที่ประกอบด้วย 1) การหายใจแบบเป่าปาก 2) การหายใจแบบใช้กะบังลม 3) การหายใจแบบใช้ชายโครงส่วนล่าง 4) การบริหารการเคลื่อนไหวทรวงอกและลำตัว 5) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา 6) การทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2022) ได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และมีแผนการรักษาให้ฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) การหายใจแบบเป่าปาก 2) การหายใจแบบใช้กะบังลม 3) การหายใจแบบใช้ชายโครงส่วนล่าง 4) การบริหารการเคลื่อนไหวทรวงอกและลำตัว 5) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา 6) การทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ที่มารับบริการโรงพยาบาลลำ จังหวัดลำพูน โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือก (inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ คัดกรองโดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (The short portable mental status questionnaire: SPMSQ) ฉบับภาษาไทย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

2. มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล ของมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย (Thai Society of Clinical Oncology, 2018) ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ได้คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

3. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

4. มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผ่านการขอความยินยอม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี power analysis โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G Power และกำหนดค่าต่าง ๆ ดังนี้ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 กำหนดค่าความเชื่อมั่น (alpha) ที่ .01 และค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size) ที่ .30 (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน และผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ 93 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประชาสัมพันธ์ด้วยการแจกใบเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย การติดโปสเตอร์ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำ จังหวัดลำพูน การประกาศเชิญชวนผ่านเสียงตามสาย และผู้วิจัยได้เชิญชวนอาสาสมัครผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยตนเอง ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลลำ อาสาสมัครที่มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยจะติดต่อผู้วิจัยโดยตรง หรือลงชื่อสมัครที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลลำ จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการนัดพบอาสาสมัครเพื่อชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้วิจัยจึงนำรายชื่อที่ได้จากการสมัครมาทำการสุ่มโดยวิธีการสุ่มแบบไม่แทนที่ทดแทน เพื่อให้ได้ตามจำนวนที่ต้องการ คือ 93 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ดังนี้

- 1.1 แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (The short portable mental status questionnaire; SPMSQ) ของ ไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ มีข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยความจำ การรับรู้เกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ บุคคล การคิด คำนวณ การมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และการคิดตัดสินใจ โดยการตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยต้องได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

- 1.2 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย (Thai Society of Clinical Oncology, 2018) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วยความสามารถในการปฏิบัติ 10 กิจกรรม ได้แก่ การเคลื่อนย้ายตัวเอง (transfer) การเดิน (mobility) การใช้



ห้องน้ำ (toilet use) การล้างหน้า (grooming) การถ่ายปัสสาวะ (bladder) การถ่ายอุจจาระ (bowels) การอาบน้ำ (bathing) การรับประทานอาหาร (feeding) การใส่เสื้อผ้า (dressing) และการเดินลงบันได (stairs) โดยต้องได้คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ฉบับ ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นคำถามจำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ตนเองเฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของโรคที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน วิธีการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับ การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในรอบปีที่ผ่านมา และประวัติโรคร่วม

2.2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ที่ผู้วิจัยแปลมาจาก Pulmonary Rehabilitation Adapted Index of Self-Efficacy (PRAISE) พัฒนาโดย วินเซนต์ และคณะ (Vincent et al., 2011) ประกอบด้วยคำถามปลายปิดทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั่วไป จำนวน 10 ข้อ และ 2) ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบตามระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง 4 ระดับ ตั้งแต่ ระดับต่ำที่สุด (1 คะแนน) จนถึงระดับสูงที่สุด (4 คะแนน) คะแนนรวม 15 ถึง 60 คะแนน การแบ่งระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30.00 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดระดับต่ำ คะแนน 30.01-45.00 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดระดับปานกลาง คะแนน 45.01-60.00 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดระดับสูง

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด พัฒนาโดย ขนิษฐา หมอยาดี และคณะ (Mhoryadee et al., 2018) ซึ่งมี 6 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 1) การหายใจแบบเป่าปาก 2) การหายใจแบบใช้กะบังลม 3) การหายใจแบบใช้ชายโครงส่วนล่าง 4) การบริหารการเคลื่อนไหวทรวงอกและลำตัวโดยการใช้ผ้าขนหนูและผ้ายืด 5) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาโดยการเดินหรือยืนอยู่กับที่ และ 6) การทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) จนถึงปฏิบัติสม่ำเสมอ (4 คะแนน) คะแนนรวมมีตั้งแต่ 6 ถึง 24 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12.00 มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดระดับต่ำ คะแนน 12.01-18.00 มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดระดับปานกลาง คะแนน 18.01-24.00 มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด คือ Pulmonary Rehabilitation Adapted Index of Self-Efficacy (PRAISE) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ แต่นำมาแปลเป็นภาษาไทย และแปลย้อนกลับ (back translation) โดยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับของ บรีสลิน (Brislin, 1970)

