



ปัจจัยทำนายนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป



สาริก สุธธิวิริวรรณ

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
ปีการศึกษา 2566  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป



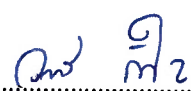
วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
ปีการศึกษา 2566  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร


วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติ  
ถัดไป ”


ของสาธิต สุทธิวิริวรรณ


ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


  
.....ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

  
.....ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ดร.แสงเดือน อภีรัตน์วงศ์)

  
.....กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิชกานต์ ทรงไทย)

  
.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(ดร.ขวัญแก้ว วงษ์เจริญ)

อนุมัติ

  
.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

๒1 พ.ย. 2566

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป
ผู้วิจัย	สาธิต สุทธิวิริวรรณ
ประธานที่ปรึกษา	ดร.แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์
กรรมการที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชนันต์ ทรงไทย
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566
คำสำคัญ	พฤติกรรมการจัดการตนเอง, ยุคปกติถัดไป, ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป และเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในแผนกผู้ป่วยนอกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 130 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรม การจัดการตนเอง ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือดังกล่าวเท่ากับ 0.84, 0.96, 1, 0.92 และ 1 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นโดยแบบสอบถามความรู้ทดสอบโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 ได้ค่าเท่ากับ 0.82 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล ทดสอบโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.83, 0.89, 0.93 และ 0.75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.10, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.49)
2. อายุ ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปได้ร้อยละ 51.4

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .514, p < .001$ ) โดยพบว่า อายุสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติได้มากที่สุด ( $\beta = .375, p < .001$ ) รองลงมาคือ ความรู้ ( $\beta = .301, p < .001$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .156, p < .05$ ) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ( $\beta = .154, p < .05$ )

ผลการศึกษานี้เสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้โดยเฉพาะด้านการรักษา ได้แก่ การออกกำลังกาย รวมถึงวิธีการผ่อนคลายและการจัดการกับความเครียด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ความถี่และระยะเวลาของการออกกำลังกาย และการใช้เทคนิคหายใจเพื่อลดอาการหอบเหนื่อย นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากเพื่อน ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงแหล่งสนับสนุนอย่างเหมาะสมกับบริบทของยุคปกติได้



<b>Title</b>	FACTORS PREDICTING SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN NEXT NORMAL
<b>Author</b>	Satik Sutthiviriwan
<b>Advisor</b>	Sangduan Apiratanawong, Ph.D.
<b>Co-Advisor</b>	Assistant Professor Nichakarn Songthai, Ph.D.
<b>Academic Paper</b>	M.N.S. Thesis in Adult and Gerontological Nursing - (Type A2), Naresuan University, 2023
<b>Keywords</b>	Self-management behaviors, Next normal, Chronic obstructive pulmonary patients

### ABSTRACT

The purpose of this predictive correlational research study was to self-management behaviors of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in next normal and factors predicting self-management behaviors of patients with chronic obstructive pulmonary disease in next normal. Participating in the study, there were 130 patients with chronic obstructive pulmonary disease at Non-communicable diseases clinic, Lomkao crown prince hospital. The research instruments used, self-management behavior questionnaire, knowledge questionnaire, self-efficacy questionnaire, social support questionnaire and anxiety questionnaire showing the content validity index (CVI) 0.84, 0.96, 1, 0.92 and 1 respectively. They had been tested for content validity of knowledge questionnaire by used the Kuder-Richardson 20 with a score of 0.82 and Self-management behavior questionnaire, Self-efficacy questionnaire, Social support questionnaire and Anxiety questionnaire tested by used the Cronbach 'alpha coefficient with score of 0.83, 0.89, 0.93 and 0.75 respectively. The data were analyzed by descriptive statistics and regression analysis.

1. The results revealed that self-management behaviors was at a moderate level (Average = 3.10, Standard deviation = 0.49).

2. Age, knowledge, social support and self-efficacy were found as good combine predictions of self-management behaviors of patients with chronic obstructive pulmonary disease in next normal, with 51.4% of variance ( $R^2 = .514$ ,  $p < .001$ ) were found age was the most predictive of self-management behaviors of patients with chronic obstructive pulmonary disease in next normal, followed by knowledge ( $\beta = .301$ ,  $p < .001$ ), social support ( $\beta = .156$ ,  $p < .05$ ) and self-efficacy ( $\beta = .154$ ,  $p < .05$ )

These results suggest that health professionals should promote the knowledge of chronic obstructive pulmonary patients, especially medical management, including exercise, relaxation, and stress management. Should promote self-efficacy, including diet for illness, exercise frequency and duration, and breathing exercise techniques. In addition, COPD patients should be encouraged to receive good social support from friends, family, the community, and health professionals. To provide patients with good self-management behaviors in the next normal.

## ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความเมตตาจาก ดร.แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ และคำแนะนำอย่างดียิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชาภรณ์ ทรงไทย กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์นี้ให้สำเร็จลุล่วง

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์ ณัฐ ตะพานวงศ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์ และนางสาวสุวรรณา ไกรคงจิตต์ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการทำวิจัย ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสุขภาพของหน่วยงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่าที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณครอบครัวที่ให้คอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านที่ดีเสมอมา รวมไปถึงผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยเหลือในการทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนดำเนินงานและกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีความเหมาะสมกับบริบทยุคปกติถัดไป

สาธิต สุทธิวิริวรรณ



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศขอบคุณการ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	8
ความสำคัญของการวิจัย.....	8
ขอบเขตของงานวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
สมมติฐานของการวิจัย.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	12
พฤติกรรมการจัดการตนเอง.....	27
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	54

บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	59
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	63
บทที่ 5 บทสรุป.....	73
บรรณานุกรม.....	82
ภาคผนวก.....	89
ประวัติผู้วิจัย.....	118



## สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไป (n=130).....	64
ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป จำแนกตามรายชื่อและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 130) .....	66
ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนสังคม ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป (n = 130).....	69
ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างอายุ ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป (n = 130).....	70
ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) และรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าคงที่ในการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 130) .....	71

## สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	54
--------------------------------	----



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของทางเดินหายใจที่มีขนาดแคบลง ทำให้เกิดการจำกัดการไหลเวียนของอากาศที่เข้าและออกจากปอด เป็นกลุ่มโรคที่พบได้บ่อย สามารถป้องกัน และรักษาได้ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของโลก และทำให้มีผู้เสียชีวิต 3.23 ล้านคนในปี พ.ศ. 2562 (World Health Organization, 2022) ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดความสูญเสียในชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก สำหรับประเทศไทย จากสถิติในปี พ.ศ. 2559-2561 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 40 ปีขึ้นไปจำนวน 152,319, 159,398 และ 169,009 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี คิดเป็นร้อยละ 4.65 และ 6.03 ตามลำดับ (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ, 2562)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถป้องกันและรักษาได้ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการติดตามและการประเมินระดับของโรคเป็นระยะ เพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ โดยแนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบไปด้วย การรักษาโดยใช้ยา และการรักษาอื่นที่ไม่ใช่ยา เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประกอบไปด้วย การให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การประเมินและการฟื้นฟูสภาพของกล้ามเนื้อการหายใจ สภาพอารมณ์และจิตใจ ภาวะโภชนาการ รวมไปถึงการออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างเหมาะสม (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560)

พฤติกรรมจัดการตนเอง คือ การที่ผู้ป่วยสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง รวมถึงการที่สามารถอยู่ร่วมกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยต้องมีหน้าที่ในการจัดการกับโรคของตนเองที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดย Lorig & Holman (2003) ได้กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยจะเกิดพฤติกรรมจัดการตนเองได้นั้น จะต้องประกอบไปด้วย การให้ความรู้ การเสริมสร้างทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยแสดงออกทางพฤติกรรมที่ต้องจัดการตนเอง ทั้ง 3 ด้าน คือ การจัดการตนเองด้านการรักษา (Medical management) ได้แก่ การใช้ยาที่ถูกต้อง และถุกวิธี การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายและการฝึกการบริหารการหายใจ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดอาการกำเริบของโรค การจัดการตนเองด้านบทบาทในชีวิตประจำวัน (Role management) ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวันในสภาวะของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปตามการดำเนินการของโรค และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างและทางสังคมของ

ผู้ป่วย และการจัดการตนเองด้านอารมณ์ (Emotional management) ได้แก่ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การฝึกสมาธิ การฝึกหายใจโดยใช้กลัมนื้อหน้าท้อง และการคิดทางบวก เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมโรค ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพ สามารถชะลอหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ นอกจากนี้ยังลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา (ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์, 2560)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ จำนวน 120 เตียง ตั้งอยู่บริเวณตอนบนของจังหวัดเพชรบูรณ์ จากการศึกษาสถิติพบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 1 ใน 10 อันดับโรคที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษามากที่สุด โดยในปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นจำนวน 280, 269 และ 194 ราย ตามลำดับ และจากข้อมูลอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีจำนวน 508, 492 และ 344 ครั้งต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2565) จากข้อมูลสถิติข้างต้นแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันจะมีแนวโน้มลดลงในแต่ละปี แต่เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขกลับพบว่ายังสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ (<130 ครั้งต่อแสนประชากร) (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ช่วงประมาณเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 เกิดการระบาดของโรคโควิดอย่างรุนแรงและรวดเร็วในหลายประเทศ (มะลิ วิโรจน์แสงทอง, 2563) จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2565 พบผู้ติดเชื้อตั้งแต่ระลอกแรก-ปัจจุบัน ยืนยันทั่วโลกจำนวน 526 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 6 ล้านคน การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และมาตรการการควบคุมป้องกันโรคนี้นี้ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขเป็นอย่างมากโดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแง่การส่งเสริมป้องกัน การรักษา และควบคุมโรค จากผลกระทบดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบระบบบริการสุขภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การลดจำนวนผู้รับบริการ การลดจำนวนชั่วโมงและวันในการให้บริการ งดการจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในรูปแบบปกติ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564; สุชีรา บรรลือศิลป์, 2564) นอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ลดลง มีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (Curley, 2022; Mcauley et al., 2021; Reilly, Bristowe, Roach, Maddocks & Higginson, 2022) และมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น พฤติกรรมการใช้ยาพ่นเพื่อบรรเทาอาการขณะอยู่ที่บ้านเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการแพร่ระบาดของโรค เนื่องจากผู้ป่วยต้องการที่จะควบคุมอาการของตนเองเพื่อที่ได้ออกไปโรงพยาบาล เพราะกลัวการติดเชื้อโควิด 19 นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายในระดับที่น้อย และ

น้อยมาก (Mcauley et al., 2021) จากผลกระทบการแพร่ระบาดดังกล่าวทำให้ระบบบริการสุขภาพ และผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการใช้ชีวิต ซึ่งนำไปสู่วิถีชีวิตในยุคปกติใหม่

ยุคปกติใหม่ (New normal) คือ ช่วงเวลาที่เกิดรูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งแตกต่างจากในอดีต เนื่องจากมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มากระทบจนแบบแผนแนวทางปฏิบัติ และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงไป (ราชบัณฑิตยสภา, 2563) นับตั้งแต่เกิดการระบาดของโรคจนถึงปัจจุบันใช้ระยะเวลาประมาณ 3 ปี (พ.ศ. 2562-2565) ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้เหมาะสมและคุ้นชินกับบริบทของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อจะเตรียมความพร้อมที่จะก้าวเข้าสู่ช่วงเวลาที่เรียกว่า ยุคปกติถัดไป (Next normal) หมายถึง ช่วงเวลาที่บุคคลมีการกลับมาใช้ชีวิตปกติโดยเกิดเป็นรูปแบบการใช้ชีวิตใหม่ หลังจากการผ่านสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง, 2565) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลังจากเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่ในด้านร่างกาย จิตใจ เกิดพฤติกรรมใหม่ในการจัดการตนเอง (Curley, 2022) และเกิดการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการบริการสุขภาพ เช่น การนำระบบการแพทย์ทางไกลมาประยุกต์ใช้ เป็นต้น (สุชีรา บรรลือศิลป์, 2564; Kermelly & Bourbeau, 2022; Wu et al., 2021)

จากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตในยุคปกติใหม่ และการเตรียมพร้อมที่จะเข้าสู่ในยุคปกติถัดไป พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เปลี่ยนไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในด้านบวกและด้านลบ รวมถึงการเกิดพฤติกรรมใหม่ในการจัดการตนเอง (Curley, 2022) จากการศึกษาปัจจัยตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ ฮอลแมน และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติใหม่ และยุคปกติถัดไป พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล

อายุ เป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงความรู้ ประสบการณ์ และวุฒิภาวะ ซึ่งผู้ที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่สูงกว่า (นิตยา กออิสรานูภาพ, วรวิษา สำราญเนตร และปนัดดา อาษา, 2565) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Becker (1974) ที่กล่าวว่า อายุมีส่วนช่วยในการส่งเสริมบุคคลที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเกี่ยวกับแผนการรักษา รวมไปถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค จากการศึกษาของ Yang, Wang, Du, Wang, Wang & Zhang (2019) พบว่า อายุมีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศจีน ( $\beta = .13, p < .05$ ) และเป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรม

การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 32 ( $R^2 = .32, p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Posai, Suksatan, Choompunuch, Koontalay, Ounprasertsuk & Sadang (2021) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ระลอก 2 ( $r = .13, p < .05$ )

ระดับความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วยความสามารถสูงสุดในการปฏิบัติกิจกรรม (Functional capacity) และการปฏิบัติกิจกรรม (Functional performance) (สุภาพรณ ด้วงแพง, 2558) จากการศึกษาของ Korpershoek, Vervoort, Nijssen, Trappenburg & Schuurmans (2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (GOLD2 vs GOLD1  $\beta: -3.2; 95\%CI -5.8 \text{ to } -0.5$ ; GOLD3 vs GOLD1  $\beta: -3.4; 95\%CI -7.1 \text{ to } 0.3, p < .20$ ) และเป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 17 ( $R^2 = .17, p < .20$ )

โรคประจำตัว คือ โรคที่เกิดขึ้นก่อนหรือเกิดขึ้นร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลักซึ่งไม่ใช่โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลัง (ภรปภา จันทรศรีทอง, 2559) เป็นปัจจัยทางสรีรวิทยาของบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย (Korpershoek et al., 2016) จากการศึกษาของ Korpershoek et al. (2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า โรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta = .80, P < .20$ ) และเป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 17 ( $R^2 = .17, p < .20$ ) และการศึกษาของ Yadav, Lloyd, Hosseinzadeh, Baral, Bhatta & Harris (2020) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ของความแตกฉานทางสุขภาพ และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคประจำหลายโรค ในประเทศเนปาล พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรคขึ้นไปมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta = 3.58, P = .007$ )

ความรู้ คือ สิ่งที่สะท้อนจากตัวบุคคล โดยผ่านการประมวลผลจากความเข้าใจ การตีความ บริบท ประสบการณ์ และสติปัญญา (Pamela, 2011) ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Lorig & Holman, 2003) จากการศึกษาพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังการศึกษาของ ปัทมาพร ชนะมาร



(2560) ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta=.29, p < .05$ ) และเป็นตัวแปรในโมเดลที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 72 ( $R^2 = .72, p < .05$ ) การศึกษาของพวงเพชร ใจคำ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ( $r = .29, p = .002$ ) และการศึกษาของ Yang et al. (2019) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรคกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศจีน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $r = 0.37, p < .01$ ) มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta=.025, p < .001$ ) และเป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 32 ( $R^2 = .32, p < .05$ )

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ ความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะดำเนินการตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ (Bandura & Wessels, 1994) ซึ่งการจัดการตนเองจะประสบผลสำเร็จเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการเพิ่มระดับของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น และสามารถจัดการตนเองได้เป็นผลสำเร็จ (Lorig & Holman, 2003) จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังการศึกษาของ ปัทมาพร ชนะมาร (2560) ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta=.08, p < .05$ ) และเป็นตัวแปรในโมเดลที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 72 ( $R^2 = .72, p < .05$ ) การศึกษาของ Park & Kang (2017) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $r=.76, p < .001$ )

การสนับสนุนทางสังคม คือ ความสัมพันธ์ทางสังคมที่มาจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ มีความเกี่ยวข้องถึงการได้รับความช่วยเหลือในเรื่องของความวิตกกังวลหรืออารมณ์ ความช่วยเหลือด้านทรัพยากร การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการประเมินตนเอง (House, Kahn, McLeod & Williams,

1985) แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) ที่กล่าวว่า การที่จะเกิดพฤติกรรม การจัดการตนเองที่ดีนั้นผู้ป่วยต้องมีการฝึกทักษะในการจัดการตนเอง ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญของ การฝึกทักษะ คือ การที่ผู้ป่วยต้องมีการใช้แหล่งช่วยเหลือ รวมถึงการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทาง สุขภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่กล่าวว่า หากบุคคลได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว หรือบุคลากรทางสุขภาพในด้านข้อมูล ทรัพยากร อารมณ์ และการประเมินจะทำให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญหรือจัดการกับปัญหาพฤติกรรมด้านสุขภาพ ได้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ และผลกระทบของการแพร่ระบาด โควิด 19 ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทาง สังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง เนื่องจากการแพร่ระบาดของโควิด 19 จำเป็นต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคม ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องประสบกับความรู้สึก สูญเสีย กล่าวคือ รู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวเมื่อถูกจำกัดหรือลดการติดต่อทางสังคมกับครอบครัว และ เพื่อน (Curley, 2022) สำหรับด้านการรักษา โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ได้มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ จะต้องพบบุคลากรทางการแพทย์ ยกเว้นแต่เมื่อมีการกำเริบของอาการที่ต้องมาที่แผนกฉุกเฉิน ดังนั้นการดูแลบางส่วนจึงถูกระงับลงทำให้การได้รับข้อมูลข่าวสารและความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับ บุคลากรทางการแพทย์มีประสิทธิภาพลดลงตามไปด้วย ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการ ตนเองที่ลดลง (Mcauley et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kusk, Storgaard, Weinreich, Grønkaer & Thorup (2021) ได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องถูกเว้น ระยะห่างทางสังคมในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด 19 พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียการใช้ชีวิต ตามปกติโดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังการศึกษาของ ปีทมา พร ชนะมาร (2560) ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการ ตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta = .18, p < .05$ ) และเป็นตัวแปรในโมเดลที่สามารถ อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 72 ( $R^2 = .72, p < .05$ ) การศึกษาของพวงเพชร ใจคำ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเอง ( $r = .315, p = .001$ ) และการศึกษาของ Ting et al.