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด พัฒนาโดย ขนิษฐา หมอยาดี และคณะ (Mhoryadee et al., 2018) ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านแล้ว โดยได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.75 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดซ้ำอีกครั้ง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ 2 ท่าน อายุรแพทย์ 1 ท่าน แพทย์ชำนาญการ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์



ด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน นักกายภาพบำบัด 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.96

การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability)

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ฉบับภาษาไทย ไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (internal consistency) กับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.87 เมื่อทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือเป็นรายด้าน กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 93 ราย พบว่าด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั่วไป มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.98 และด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.95 ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ (DeVellis, 2012)

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบคงที่ (stability reliability) กับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ประเมิน 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ แล้ววิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ภายในชั้น (intra-class correlation: ICC) ได้เท่ากับ 0.99 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ (DeVellis, 2012)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 107/2566 ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารดำเนินการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย การยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผ่านการขอความยินยอม (consent) ตามกฎหมาย PDPA (Personal Data Protection Act) โดยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่า มีสิทธิการรับทราบและยินยอมต่อการเก็บข้อมูลส่วนตัว และสิทธิในการขอเข้าถึงข้อมูลส่วนตัว คัดค้านและเพิกถอนการเก็บและนำข้อมูลไปใช้ มีสิทธิในการยุติการเข้าร่วมดำเนินการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา และมีเจลแอลกอฮอล์ล้างมือให้ ตลอดการสัมภาษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

2. ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลลี้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยขอความร่วมมือในการประสานงาน และการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ จำนวน 93 คน กรณีสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากอาสาสมัครที่ประสงค์เข้าร่วมแต่ไม่ถูกสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แจ้งแก่อาสาสมัครเหล่านั้นว่าการสุ่มมีจุดมุ่งเน้นเพื่อประโยชน์ของการวิจัย เพื่อไม่ให้เกิดอคติในคัดเลือกกลุ่มและเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด รวมถึงแจ้งแก่อาสาสมัครว่าผู้วิจัยมีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่แทนที่ทดแทนมาเพิ่มใหม่อีก เมื่อมีอาสาสมัครที่สุ่มได้แต่คุณสมบัติไม่ผ่านเกณฑ์ และนำไปคัดกรองต่อจนให้ได้อาสาสมัครที่ผ่านเกณฑ์ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

4. ผู้วิจัยนัดหมายอาสาสมัครที่สุ่มเลือกได้ ทำการคัดกรองระดับสติปัญญาการรู้คิดโดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น และแบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน สำหรับกลุ่มอาสาสมัคร



ที่สุ่มเลือกมาได้แต่ไม่ผ่านการประเมินจากเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยได้อธิบายถึงสาเหตุที่ไม่ผ่านว่าขาดคุณสมบัติข้อใดในเกณฑ์คัดเข้า ซึ่งการขาดคุณสมบัติจากเกณฑ์การคัดเข้าทำให้อาสาสมัครไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรในการวิจัยครั้งนี้ได้

5. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจึงดำเนินการพิทักษ์ แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การวิจัยครั้งนี้ไม่ใช้การบริการทางสาธารณสุข ไม่มีผลต่อการรักษาและการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขทั้งในปัจจุบันและอนาคต และไม่มีค่าตอบแทนใด ๆ ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับและนำเสนอในข้อมูลภาพรวมเท่านั้น

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่าง เดือนธันวาคม 2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2567 ก่อนเริ่มการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ประเมินไม่พบความผิดปกติของสัญญาณชีพหรืออาการหอบเหนื่อยก่อนการตอบแบบสอบถามและระหว่างการตอบแบบสอบถาม การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และแบบสอบถามพฤติกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟังทีละข้อแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ผู้วิจัยเป็นผู้ทำเครื่องหมายลงในแบบสอบถามทุกข้อ และพัก 5 นาที เมื่อจบแบบสอบถามแต่ละประเภท ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที ต่อ 1 ราย