(2022) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta = .46, p < .001$ ) และเป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 36 ( $R^2 = .36, p < .05$ )

ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยด้านจิตวิทยาเชิงลบที่แสดงออกถึงลักษณะทางกาย อารมณ์ สติปัญญา และพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในด้านลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นปัจจัยรบกวนพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Giang, Kangchai & Sumngern, 2016) เมื่อผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลอาจส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การสูบบุหรี่ หรือ การดื่มที่เพิ่มมากขึ้น (Yohannes, 2021) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ และผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรโรคโควิด 19 ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องประสบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 กล่าวคือ ผู้ป่วยกลัวที่จะติดเชื้อโควิด 19 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองที่คาดว่าจะจะเป็นความเสี่ยงของอาการที่รุนแรงหากตนเองมีการติดเชื้อ และวิตกกังวลว่าจะไม่ได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ตามเดิม (Curley, 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ McAuley, et al. (2021) ได้ศึกษาถึงอัตราการกำเริบและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงกว่าในสถานการณ์ปกติ (ร้อยละ 28 เป็นร้อยละ 58) โดยแบ่งเป็นความวิตกกังวลเล็กน้อย (ลดลงจากร้อยละ 93 เป็นร้อยละ 52) และความวิตกกังวลมาก (เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 48) จากการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังการศึกษาของ Korpershoek et al. (2016) ศึกษาปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ในทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ( $\beta: -.35, p < .20$ )

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แม้ว่าจะมีการศึกษาหาปัจจัยตลอดจนถึงการพัฒนาเป็นโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้ว แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ในยุคปกติมีผลการศึกษาที่ชัดเจนและครอบคลุมแล้ว สำหรับยุคปกติใหม่และปกติถัดไป พบว่า ผลการศึกษาที่ยังค่อนข้างน้อย ไม่ชัดเจนและครอบคลุม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายได้แก่ อายุ

ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป เพื่อนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้ไปใช้ในการวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมที่จะส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีความเหมาะสมในบริบทของยุคปกติถัดไป

### จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป

### ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้ข้อมูลพื้นฐานเรื่องปัจจัยเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีความเหมาะสมในบริบทของยุคปกติถัดไป
2. สามารถนำผลการวิจัยที่ได้จากปัจจัยการทำนายไปพัฒนาเป็นโปรแกรมในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีความเหมาะสมในบริบทของยุคปกติถัดไป

### ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในแผนกผู้ป่วยนอกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2566

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร จากการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมหรือเนื้อปอด โดยมีค่าสมรรถภาพของปอด หรือระดับความรุนแรงของการอุดกั้นหลอดลม (Airflow limitation severity) ได้แก่ ระดับ 1 รุนแรงน้อย ค่า  $FEV_1 \geq$  ร้อย

ละ 80 ระดับ 2 รุนแรงปานกลาง ค่า  $FEV_1$  ร้อยละ 50-79 ระดับ 3 รุนแรงมาก ค่า  $FEV_1$  ร้อยละ 30-49 และระดับ 4 รุนแรงมากที่สุด ค่า  $FEV_1$  ร้อยละ 30

ยุคปกติถัดไป หมายถึง ช่วงเวลาที่บุคคลมีการกลับมาใช้ชีวิตปกติโดยเกิดเป็นรูปแบบการใช้ชีวิตใหม่ หลังจากการผ่านสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตัวหรือการแสดงออกโดยการปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองในสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อควบคุม และจัดการกับอาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของตนเองที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยประกอบไปด้วยการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรักษา ด้านบทบาทในชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์ โดยประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งดัดแปลงจาก พวงเพชร ใจคำ (2562) ประกอบไปด้วยการประเมินการจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรักษา จำนวน 6 ข้อ ด้านบทบาทในชีวิตประจำวัน จำนวน 7 ข้อ และด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 18 ข้อ

อายุ หมายถึง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุ 20-80 ปี

ระดับความรุนแรงของโรค หมายถึง ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งตามความรุนแรงของการอุดกั้นหลอดลม (Airflow limitation severity) ได้แก่ ระดับ 1 รุนแรงน้อย ค่า  $FEV_1 \geq$  ร้อยละ 80 ระดับ 2 รุนแรงปานกลาง ค่า  $FEV_1$  ร้อยละ 50-79 ระดับ 3 รุนแรงมาก ค่า  $FEV_1$  ร้อยละ 30-49 และระดับ 4 รุนแรงมากที่สุด ค่า  $FEV_1$  ร้อยละ 30

โรคประจำตัว หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นก่อนหรือเกิดขึ้นร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลักซึ่งไม่ใช่โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลัง

ความรู้ หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการจัดการกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการตนเองด้าน การรักษา การจัดการตนเองเกี่ยวกับบทบาทในชีวิตประจำวัน และการจัดการตนเองด้านอารมณ์ โดยประเมินได้จากแบบสอบถามความรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งดัดแปลงจาก พวงเพชร ใจคำ (2562) ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ความหมายของโรค สาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา อาการ ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบ จำนวน 6 ข้อ และการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการรักษา จำนวน 7 ข้อ ด้านบทบาทในชีวิตประจำวัน จำนวน 6 ข้อ และด้านอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 25 ข้อ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่น หรือความมั่นใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่จะสามารถปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรักษา ด้านบทบาทในชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์ ในสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยประเมินด้วย

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ด้านการรักษา จำนวน 6 ข้อ ด้านบทบาทในชีวิตประจำวัน จำนวน 5 ข้อ และด้านอารมณ์ จำนวน 1 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การใช้ยาที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ และ การจัดการกับความเครียดโดยการสนับสนุนจะแสดงออกมาทั้งหมด 4 ด้านประกอบไปด้วย ด้านข้อมูล ด้านทรัพยากร ด้านอารมณ์ และด้านการประเมิน โดยประเมินด้วยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งดัดแปลงจาก พวงเพชร ใจคำ (2562) ได้แก่ ข้อคำถามด้านข้อมูล จำนวน 3 ข้อ ด้านทรัพยากร จำนวน 6 ข้อ ด้านอารมณ์ จำนวน 2 ข้อ และด้านการประเมิน จำนวน 2 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกและอารมณ์ที่เป็นลบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งได้รับมาจากหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยมีอิทธิพลต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม โดยประเมินได้จากแบบประเมินความวิตกกังวลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ

### **สมมติฐานของการวิจัย**

อายุ ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติได้

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

#### โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. สถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและบริบทของโรงพยาบาล
2. ความหมาย สาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา
3. ระดับความรุนแรงของโรค
4. อาการและอาการแสดงของโรค
5. ผลกระทบของโรค
6. การรักษาโรค
7. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

#### พฤติกรรมจัดการตนเอง

1. ความหมายและแนวคิดพฤติกรรมจัดการตนเอง
2. พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติใหม่และยุคปกติถัดไป
4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองในยุคปกติใหม่และยุคปกติถัดไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง  
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### 1. สถานการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของโลก และทำให้มีผู้เสียชีวิต 3.23 ล้านคนในปี พ.ศ. 2562 (WHO, 2022) ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดความสูญเสียในชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก สำหรับประเทศไทยสถิติในปี พ.ศ. 2559-2561 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 40 ปีขึ้นไปจำนวน 152,319, 159,398 และ 169,009 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยคิดเป็นร้อยละ 4.65 และ 6.03 ตามลำดับ (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ, 2562)

ช่วงประมาณเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 เกิดการระบาดของโรคโควิดอย่างรุนแรงและรวดเร็วในหลายประเทศ (มะลิ วิโรจน์แสงทอง, 2563) จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2565 พบผู้ติดเชื้อตั้งแต่ระลอกแรก-ปัจจุบัน ยืนยันทั่วโลกจำนวน 526 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 6 ล้านคน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคโควิด 19 เนื่องจาก ไวรัสก่อให้เกิดพยาธิสภาพและความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยที่มีโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังมีอาการรุนแรงมากขึ้น (วิจิต กาจเงิน, 2565) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ของ สุชีรา บรรลือศิลป์ (2564) พบว่าผู้ที่เป็โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง และอาการทางเดินหายใจมีความเสี่ยงหากติดเชื้อโควิด 19 ซึ่งมีโอกาสสูงที่จะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป นอกจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้จัดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 1 ใน 7 กลุ่มโรคเสี่ยงที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงการได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 เป็นลำดับต้นๆ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และมาตรการการควบคุมป้องกันโรค ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขเป็นอย่างมากโดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในแง่การส่งเสริมป้องกัน การรักษา และควบคุมโรค ซึ่งจากผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่าการให้บริการตั้งแต่การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรคและปัจจัยเสี่ยงได้ถูกจำกัดลง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อเชิงบวกหรือเชิงลบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงการจัดบริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และนัตยา ตั้งศิริกุล, 2564)

สำหรับบริบทแหล่งเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ คือโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ จำนวน 120 เตียง ตั้งอยู่บริเวณตอนบนของจังหวัดเพชรบูรณ์ จากการศึกษาสถิติพบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 1 ใน 10 อันดับโรคที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษามากที่สุด โดยในปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นจำนวน 280, 269 และ 194 ราย ตามลำดับ และจากข้อมูลอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบ



เฉียบพลัน ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีจำนวน 508, 492 และ 344 ครั้งต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2565) จากข้อมูลของหน่วยงานในปี พ.ศ. 2561-2562 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในขอบเขตการให้บริการประมาณ 400 คน โดยคิดเป็นเพศชาย 313 คน และเพศหญิง 87 คน มีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคโดยใช้ระดับความรุนแรงของการอุดกั้นหลอดลม (Airflow limitation severity) แบ่งตามค่า FEV<sub>1</sub> หลังให้ยาขยายหลอดลม ได้แก่ ระดับที่ 1 (A) 137 คน ระดับที่ 2 (B) 19 คน ระดับที่ 3 (C) 47 คน และระดับที่ 4 (D) 69 คน สำหรับข้อมูลระดับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหลือมีข้อมูลไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัด เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการพิจารณากำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าตามการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามสมรรถภาพของปอด หรือระดับความรุนแรงของการอุดกั้นหลอดลม (Airflow limitation severity) โดยแบ่งตามค่า FEV<sub>1</sub> หลังให้ยาขยายหลอดลม (GOLD, 2022) เพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

## 2. ความหมาย สาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา

### 2.1 ความหมาย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เกิดจากความผิดปกติของทางเดินหายใจที่มีขนาดแคบลง ทำให้เกิดการจำกัดการไหลเวียนของอากาศที่เข้าและออกจากปอด กระบวนการที่ทำให้ทางเดินหายใจแคบลง อาจเกิดจากการที่ปอดถูกทำลายบางส่วน จากการมีเสมหะมาอุดกั้นทางเดินหายใจ หรืออาจมีการอักเสบติดเชื้อและการบวมของเยื่อหุ้มทางเดินหายใจ (WHO, 2022) โดยทั่วไปโรคปอดอุดกั้นมักหมายรวมถึง 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) มีนิยามจากอาการทางคลินิก คือ ไอเรื้อรัง มีเสมหะ มีอาการเป็นๆหายๆปีละอย่างน้อย 3 เดือน และเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี โดยไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น และโรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary emphysema) เป็นโรคที่มีพยาธิสภาพจากการทำลายของถุงลมขนาดเล็กที่ส่วนปลายของทางเดินหายใจ โดยมีการขยายตัวโป่งพองอย่างถาวร ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักพบโรคทั้งสองดังกล่าวอยู่ร่วมกัน และแยกออกจากกันได้ยาก (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560)

### 2.2 สาเหตุการเกิดโรค

ปัจจุบันได้มีการศึกษาและติดตามเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้น แต่ก็ยังไม่ทราบแน่ชัด องค์กร Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: GOLD (2022) ได้ระบุถึงสาเหตุว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดโรค แต่ก็ยังมีสาเหตุปัจจัยอื่นๆที่มีความเกี่ยวข้อง ดังนี้

2.2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม จากข้อมูลพบว่าการขาดสารอัลฟาวันแอนตี้ทริปซิน alpha-1 antitrypsin (AATD) ทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อปอด นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งปอดหรือคนในครอบครัวที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเช่นเดียวกัน (GOLD, 2022)

2.2.2 อายุและเพศ ในด้านอายุพบว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางเดินหายใจ ความยืดหยุ่นของปอดลดลง ร่วมกับผู้สูงอายุมีการสะสมและสัมผัสปัจจัยเสี่ยงตลอดทั้งชีวิตจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคได้ ส่วนเพศยังไม่มีการรายงานที่ชัดเจนในอดีต ส่วนใหญ่สามารถพบได้ในเพศชายมากกว่าหญิง แต่ในปัจจุบันพบว่าเพศหญิงมีความชุกและอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น นอกจากนั้น เพศหญิงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมีอาการจะมีความรุนแรงทางคลินิกมากกว่าผู้ชาย (Silveyra, Fuentes & Rodriguez Bauza, 2021)

2.2.3 การเจริญเติบโตและพัฒนาการของปอด เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตั้งแต่อายุในครรภ์ การคลอด ตลอดจนถึงในวัยเด็ก หากมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาของปอดจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น (GOLD, 2022)

2.2.4 การสัมผัสปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุดของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้สูบบุหรี่มีอัตราการเกิดความผิดปกติในทางเดินหายใจสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ รวมถึงยาสูบประเภทอื่นๆ เช่น ชิการ์ ไปป์ และกัญชา นอกจากนั้นการสัมผัสหรือได้รับควันจากบุหรี่มือสองก็ส่งผลให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจและปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เช่นกัน และการสัมผัสฝุ่นควัน สารเคมี รวมถึงมลพิษทางอากาศทั้งในบริเวณบ้าน ที่ทำงาน และที่สาธารณะซึ่งอาจเกิดจากการเผาไหม้เชื้อเพลิง หรือ การขับเคลื่อนเครื่องจักรต่างๆ สาเหตุปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอุบัติการณ์การเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560)

2.2.5 สถานะเศรษฐกิจและสังคม พบว่าผู้ที่มีสถานะเศรษฐกิจและสังคมที่อยู่ในระดับต่ำนั้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูงขึ้น อาจมีความเกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพในการทำงาน ซึ่งมีการศึกษาเพิ่มเติมว่า สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมตามอาชีพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยอาชีพที่ใช้แรงงานมีความชุกของโรคสูงกว่าระดับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในโรงงานอุตสาหกรรม (Kainu, Rouhos, Sovijärvi, Lindqvist, Sarna & Lundbäck, 2013)

2.2.6 การติดเชื้อ ผู้ที่มีประวัติการติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรงในวัยเด็กมักมีความสัมพันธ์กับการทำงานของปอดที่ลดลง เป็นความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคได้ นอกจากนั้นยังมีการศึกษาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคปอดได้ถูกระบุว่าโรคดังกล่าวมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นด้วย (GOLD, 2022)

## 2.3 พยาธิสรีรวิทยา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากกลไกความผิดปกติของ emphysema ร่วมกับการมี chronic bronchitis โดยกลไกการเกิด emphysema เกิดจากเอนไซม์ protease ทำงานมากเกินไป การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการสะสมของ neutrophil และ macrophage ใน alveoli มากขึ้นจากการกระตุ้นของ nicotine เมื่อ neutrophil เกิด degranulation จะมีเอนไซม์ protease ออกมาทำลาย alveoli ในส่วนของ macrophage การสูบบุหรี่จะเพิ่มการทำงานของเอนไซม์ elastase จาก macrophage ที่มีฤทธิ์ทำลาย alveolar wall ด้วยเช่นกัน ในส่วนของ chronic bronchitis มีสาเหตุมาจากเยื่อหุ้มหลอดลมถูกสารในควันบุหรี่ทำระคายเคืองอย่างเรื้อรัง เยื่อหุ้มหลอดลมที่ถูกระคายเคืองนี้จะสร้างเมือกออกมามากขึ้นโดยการเพิ่มจำนวนของ goblet cell รวมทั้งการขยายขนาดและเพิ่มจำนวนของ submucosal gland ที่อยู่ใต้เยื่อหุ้ม การเพิ่มปริมาณของสารเมือกทำให้กระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของหลอดลมลดลงและเกิดการติดเชื้อมากขึ้น (พิมพ์ฉิม อินเจริญ, 2561)

## 3. ระดับความรุนแรงของโรค

จากข้อมูลขององค์กร GOLD (2022) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้ความสามารถในการทำกิจกรรม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาการเหนื่อยหอบ เป็นเกณฑ์ดังนี้

ระดับ 0 เหนื่อยเมื่อต้องออกกำลังกายอย่างหนัก

ระดับ 1 มีอาการเหนื่อยง่าย เมื่อเดินเร็วๆ ขึ้นทางชัน

ระดับ 2 เดินในพื้นที่ราบไม่ทันเพื่อนที่อยู่ในวัยเดียวกัน เพราะเหนื่อยหรือต้องหยุดเดิน เป็นพักๆ

ระดับ 3 เหนื่อยเมื่อเดินได้ประมาณ 100 เมตร

ระดับ 4 เหนื่อยง่าย จนไม่สามารถออกนอกบ้านได้ หรือเหนื่อยเวลาทำกิจวัตรประจำวัน เช่น แต่งตัว หรือถอดเสื้อผ้า

นอกจากนั้นความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังสามารถแบ่งได้ตามสมรรถภาพของปอด หรือระดับความรุนแรงของการอุดกั้นหลอดลม (Airflow limitation severity) โดยแบ่งตามค่า FEV<sub>1</sub> หลังให้ยาขยายหลอดลม (GOLD, 2022) ได้ดังนี้

ระดับ 1 รุนแรงน้อย (GOLD1) ค่า FEV<sub>1</sub>  $\geq$  ร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน ร่วมกับมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะ

ระดับ 2 รุนแรงปานกลาง (GOLD2) ค่า FEV<sub>1</sub> ร้อยละ 50-79 ของค่ามาตรฐาน ร่วมกับมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะ

ระดับ 3 รุนแรงมาก (GOLD3) ค่า  $FEV_1$  ร้อยละ 30-49 ของค่ามาตรฐาน ร่วมกับมีหรือไม่มีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะ

ระดับ 4 รุนแรงมากที่สุด (GOLD4) ค่า  $FEV_1 <$  ร้อยละ 30 ของค่ามาตรฐานร่วมกับมีอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรัง

#### 4. อาการและอาการแสดงของโรค

อาการที่พบ ได้แก่ หอบเหนื่อยซึ่งจะมีลักษณะที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ไอเรื้อรังร่วมกับมีเสมหะในช่วงเช้า แน่นหน้าอก หรือหายใจมีเสียงหวีด ส่วนอาการแสดงที่พบได้เมื่อผู้ป่วยมีการอุดกั้นของหลอดลมมากขึ้นอาจตรวจพบลักษณะการจำกัดของการไหลเวียนอากาศและการมีลมค้างอยู่ในปอด เช่น เวลาที่ใช้ในการหายใจออกนานกว่าปกติ เกิดความผิดปกติของขนาดและรูปร่างของทรวงอก (Increase chest A-P diameter) เคาะปอดแล้วได้ยินเสียงโป่งมาก และจะสังเกตเห็นการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจมากขึ้น ในระยะท้ายของโรคอาจตรวจพบลักษณะของความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงและ/หรือหัวใจด้านขวาล้มเหลว (Cor pulmonale) (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560)

#### 5. ผลกระทบของโรค

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับภาวะคุกคามของโรคเป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลง โดยผลกระทบส่วนใหญ่ที่พบ (สืบตระกูล ตันตลานุกุล, ภูตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา และสุริยา ฟองเกิด, 2560) มีดังนี้

5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย จากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้โครงสร้างของระบบทางเดินหายใจเปลี่ยนแปลงไป การทำหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้พบว่าปัญหาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยคือการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากการรับประทานอาหารได้น้อยจากอาการหายใจลำบาก หรือจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และปัญหาการนอนหลับผิดปกติ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีอาการหายใจลำบากระหว่างการนอนหลับส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ

5.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และการที่ผู้ป่วยไม่สามารถออกกำลังกายในการทำกิจกรรมได้ตามเดิมจึงทำให้ผู้ป่วยลดการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่สามารถออกจากบ้านหรือช่วยเหลือตนเอง อาจต้องได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวหรือผู้ดูแล ผู้ป่วยอาจรู้สึกขาด

อิสรภาพ โดดเดี่ยว และเกิดอาการซึมเศร้า (เพิ่มพูล บุญมี, วัลภา คุณทรงเกียรติ และเขมรติ มาสิงบุญ, 2559) นอกจากนี้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ลดลง จากผลกระทบของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น (Phuong, Puwarawuttipanit & Chanruangvanich, 2017)

5.3 ผลกระทบด้านสังคม ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีแนวโน้มที่จะมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลลดลง จากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยง่าย มีข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ และเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวและสังคมได้ลดลงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเครียดและแยกตัวเองออกจากสังคม

5.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆเนื่องจากการมีสมรรถภาพของร่างกายลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่ายส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบอาชีพและ การทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยอาจจะต้องมีการเปลี่ยนงานหรือเมื่อภาวะของโรครุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยอาจต้องหยุดงานบางรายต้องออกจากงาน ก่อนวัยอันควร ทำให้ต้องสูญเสียอาชีพและรายได้ นอกจากนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศด้วย จากการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในประเทศปี 2561 พบว่า ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการนอนโรงพยาบาล หรือมาแผนกฉุกเฉินเฉลี่ย 10,000 บาทต่อคน และจากการประเมินร่วมกันของอัตราการกำเริบเฉียบพลัน กับจำนวนของประชากรทั้งหมดพบว่า รายจ่ายที่ต้องสูญเสียไปกับการรักษาพยาบาลอยู่ที่ 1,920 ล้านบาท (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ, 2562)

นอกจากผลกระทบที่ได้กล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีผลกระทบอื่นๆที่เข้ามาเกี่ยวข้องจากการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจัดอยู่ในกลุ่มโรคทางเดินหายใจเรื้อรังซึ่งเป็นโรคที่ไม่ติดต่อ การระบาดของโรคโควิด 19 ในครั้งนี้จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยเช่นกัน จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแบ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

#### 1. ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ในช่วงที่เกิดการระบาดของโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่ได้ระงับระบบบริการด้านสุขภาพที่ไม่จำเป็น รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อ และลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Elbeddini & Tayefehchamani, 2021) งานบริการด้านคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ตามปกติ มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์และนโยบายลดความแออัดเพิ่มระยะห่างทางสังคม เช่น การลดจำนวนผู้รับบริการลง การลดจำนวนชั่วโมงให้บริการ หรือการลดจำนวนวันในการให้บริการ ด้านบุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพ มีเพียง 1 ใน 4 ที่ปฏิบัติงานในคลินิก

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหมือนเดิม ส่วนใหญ่ได้รับมอบหมายไปช่วยงานโรคโควิด 19 ทั้งแบบเต็มเวลาและในบางเวลา ด้านอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทาง การแพทย์ และงบประมาณ ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรเท่าเดิม และได้รับจัดสรรน้อยลงแต่ยังเพียงพอต่อการจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กิจกรรมการให้บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบส่งผลให้ไม่สามารถจัดบริการได้ตามปกติ และบางกิจกรรมไม่สามารถจัดบริการได้ หลายหน่วยงานมีการปรับกิจกรรมการให้บริการในรูปแบบใหม่ ยกตัวอย่างเช่น กิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองและให้คำปรึกษาโดยการใช้นิทานทางโทรศัพท์มากกว่าการนัดมารับบริการที่คลินิก เป็นต้น (สุชีรา บรรลือศิลป์, 2564)

จากรายงานผลกระทบและการปรับตัวของนโยบายและระบบบริการสุขภาพ สำหรับโรคไม่ติดต่อ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และนัตยา ตั้งศิริกุล, 2564) พบว่า ผลกระทบด้านการบริหารจัดการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภาพรวม ในการระบอบรอบแรกส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบมาก ร้อยละ 35.4 ในการระบอบรอบสองมีการเพิ่มขึ้นของผลกระทบมาก ร้อยละ 37.2 ในส่วนผลกระทบของการจัดบริการตรวจคัดกรอง ติดตามวินิจฉัย การนัดตรวจตามระยะเวลาในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด 19 พบว่า กิจกรรมการจัดบริการที่สามารถเข้าถึงได้ ร้อยละ 75 – 95 ได้แก่ การคัดกรองผู้สูบบุหรี่ การนัดและตรวจยืนยันการวินิจฉัย การนัดหมายผู้ป่วยเพื่อการรักษาภายหลังการวินิจฉัย การติดตามผู้ป่วยหลังการวินิจฉัยและให้การรักษาแล้ว และการรับยาของผู้ป่วย ส่วนกิจกรรมการจัดบริการที่สามารถเข้าถึงได้ ร้อยละ 50-74 ได้แก่ การสนับสนุนการจัดการตนเอง ให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเยี่ยมบ้าน และการจัดกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ภายใต้ความร่วมมือและการสนับสนุนของชุมชน

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ซึ่งรวมถึงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วย ไม่ว่าจะเป็นการบริหารจัดการด้านบุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพที่จำเป็นต้องลดจำนวนบุคลากรในการให้บริการลง ด้านอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทาง การแพทย์ และงบประมาณที่อาจได้รับจัดสรรน้อยลง และที่สำคัญคือด้านกิจกรรมการให้บริการ พบว่า การนัดและตรวจยืนยันการวินิจฉัย การนัดภายหลังการวินิจฉัย การติดตามผู้ป่วย และการรับยาของผู้ป่วย ส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการได้อยู่ในระดับที่มากแต่ก็ยังไม่ครอบคลุม และในส่วนของกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การสนับสนุนการจัดการตนเองหรือการให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเยี่ยมบ้าน และการจัดกิจกรรมป้องกันควบคุมโรค ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ลดลงอย่างชัดเจน ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจได้รับผลกระทบจากการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรม การจัดการสุขภาพของตนเองด้วย

## 2. ผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับภาวะหายใจลำบาก ซึ่งต้องมีการควบคุมการเจ็บป่วยด้วยตนเองและลดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม (พวงเพชร ใจคำ, 2562) ซึ่งพฤติกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติในการจัดการตนเองจะประกอบไปด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านการรักษา เช่น การใช้ยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การบริการการหายใจ เป็นต้น การจัดการด้านบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน และ การจัดการด้านอารมณ์ (Lorig & Holman, 2003)

เมื่อเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 ขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพถูกปรับเปลี่ยน และถูกจำกัดลง โดยเฉพาะบริการด้านโรคไม่ติดต่อ โดยกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบค่อนข้างมากที่สุด คือ ด้านการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ และการรักษาอย่างประคับประคอง (สุชีราบรรลือศิลป์, 2564) ซึ่งในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนับว่าเป็นกิจกรรมที่สำคัญมาก เพราะกิจกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ลดอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560) เมื่อกิจกรรมบริการด้านดังกล่าวถูกจำกัดลง ย่อมส่งผลทำให้พฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเปลี่ยนแปลงไปด้วย จากกรทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ และผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีดังนี้

2.1 ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ลดลง เนื่องจากการแพร่ระบาดของโควิด 19 จำเป็นต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคม ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องประสบกับความรู้สึกสูญเสีย กล่าวคือ รู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวเมื่อถูกจำกัดหรือลดการติดต่อทางสังคมกับครอบครัว และเพื่อน (Curley, 2022) สำหรับด้านการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ได้มีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องพบบุคลากรทางการแพทย์ ยกเว้นแต่เมื่อมีการกำเริบของอาการที่ต้องมาที่แผนกฉุกเฉิน ดังนั้นการดูแลบางส่วนจึงถูกระงับลงทำให้การได้รับข้อมูลข่าวสารและความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์มีประสิทธิภาพลดลงตามไปด้วย ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ลดลง (Mcauley et al., 2021) นอกจากนั้นระบบบริการสุขภาพส่วนใหญ่ได้ถูกปรับเปลี่ยนมาใช้เป็นเทคโนโลยี ผู้ป่วยบางรายยังขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีทางสุขภาพ จึงทำให้ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของตนเอง (Reilly et al., 2022)

2.2 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องประสบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 กล่าวคือ ผู้ป่วยกลัวที่จะติดเชื้อโควิด 19 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองที่คาดว่าจะมีความเสี่ยงของอาการที่

รุนแรงหากตนเองมีการติดเชื้อ และวิตกกังวลว่าจะไม่ได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ตามเดิม (Curley, 2022)

3. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราค่าเรื้อรังของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขณะอยู่ที่บ้านมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้การใช้ยาพ่นเพื่อบรรเทาอาการขณะอยู่ที่บ้านเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการแพร่ระบาดของโรค เนื่องจากผู้ป่วยต้องการที่จะควบคุมอาการของตนเองเพื่อที่ไม่ต้องไปโรงพยาบาล เพราะกลัวการติดเชื้อโควิด 19 นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายอยู่ในระดับที่น้อย และน้อยมาก (Mcauley et al., 2021)

จากข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงบนวิถีชีวิตใหม่และกำลังจะดำเนินเข้าสู่ในยุคปกติถัดไป

## 6. การรักษาโรค

โรคปอดอุดกั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถป้องกันและรักษาแบบประคับประคอง เพื่อลดการดำเนินของโรคได้ สมาคมออร์เวจซ์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2560) ได้เสนอแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การดูแลรักษาในระยะสงบ และการดูแลรักษาในระยะกำเริบเฉียบพลัน สำหรับการศึกษาเน้นเน้นการดูแลรักษาในระยะสงบ ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ชั้น ดังนี้

**ชั้นที่ 1** การประเมินผู้ป่วยเพื่อการรักษา เพื่อจัดกลุ่มในการรักษาโดยปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย การวัด modified medical research council dyspnea scale (mMRC) การเกิดการกำเริบเฉียบพลันของโรค และผลการตรวจสมรรถภาพปอด เป็นปัจจัยในการประเมิน โดยคำนึงถึงความรุนแรงสูงสุดจากปัจจัยเหล่านี้เป็นหลักในการจัดกลุ่ม โดยพิจารณาความเหมาะสม มีการแบ่งผู้ป่วยเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. อาการน้อย (Mild) ประกอบด้วย มีอาการเหนื่อยเมื่อมีการออกกำลังกายอย่างหนัก มีอาการของโรคเพียงเล็กน้อย ไม่เคยมีอาการหอบกำเริบ และอาการไม่มีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน mMRC อยู่ในระดับ 0-1 ไม่มีการกำเริบเฉียบพลัน ผลการตรวจสมรรถภาพปอด FEV<sub>1</sub> ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

2. อาการปานกลาง (moderate) ประกอบด้วย มีอาการเหนื่อยเมื่อมีการออกกำลังกายปานกลาง มีการติดเชื้อทางระบบหายใจบ่อยครั้ง และอาการไม่มีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือมีผลเล็กน้อย mMRC อยู่ในระดับ 1-2 มีการกำเริบเฉียบพลันแต่ไม่มีความจำเป็นที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะหรือสเตียรอยด์ ผลการตรวจสมรรถภาพปอด FEV<sub>1</sub> ร้อยละ 50-79



3. อาการรุนแรง (Severe) ประกอบด้วย มีอาการเหนื่อยเมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย เหนื่อยแม้จะเดินบนทางราบ มีอาการไอและเสมหะบ่อยครั้ง และอาการเหนื่อยมีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน mMRC อยู่ในระดับ 2-3 มีอาการกำเริบที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะหรือสเตียรอยด์อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี หรือกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ผลการตรวจสมรรถภาพปอด FEV<sub>1</sub> ร้อยละ 30-49

4. อาการรุนแรงมาก (very severe) มีอาการเหนื่อยตลอดเวลาแม้ในขณะที่พัก มีอาการไอเรื้อรังปริมาณเสมหะมาก อาการเหนื่อยมีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมาก mMRC อยู่ในระดับ 3-4 มีอาการกำเริบที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะหรือสเตียรอยด์อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี หรือกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ผลการตรวจสมรรถภาพปอด FEV<sub>1</sub> น้อยกว่าร้อยละ 30

**ขั้นที่ 2** แนวทางการรักษาด้วยยาแบบขั้นบันได (stepwise approach to COPD treatment) หลังจากการประเมินข้างต้น เริ่มการรักษาให้ยาโดยพิจารณาตามความรุนแรงของโรคแบบขั้นบันได (stepwise approach) โดยเริ่มต้นจากการให้ยาหนึ่งขนาน จากนั้นพิจารณาเพิ่มยาให้ผู้ป่วย หากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น หลังประเมินวิธีการและความสม่ำเสมอของการใช้อุปกรณ์สูดหรือพ่นยาอย่างดีแล้ว โดยพิจารณาการรักษา ดังนี้

1. อาการน้อย (mild) เริ่มการรักษาด้วยยาพ่นสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นไม่ว่าจะเป็นกลุ่ม beta2 agonist (SABA) หรือกลุ่ม anticholinergic (SAMA) หรือยาแบบผสมทั้ง 2 กลุ่ม (SABA+SAMA) เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อย นอกจากนี้อาจพิจารณาเลือกให้ยาขยายหลอดลมชนิดรับประทาน theophylline ชนิดออกฤทธิ์นานในขนาดต่ำ (sustained-release theophylline) เป็นยาเดี่ยวหรือให้ร่วมกับยาพ่นสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น

2. อาการปานกลาง (moderate) อาการรุนแรง (Severe) และอาการรุนแรงมาก (very severe) เพื่อลดอาการของผู้ป่วย และป้องกันการกำเริบของโรค แนะนำให้เพิ่มยา คือ ยาพ่นสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวกลุ่ม anticholinergic (LAMA) และ/หรือกลุ่ม beta2 agonist (LABA) กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อย (มีอาการกำเริบมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อปี หรือต้องเข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี) แนะนำให้เพิ่มยา ดังนี้ 1. ยาพ่นสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวกลุ่ม beta2 agonist ผสมสเตียรอยด์ (LABA/ICS) และ/หรือกลุ่ม anticholinergic (LAMA) 2. พิจารณาเพิ่มยากกลุ่ม phosphodiesterase-4 (PED-4) inhibitor (roflumilast) ในผู้ป่วยกลุ่มหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และมีค่า FEV<sub>1</sub> น้อยกว่า

ร้อยละ 50 และ 3. พิจารณาเพิ่มยา azithromycin ในระยะยาว หรือยา mucolytics ที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ เช่น N-acetylcysteine, carbocysteine ในผู้ป่วยที่มีเสมหะมาก

### การรักษาด้วยยา

มีจุดประสงค์เพื่อบรรเทาอาการ เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการกำเริบเฉียบพลัน รวมถึงชะลอการดำเนินโรค ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนว่ามียาชนิดใดที่สามารถชะลออัตราการเสื่อมของสมรรถภาพปอดได้ หลักการในการเลือกใช้ยากับผู้ป่วย ควรพิจารณาถึงปัจจัยต่อไปนี้ คือ ความรุนแรงของอาการ และภาวะ airflow limitation ความถี่และความรุนแรงของการเกิดการกำเริบของโรค โรคที่พบร่วม ราคา ยา และการเข้าถึงยาของผู้ป่วย ความสามารถในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะการใช้อุปกรณ์ยาพ่นสูด การตอบสนองของผู้ป่วย และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นนอกจากนี้ควรมีการประเมิน และปรับยาให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยเป็นระยะ โดยประเมินทั้งคุณประโยชน์ที่ได้ และผลข้างเคียงของยา ยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย ยาขยายหลอดลม ยาต้านการอักเสบ เช่น สเตียรอยด์ ยาบรรเทาอาการ เช่น ยาขับเสมหะ ยาปฏิชีวนะ และอื่นๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1. ยาขยายหลอดลม

ยาขยายหลอดลมมีประโยชน์เพื่อบรรเทาอาการ เพิ่ม exercise capacity และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ยาขยายหลอดลมแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มหลัก คือ 1. กลุ่ม beta2-agonist แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มย่อย คือ short acting beta2-agonist (SABA) และ long acting beta2-agonist (LABA) 2. กลุ่ม Antimuscarinic แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มย่อย คือ short acting antimuscarinic (SAMA) และ long acting antimuscarinic (LAMA) และ 3. กลุ่ม xanthine derivatives ซึ่งมีฤทธิ์ขยายหลอดลม ลดอาการเหนื่อย ลดอาการกำเริบ และลดการนอนโรงพยาบาล ควรใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นเพื่อบรรเทาอาการ เนื่องจากสามารถลดอาการเหนื่อยได้ดี แต่ไม่ควรใช้เป็นยาควบคุมอาการระยะยาว แนะนำให้ใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวในการควบคุมโรคมกกว่ายาชนิดออกฤทธิ์สั้น เนื่องจากสามารถเพิ่มสมรรถภาพปอดได้ดีกว่า รวมถึงลดอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตด้วย ในส่วนของการบริหารยา แนะนำให้ใช้วิธีพ่นสูด โดยอาจสูดผ่านอุปกรณ์ metered dose inhaler (MDI) (โดยใช้หรือไม่ใช้ spacer ร่วมด้วย), dry powder inhaler (DPI) soft mist inhaler (SMI) เป็นต้น ไม่แนะนำให้ใช้ยาขยายหลอดลมชนิดกินหรือฉีดในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเนื่องจากมีผลข้างเคียงมากกว่า

## 2. ยาสเตียรอยด์

### 2.1 ยาพ่นสูดสเตียรอยด์ (inhaled corticosteroids, ICS)

การใช้ ICS มีผลทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดการกำเริบของโรค แต่เนื่องจากยามีผลข้างเคียงค่อนข้างมากจึงไม่ควรใช้ยาในระดับสูงและระยะเวลายาวนาน และไม่ควรใช้ยา ICS เป็นยาเดี่ยวในการรักษาโดยไม่มียาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวร่วมด้วย

### 2.2 ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน

มีประโยชน์เฉพาะในการรักษาการกำเริบเฉียบพลัน ไม่ควรใช้ในการรักษาระยะยาวเนื่องจากมีผลข้างเคียงมาก เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อรวมถึงน้ำตาลในเลือดสูง

## 3. Combination Inhaled corticosteroids/ bronchodilator

พบว่าการใช้ยาสสมระหว่าง ICS กับ LABA (ICS/LABA) มีประสิทธิภาพเหนือกว่ายา LABA หรือยา ICS ชนิดพ่นสูดเพียงชนิดเดียว โดยสามารถทำให้สถานะสุขภาพ และสมรรถภาพปอดดีขึ้น และลดการเกิดการกำเริบโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มที่มีความรุนแรงปานกลางขึ้นไป

## 4. Methylxanthines

เป็นยาที่มีฤทธิ์ในการขยายหลอดลม แต่ประสิทธิภาพในการขยายหลอดลมไม่ดีมากเมื่อเปรียบเทียบกับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวชนิดอื่น ประสิทธิภาพของยาในกลุ่มนี้มีเฉพาะรูปแบบ sustained-release เท่านั้น พบว่าการใช้ยา theophylline ในขนาดต่ำ (เช่น sustained-release theophylline ขนาด 200 มก.ต่อวัน) อาจช่วยทำให้หลอดลมตอบสนองต่อ ICS ได้ดีขึ้นแต่ไม่ควรใช้ยาในกลุ่ม Methylxanthines เป็นยารักษาเดี่ยวเพื่อหวังฤทธิ์ขยายหลอดลมเป็นหลัก เนื่องจากมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงได้ง่ายโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ อาจใช้ยา กลุ่มนี้ร่วมกับยาขยายหลอดลมอื่นเพื่อเสริมฤทธิ์ขยายหลอดลม

## 5. Phosphodiesterase-4 inhibitor (PDE-4 inhibitor)

เป็นยาที่ไม่มีฤทธิ์ขยายหลอดลมโดยตรง แต่อาจใช้ร่วมกับยาขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์ยาว เพื่อลดอัตราการกำเริบ ได้ประโยชน์เฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ผลข้างเคียงที่พบบ่อย คือ คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ปวดท้อง เป็นต้น และห้ามใช้ร่วมกับยา theophylline เพราะทำให้มีผลข้างเคียงเพิ่มขึ้น