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (correlational analysis) ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการนำคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไปทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test (KS) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson product-moment correlation coefficient ซึ่งผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และใช้เกณฑ์พิจารณาระดับความสัมพันธ์ (Cohen, 1988)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 93 ราย พบว่าเป็นผู้สูงอายุเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 51.61) ผู้สูงอายุมียาเฉลี่ย 68.15 ปี (SD = 7.25) โดยประมาณสองในสามมีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 65.59) มากกว่าสองในสามมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 69.89) รองลงมา มีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 19.36) มากกว่าหนึ่งในสามมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 41.93) รองลงมา มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 25.81) มัธยมศึกษา (ร้อยละ 20.43) และประกาศนียบัตร/อนุปริญญา/วุฒิบัตร (ร้อยละ 11.83) ตามลำดับ มากกว่าหนึ่งในสามผู้สูงอายุมีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 40.86) รองลงมา มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 25.81) มากกว่าหนึ่งในสามผู้สูงอายุจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-5 คน (ร้อยละ 47.31) รองลงมา คือ 1-3 คน



(ร้อยละ 46.24) มากกว่าครึ่งของผู้ดูแลหลักเป็นสามี/ภรรยา (ร้อยละ 55.91) มากกว่าสองในสามมีสิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 75.27)

ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉลี่ย 6.47 ปี (SD = 7.20) มากกว่าหนึ่งในสามมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1-3 ปี (ร้อยละ 44.09) รองลงมาคือมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 36.56) มากกว่าครึ่งมีระดับความรุนแรงของโรคเล็กน้อย (ร้อยละ 52.69) ผู้สูงอายุทั้งหมดได้รับการรักษาโดยใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่น และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยโปรแกรมฝึก 6 กิจกรรม ประกอบด้วย การหายใจแบบเป่าปาก การหายใจแบบใช้กะบังลม การหายใจแบบใช้สายคล้องส่วนล่าง การบริหารการเคลื่อนไหวทรวงอกและลำตัว การออกกำลังกายกล้ามเนื้ออก และการทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด (ร้อยละ 100) รองลงมาได้รับการรักษาโดยใช้ยาขยายหลอดลมรับประทาน (ร้อยละ 29.03) และยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่น (ร้อยละ 6.45) มากกว่าหนึ่งในสามไม่ได้เข้ารับการรักษาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในรอบ 1 ปี (ร้อยละ 47.31) รองลงมาไม่มีความถี่การเข้ารับการรักษาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในรอบ 1 ปี 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 39.79) น้อยกว่าหนึ่งในสามมีโรคประจำตัวร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 16.13) รองลงมาเป็นโรคอื่น ๆ (ร้อยละ 11.83)

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 93 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 40.31 คะแนน (SD = 12.74) อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.63 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดระดับสูง ร้อยละ 35.48 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดระดับปานกลาง และร้อยละ 26.88 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดระดับต่ำ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้านทั่วไปเฉลี่ยเท่ากับ 27.98 (SD = 8.51) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเฉลี่ยเท่ากับ 12.33 (SD = 4.42) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 93 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเฉลี่ยเท่ากับ 15.04 คะแนน (SD = 5.43) อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.63 มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดระดับต่ำ ร้อยละ 32.26 มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดระดับสูง และร้อยละ 30.11 มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนจากแบบสัมภาษณ์ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 93)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด- สูงสุด)	คะแนนที่ได้ M (SD)	ระดับ	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	ระดับ ปานกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)
1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	15-60	40.31 (12.74)	ปานกลาง	26.88	35.48	37.64
1.1 ด้านทั่วไป	10-40	27.98 (8.51)	ปานกลาง	26.88	33.33	39.79



ตารางที่ 1 คะแนนจากแบบสัมภาษณ์ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 93) (ต่อ)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด- สูงสุด)	คะแนนที่ได้ M (SD)	ระดับ	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	ระดับ ปานกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)
1.2 ด้านการฟื้นฟู สมรรถภาพปอด	5-20	12.33 (4.42)	ปานกลาง	41.94	25.80	32.26
2. พฤติกรรมการฟื้นฟู สมรรถภาพปอด	6-24	15.04 (5.43)	ปานกลาง	37.63	30.11	32.26

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .879, p < .01$)

การอภิปรายผล

การศึกษาเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ครั้งนี้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอยู่ในระดับปานกลางทั้งด้านทั่วไปและด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด แสดงถึงความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองด้านทั่วไปที่จะสามารถตอบสนองและการจัดการกับสถานการณ์ที่ย่างยาก ได้แก่ อุปสรรคปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจนประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และการรับรู้เหตุผลในการเผชิญความเครียดขณะการปฏิบัติพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดยังไม่ดีมาก อาจเนื่องจากมีปัจจัยที่ส่งผลทั้งทางบวกและทางลบต่อระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