## 6. Mucolytic and Antioxidant

เป็นกลุ่มยาละลายเสมหะ เช่น ambroxol, carbocysteine, N-acetylcysteine, erdoxysteine เป็นต้น อาจใช้เพื่อบรรเทาอาการเสมหะเหนียวเป็นช่วงสั้น การใช้ยาละลายเสมหะเพื่อ

รักษาระยะยาว ยังไม่มีประโยชน์ที่ชัดเจน แต่มีการใช้ยา N-acetylcysteine ในขนาดสูง (1,200 มก. ต่อวัน) เป็น anti-oxidant ซึ่งอาจลดอัตราการกำเริบในผู้ป่วย COPD state 2 สามารถใช้เป็นยาเสริมร่วมกับการรักษาอื่นเพื่อลดการกำเริบในผู้ป่วยที่มีการกำเริบบ่อย

## 7. ยาปฏิชีวนะ

บทบาทหลักของยาปฏิชีวนะ คือ ใช้รักษาอาการติดเชื้อในช่วงที่มีการกำเริบของโรค ส่วนการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดอัตราการกำเริบของโรคยังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน ยาที่มีการศึกษาว่าอาจช่วยลดอัตราการกำเริบได้ เช่น erythromycin, azithromycin, moxifloxacin เป็นต้น การใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อวัตถุประสงค์นี้จึงควรใช้ด้วยความระมัดระวังและคำนึงถึงผลแทรกซ้อน เช่น ผลข้างเคียงของยา การเพิ่มจำนวนเชื้อดื้อยา เป็นต้น

**ขั้นที่ 3** การรักษาอื่นที่ไม่ใช่ยา การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากมีความจำเป็นที่ ต้องรักษาด้วยยาแล้ว ควรจะต้องให้คำแนะนำ รวมถึงแนวทางการรักษาอื่นๆโดยไม่ใช้ยาควบคู่ไปด้วย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการกำเริบและวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยเสมอ ได้แก่

1. วัคซีน ควรแนะนำให้ผู้ป่วยฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (Inactivated influenza vaccine) ทุกปี ปีละ 1 ครั้งให้ได้ตลอดทั้งปี ระยะเวลาที่เหมาะสม คือ เดือนมีนาคม-เมษายน และพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ (Pneumococcal vaccine) ในรายที่อายุมากกว่า 65 ปี หรือผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 65 ปีที่มีค่าของ FEV<sub>1</sub> น้อยกว่าร้อยละ 40

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilitation) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีองค์ประกอบหลายอย่าง คือ การให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เทคนิคการขับเสมหะให้ถูกวิธี การใช้ยา การประเมินและฟื้นฟูสภาพของกล้ามเนื้อ สภาพอารมณ์และจิตใจ ภาวะโภชนาการ และการฝึกการออกกำลังกาย อันจะนำไปสู่การดูแลตนเองที่เหมาะสม การฝึกออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะกำหนดผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดมีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยทุกระดับความรุนแรงที่มีอาการ โดยเริ่มต้นจากการจัดกิจกรรมผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และอาจขยายไปถึงการจัดกิจกรรมในชุมชนด้วย โปรแกรมการออกกำลังกายควรทำอย่างน้อย 6 สัปดาห์ขึ้นไป โดยยังทำต่อเนื่องนานยิ่งได้ประสิทธิผล ซึ่งโปรแกรมของผู้ป่วยแต่ละรายไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน สามารถปรับเปลี่ยนได้โดยขึ้นอยู่กับสถานะของโรค ระดับการรับรู้หรือความเข้าใจ สภาพสังคม หรือเศรษฐกิจของผู้ป่วยแต่ละราย และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจะต้องมีการประเมินผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อย

ความสามารถในการออกกำลังกาย หรือคุณภาพชีวิต เป็นต้น เพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดถึงประโยชน์ที่ได้รับ และเป้าหมายที่ต้องการในผู้ป่วยแต่ละราย

3. การบำบัดด้วยออกซิเจนระยะยาว (long term oxygen therapy, LTOT) ส่วนใหญ่เป็นการรักษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 เป็นการให้ปริมาณออกซิเจนในอัตราการไหลที่ค่อนข้างต่ำ เช่น 2-3 ลิตรต่อนาที เพียงพอที่จะทำให้  $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$  หรือ  $\text{Sao}_2 \geq 90\%$  โดยไม่ทำให้  $\text{PaO}_2$  ค้าง ไม่ว่าจะในขณะที่พัก ขณะออกกำลังกาย หรือในขณะที่หลับ ส่วนระยะเวลาในการให้ออกซิเจนจำเป็นจะต้องได้รับอย่างน้อยวันละ 15 ชั่วโมง (15-24 ชั่วโมง) จึงจะมีผลการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในทางที่ดีขึ้น กล่าวคือ ภาวะเลือดข้น ภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง และอัตราการตายลดลง นอกจากนี้ยังทำให้สมรรถนะและความทนทานในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิต และกระบวนการคิดการตัดสินใจดีขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลให้ภาวะซีมเศร้า อัตราการกำเริบของโรค และอัตราการนอนโรงพยาบาลลดลง

4. การรักษาโดยการผ่าตัด หรือ หัตถการพิเศษ สำหรับผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการรักษาด้วยยา และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแล้วยังควบคุมอาการได้ไม่ดี อาจพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดเพื่อลดปริมาตรปอด (lung volume reduction surgery), การผ่าตัดเปลี่ยนปอด (lung transplantation) หรือการทำหัตถการพิเศษ เช่น การส่องกล้องใส่อุปกรณ์ endobronchial valve ในหลอดลมเพื่อลดปริมาตรปอด เป็นต้น

## 7. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นส่วนใหญ่มุ่งเน้นรักษาตามอาการหรือในระยะสงบของโรค ยกเว้นในบางครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบเฉียบพลันทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับการรักษาในระยะสงบนอกเหนือจากการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยการยาแล้ว การรักษาอื่น ๆ ที่ไม่ใช้ยาก็มีความสำคัญเช่นกัน นั่นคือ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เช่น การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองดังกล่าวจะทำให้ลดอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิตและเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560) สำหรับการวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้ไปใช้ในการวางแผนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเน้นบทบาทการพยาบาลเพื่อส่งเสริม

ผู้ป่วยในระยะสงบของโรค (พวงรัตน์ มณีวงษ์, นันทิตา จุไรทัศนีย์ และนิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์, 2560) ดังนี้

1. บทบาทของพยาบาลการให้คำแนะนำด้านสิ่งแวดล้อม

1.1 การให้คำแนะนำผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ที่สูบบุหรี่ เนื่องจากสามารถเพิ่มอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

1.2 ให้คำแนะนำทำความสะอาดห้องนอน จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่อยู่อาศัย ตลอดจนอุปกรณ์การดูแลที่จำเป็นเพื่อกำจัดฝุ่นละอองเนื่องจากทำให้เกิดอาการกำเริบของโรค

1.3 แนะนำหลีกเลี่ยงบุคคลที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด หากมีความจำเป็นแนะนำให้สวมหน้ากากอนามัย เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคต่ำอาจทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคได้

2. บทบาทของพยาบาลการให้คำแนะนำด้านอาหารและโภชนาการ ควรมีการประเมินภาวะทุพโภชนาการทุกครั้งที่มีการติดตามผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีการสูญเสียกล้ามเนื้อ น้ำหนักตัวลด ควรมีการตรวจประเมินภาวะน้ำหนักทุก 6-12 เดือน ถ้ามีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ถือว่ามีภาวะขาดสารอาหาร

3. บทบาทของพยาบาลการให้คำแนะนำด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

3.1 การฝึกการหายใจแบบ Pursed-lips Breathing เป็นการฝึกผ่อนลมหายใจออกโดยการห่อปากและบริหารกล้ามเนื้อกระบังลม ลดอาการเหนื่อย

3.2 การจัดท่าเพื่อระบายเสมหะช่วยให้หายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอาการหอบเหนื่อย มีขั้นตอนดังนี้

3.2.1 จัดท่า Postural Drainage คือท่าที่ทำให้ปอดบริเวณที่มีเสมหะสะสมอยู่ในตำแหน่งที่คว่ำลง เพื่อให้แรงโน้มถ่วงของโลกช่วยดึงให้เสมหะเคลื่อนตัวลงมาสู่ท่อหลอดลมขนาดใหญ่

3.2.2 การสั่นสะเทือนและการเคาะปอดแนะนำให้วางมือทาบบนบริเวณทรวงอก ในขณะที่หายใจออก ใช้น้ำหนักตัวกดสั่นผ่านมือสั่นสะเทือนที่ทรวงอก เพื่อให้เสมหะรวมตัวกัน หลังจากนั้น แนะนำให้ญาติผู้ดูแลเคาะปอด โดยรองฝ่าบางๆบริเวณทรวงอก ให้ใช้อุ้งมือโดยทำมือเป็นลักษณะค้อม นิ้วแต่ละนิ้วชิดกัน เรียกว่า Cupped Hand การเคาะใช้วิธีสับัดข้อมือ เคาะลงบนผนังอก จะทำให้เกิดการสั่นสะเทือน การเคาะใช้เวลา 1-2 นาที

3.2.3 การไอซ์บีมหะ แนะนำให้นั่งวางเท้าทั้ง 2 ข้าง หุบปากสูดลมหายใจเข้าลึกๆซ้ำๆอย่างเต็มที่ทางจมูก จากนั้นกลั้นหายใจสักครู่ แล้วออกแรงไอ 2-3 ครั้ง ในกรณีที่ไม่สามารถไอซ์บีมหะออกได้แนะนำให้ซื้อเครื่องดูดเสมหะ สอนวิธีการใช้เครื่องและวิธีการดูดเสมหะ

3.2.4 การออกกำลังกาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายโดยการเดินหรือปั่นจักรยานอยู่กับที่เป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาทีสำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้แนะนำให้ญาติผู้ดูแลพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ

### พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการป่วยและการลุกลามของโรค โดยการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต กิจวัตรประจำวัน และทักษะในการตัดสินใจ เพื่อบรรเทาผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ในภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้การจัดการตนเองยังเกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อาจจะต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม (Richmond & Connolly, 2021)

#### 1. ความหมายและแนวคิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

Creer (2000) กล่าวว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นการที่ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค โดยมีกระบวนการที่ประกอบไปด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินผลข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังจะต้องเป็นส่วนหนึ่งกับบุคลากรทางการแพทย์ในการร่วมมือเพื่อวางแผนจัดการกับโรค และเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

Lorig & Holman (2003) กล่าวว่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง คือการที่ผู้ป่วยสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยตนเอง มีส่วนร่วมในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการที่สามารถอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ป่วยต้องมีหน้าที่ในการจัดการกับโรคของตนเองที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

Barnett (2009) กล่าวว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นแนวคิดของการให้ความรู้ และสอนทักษะกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อจะช่วยยกระดับคุณภาพของชีวิต และลดความเสี่ยงของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ภรปภา จันท์ศรีทอง (2559) กล่าวว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติของบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจัดกระทำกับตนเองอย่างตั้งใจเพื่อกองไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพ

ชีวิต โดยปฏิบัติตามแผนการรักษาที่เหมาะสมและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยอาศัยคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพและความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย

พวงเพชร ใจคำ (2562) กล่าวว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติตัวของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดระดับความรุนแรงของโรค และลดผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

#### **แนวคิดของพฤติกรรมการจัดการตนเอง**

พฤติกรรมการจัดการตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการการเจ็บป่วยของตนเองได้ ซึ่งกระบวนการหรือทักษะที่ใช้ในการจัดการตนเองมี ดังนี้

#### **แนวคิดการจัดการตนเองของลอริก และฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003)**

การจัดการตนเองมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี โดย ลอริก และฮอลแมน ได้กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยจะเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองได้นั้น จะต้องประกอบไปด้วย การให้ความรู้ การเสริมสร้างทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยแสดงออกทางพฤติกรรมที่ต้องจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน คือ การจัดการตนเองด้านการรักษา เช่น การรับประทานยาหรืออาหารที่เหมาะสม การจัดการเกี่ยวกับบทบาทตนเองในชีวิตประจำวัน เป็นการสร้างหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคของตนเอง และการจัดการด้านอารมณ์ ที่มีผลมาจากภาวะการเจ็บป่วยของโรค เช่น อารมณ์โกรธ กลัว หรือซึมเศร้า เป็นต้น โดยการจัดการตนเองที่ดีผู้ป่วยต้องมีการฝึกทักษะตามแนวคิด 6 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 การแก้ปัญหา (problem solving) เป็นทักษะการแก้ปัญหาเบื้องต้น โดยการหาแนวทางการแก้ปัญหาที่ตัวผู้ป่วยเองสามารถกระทำได้ เช่น การขอความช่วยเหลือหรือข้อเสนอแนะจากเพื่อน หรือบุคลากรทางสุขภาพ การนำไปปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหารวมถึงการประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติ

2.2 การตัดสินใจ (decision making) เป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยที่ต้องอยู่กับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังจะต้องมีการจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัน ซึ่งผู้ป่วยควรจะต้องมีความรู้ที่จำเป็นรวมถึงต้องมีข้อมูลสำคัญที่เพียงพอสำหรับใช้ในการตัดสินใจที่จะนำไปสู่การจัดการตนเองอย่างเหมาะสม



2.3 การใช้แหล่งช่วยเหลือ (resource utilization) ทักษะนี้เป็นเรื่องพื้นฐานที่มีความสำคัญ ในหลายๆโปรแกรมได้ระบุถึงแหล่งในการช่วยเหลือ แต่ไม่ได้สอนถึงการติดต่อหรือแสวงหาแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ เช่น อินเทอร์เน็ต ห้องสมุด หรือแหล่งข้อมูลพื้นฐานที่มาจากชุมชน เป็นต้น การจัดการตนเองนอกจากจะเป็นทักษะที่สอนให้ผู้ป่วยค้นหาและติดต่อกับแหล่งช่วยเหลือแล้วยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหาแหล่งช่วยเหลือจากที่อื่นๆได้อย่างหลากหลาย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีการหาแหล่งช่วยเหลือเพียงที่เดียว แต่เพื่อผลลัพธ์ที่ดีสิ่งสำคัญคือผู้ป่วยต้องติดต่อกับแหล่งช่วยเหลือหลายๆแหล่งที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ (health care provider partnership) ในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 การรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เน้นการรักษาอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ระบบการดูแลสุขภาพจึงถูกสร้างขึ้นเพื่อดูแลการเจ็บป่วยเฉียบพลันเท่านั้น โดยเน้นบทบาทของผู้ให้บริการด้านสุขภาพคือการวินิจฉัยและรักษา แต่ในช่วงครึ่งหลังของศตวรรษที่ 20 บทบาทเหล่านี้ได้ถูกเปลี่ยนแปลงไป มีผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และต้องการการดูแลรักษาในระยะยาว บทบาทของบุคลากรทางสุขภาพจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนมาเป็นผู้สอนและเป็นผู้ที่ชักจูงให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้การจัดการตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยควรจะต้องมีการฝึกทักษะในการรายงานภาวะความเจ็บป่วยของตนให้บุคลากรทางสุขภาพได้รับทราบ รวมถึงให้ผู้ป่วยนั้นได้มีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพด้วย

2.5 การลงมือปฏิบัติ (taking action) อาจจะมีลักษณะคล้ายกับทักษะในการตัดสินใจ แต่การลงมือปฏิบัตินี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สิ่งที่สำคัญที่สุดในการลงมือปฏิบัติ คือ การวางแผนหรือกำหนดเป้าหมายระยะสั้น เช่น การกำหนดระยะเวลาที่ปฏิบัติประมาณ 1-2 สัปดาห์ รวมถึงเป้าหมายหรือพฤติกรรมที่กำหนดต้องมีความเฉพาะเจาะจง สามารถวัดได้ และควรเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าตนเองนั้นจะสามารถปฏิบัติเพื่อบรรลุตามเป้าหมายได้ เช่น ในสัปดาห์นี้ผู้ป่วยอาจจะกำหนดระยะเวลาในการวิ่งทั้งหมด 3 วัน คือ จันทร์ พุธ ศุกร์ หลังเลิกงานตอนเย็น โดยมีระยะเวลาคือ 30 นาที เป็นต้น การวัดความมั่นใจสามารถวัดได้จากการให้ผู้ป่วยนั้นสอบถามตนเองว่าการวางแผนของตนเองนั้นผู้ป่วยให้ระดับความมั่นใจว่าตนเองจะทำได้ตามแผนกี่คะแนนโดยมีคะแนน 0-10 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนความมั่นใจตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป แปลว่ามีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายของตนเองได้

สำเร็จ แต่ถ้าคะแนนน้อยกว่า 7 ผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพอาจจะต้องมีการวางแผนร่วมกันใหม่ ในการปรับแผนงานรวมถึงเป้าหมายให้เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการลงมือปฏิบัติและ บรรลุตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้

2.6 การเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง (self-tailoring) เป็นการที่ผู้ป่วยนำทักษะและความรู้ มาประยุกต์ใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดการจัดการตนเองของลอริก และฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) เนื่องจากองค์ประกอบของแนวคิด ได้แก่ ความรู้ การฝึกทักษะ และการ รับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งแสดงออกผ่านการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรักษา ด้าน บทบาทตนเองในชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์มีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง ตามแนวทางการรักษาของสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2560) ได้แก่ การใช้ยาที่ถูกต้องและถูกวิธี การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกายและ การฝึกการบริหารการหายใจ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคซึ่ง ตรงกับพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรักษา การทำกิจวัตรประจำวัน หรือการประกอบอาชีพ ของผู้ป่วยในสถานะของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปตามการดำเนินการของโรค รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ กับบุคคลรอบข้างและทางสังคม ตรงกับพฤติกรรมจัดการตนเองด้านบทบาทตนเองใน ชีวิตประจำวัน และการจัดการความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ตรงกับพฤติกรรมจัดการตนเอง ด้านอารมณ์ และมีความสอดคล้องกับ ชูสิกร ด่านยุทธศิลป์ (2560) ที่ได้กล่าวว่า การส่งเสริม พฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ประสบความสำเร็จนั้น ผู้ป่วยควร จะต้องมีความรู้ต่างๆที่ครอบคลุมการดำเนินของโรค การรับประทานยาและการใช้ยาชนิดสุดท้ายถูก วิธี การใช้ออกซิเจน การเลิกบุหรี่ หลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง และควันไฟจากการหุงต้ม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การสังเกตอาการผิดปกติ การมีโภชนาการที่เหมาะสมตรงกับพฤติกรรม การจัดการตนเองด้านการรักษา การปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันตามระดับความรุนแรงของโรค และ จัดการตนเองเมื่อเกิดอาการกำเริบ การปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกับภาวะเรื้อรังตรงกับพฤติกรรม การจัดการตนเองด้านบทบาทตนเองในชีวิตประจำวัน รวมไปถึงความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับ อารมณ์ที่เป็นผลมาจากภาวะการเจ็บป่วยตรงกับพฤติกรรมจัดการตนเองด้านอารมณ์ การศึกษา ครั้งนี้จึงศึกษาตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมจัดการตนเองตามแนวคิดการจัดการตนเองของลอริก และฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003)

การศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตัวหรือการแสดงออก โดยการปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อควบคุม และจัดการกับอาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของตนเองที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยประกอบไปด้วย การจัดการตนเองด้านการรักษา การจัดการตนเองเกี่ยวกับบทบาทในชีวิตประจำวัน และการจัดการตนเองด้านอารมณ์