ปัจจัยที่ส่งผลทางลบ ได้แก่ อายุ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุเฉลี่ย 68.15 ปี ซึ่งอายุที่มากจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Owen & Froman, 1988) เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยที่แสดงถึงวุฒิภาวะของบุคคล หรือเป็นความสามารถในการจะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง รวมถึงสมรรถนะของร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นสมรรถภาพร่างกายลดลง ทำให้บุคคลรับรู้ถึงสมรรถภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงเหมือน เดิม ดังนั้นบุคคลจึงรับรู้ว่าความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุประเทศอิสราเอลของ โทเวล และคณะ (Tovel et al., 2019) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาการรับรู้สมรรถนะในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 67 ปี ประเทศโปรตุเกส โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 46.7 ผลการศึกษาพบว่า



กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสภาพปอดอยู่ในระดับสูง (Santos et al., 2019)

ปัจจัยที่ส่งผลทางบวก ได้แก่ ระดับการศึกษา แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการแสวงหาข้อมูลและทำความเข้าใจกับข้อมูลเพื่อประกอบการประเมินความสามารถของตนเอง ดังการศึกษาของ โทเวล และคณะ (Tovel et al., 2019) ที่พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ ยิ่งมีการศึกษาสูงยิ่งมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ซึ่งระดับการศึกษาเป็นพื้นฐานของการรู้คิด การตัดสินใจหรือพิจารณาเรื่องราวต่าง ๆ พร้อมทั้งมีการเรียนรู้และเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ได้ง่าย และปัจจัยระยะเวลาของการเจ็บป่วย แต่พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งที่มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพียง 1-5 ปี ซึ่งอาจจะทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการควบคุมโรค รวมถึงประสบการณ์ในการแก้ปัญหาและการเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ในการควบคุมโรค ยังมีน้อย ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ วู และคณะ (Wu et al., 2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในประเทศตุรกี พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับทางบวกกับระยะเวลาการเป็นโรค คือ ยิ่งระยะเวลาการเป็นโรคนานจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง

นอกจากนั้น ยังมีปัจจัยแรงสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุประมาณครึ่งมีผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส ดังการศึกษาของ เอกพลพลเดช เดชแก้ว และคณะ (Detkaew et al., 2021) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการกำกับตนเอง ให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมมากขึ้น โดยคู่สมรสและบุตรจะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะสามารถตอบสนองและการจัดการกับอุปสรรคปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและระหว่างการใช้การปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้อย่างต่อเนื่อง

2. พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอยู่ในระดับปานกลาง หมายความว่า พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดยังไม่ดีมากโดยพบว่า การหายใจแบบเป่าปากเป็นพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด รองลงมา คือ การหายใจแบบใช้ชายโครงส่วนล่าง การหายใจแบบใช้กะบังลม การทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด การบริหารการเคลื่อนไหวทรวงอกและลำตัวโดยการใช้ผ้าขนหนูและผ้ายืด และสุดท้าย คือ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาโดยการเดินหรือย่ำอยู่กับที่เป็นพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติน้อยที่สุด

ปัจจัยที่ส่งผลทางลบต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดนี้ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับความรุนแรงปานกลางถึงมากที่สุด ซึ่งระดับความรุนแรงของโรคที่มากขึ้นจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการเหนื่อยได้ง่าย เป็นปัจจัยด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ลดลง ตามทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz et al., 1997) ซึ่งเมื่อบุคคลมีอาการเหนื่อยที่เกิดจากความรุนแรงของโรค จะเกิดความวิตกกังวลและไม่ปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Sriprom et al., 2020)

ปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอด ได้แก่ แรงสนับสนุนของครอบครัว พบว่าประมาณครึ่งของผู้สูงอายุมีผู้ดูแลหลัก คือ คู่สมรส ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ได้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ มีการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีการวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน จนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้อย่างสม่ำเสมอ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเมื่อรับรู้ว่าการกระทำของตนเองจะได้รับความชื่นชมยกย่อง หรือการเสริมแรงจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดมากที่สุด หรือสมาชิกใน



ครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งแรกของการสนับสนุนทางสังคม (Pender et al., 2006) ดังการศึกษาของ สาธิก สุทธิวิ-
ริวรรณ และคณะ (Sutthiviriwan et al., 2024) ในกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 67 ปี พบว่าการสนับสนุนทางสังคม
เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การออกกำลังกายและการฝึกการบริหารการหายใจ
ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่ทั้งนี้พบว่า มีประมาณหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 27.96) ที่มีบุตร
เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งอาจให้การสนับสนุนช่วยเหลือไม่เพียงพอ อาจมีภาระอื่น ๆ ที่ต้องปฏิบัติ ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลหลักไม่
สามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้ จึงทำให้พฤติกรรมการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ สุมาลี ฟ้าชาย และคณะ (Fasai et al., 2016) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย
72 ปี ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติด้านการฟื้นฟูสภาพปอดอยู่ในระดับดีทั้งโดยรวมและรายด้าน อาจเนื่องจาก
กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เกือบครึ่งมีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับความรุนแรง
ปานกลางถึงมากที่สุด ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเหนื่อยได้ง่ายส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ปอดที่ลดลง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และพฤติกรรมการฟื้นฟู สมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และพฤติกรรมการฟื้นฟู
สมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r = .879$) อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟู
สมรรถภาพปอดที่เพียงพอ จะมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่เหมาะสม สามารถอธิบายได้ว่า การที่
ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับอุปสรรคต่าง ๆ ในการ
ปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพปอด โดยอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติในแต่ละวันอาจมีความแตกต่างกันไป เช่น ความเหนื่อย
ความท้อ ถ้าผู้สูงอายุรับรู้ได้ว่าตนเองสามารถจัดการความเหนื่อยหรือความท้อได้ จะช่วยให้บุคคลลงมือปฏิบัติการ
ฟื้นฟูสภาพปอด และสามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่อง ซึ่งการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วย
การบริหารการหายใจ การบริหารการเคลื่อนไหวทรวงอกและลำตัว การออกกำลังกายกล้ามเนื้ออก และการทำสมาธิ
เพื่อผ่อนคลายความเครียด ผู้ป่วยต้องรับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติทุกกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สมรรถภาพ
ปอดดีขึ้น และเมื่อเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคผู้ป่วยที่รับรู้ว่าจะตนเองสามารถจัดการได้จะมีพฤติกรรมการฟื้นฟู
สภาพปอดได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา หมอยาดี และคณะ (Mhoryadee et al.,
2018) ที่ศึกษาในประชากรวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 63.6 ปี ในประเทศไทย พบว่า การรับรู้ความสามารถ
ในการควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการฟื้นฟู
สมรรถภาพปอด ($r = 0.34, p < 0.01$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรมีการประเมินพฤติกรรมการฟื้นฟู
สมรรถภาพปอด ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การหายใจแบบเป่าปาก การหายใจแบบใช้กะบังลม การหายใจแบบ
ใช้ชายโครงส่วนล่าง การบริหารการเคลื่อนไหวทรวงอกและลำตัว การออกกำลังกายกล้ามเนื้ออกโดยการเดินหรือ
ย่ำอยู่กับที่ และการทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด โดยถ้าพบว่าอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ควรพิจารณา
วางแผนในการปรับพฤติกรรมในด้านที่ไม่เหมาะสม และถ้าประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแล้วพบว่าอยู่ใน
ระดับต่ำหรือปานกลาง ควรนำข้อมูลมาประกอบการปรับพฤติกรรมโดยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในด้าน



ที่ต่ำหรือปานกลาง ควรมีการให้ผู้สูงอายุได้ลงมือปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพจนประสบความสำเร็จ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน
2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายของพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการสนับสนุนพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

References

- Adeloye, D., Song, P., Zhu, Y., Campbell, H., Sheikh, A., & Rudan, I. (2022). Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: A systematic review and modelling analysis. *The Lancet Respiratory Medicine*, 2022, 10(5), 447–458. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00511-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00511-7)
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185-216. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>
- Central Chest Institute of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2019). *Burden of COPD*. <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf> (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Detkaew, A., Samartkit, N., & Masingboon, K. (2021). Relationships of perceived self-efficacy, lifestyle stress, and social support to health behaviors in adults with acute coronary syndrome post percutaneous coronary intervention. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 29(2), 71-80. <https://nurse.buu.ac.th/rsh/file/journal/0000001205.pdf> (in Thai)
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and applications* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Division of Non-Communicable Disease Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2024). *Annual report of the division of noncommunicable diseases*. Aksorn Graphics and Design Printing Mill. (in Thai)
- Fasai, S., Phinyokam, N., & Sittisombat, S. (2016). Factors related to pulmonary rehabilitation practices among persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Journal*, 43(Special Issue), 48-58. (in Thai)
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2022). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2022 report*. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2021/12/GOLD-REPORT-2022-v1.1-22Nov2021_WMV.pdf
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27.