## 2. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องเผชิญกับภาวะการหายใจลำบาก และความเสี่ยงในการเกิดอาการกำเริบได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยจะต้องมีการปฏิบัติในการจัดการตนเองเพื่อลดผลกระทบในด้านต่างๆ โดยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองสามารถแบ่งได้ 3 ด้าน (Lorig & Holman, 2003) ดังนี้

### 2.1 การจัดการตนเองด้านการรักษา (medical management)

2.1.1 การใช้ยาที่ถูกต้องและถูกวิธี เป็นสิ่งสำคัญในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ประสบความสำเร็จซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการ ลดความถี่และความรุนแรงของการกำเริบของโรค รวมถึงเป็นการเพิ่มความทนทานในการทำกิจกรรมและเพิ่มคุณภาพชีวิต การบริหารยาขยายหลอดลมแนะนำให้ใช้วิธีการสูดพ่นเป็นอันดับแรก เพื่อลดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ยาขยายหลอดลมจะช่วยลดแรงต้านในทางเดินหายใจที่เกิดจากภาวะถุงลมขยายเกิน การใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมที่ถูกวิธีด้วยจะต้องเข้าถึงหลอดลมเป้าหมาย (drug deposition) 10-20% และการสูดโดยอ้าปากค้างไว้จะช่วยให้ยาเข้าถึงหลอดลมส่วนปลายได้มากขึ้น ควรมีการเขย่าหลอดยาในแนวตั้ง 3-5 ครั้งโดยปากกระบอกยาอยู่ด้านล่าง หายใจออกจนสุด อมปากกระบอกยาโดยปิดปากให้สนิทเริ่มหายใจเข้าทางปากช้าๆ และกดหลอดยาสูดหายใจเข้าช้าๆจนสุด กลั้นลมหายใจไว้ 10 วินาที หรือนานกว่านั้นแล้วหายใจออกตามปกติ หากมีการสูดยาครั้งที่ 2 ให้รอเวลา 30-60 วินาทีแล้วทำซ้ำตามเดิม ข้อผิดพลาดที่พบได้บ่อย คือ การไม่เขย่าหลอดยา ปากกระบอกยาอยู่ด้านบน ไม่หายใจออกให้สุดก่อนสูดยา กดหลอดยาเร็วหรือช้าเกินไป สูดยาเร็วหรือแรงเกินไป ไม่หายใจลึกต่อเนื่องจนสุด หลังการกดหลอดยา ไม่กลั้นลมหายใจหลังหายใจเข้าสุด และกดยาสองครั้งติดกัน (สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560)

2.1.2 การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดภาวะขาดสารอาหาร โดยสาเหตุหลักเกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้ร่างกายต้องการพลังงานเพื่อใช้ในการหายใจมากกว่าปกติ นอกจากนั้นอาการและอาการแสดงของโรค เช่น ไอ หอบเหนื่อย ภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยเบื่ออาหาร และรับประทานอาหารได้ลดลง ซึ่งการ

ได้รับสารอาหารและพลังงานไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทำให้มวลและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจและกล้ามเนื้อกะบังลมที่ต้องทำงานหนัก ส่งผลให้ความสามารถและประสิทธิภาพในการหายใจของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องมีการรับประทานอาหารที่เหมาะสม (รพีพร โรจน์แสงเรือง, 2559) ดังนี้

ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและคาร์โบไฮเดรตต่ำ เช่น อาหารประเภทเนื้อสัตว์ เนื้อปลาที่มีไขมันดี หรืออาหารทะเล เป็นต้น เนื่องจาก ปริมาณการเกิดแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์มีเพียงเล็กน้อย การรับประทานอาหารได้เหมาะสมจะช่วยลดระดับแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดและช่วยให้ระบบการหายใจดีขึ้น

ควรเพิ่มสารอาหารประเภทโปรตีนสูง เช่น ไข่ โยเกิร์ต นมถั่วเหลือง ออกไก่ เป็นต้น เพื่อป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อลีบเล็กกล้ามเนื้ออ่อนแรง และทำให้การหายใจดีขึ้น โดยทั่วไปแนะนำให้รับประทานโปรตีน 1.2-1.7 กรัม/กิโลกรัม/วัน หรือประมาณ 20% ของสารอาหารที่ให้พลังงานทั้งหมด

ควรรับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มสารต้านอนุมูลอิสระ เนื่องจากอาการกำเริบส่วนใหญ่มักเกิดจากการมรณะระดับสารต้านอนุมูลอิสระในเลือดต่ำ เช่น วิตามินซี วิตามินอี เบต้าแคโรทีน และซีรีเนียม สำหรับการเสียสมดุลระหว่างสารอนุมูลอิสระและการต่อต้านสารอนุมูลอิสระนั้น จะทำให้เกิดการอักเสบในปอดและอาการหอบกำเริบขึ้น

ควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมและวิตามินดี เช่น ปลาตัวเล็ก ซีส นม โยเกิร์ต เป็นต้น เพื่อเสริมสร้างกระดูก เนื่องจาก การสูบบุหรี่และการใช้ยาสเตียรอยด์สำหรับการรักษาทำให้ระดับวิตามินดีในร่างกายต่ำ รวมถึงดัชนีมวลกายและมวลกล้ามเนื้อต่ำอีกด้วย

การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ผัก เมล็ดธัญพืช ข้าว ผลไม้ เส้นใยในอาหารทำให้ระบบการย่อยทำงานดีขึ้นช่วยลดระดับน้ำตาล และไขมันคลอเรสเตอรอลในเลือด ควรทานเส้นใย 20-35 กรัม/วัน เพื่อให้ลำไส้ทำงานดีขึ้น

อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารแปรรูป ที่มีไนไตรต์เป็นส่วนประกอบ เช่น เบคอน กุนเชียง แฮม เป็นต้น จะทำให้เกิดอันตรายต่อคอลลาเจน และอีลาสติกของเนื้อปอด คล้ายการเกิดกระบวนการของคว้นบุหรีที่ทำให้เกิดถุงลมโป่งพอง ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ผลิตแก๊สมาก เพราะจะทำให้ท้องตึงจนหายใจลำบาก เช่น บรอกโคลี่ กระหล่ำปลี ถั่ว ข้าวโพด แดงควาแดงโม หัวหอม แอปเปิ้ลดิบ อาหารทอด น้ำอัดลม รวมทั้งหลีกเลี่ยงการเคี้ยวหมากฝรั่ง จำกัดการรับประทานอาหารที่มีคาเฟอีน เพราะคาเฟอีนรบกวนการดูดซึมยาบางชนิด และทำให้ใจสั่น นอกจากนี้ควร

ควบคุมอาหารประเภทเกลือ เพราะการรับประทานเกลือในปริมาณสูงทำให้ร่างกายดูดน้ำกลับในปริมาณสูง เกิดการคั่งของน้ำในปอดมากขึ้น ทำให้การหายใจลำบากขึ้น ผู้ป่วยไม่ควรรับประทานโซเดียมเกิน 300 มิลลิกรัมต่อมื้ออาหาร

ผู้ป่วยควรมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ รับประทานในทำนองเพื่อให้ปอดทำงานได้ดี ดื่มน้ำหลังรับประทานอาหารเสร็จ โดยไม่ควรดื่มน้ำบ่อยระหว่างรับประทานอาหาร เพราะจะอิ่มเร็ว นอกจากนี้ควรดื่มน้ำมากๆ เพื่อให้เสมหะไอออกง่าย และป้องกันภาวะขาดน้ำ รับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงในตอนเช้า ควรรับประทาน 6 มื้อเล็ก/วัน แทนการกิน 3 มื้อใหญ่/วัน เพื่อไม่ให้เหนื่อยง่ายขณะรับประทานอาหาร หากจะรับประทานอาหารหวานควรทานหลังรับประทานอาหารหลักไปแล้ว 30-60 นาที เคี้ยวช้าๆ ให้ละเอียด เพื่อจะได้ไม่กลืนอากาศเข้าไปมากในขณะกลืน และเลือกรับประทานอาหารที่เคี้ยวง่าย

2.1.3 การออกกำลังกายและการฝึกการบริหารการหายใจ เป็นวิธีการรักษาที่มีบทบาทสำคัญในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากการออกกำลังกายและการฝึกการบริหารการหายใจช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ลดอาการหอบเหนื่อย เพิ่มความสามารถในการออกกำลังกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความวิตกกังวล และป้องกันการกำเริบของ ซึ่งแนวทางการออกกำลังกายและการฝึกการบริหารการหายใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (เสาวนีย์ เหลืองอร่าม, พรทิพย์ ศรีโสภา และรวรริน ชนาวิรัตน์, 2561) มีดังนี้

เพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย (improvement of physical exercise capacity) โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายทั้งแบบแอโรบิกและแบบมีแรงต้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความทนทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมากขึ้น ตัวอย่างของการออกกำลังกายประเภทนี้ เช่น การออกกำลังกายแบบฝึกความทนทาน (endurance training หรือ aerobic training) ผู้ป่วยควรออกกำลังกายด้วยการวิ่งบนลู่วิ่งไฟฟ้า ปั่นจักรยานอยู่กับที่หรือเดินเร็ว ที่ความหนักระดับปานกลาง (40-60% of heart rate reserve/VO<sub>2</sub> peak หรือ 4-5 modified Borg Scale) โดยควรฝึกอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 20-60 นาที จะทำให้การออกกำลังกายเกิดประสิทธิภาพ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560) ร่วมกับการออกกำลังกายส่วนแขน (arm exercises) ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อแขนอ่อนแรงและต้องการเพิ่มความสามารถของแขนและมือในการทำกิจวัตรประจำวัน อาจจะใช้จักรยานแบบปั่นมือ ยางยืดหรือดัมเบล เป็นต้น

วิธีลดอาการเหนื่อยหอบ (interventions for reducing exertional dyspnea) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องใช้ความพยายามในการหายใจ ทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย

ซึ่งมีแนวทางในการลดอาการหอบเหนื่อย ดังนี้ การฝึกหายใจ (breathing exercises) ควรให้ผู้ป่วยฝึกหายใจแบบห่อปาก (pursed lips breathing exercise) โดยเฉพาะในช่วงที่มีอาการหอบเหนื่อยขณะออกกำลังกาย การฝึกหายใจออกด้วยการห่อปากและเป่าลมออกทางปากช้าๆ ยาวๆ อากาศที่ค้างคั่งอยู่ในปอดจะถูกไล่ออกมา ส่งผลให้อากาศใหม่สามารถเข้าสู่ปอดและเกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซได้มากขึ้น จึงสามารถช่วยลดอัตราการหายใจ เพิ่มปริมาตรปอดและออกซิเจนในเลือด การจัดทำท่าทาง (body position) ผู้ป่วยควรโน้มตัวไปข้างหน้าเมื่อเกิดอาการหอบเหนื่อย หรือ ยืนโน้มตัวไปข้างหน้า และมีที่พักแขนสามารถช่วยลดอาการได้

เพิ่มการระบายเสมหะ (improving airway mucus clearance) ในผู้ป่วยที่มีการกำเริบเฉียบพลันของโรค และมีเสมหะจำนวนมาก ผู้ป่วยจะต้องพิจารณาเลือกใช้เทคนิคการระบายเสมหะให้เหมาะสม เช่น การฝึกไอ การจัดทำระบายเสมหะ เป็นต้น

ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย อาจฝึกเป็นลักษณะ interval training คือ ทำการออกกำลังกายสลับกับพักเป็นระยะ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เหนื่อยเกินไป การปรับความหนักเบา ระยะเวลาที่ออกกำลังกาย ระยะเวลาพักที่ไม่ตายตัวช่วยเพิ่มความสามารถในการออกกำลังกายได้ และอาจได้ประโยชน์จากการออกกำลังกายง่ายๆ เช่น การกางแขน กระจกขา หรือบิดตัว หากทำพร้อมกับการฝึกหายใจแบบเป่าปากอย่างสม่ำเสมออาจช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยได้ (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560)

2.1.4 การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดอาการกำเริบของโรค ประกอบไปด้วย การสัมผัสฝุ่น ควัน สารเคมี รวมถึงมลพิษทางอากาศทั้งในบริเวณบ้าน ที่ทำงาน และที่สาธารณะซึ่งอาจเกิดจากการเผาไหม้เชื้อเพลิง หรือการขับเคลื่อนเครื่องจักรต่างๆ รวมถึงผู้ป่วยต้องมีการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (Inactivated influenza vaccine) ทุกปี ปีละ 1 ครั้ง ระยะเวลาที่เหมาะสม คือ เดือนมีนาคม-เมษายน นอกจากนั้นผู้ป่วยควรจะได้รับวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ (Pneumococcal vaccine) ในรายที่อายุมากกว่า 65 ปี หรือผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 65 ปีที่มีค่าของ FEV<sub>1</sub> น้อยกว่าร้อยละ 40 เพื่อลดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและลดการเกิดการกำเริบเฉียบพลันของโรค (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2560) นอกจากนั้นผู้ป่วยควรที่จะลดหรือเลิกการสูบบุหรี่ รวมถึงยาสูบประเภทอื่นๆ เช่น ชิการ์ ไปป์ หรือกัญชา และหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือได้รับควันจากบุหรี่มือสอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการกำเริบของโรคมากขึ้น (GOLD, 2022)

## 2.2 การจัดการเกี่ยวกับบทบาทในชีวิตประจำวัน

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องมีการใช้ชีวิตที่ดำเนินอยู่กับโรคเป็นระยะเวลา ยาวนาน จึงควรมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านบทบาทของตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน ประกอบไปด้วย 1. การคงไว้หรือการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน หรือการประกอบอาชีพ ในสภาวะของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปตามการ ดำเนินการของโรค และ 2. การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างและทางสังคม เนื่องจากสภาวะของโรค อาจทำให้ผู้ป่วยมีการแยกตัวออกจากสังคมเนื่องจากอาการเหนื่อยล้า ผู้ป่วยควรจะต้องมี ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อคงไว้ถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างและสังคม มีการ ติดต่อสื่อสารและความสัมพันธ์ต่อกัน ซึ่งสังคมรอบตัวจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ความรู้สึกนึก คิด การรับรู้และการแสดงออกของผู้ป่วย (พวงเพชร ใจคำ, 2562)

## 2.3 การจัดการด้านอารมณ์

ความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการกำเริบเกิดขึ้นได้ การผ่อนคลายจึงเป็นวิธีการที่สำคัญในการกำจัด หรือ ลดสิ่งกระตุ้น โดยผู้ป่วยสามารถฝึกวิธีการจัดการด้านอารมณ์ได้ (พวงเพชร ใจคำ, 2562) ดังนี้

2.3.1 การใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การใช้จินตภาพ การนวด การฝึกผ่อนคลาย การ ฟังเพลง เป็นต้น

2.3.2 การฝึกสมาธิ เป็นการฝึกที่รวบรวมความสนใจให้กลับมามุ่งจดจ่อและสงบ นิ่งอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น การกำหนดลมหายใจเข้า-ออก เป็นต้น

2.3.3 การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ด้วยวิธีการหายใจแบบลึกเป็นการ หายใจอย่างปกติและเป็นธรรมชาติ ซึ่งหากทำอย่างต่อเนื่องจะลดความเครียดและคลายความวิตก กังวลได้ ทำทุกวัน วันละ 3 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 7-10 นาที

2.3.4 การคิดทางบวก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีความสามารถในการทำ กิจกรรมที่ลดลง ไม่สามารถทำงานนอกบ้านได้ตามปกติ วิธีการคิดบวกนี้จะทำให้เกิดพลังในการใช้ ชีวิตท่ามกลางอุปสรรค เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางที่ดีขึ้น เช่น การที่ไม่สามารถออกไป ทำงานนอกบ้านได้แต่กลับมีเวลาให้ตนเองและครอบครัวมากขึ้นกว่าเดิม เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลให้เกิด การยอมรับหรือสามารถปรับตัวให้อยู่กับสภาวะของโรคได้

2.3.5 การขอคำปรึกษาจากผู้ที่มีความรู้ หรือผู้ที่เคยมีประสบการณ์และบุคคลที่ ไว้วางใจ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ สามี ภรรยา หรือคนในครอบครัว เป็นต้น

### 3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติใหม่และยุคปกติถัดไป

ยุคปกติใหม่ (New normal) คือ ช่วงเวลาที่เกิดรูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งแตกต่างจากในอดีต เนื่องจากมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มากระทบจนแบบแผนแนวทางปฏิบัติ และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงไป (ราชบัณฑิตยสภา, 2563) นับตั้งแต่เกิดการระบาดของโรคจนถึงปัจจุบันใช้ระยะเวลาประมาณ 3 ปี ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้เหมาะสมและคุ้นชินกับบริบทของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อจะเตรียมความพร้อมที่จะก้าวเข้าสู่ในยุคปกติถัดไป (Next normal) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลังจากเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ผู้ป่วยพยายามหากกลยุทธ์ต่างๆมาใช้ในการจัดการความวิตกกังวลและความกลัวที่เกิดขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 คือ การออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งสมรรถภาพปอดที่ดี ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีความเสื่อมลงของสมรรถภาพปอด การออกกำลังกายจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะสามารถคงไว้ถึงสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย (Curley, 2022)

2. ด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเบี่ยงเบนความสนใจจากความรู้สึกด้านลบของตนเองเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยการจำกัดการรับฟังข่าวสารทางโทรทัศน์ และปรับเปลี่ยนไปทำกิจกรรมที่มีความสนุกสนานในชีวิตประจำวันแทน รวมถึงการอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวหรือคนที่รักเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาสุขภาวะด้านจิตใจที่ดีแทนที่จะหมกมุ่นอยู่กับความรู้สึกด้านลบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การยอมรับความเป็นจริงและปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นเท่าที่สามารถจะทำได้ (Curley, 2022)

3. การเกิดพฤติกรรมใหม่ในการป้องกันตนเอง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดพฤติกรรมใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด 19 ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย เพิ่มความถี่ของการล้างมือและน้ำยาฆ่าเชื้อ การเว้นระยะห่างทางสังคม การจำกัดการสัมผัสสถานที่สาธารณะตามคำแนะนำของทีมนักวิชาการทางการแพทย์ และเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 จากการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะมีอาการหายใจลำบากขณะสวมใส่หน้ากากอนามัยแต่ผู้ป่วยก็ยังคงสวมใส่ขณะอยู่ในพื้นที่สาธารณะ (Curley, 2022)



4. การปรับตัวเกี่ยวกับรูปแบบการรักษาระยะไกล เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีความจำเป็นที่ต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคม ระบบบริการสุขภาพจึงได้มีการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health tech) มาใช้สนับสนุนระบบบริการสุขภาพวิถีใหม่ คือ ระบบการแพทย์ทางไกล (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่รับรู้ถึงประโยชน์ เกิดการปรับตัว และยอมรับในระบบการดูแลโดยใช้เทคโนโลยีในการสนับสนุนการจัดการตนเองในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (Reilly et al., 2022) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alqahtani, Alghamdi, Aldhahir, Althobiani & Oyelade (2021) ที่ใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดทางไกล ซึ่งพบว่าได้ผลดีเทียบเท่ากับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในรูปแบบปกติ สามารถส่งเสริมสมรรถภาพปอด และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ แต่อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบการแพทย์ทางไกล เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงมีข้อจำกัดในเรื่องของการเข้าถึงข้อมูลในรูปแบบของเทคโนโลยีสารสนเทศ (Elbeddini & Tayefehchamani, 2021) ซึ่งการปรับตัวและการแก้ปัญหาข้อจำกัดนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสนอว่า การที่จะเข้าถึงการจัดการตนเองแบบใช้เทคโนโลยีได้ต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เช่น การให้ลูกหลานที่เชี่ยวชาญด้านอินเทอร์เน็ตเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย เป็นต้น (Reilly et al., 2022)

#### 4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองในยุคปกติใหม่และยุคปกติถัดไป

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกับการอยู่ร่วมกับภาวะเรื้อรังไปตลอดชีวิตผู้ป่วยจึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ พฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี แนวคิดการจัดการตนเองนั้นมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การปฏิบัติตามแผนการรักษา ความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง และความร่วมมือจากทีมสุขภาพ

ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ในการส่งเสริมหรือสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อชะลอหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา (ชูลิกร ด่านยุทธศิลป์, 2560) โดยพยาบาลควรมีบทบาทในการสนับสนุนการจัดการตนเองที่สำคัญ (ชดช้อย วัฒนนะ, 2558) ดังนี้

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งเป็นการจัดในลักษณะกลุ่มย่อย หรือการให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยการใช้อย่างน้อย 2 วิธี ในการให้ความรู้

ร่วมกับการใช้ตัวแบบ ซึ่งได้แก่ ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคมาเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งนอกจากจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้นแล้ว ยังเป็นการโน้มน้าว ชักจูง ให้เกิดความรู้สึกริ่กอยากควบคุมโรคได้เช่นเดียวกับตัวแบบ ทั้งนี้ การให้ความรู้และหลักการจัดการตนเองจะได้ผลดียิ่งขึ้น เมื่อทำร่วมกับการฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการควบคุมโรค

2. การฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นในการควบคุมโรคสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสามารถทำเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล โดยทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีประเด็นร่วมที่คล้ายคลึงกัน แต่มีประเด็นที่แตกต่างเกี่ยวกับทักษะบางประการที่เน้นเฉพาะโรคนั้นๆ ซึ่งการฝึกทักษะเฉพาะนี้มีความสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆจากการได้มีประสบการณ์ตรงด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 การอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยแต่ละราย ปัญหา อุปสรรค และการแก้ปัญหา แรงจูงใจในการควบคุมโรค และปัจจัยที่ทำให้ควบคุมโรคได้สำเร็จ กลวิธีต่างๆที่ใช้ ในกรณีที่ผู้ป่วยบุคคลควรให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

2.2 สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ โดยให้ฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการควบคุมโรคตามสถานการณ์ที่กำหนด ครอบคลุมประเด็นเรื่องการควบคุมอาหารทั้งในการดำเนินชีวิตประจำวันและในโอกาสพิเศษ เช่น งานเลี้ยงสังสรรค์ งานเทศกาล หรือเมื่อเจ็บป่วย การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย การผ่อนคลายความเครียด การจัดเวลาในการพักผ่อน การประเมินและเฝ้าระวังอาการ อาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน และการแก้ไขเบื้องต้น รวมทั้งอาการที่ต้องไปพบแพทย์จนเกิดความมั่นใจ

2.3 การฝึกการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรคที่เป็นไปได้จริง บุคลากรทางการแพทย์ควรมีส่วนในการตั้งเป้าหมายการควบคุมโรคให้เหมาะสมกับอายุและสถานะของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การฝึกการติดตามเฝ้าระวังและการประเมินตนเองในการควบคุมโรค มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่กับตนเองและครอบครัวที่บ้าน ดังนั้น บุคลากรทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องหา กลวิธีในการช่วยให้ผู้ป่วยมีการกำกับติดตามตนเอง และประเมินความก้าวหน้าของการปฏิบัติด้วยวิธีที่ง่าย เช่น จัดทำเป็นคู่มือหรือเอกสารในการประเมินที่สามารถแปลผลได้ด้วยตนเอง และให้แนวทางการแก้ปัญหาที่ชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติได้ทันทีเมื่อผลการประเมินไม่เป็นไปตามเป้าหมาย การ

ฝึกแก้ปัญหาและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการควบคุมโรค ผู้ป่วยต้องเข้าใจถึงอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรืออาการแทรกซ้อน และสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงได้ถูกต้อง ทั้งนี้ บุคลากรที่มีสุขภาพควรจัดกิจกรรมกระตุ้นโดยกำหนดเป็นสถานการณ์ การเล่นเกมสอดรับคำถาม และสรุปการเรียนรู้ หรือใช้ข้อมูลจากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยแต่ละรายมาเป็นสถานการณ์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกำหนดกลวิธีในการแก้ไข

3. การชักจูง โน้มน้าว ให้ลงมือปฏิบัติ และฝึกวิธีการสังเกตและติดตามผล รวมถึงการให้คู่มือสำหรับนำไปทบทวน เผื่อระวังหรือกำกับติดตามการปฏิบัติของตนเองที่บ้าน การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม และการติดตามเยี่ยมบ้านหรือเยี่ยมทางโทรศัพท์

สำหรับยุคปกติใหม่และยุคปกติถัดไป หน่วยบริการสุขภาพหลายแห่งได้ปรับระบบบริการเพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อโดยที่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงกับการติดเชื้อน้อยที่สุด โดยการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health tech) มาใช้สนับสนุนระบบบริการสุขภาพวิถีใหม่ มีการนำระบบการจัดแบ่งกลุ่มการให้บริการผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง ความซับซ้อนของโรค และความจำเป็นในการรักษา เพื่อลดปัญหาการเข้าใช้บริการจำนวนมากในเวลาเดียวกัน มีการนำเทคโนโลยีและพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อสนับสนุนระบบนัดหมายผ่านทางออนไลน์ ระบบการแพทย์ทางไกล (Teleconsultation) และโครงการรับยาร้านยาใกล้บ้าน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติใหม่และยุคปกติถัดไปพยาบาลอาจจะต้องเพิ่มเติมในเรื่องของการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเข้ามามีส่วนร่วมกับกิจกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติด้วย เช่น การให้ความรู้และการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านการใช้โทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชันในการสื่อสาร เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลควรคำนึงถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของผู้ป่วยด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เข้าถึงระบบการดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 อายุ เป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงความรู้ ประสบการณ์ และวุฒิภาวะ ซึ่งผู้ที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่สูงกว่า (นิตยา กออิสรานูภาพ, วรวิษา สำราญเนตร และปนัดดา อาษา, 2565) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ Becker (1974) ที่กล่าวว่า อายุมีส่วนช่วยในการส่งเสริมบุคคลที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเกี่ยวกับแผนการรักษา รวมไปถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค จากการศึกษาของ Yang et al. (2019) พบว่า อายุมีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศจีน ( $\beta = .132, p < .05$ ) และเป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 32 ( $R^2 = .32, p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Posai et al. (2021) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ระลอก 2 ( $r = .13, p < .05$ )

1.2 ระดับความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วยความสามารถสูงสุดในการปฏิบัติกิจกรรม (Functional capacity) และการปฏิบัติกิจกรรม (Functional performance) (Leidy, 1994 อ้างใน สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2558) จากการศึกษาของ Korpershoek et al. (2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (GOLD2 vs GOLD1  $\beta: -3.2; 95\%CI -5.8 \text{ to } -0.5$ ; GOLD3 vs GOLD1  $\beta: -3.4; 95\%CI -7.1 \text{ to } 0.3, p < .20$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .20$ ) และเป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 17 ( $R^2 = .17, p < .20$ )

1.3 โรคประจำตัว คือ โรคที่เกิดขึ้นก่อนหรือเกิดขึ้นร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลักซึ่งไม่ใช่โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลัง (ภรพภา จันทรศรีทอง, 2559) เป็นปัจจัยทางสรีรวิทยาของบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย (Korpershoek et al., 2016) จากการศึกษาของ Korpershoek et al. (2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า โรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta = .80, p < .20$ ) และเป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 17 ( $R^2 = .17, p < .05$ ) และการศึกษาของ Yadav et al. (2020) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเอง และความสัมพันธ์

ของความแตกฉานทางสุขภาพ และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคประจำหลายโรค ในประเทศเนปาล พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรคขึ้นไปมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta = 3.58, p < .007$ )

## 2. ความรู้

### ความหมายของความรู้

ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สะท้อนจากตัวบุคคล โดยผ่านการประมวลผลจากความเข้าใจ การตีความ บริบท ประสบการณ์ และสติปัญญา (Pamela, 2011)

ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริงต่างๆ ด้านเนื้อหาความคิด สิ่งที่ศึกษาได้จากการเรียนรู้หลายวิธี ที่ได้รับจากประสบการณ์ การศึกษาค้นคว้า การสังเกต การสะสมไว้ สามารถจำได้ โดยอาศัยความสามารถและทักษะทางสติปัญญาวิเคราะห์และเชื่อมโยง ที่สามารถทำให้ผู้เรียนรู้ได้รับทราบข้อมูลต่างๆ ได้ (ปัทมาพร ชนะมาร, 2561)

ความรู้ หมายถึง เป็นสิ่งที่สั่งสมจากการเรียนรู้ การค้นคว้า ประสบการณ์ที่ผ่านกระบวนการคิดจนเกิดเป็นความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการทั้ง 3 ด้าน คือ การปฏิบัติด้านการรักษา การปฏิบัติด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติด้านอารมณ์ (พวงเพชร ใจคำ, 2562)

### ความรู้และการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความรู้และการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ความเข้าใจในเนื้อหา เรื่องสาเหตุการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการ ภาวะแทรกซ้อน วิธีการป้องกันและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (ปัทมาพร ชนะมาร, 2561) ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องสั่งสมจากการเรียนรู้ การค้นคว้า รวมถึงประสบการณ์ที่ผ่านกระบวนการคิดจนเกิดเป็นความรู้ โดยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ประสบความสำเร็จนั้นผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการตัดสินใจในการจัดการตนเองได้ โดยการให้ความรู้สามารถแบ่งได้ (Lorig & Holman, 2003) ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรค ประกอบด้วย ความหมายของโรค สาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา อาการ ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบ

## 2. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง ประกอบไปด้วย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองด้านการรักษา ได้แก่ การใช้ยาที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคทั้งชนิด ปริมาณ และความถี่ การออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ

2.2 ความรู้เกี่ยวกับบทบาทที่ดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ การคงไว้ในบทบาทของตน หรือการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างและทางสังคม

2.3 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านอารมณ์ ได้แก่ ความรู้ในการใช้เทคนิคการการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การฝึกหายใจโดยกล้ามเนื้อหน้าท้อง วิธีการคิดทางบวก และการขอคำปรึกษา

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ความรู้ หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการจัดการกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการตนเองด้านการรักษา การจัดการตนเองเกี่ยวกับบทบาทในชีวิตประจำวัน และการจัดการตนเองด้านอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดังการศึกษาของ ของ ปัทมาพร ชนะมาร (2560) ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta = .29, p < .05$ ) และเป็นตัวแปรในโมเดลที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 72 ( $R^2 = .72, p < .05$ ) การศึกษาของพวงเพชร ใจคำ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ( $r = .29, p = .002$ ) และการศึกษาของ Yang et al. (2019) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรคกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศจีน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $r = 0.37, P < .01$ ) มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta = .025, p < .001$ ) และเป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 32 ( $R^2 = .32, p < .05$ )

### 3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

#### ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรม หรือมีพฤติกรรมสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดผลสำเร็จ โดยผ่านกระบวนการทางความคิด การตั้งใจ ความรู้สึก และพฤติกรรม (Bandura & Wessels, 1994)

#### องค์ประกอบหลักของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การเกิดพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความเชื่อ หรือความคาดหวัง 2 ส่วนที่เป็นองค์ประกอบหลักของทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997 อ้างใน วิยดา สุวรรณชาติ, 2557) ประกอบด้วย

1. การรับรู้ความสามารถของตน (Efficacy beliefs) เป็นความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการภายใต้สถานการณ์เฉพาะความเชื่อในความสามารถของตนเองเสมือนกับการรับรู้ความสามารถทางด้านร่างกายของตนเองในการที่จะกระทำสิ่งใด ๆ เพราะว่าความเชื่อในความสามารถของตนเองจะเป็นตัวช่วยบอกว่าบุคคลมีพลังงานและใช้เวลาที่จะเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ได้นานเท่าไร ดังนั้นจึงถือว่าความเชื่อในความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายหลักในการมีกิจกรรมต่างๆของบุคคล

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectancies) เป็นความเชื่อที่บุคคลประเมินว่าพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นที่สืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ และเชื่อว่าตนมีความสามารถพอที่จะทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ซึ่งความคาดหวังในผลลัพธ์นั้นมีความแตกต่างกับการรับรู้ความสามารถของตน กล่าวคือ การรับรู้ความสามารถของตน เป็นการตัดสินใจถึงระดับความสามารถของตนเองในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นการตัดสินใจว่าผลใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

#### กระบวนการการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะสามารถเกิดขึ้นได้โดยอาศัยพื้นฐานจากแหล่งข้อมูลสนับสนุนทั้ง 4 แหล่ง (วิยดา สุวรรณชาติ, 2557) คือ

1. ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือทำ (Enactive mastery experience) การได้ลงมือปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เพราะมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ตรงของตนเอง ความสำเร็จและความล้มเหลวที่เกิดขึ้นซ้ำๆจะชักนำให้บุคคลรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองได้ ความสำเร็จจะทำให้บุคคลนั้นรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงขึ้น บุคคลจึงเชื่อว่า

เขามีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ นอกจากนี้ถ้าบุคคลสามารถเอาชนะความล้มเหลวที่เคยเกิดขึ้นได้ในภายหลังจะยังสามารถตั้งใจให้เชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนยิ่งขึ้น ดังนั้นผลกระทบของความล้มเหลวต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองจึงขึ้นอยู่กับเวลาและแบบแผนทั้งหมดของประสบการณ์ที่ล้มเหลว

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากตัวแบบ (Vicarious experience) เป็นการที่บุคคลเรียนรู้โดยการสังเกตเหตุการณ์ หรือประสบการณ์ของตัวแบบหรือบุคคลอื่น แล้วนำมาพิจารณาความสามารถของตนเอง เมื่อสังเกตเห็นผู้อื่นได้รับความสำเร็จ ตัวแบบจึงทำหน้าที่กระตุ้นให้ผู้สังเกตเกิดความคิด ทศนคติ และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในตามลักษณะตัวแบบและในการนำเสนอตัวแบบนั้นจะต้องมีลักษณะคล้ายคลึงกับกับผู้สังเกต โดยตัวแบบที่บุคคลสามารถเลียนแบบได้นั้นแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Actual model) จะทำให้บุคคลได้มีโอกาสสังเกต และมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงไม่ต้องผ่านสื่อต่างๆซึ่งควรมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตในด้านเพศ เชื้อชาติ อายุ และทัศนคติ ผู้สังเกตจึงมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมานั้นเหมาะสม และสามารถนำไปปฏิบัติได้เพราะมีความคล้ายคลึงกัน

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ วิทยู โทรทัศน์ ภาพยนตร์ เทปบันทึกภาพ การ์ตูน ข้อเขียน หรือหนังสือนวนิยาย เป็นต้น

3. การให้คำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นวิธีการที่ใช้กันมากเพราะทำได้ง่าย การให้ความรู้คำแนะนำเป็นปัจจัยแรก และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างหรือก่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติขั้นต่อไป ดังนั้นความรู้จึงเป็นวิธีที่นำไปสู่การปฏิบัติได้ ซึ่งบุคคลที่ได้รับคำแนะนำ และคำพูดชักจูงจากบุคคลที่มีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น การพูดชักจูงโดยใช้คำพูดที่เป็นสัญลักษณ์ การกระตุ้น ชักชวน ชี้แนะ อธิบาย ให้ความรู้ ให้กำลังใจ หรือเสริมแรงโดยการยกย่องชมเชย เพื่อให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

4. การประเมินสภาวะทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and affective states) บุคคลต้องมีการประเมินความพร้อมของสภาพร่างกาย และมีการกระตุ้นทางอารมณ์ที่ส่งเสริมความสามารถ เพื่อให้บุคคลนั้นมีการรับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเต็มศักยภาพ การแสดงออกทางร่างกายและอารมณ์มีผลกระทบต่อรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยผ่านกระบวนการตัดสินใจทำพฤติกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งของการกระตุ้นต่างๆระดับ



ของการทำกิจกรรม และประสบการณ์ในการทำกิจกรรมของบุคคลที่ผ่านมาในอดีต เป็นกระบวนการรับรู้ทางปฏิภิกิริยาทางอารมณ์ เพราะประสบการณ์ในการทำกิจกรรมที่ประสบความสำเร็จจะเป็นแรงกระตุ้นทางอารมณ์ทางบวกที่ช่วยทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นได้ สภาพร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรงและมีสุขภาพที่ดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่สภาวะที่ร่างกายที่มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติหรือเจ็บป่วยจะส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนลดลง และมีทล็กเสี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นวิธีการที่จะส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้เพิ่มขึ้น สามารถกระทำได้โดยลดความตึงเครียด และลดสภาวะทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในทางไม่ดี

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่น หรือความมั่นใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่จะสามารถปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองในสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังการศึกษาของ ปัทมาพร ชนะมาร (2560) ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta = .08, p < .05$ ) และเป็นตัวแปรในโมเดลที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 72 ( $R^2 = .72, p < .05$ ) และการศึกษาของ Park & Kang (2017) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $r = .76, p < .001$ )

#### 4. การสนับสนุนทางสังคม

##### ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ทางสังคมที่มาจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ การสนับสนุนทางสังคมถูกกำหนดขึ้นจากความสัมพันธ์ทั่วไป เช่น ความสัมพันธ์แบบสามภรรยาเพื่อน การเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งในองค์กร หรืออาจถูกกำหนดขึ้นจากด้านของโครงสร้าง ความสัมพันธ์ทางสังคม นอกจากนั้นการสนับสนุนทางสังคมยังเกี่ยวข้องถึงการได้รับความช่วยเหลือในเรื่องของความวิตกกังวลหรืออารมณ์ ความช่วยเหลือด้านทรัพยากร การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการประเมินตนเอง (House et al., 1985)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือ ที่นำไปสู่การได้รับการดูแลด้วยความรัก การเคารพนับถือ และเป็นสมาชิกของเครือข่ายในสังคมที่เกี่ยวข้อง (Cobb, 1976)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง แหล่งทรัพยากรเพื่อนำมาใช้ในการเผชิญปัญหา หรือจัดการกับความเครียด นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องถึงการได้รับความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ หรือการเคารพนับถือจากแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ (Thoits, 1995)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยส่งเสริมให้บุคคลได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ วัตถุประสงค์ของ การให้กำลังใจ ให้ข้อมูลข่าวสารคำแนะนำต่างๆ เป็นการช่วยเหลือจากบุคคลภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัว ทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้บุคคลนั้น สามารถแก้ไขปัญหาหรือมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีขึ้น (ตันหยง เอี่ยมพร, 2563)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในรูปแบบต่างๆ กับแหล่งอำนาจทางสังคม ในด้านต่างๆ เช่น ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์ และด้านการประเมินค่า เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะส่งผลทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงคุณภาพชีวิตที่ดี (ศุภกิจ เครือกลัด, 2564)

#### **แหล่งสนับสนุนทางสังคม**

เฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 9 แหล่ง คือ คู่สมรส (spouse or partner) ญาติ (other relatives) เพื่อน (friends) เพื่อนบ้าน (neighbors) หัวหน้างาน (work supervisor) เพื่อนร่วมงาน (coworkers) ผู้ให้บริการหรือผู้ดูแล (service or care givers) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help groups) และบุคลากรทางสุขภาพ (health/welfare professionals)