- Martínez-Gestoso, S., García-Sanz, M. T., Carreira, J. M., Salgado, F. J., Calvo-Álvarez, U., Doval-Oubiña, L., Camba-Matos, S., Peleteiro-Pedraza, L., González-Pérez, M. A., Penela-Penela, P., Vilas-Iglesias, A., & González-Barcala, F. J. (2022). Impact of anxiety and depression on the prognosis of COPD exacerbations. *BMC Pulmonary Medicine*, 22(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s12890-022-01934-y>
- Mhoryadee, K., Kanoksunthornrat, N., & Phanpakdee, O. (2018). Relationships between illness perception and pulmonary rehabilitation behaviors in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 29(2), 95-110. (in Thai)
- Nakornchai, T., Rattanapark, P., & Jankaew, J. (2023). Relationship between health literacy, self-efficacy and self-care behaviors among patients with multiple chronic diseases. *Journal of Health and Nursing Research*, 39(2), 134-146. (in Thai)
- Oh, E. G. (2003). The effects of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic lung disease. *International Journal of Nursing Studies*, 40(8), 873-879. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(03\)00071-3](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(03)00071-3)
- Owen, S. V., & Froman, R. D. (1988). Development of a college academic self-efficacy scale. *Educational Resource Information Center*, 1-8. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED298158.pdf>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Pearson Education.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Rahi, M. S., Thilagar, B., Balaji, S., Prabhakaran, S. Y., Mudgal, M., Rajoo, S., Yella, P. R., Satija, P., Zagorulko, A., & Gunasekaran, K. (2023). The impact of anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease. *Advances in Respiratory Medicine*, 91(2), 123-134. <https://doi.org/10.3390/arm91020011>
- Santos, C. D., Santos, A. J., Santos, M., Rodrigues, F., & Bárbara, C. (2019). Pulmonary rehabilitation adapted index of self-efficacy (PRAISE) validated to Portuguese respiratory patients. *Pulmonology*, 25(6), 334-339. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2019.06.003>
- Sriprom, K., Samartkit, N., & Masingboon, K. (2020). Factors related to lung rehabilitation behavior in chest trauma patients with Intercostal chest drainage. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(1), 83-94. (in Thai)
- Sutthiviriwan, S., Apiratanawong, S., & Songthai, N. (2024). Factors predictors self-management behaviors of patients with chronic obstructive pulmonary disease in next normal. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 18(2), 1-16. (in Thai)
- Thai Society of Clinical Oncology. (2018). *Barthel ADL screening assessment form*. Thai Society of Clinical Oncology.



Pulmonary Rehabilitation Self-Efficacy and Pulmonary Rehabilitation Behaviors Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและพฤติกรรม
การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

- Thoracic Society of Thailand Under Royal Patronage. (2022). *Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease 2022*. <https://shorturl.asia/atypz> (in Thai)
- Tovel, H., Carmel, S., & Raveis, V. H. (2019). Relationships among self-perception of aging, physical functioning, and self-efficacy in late life. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 74(2), 212–221. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx056>
- Vincent, E., Sewell, L., Wagg, K., Deacon, S., Williams, J., & Singh, S. (2011). Measuring a change in self-efficacy following pulmonary rehabilitation: An evaluation of the PRAISE tool. *Chest*, 140(6), 1534–1539. <https://doi.org/10.1378/chest.10-2649>
- Wachami, N. A., Guennouni, M., Iderdar, Y., Boumendil, K., Arraji, M., Mourajid, Y., Bouchachi, F. Z., Barkaoui, M., Louerdi, M. L., Hilali, A., & Chahboune, M. (2024). Estimating the global prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24(1), 297. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17686-9>
- Wangsom, A., Othaganont, P., & Ladores, S. (2020). The factors predicting the health-related quality of life among persons with chronic obstructive pulmonary disease in Public Health Region 4, Thailand: A mixed-methods study. *The Open Public Health Journal*, 13(1), 105–113. <https://doi.org/10.2174/1874944502013010105>
- Wu, S. F. V., Courtney, M., Edwards, H., McDowell, J., Shortridge-Baggett, L. M., & Chang, P. J. (2007). Self-efficacy, outcome expectations and self-care behaviors in people with type 2 diabetes in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11c), 250–257. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01930.x>