#### **ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม**

เฮาส์ (House, 1981) แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. ด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การที่ทำให้บุคคลรู้สึกได้รับความรัก ความไว้วางใจ การเอาใจใส่ การให้กำลังใจ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ แสดงความห่วงใย สอบถามความรู้สึกและรับฟัง รวมถึงการยอมรับนับถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลที่เป็นจริงข่าวสารที่จำเป็น คำแนะนำ การชี้แนะแนวทาง ข้อชี้แจง ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติ เพื่อให้สามารถเผชิญหรือจัดการกับสถานการณ์ปัญหาได้ เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้ความรู้ คำปรึกษา เป็นต้น

3. ด้านทรัพยากร (Instrumental Support) หมายถึง การที่ทำให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือ และสนับสนุนในรูปแบบต่างๆ โดยตรงต่อบุคคล เช่น วัสดุสิ่งของ เงินทอง แรงงาน เวลา รวมถึงการให้บริการ เพื่อช่วยเพิ่มความมั่นใจในการแก้ปัญหาของบุคคล

4. ด้านการให้การประเมินค่า (Appraisal Support) หมายถึง การที่ทำให้บุคคลได้รับการเรียนรู้โดยส่งเสริมให้ประเมินความสามารถตนเอง มีการให้ข้อมูลย้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม หรือเป็นการนำข้อมูลมาประเมินตนเองอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่สังคมกำหนดไว้หรือไม่ เพื่อให้ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง และสามารถนำไปใช้ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทางสุขภาพ ในด้านข้อมูล ทรัพยากร อารมณ์ และการประเมิน ในสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดังการศึกษาของ ปัทมาพร ชนะมาร (2560) ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta = .18, p < .05$ ) และเป็นตัวแปรในโมเดลที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 72 ( $R^2 = .72, p < .05$ ) การศึกษาของ พวงเพชร ใจคำ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ( $r = .315, p = .001$ ) และการศึกษาของ Ting et al. (2022) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta = .46, p < .001$ ) และเป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 36 ( $R^2 = .36, p < .05$ )

## 5. ความวิตกกังวล

### ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล หมายถึง การคาดการณ์ของบุคคลในเชิงลบถึงเหตุการณ์ในอนาคต โดยมีความรู้สึกไม่สบายใจ หรือส่งผลต่ออาการทางด้านร่างกาย (Perrotta, 2019)

ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน (อรพรรณ ลือบุญ รัชชชัย, 2554)

ความวิตกกังวล หมายถึง การรับรู้ของบุคคลในสถานการณ์ที่ประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง ทำให้มีความตึงเครียด หัวใจวิตก กระวนกระวาย ไม่สบายใจ รู้สึกเหมือนตนเองถูกคุกคาม ตกอยู่ในอันตราย ซึ่งเกิดจากความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่แน่นอน รู้สึกกลัวในสภาวะหรือเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ (สุปราณี คำโสภา, 2558)

ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนว่ามีการกระตุ้นที่มากเกินไปเกิดขึ้น รู้สึกเหมือนถูกคุกคามตกอยู่ในอันตรายและไม่มั่นคงปลอดภัย ทำให้เกิดความหวาดหวั่น ตึงเครียด ไม่เป็นสุข และมีการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ (สาธกา พิมพ์รุณ และศิริลักษณ์ เวชการวิทยา, 2559)

### ลักษณะของความวิตกกังวล

ลักษณะของความวิตกกังวล มี 2 ลักษณะ (สาธกา พิมพ์รุณ และศิริลักษณ์ เวชการวิทยา, 2559) ดังนี้

1. Trait-anxiety or A-trait (ความวิตกกังวลประจำตัว) คือ ลักษณะประจำตัวของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินสิ่งเร้า โดยมีแนวโน้มที่จะรับรู้และประเมินหรือคาดคะเนสิ่งเร้าว่าน่าจะเกิดอันตรายหรืออาจคุกคามตนเองทำให้มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น มักเกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆไป โดยทั่วไปแล้วทุกคนจะมีความวิตกกังวลประเภทนี้ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และความวิตกกังวลประจำตัวนี้เป็นตัวเสริมความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ความวิตกกังวลแบบนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงได้แต่ค่อนข้างช้า

2. State-anxiety or A-state (ความวิตกกังวลในขณะปัจจุบัน) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์เฉพาะ หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือจะเกิดอันตรายต่อบุคคล และจะแสดงพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ในช่วงที่อยู่ในสถานการณ์นั้น ความวิตกกังวลในขณะปัจจุบันนี้ทำให้บุคคลเกิดความตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบอัตโนมัติตื่นตัวสูง ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลในขณะปัจจุบันจะแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลประจำตัวและประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

### ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งเป็น 4 ระดับ (สาธกา พิมพ์รุณ และศิริลักษณ์ เวชการวิทยา, 2559) ดังนี้

1. ระดับเล็กน้อย (mild) ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ดี ไวขึ้น ตื่นตัว สามารถเห็นได้ยิน และสังเกตสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมได้ สามารถบอกได้ว่ากำลังมีอะไรมารบกวนและส่งผลให้กังวล รู้สึกไม่สุขสบายเล็กน้อย กระสับกระส่าย หงุดหงิดหรือมีความอดทนน้อย มีความตึงเครียดเล็กน้อย มีพฤติกรรมคลายเครียด เช่น เคาะนิ้ว เขย่าขา เม้มปาก

2. ระดับปานกลาง (moderate) ผู้ป่วยมีการรับรู้ได้น้อยกว่าสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นจริง สามารถแก้ปัญหาได้แต่ทำได้ไม่เต็มความสามารถ มีเสียงสั่น ระดับเสียงพูดเปลี่ยนไป เสียงดัง พูดบ่นมากขึ้น ไม่มีสมาธิ เริ่มมือสั่นและตัวสั่นเล็กน้อย อาจนั่งไม่ค่อยติด ไม่ค่อยสงบ พูดซ้ำๆถามซ้ำๆ มีอาการทางกาย เช่น ปัสสาวะบ่อย ปวดศีรษะ ปวดหลัง นอนไม่หลับ หายใจเร็วขึ้น ซีพจรเร็วขึ้น กล้ามเนื้อตึง

3. ระดับรุนแรง (severe) ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ลดลงมาก มุ่งความสนใจไปที่จุดเดียว ฟุ้งซ่าน ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถมองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างเหตุการณ์กับรายละเอียดต่างๆ การรับรู้บิดเบือน มีความรู้สึกแยะ ทำหน้าที่ได้ไม่ดี ผิดพลาด บกพร่อง เริ่มสับสน ลุกลุกกล่น ไม่มีจุดมุ่งหมาย มีความตึงเครียดมากขึ้น มีอาการทางกายเพิ่มขึ้น เช่น วิงเวียน งุนงง คลื่นไส้ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว พูดเร็ว รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย อยู่ในสภาพทำอะไรไม่ได้ หวาดกลัว ไม่มีความสุข

4. ระดับรุนแรงมาก หรือ แพนิค (panic) ผู้ป่วยไม่สามารถมุ่งความสนใจไปที่สิ่งแวดล้อมได้ หวาดกลัวสุดขีด ไร้ความรู้สึก รู้สึกหมดหนทาง กลัวถูกทอดทิ้งให้เผชิญเหตุการณ์คนเดียว กลัวตาย อาจมีอาการประสาทหลอน หลงผิด คิดอะไรไม่ออก แก้ปัญหาไม่ได้ สับสน กระวนกระวาน กระสับกระส่าย ตัดสินใจไม่ได้ คิดเชิงเหตุผลไม่ได้ เนื้อตัวสั่นจนทำอะไรไม่ถูก หลีกหนี แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ตะโกนเสียงดัง เสียงสั่น ตื่นตระหนก และอาจทำร้ายคนอื่น

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกและอารมณ์ที่เป็นลบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งได้รับมาจากหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยมีอิทธิพลต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังการศึกษาของ Korpershoek et al. (2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta = -.35, p < .20$ ) และเป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 17 ( $R^2 = .17, p < .20$ )

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัทมาพร ชนะมาร (2560) ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการศึกษาพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 325 คน โดยมีตัวแปรที่ศึกษา คือ ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เจตคติ การมีส่วนร่วม แรงจูงใจ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ( $\beta = .29, p < .05$ ) ความเชื่อด้านสุขภาพ ( $\beta = .31, p < .05$ ) เจตคติต่อการดูแลตนเอง ( $\beta = .11, p < .05$ ) แรงสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .18, p < .05$ ) แรงสนับสนุนของครอบครัว ( $\beta = .08, p < .05$ ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ( $\beta = .08, p < .05$ ) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ( $\beta = .10, p < .05$ ) มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า ( $\beta = -.42, p < .05$ ) มีอิทธิพลทางตรงเชิงลบต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การมีส่วนร่วม ( $\beta = .51, p < .05$ ) และแรงจูงใจ ( $\beta = .42, p < .05$ ) มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และทั้งหมดในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 72 ( $R^2 = .72, p < .05$ )

พวงเพชร ใจคำ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการศึกษาพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 110 คน โดยมีตัวแปรที่ศึกษา คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 4.31 (S.D. = 0.40) ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 0.82 (S.D. = 0.12) และค่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3.48 (S.D. = 0.38) โดยความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ( $r = .29$  และ  $.32, p < .01$ ) ตามลำดับ

Giang et al. (2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเมืองโฮฟอง เวียดนาม เป็นการศึกษาพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 100 คน โดยมีตัวแปรที่ศึกษา คือ ความรู้เกี่ยวกับโรค ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.72, S.D. = 0.42) ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับจัดการตนเองของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $r = .45, p < .01$ ) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับจัดการตนเองของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $r = .50, p < .01$ ) ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความวิตกกังวลและการ

จัดการตนเองด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $r = .08, p > .05$ ) การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลควรมีการแนะนำโปรแกรมเพิ่มเติมเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับการปรับปรุงพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Korpershoek et al. (2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการศึกษาพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 290 ราย โดยมีตัวแปรที่ศึกษา คือ ความวิตกกังวล การรับรู้การเจ็บป่วย ดัชนีมวลกาย อายุ ระดับความรุนแรงของโรค และโรคร่วม ผลวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ พบว่า ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ความวิตกกังวล ( $\beta: -0.35; 95\%CI -0.6 \text{ to } -0.1$ ), การรับรู้การเจ็บป่วย ( $\beta: -0.2; 95\%CI -0.3 \text{ to } -0.1$ ) ดัชนีมวลกาย ( $\beta: -0.4; 95\%CI -0.7 \text{ to } -0.2$ ), อายุ ( $\beta: -0.1; 95\%CI -0.3 \text{ to } -0.01$ ), ระดับความรุนแรงของโรค (GOLD2 vs GOLD1  $\beta: -3.2; 95\%CI -5.8 \text{ to } -0.5$ ; GOLD3 vs GOLD1  $\beta: -3.4; 95\%CI -7.1 \text{ to } 0.3, p < .20$ ) และโรคประจำตัว ( $\beta: 0.8; 95\%CI -0.2 \text{ to } 1.8$ ) ตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 17 ( $R^2 = .17, p < .20$ )

Park & Kang (2017) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการศึกษาพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 100 ราย โดยมีตัวแปรที่ศึกษา คือ ประสิทธิภาพการมีอาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $r = .76, p < .001$ ) และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ในทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $r = -.48, p < .001$ )

Yang et al. (2019) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศจีน เป็นการศึกษาพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 360 คน โดยมีตัวแปรที่ศึกษา คือ ความรู้เกี่ยวกับโรค อายุ สถานภาพสมรส สถานที่อาศัย และพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้คะแนนความรู้ (COPD-Q) เฉลี่ย  $4.90 \pm 2.50$  คะแนน และมีระดับพฤติกรรมจัดการตนเองเฉลี่ย  $117.23 \pm 20.56$  คะแนน จัดว่ามีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับต่ำถึงปานกลาง จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า คะแนนรวมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $r = .37, p < .01$ ) และใช้สถิติถดถอยพหุคูณโดยใช้ 4 ตัวแปร คือ

ความรู้ อายุ สถานภาพการสมรส และสถานที่อาศัย พบว่า มีอำนาจการทำนายที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองร้อยละ 32 ( $R^2 = .32, p < .05$ )

Yadav et al. (2020) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ของความแตกฉานทางสุขภาพ และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคประจำหลายโรค ในประเทศเนปาล เป็นการศึกษาพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 238 คน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง (SMPQ) เฉลี่ยคือ 45.31 (S.D. = 9.00) คะแนนของความแตกฉานทางสุขภาพ และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้แก่ การไม่ได้รับการศึกษา ( $\beta = -0.43, p\text{-value} = .001$ ) มีรายได้ครอบครัวต่ำ ( $\beta = -5.22, p\text{-value} = .002$ ) และการมีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค ( $\beta = 3.58, p\text{-value} = 0.007$ )

Posai et al. (2021) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ระลอก 2 เป็นการศึกษาพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 250 ราย ประกอบไปด้วย ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 34) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 28.8) โรคมะเร็ง (ร้อยละ 11.2) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 10) โรคหัวใจ (ร้อยละ 9.6) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 6.4) โดยมีตัวแปรที่ศึกษา คือ อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อายุ ( $r = .13, p < .05$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $r = .15, p < .05$ ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ( $r = .73, p < .001$ ) การรับรู้ประโยชน์ ( $r = .44, p < .001$ ) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค ( $r = -.87, p < .001$ ) และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 38 ( $R^2 = .38, p < .05$ )

Ting et al. (2022) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การศึกษาพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเอง และศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศจีน โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 248 คน ผลการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 10.6 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง และจากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .46, p < .001$ ) การได้รับสิทธิ์ประกันสุขภาพ ( $\beta = .17, p = .007$ )



สถานะการสูญบุหรื ( $\beta = -.195, p = .002$ ) และสถานะทางสุขภาพ ( $\beta = -.139, p = .04$ ) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 36 ( $R^2 = .36, p < .05$ )

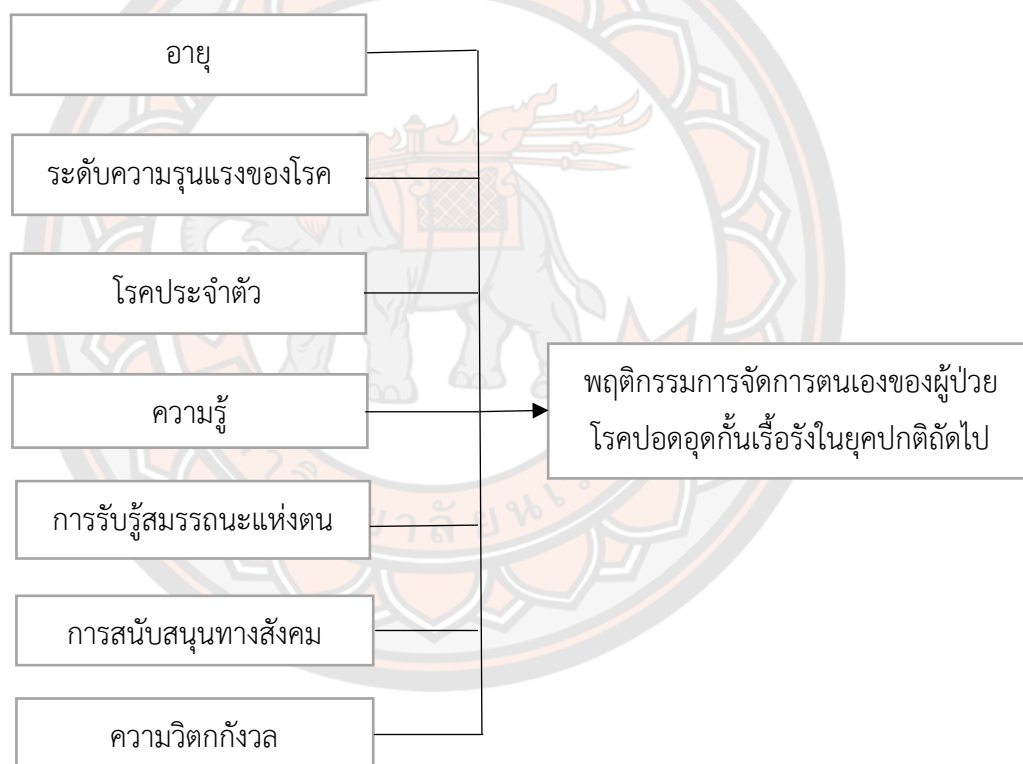
ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ตัวแปรต้นได้มาจากแนวคิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของลอริก และฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ที่กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยจะเกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองจะต้องมีความรู้ มีการฝึกทักษะ และเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเข้ามาเป็นตัวแปรต้นในการศึกษา ส่วนปัจจัยด้านการฝึกทักษะผู้วิจัยไม่ได้เลือกนำมาศึกษาเนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองซึ่งเป็นตัวแปรตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ปีทมาพร ชนะมาร, 2560; พวงเพชร ใจคำ, 2562; Yang et al., 2019) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ปีทมาพร ชนะมาร, 2560; Park & Kang, 2017)

จากการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค และโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Korpershoek et al., 2016; Posai et al., 2021; Yadav et al., 2020; Yang et al., 2019) และการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติใหม่ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ปีทมาพร ชนะมาร, 2560; พวงเพชร ใจคำ, 2562; Ting et al., 2022) และความวิตกกังวลความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Korpershoek et al., 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่คัดสรรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ในยุคปกติมีการศึกษาอย่างครอบคลุมแล้ว สำหรับยุคปกติใหม่และปกติถัดไป พบว่ามีการศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยสนับสนุนทางสังคมเท่านั้น ซึ่งยังมีการศึกษาที่ค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปโดยคัดเลือกตัวแปรต้นที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาจากปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า อายุ ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Korpershoek et al., 2016; Posai et al., 2021; Yadav et al., 2020; Yang et al., 2019) ร่วมกับการใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) ซึ่งการที่จะเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองได้นั้นจะต้องมีความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และจากการทบทวนวรรณกรรมถึงสถานการณ์หลังเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองได้เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจาก ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ลดลง และมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (Curley, 2022; Mcauley et al., 2021; Reilly et al., 2022) ตามกรอบแนวคิดที่แสดงดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป มีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

##### กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20-80 ปี แผนกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรธอร์นไดค์ (Thorndike, 1978)  $n = 10k + 50$  ซึ่ง  $n$  คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง และ  $k$  คือจำนวนตัวแปรต้นและตามจำนวน 8 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และพฤติกรรมจัดการตนเอง

$$10(8) + 50 = 130$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยหลักความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยการสุ่มอย่างง่ายโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างคนเว้นคน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์ ดังนี้

##### เกณฑ์การคัดเลือก

1. อายุ 20-80 ปี
2. ค่าสมรรถภาพของปอด หรือระดับความรุนแรงของการอุดกั้นหลอดลม (Airflow limitation severity) ได้แก่ ระดับ 1 รุนแรงน้อย ค่า  $FEV_1 \geq$  ร้อยละ 80 ระดับ 2 รุนแรงปานกลาง

ค่า FEV<sub>1</sub> ร้อยละ 50-79 ระดับ 3 รุนแรงมาก ค่า FEV<sub>1</sub> ร้อยละ 30-49 และระดับ 4 รุนแรงมากที่สุด  
ค่า FEV<sub>1</sub> < ร้อยละ 30

3. รับรู้ วัน เวลา และสถานที่
4. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
5. ได้รับการอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้
6. เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจและลงนามในเอกสารให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โดยสมัครใจ

#### เกณฑ์การคัดออก

1. มีอาการกำเริบของโรค และ/หรือ อาการไม่คงที่ ได้แก่ ไอรุนแรง หายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็วขึ้น และแน่นหน้าอก
2. มีสถานะที่ไม่สามารถให้ข้อมูลด้วยตนเองได้ เช่น เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน หรือระดับความรู้สึกร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย แบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในยุคปกติถัดไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 6 ส่วนโดยมีรายละเอียด ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บุคคลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแล ประวัติการสูบบุหรี่ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันที่เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคประจำตัว และประวัติการติดเชื้อโควิด 19

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป ดัดแปลงจากพวงเพชร ใจคำ (2562) โดยมีการปรับข้อความให้มีความเหมาะสมกับบริบทสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประกอบไปด้วยการประเมินการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ ด้านการรักษา จำนวน 6 ข้อ ด้านบทบาทในชีวิตประจำวัน จำนวน 7 ข้อ และด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ รวมข้อความทั้งหมด จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมจัดการตนเองเป็นประจำ (7วัน/สัปดาห์)

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมจัดการตนเองเป็นส่วนใหญ่ หรือบ่อยครั้ง (5-6 วัน/สัปดาห์)

ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมจัดการตนเองปานกลาง (3-4วัน/สัปดาห์)

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมจัดการตนเองส่วนน้อย หรือนานๆครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์)

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่มีพฤติกรรมจัดการตนเองเลย

#### เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความลักษณะเป็นบวก	ข้อความลักษณะเป็นลบ
ปฏิบัติประจำ	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	2
ปฏิบัติปานกลาง	3	3
ปฏิบัติบางครั้ง	2	4
ไม่ปฏิบัติเลย	1	5

#### การแปลผลคะแนน

แบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงพิสัยจากสูตร (รัตนศิริ ทาโต, 2561)

คะแนน 1.00-2.33 แปลผล พฤติกรรมจัดการตนเองระดับต่ำ

2.34-3.67 แปลผล พฤติกรรมจัดการตนเองระดับปานกลาง

3.68-5.00 แปลผล พฤติกรรมจัดการตนเองระดับสูง

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามความรู้ ดัดแปลงจากพวงเพชร ใจคำ (2562) โดยมีการปรับและเพิ่มข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับบริบทสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ความหมายของโรค สาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา อาการ ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบ จำนวน 6 ข้อ และการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการรักษา จำนวน 7 ข้อ ด้านบทบาทในชีวิตประจำวัน จำนวน 6 ข้อ และด้านอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 25 ข้อ จากเดิมมี 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

#### การแปลผลคะแนน

แบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงพิสัยจากสูตร (รัตนศิริ ทาโต, 2561)

คะแนน 0-8 แปลผล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวระดับต่ำ

คะแนน 9-16 แปลผล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวระดับปานกลาง

คะแนน 17-25 แปลผล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวระดับสูง

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และตำราที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการรักษา จำนวน 6 ข้อ ด้านบทบาทในชีวิตประจำวัน จำนวน 5 ข้อ และด้านอารมณ์ จำนวน 1 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่มั่นใจ มั่นใจเล็กน้อย และ มั่นใจมาก

#### **เกณฑ์การให้คะแนน**

- 3 คะแนน หมายถึง มั่นใจมาก
- 2 คะแนน หมายถึง มั่นใจเล็กน้อย
- 1 คะแนน หมายถึง ไม่มั่นใจ

#### **การแปลผลคะแนน**

แบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงพิสัยจาก (รัตนศิริ ทาโต, 2561)

- 1.00-1.66 คะแนน แปลผล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ
- 1.67-2.33 คะแนน แปลผล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง
- 2.34-3.00 คะแนน แปลผล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงจาก พวงเพชร ใจคำ (2562) โดยมีการปรับและเพิ่มข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับบริบทสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่ การใช้ยาที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ และ การจัดการกับความเครียดโดยการสนับสนุนจะแสดงออกมาทั้งหมด 4 ด้าน ประกอบไปด้วย ด้านข้อมูล ด้านทรัพยากร ด้านอารมณ์ และด้านการประเมิน โดยมีข้อคำถามการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านข้อมูล จำนวน 3 ข้อ ด้านทรัพยากร จำนวน 6 ข้อ ด้านอารมณ์ จำนวน 2 ข้อ และด้านการประเมิน จำนวน 2 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ จากเดิมมี 12 ข้อ เป็นลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

#### **เกณฑ์การให้คะแนน**

- 4 คะแนน (เห็นด้วยมาก) หมายถึง ข้อความนั้นเป็นความจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด
- 3 คะแนน (เห็นด้วยปานกลาง) หมายถึง ข้อความนั้นเป็นความจริงที่เกิดขึ้นมากปานกลาง
- 2 คะแนน (เห็นด้วยน้อย) หมายถึง ข้อความนั้นเป็นความจริงที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย
- 1 คะแนน (ไม่เห็นด้วย) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเลย

#### **การแปลผลคะแนน**

แบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงพิสัยจากสูตร (รัตนศิริ ทาโต, 2561)

- 1.00-2.00 คะแนน แปลผล การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
- 2.01-3.00 คะแนน แปลผล การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

3.01-4.00 คะแนน แปลผล การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

**ส่วนที่ 6** แบบสอบถามความวิตกกังวล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และตำราที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ เป็นลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 3 ระดับ

#### เกณฑ์การให้คะแนน

3 คะแนน หมายถึง เกือบทุกวัน

2 คะแนน หมายถึง เป็นบางวัน

1 คะแนน หมายถึง ไม่เลย

#### การแปลผลคะแนน

แบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงพิสัยจากสูตร (รัตนศิริ ทาโต, 2561)

1.00-1.66 คะแนน แปลผล ความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ

1.67-2.33 คะแนน แปลผล ความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง

2.34-3.00 คะแนน แปลผล ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

##### 1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความวิตกกังวล ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1 ท่าน และแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรง (CVI) ของแบบสอบถามแต่ละชุด โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (S-CVI) เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามความรู้มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (S-CVI) เท่ากับ 0.96 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (S-CVI) เท่ากับ 0.92 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความวิตกกังวลมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (S-CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

## 2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับการตรวจ ปรับปรุงแก้ไข และผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทุกฉบับ โดยแบบสอบถามความรู้ ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรครูดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kruder - Richardson [KR - 20]) โดยได้ค่าเท่ากับ 0.82 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคนกติดัดไป การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 'alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.83, 0.89, 0.93 และ 0.75 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มอาสาสมัครโดยได้รับการรับรองพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร (หมายเลขโครงการ P3-0007/2566) หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ก่อนที่ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการทำวิจัย ขั้นตอนของการวิจัย อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ และขณะทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาในระหว่างดำเนินการได้โดยไม่เกิดผลเสียหายใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ ในตู้เก็บเอกสาร และระบบคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยที่มีการเข้ารหัสไว้ หากสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมดทันทีภายใน 3 ปี การศึกษาวิจัยนี้จะไม่มีการรักษา และนำเสนอในภาพรวมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขอนหนังสือบันทึกข้อความขออนุญาตในการทำวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย และเอกสารการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (หมายเลข



โครงการ P3-0007/2566) ยื่นเสนอต่อผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือดำเนินการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลการวิจัย ตามวัน และเวลาที่กำหนด

2. ภายหลังจากได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยประสานกับหัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

3. ผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างแก่พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับผิดชอบในหน่วยคัดกรอง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาถึงให้พยาบาลวิชาชีพขอความยินยอมกับกลุ่มตัวอย่าง ในการตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นที่คาดว่าจะจะเป็นกลุ่มตัวอย่างได้และสอบถามกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความยินยอมให้ผู้วิจัยได้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยดำเนินการโดยการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย เหตุผลที่ขอความร่วมมือ สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจอีกครั้ง หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติให้เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก หากครบถ้วนผู้วิจัยจึงขอความยินยอมกับแพทย์เจ้าของไข้ ทั้งนี้สถานที่ในการดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นบริเวณมุมด้านหลังของแผนกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีฉากกั้นซึ่งมีความเป็นส่วนตัว

6. เมื่อได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้แล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อหรือประทับลายนิ้วมือในกรณีที่ไม่สามารถเขียนได้ ไว้เป็นหลักฐานและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

7. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามแจกให้กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจสามารถซักถามผู้วิจัยได้โดยตรงหรือหากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเขียนตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อความในแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด สำหรับการศึกษาครั้งนี้การเก็บข้อมูลส่วนใหญ่เป็นลักษณะของผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อความในแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านการเขียนและอ่าน

8. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่แบบสอบถามไม่ครบถ้วนผู้วิจัยซักถามถึงเหตุผล อธิบายเพิ่มเติม และหากกลุ่มตัวอย่างไม่ชัดเจนที่จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบให้ครบถ้วน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บุคคลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแล ระดับความรุนแรงของโรค การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการติดเชื้อโควิด 19 วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ และค่าร้อยละ ข้อมูลอายุ วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณโดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise Regression)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป และศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงสิงหาคม 2566 ผลของการวิจัยได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัย ได้แก่ ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล ที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ บุคคลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแล ประวัติการสูบบุหรี่ การรักษาที่ได้รับ โรคประจำตัว ประวัติการติดเชื้อโควิด 19 และระดับความรุนแรงของโรค แสดงผลดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไป (n=130)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	26	20
ชาย	104	80
<b>อายุ (ปี) (Range 36-80, Mean 67, S.D. 9.75)</b>		
<50	9	7
50-59	20	15.3
60-69	36	27.7
70-80	65	50
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	11	8.5
คู่	104	80
หม้าย	10	7.7
หย่าร้าง	5	3.8
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	6	4.6
ประถมศึกษา	96	73.9
มัธยมศึกษา	26	20
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	1.5
<b>การประกอบอาชีพ</b>		
เกษตรกร	95	73
รับจ้าง	13	10
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1	0.8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	21	16.2

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>รายได้</b>		
เพียงพอมีเหลือเก็บ	9	7
เพียงพอไม่มีเหลือเก็บ	103	79.2
ไม่เพียงพอต้องกู้ยืมบ้างบางครั้ง	16	12.3
ไม่เพียงพอต้องกู้ยืมทุกครั้ง	2	1.5
<b>บุคคลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแล</b>		
ไม่มี	26	20
มี	104	80
<b>ประวัติการสูบบุหรี่</b>		
ยังสูบบุหรี่	26	20
เลิกสูบ	104	80
<b>การรักษาที่ได้รับ</b>		
ยาพ่นขยายหลอดลม	12	9.2
ยาพ่น ขยายหลอดลมและยารับประทาน	114	87.7
ยาพ่นขยายหลอดลม ยารับประทาน และออกซิเจนที่บ้าน	4	3.1
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	47	36.2
มี		
มี 1 โรค	51	39.2
มีมากกว่า 1 โรคขึ้นไป	32	24.6
<b>ประวัติการติดเชื้อโควิด 19</b>		
เคยติดเชื้อแล้ว	40	30.8
ยังไม่เคยติดเชื้อ	90	69.2
<b>ระดับความรุนแรงของโรค</b>		
GOLD 1	46	35.4
GOLD 2	19	14.6
GOLD 3	54	41.5
GOLD 4	11	8.5

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้นั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 80 เพศหญิงร้อยละ 20 ส่วนใหญ่มีอายุ 70-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.7 โดยอายุเฉลี่ย 67 ปี อายุสูงสุด 80 ปีและอายุต่ำสุด 36 ปี สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา โสด คิดเป็นร้อยละ 8.5 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 73.9 รองลงมา มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 20 ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทำเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 73 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 16.2 รายได้ส่วนใหญ่เพียงพอไม่มีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 79.2 รองลงมา ไม่เพียงพอต้องกู้ยืมเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 12.3 ด้านบุคคลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคคลหลักในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 80 และไม่มี คิดเป็นร้อยละ 20 ด้านประวัติการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลิกสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 80 และยังคงสูบบุหรี่อยู่ คิดเป็นร้อยละ 20 การรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับส่วนใหญ่ คือ ยาพ่นขยายหลอดลมร่วมกับการใช้ยารับประทาน คิดเป็นร้อยละ 87.7 รองลงมา คือ ยาพ่นขยายหลอดลมเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 9.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โดยมี 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 39.2 มีมากกว่า 1 โรคขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 24.6 และไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 36.2 ประวัติการติดเชื้อโควิด-19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่เคยติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 69.2 และเคยติดเชื้อแล้ว คิดเป็นร้อยละ 30.8 และระดับความรุนแรงของโรค กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคในระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 41.5 รองลงมาเป็นระยะที่ 1 คิดเป็น 35.4

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป จำแนกตามรายชื่อและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 130)

ข้อ	พฤติกรรมการจัดการตนเอง	Min	Max	$\bar{x}$	S.D.	ระดับคะแนน
<b>ด้านการรักษา</b>						
1	ทานป้องกันสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ หายใจกำเริบ เช่น การใช้หน้ากากปิดปาก ปิดจมูก ไม่อยู่ในชุมชนแออัด	1	5	2.76	0.98	กลาง
2	ก่อนใช้ยาพ่นขยายหลอดลมท่านเขย่าขวด ยา 3-4 ครั้งก่อนการใช้งานทุกครั้ง	1	5	3	0.94	กลาง

ข้อ	พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	Min	Max	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ คะแนน
3	ท่านมีกิจกรรมทางกาย หรือบริหารร่างกาย เช่น ยืดเหยียดก่อนออกกำลังกาย 5-10 นาที เป็นต้น	1	5	2.72	0.89	กลาง
4	ท่านจะหยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อท่านรู้สึกหายใจเหนื่อยมากกว่าปกติหรือใจสั่น	1	5	2.81	0.95	กลาง
5	ท่านฝึกหายใจด้วยกลัมนื้อหน้าท้องและกระบังลม โดยการหายใจเข้าให้ท้องป่อง และหายใจออกให้ท้องแฟบ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (เข้า-เย็น) ครั้งละ 10 นาที	1	5	2.50	0.98	กลาง
6	ท่านรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อหมู ไก่ ไข่ นมถั่วเหลือง เป็นต้น โดยแบ่งเป็นการรับประทานอย่างละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง (4-6 มื้อต่อวัน)	1	5	2.74	0.89	กลาง
	<b>ด้านการรักษาโดยรวม</b>	<b>1.33</b>	<b>4.17</b>	<b>2.76</b>	<b>0.62</b>	<b>กลาง</b>
	<b>ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน</b>					
7	ท่านยังคงสามารถทำกิจกรรมภายในบ้านด้วยตนเอง	2	5	4.30	0.65	สูง
8	ท่านยังคงทำบทบาทในครอบครัวได้ตามปกติ	2	5	4.63	0.60	สูง
9	ท่านยังคงสามารถรับประทานอาหารด้วยตนเอง	2	5	4.82	0.51	สูง
10	ท่านสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชนตามโอกาสหรือเทศกาลต่างๆเมื่อไม่มีอาการของโรค	1	5	3.20	0.82	กลาง
11	ท่านยังคงให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำเวลาที่สมาชิกในครอบครัวมีเรื่องทุกข์ใจ	1	5	3.04	0.79	กลาง
12	ท่านมีการพูดคุยหรือติดต่อกับเพื่อนบ้านหรือบุคคลรอบข้างขณะเจ็บป่วย	1	5	2.93	0.93	กลาง

ข้อ	พฤติกรรมจัดการตนเอง	Min	Max	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ คะแนน
13	ท่านขอคำปรึกษาหรือคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวในการเข้าถึงสื่อเทคโนโลยีหรือสื่อออนไลน์ต่างๆในการส่งเสริมสุขภาพของท่าน	1	5	2.32	1.07	ต่ำ
	<b>ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน</b>	<b>2.29</b>	<b>4.17</b>	<b>3.60</b>	<b>0.51</b>	<b>กลาง</b>
	<b>โดยรวม</b>					
	<b>ด้านอารมณ์</b>					
14	ท่านทำให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลาย เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น ทำสมาธิ หรือฟังเพลง เมื่อเกิดอาการกำเริบของโรค	1	5	2.59	0.94	กลาง
15	ท่านใช้วิธีการพูดคุยปรึกษากับบุคคลที่ไว้วางใจ เช่น ญาติ แพทย์ หรือพยาบาล เมื่อรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หมดหวัง หมดกำลังใจ	1	5	2.58	0.87	กลาง
16	ท่านทำใจให้ยอมรับหรือปรับตัวอยู่กับภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง	1	5	2.93	1.03	กลาง
17	ท่านสร้างความหวังและพลังใจให้ตนเอง	1	5	2.88	0.93	กลาง
18	ท่านมักเก็บตัวเงียบๆอยู่แต่ในบ้าน	1	5	3	1.22	กลาง
	<b>ด้านอารมณ์โดยรวม</b>	<b>1.20</b>	<b>4.60</b>	<b>2.80</b>	<b>0.72</b>	<b>กลาง</b>
<b>พฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวม</b>		<b>1.83</b>	<b>4.28</b>	<b>3.10</b>	<b>0.49</b>	<b>กลาง</b>

จากตาราง 2 พบว่า จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.10$ , S.D.=0.49) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านบทบาทในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.60$ , S.D.=0.51) มากที่สุด รองลงมาคือ พฤติกรรมจัดการตนเองด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.80$ , S.D.=0.72) และพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.76$ , S.D.=0.62)



ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัย ได้แก่ ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวลในยุคนกติดัดไป

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคนกติดัดไป (n = 130)

ปัจจัย	Min	Max	$\bar{X}$	S.D.	ระดับคะแนน
ความรู้	4	23	14.88	3.99	กลาง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	1.42	3.00	2.31	0.40	กลาง
การสนับสนุนสังคม	1.85	4.00	2.86	0.48	กลาง
ความวิตกกังวล	1.00	3.00	1.70	0.48	กลาง

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 14.88$ , S.D.=3.99) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.31$ , S.D.=0.40) มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.86$ , S.D.=0.48) และมีความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.70$ , S.D.=0.48)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคนกติดัดไป

การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคนกติดัดไป ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise Regression) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ปัทมา สุพรรณกุล, 2563) ดังนี้

1. ตัวแปรต้น (X) และตัวแปรตาม (Y) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง จากการทดสอบพบว่า ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคนกติดัดไป มีค่าน้อยกว่าค่า  $\alpha$  ที่กำหนด .05 (p-value <.001)

2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ จากการทดสอบสามารถอธิบายการแจกแจงของค่าคลาดเคลื่อนได้จาก ค่า Mean และ S.D. เมื่อค่า Mean มีค่า = .000 และ S.D. มีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าค่าคลาดเคลื่อนนั้นมีการแจกแจงปกติ

3. ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ของทุกค่า X โดยพิจารณาจากกราฟ Scatterplot และ นำไปทดสอบ Breusch-Pagan test พบว่ามีค่านัยสำคัญทางสถิติของความแปรปรวน > .05 แสดงว่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีความคงที่ทุกค่าสังเกต (Homoscedasticity)

4. ค่าความคาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน โดยดูจาก Durbin-Watson มีค่า = 1.648 สรุปได้ว่า ค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกันเนื่องจากค่า Durbin-Watson มีค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5

5. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ดูได้จากค่า VIF (Variance Inflation Factors) มีค่าไม่เกิน 10 หรือ Tolerance มีค่าเข้าใกล้ 1 ในการทดสอบครั้งนี้ มีค่า VIF 1.20-1.40 สรุปได้ว่าตัวแปรอิสระนั้นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือเป็นอิสระต่อกัน

สรุปผลการตรวจสอบเบื้องต้นทั้ง 5 ข้อ ผ่านเกณฑ์การพิจารณา ดังนั้นจึงสามารถวิเคราะห์ ด้วยสถิติความถดถอยเชิงเส้นพหุคูณได้

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป แสดงผล ดังนี้

**ตาราง 4** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างอายุ ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป (n = 130)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	F	P-value
อายุ ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.717	.514	.498	33.012	<.001

จากตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า อายุ ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ( $R^2$ ) เท่ากับ .514 แสดงว่า อายุ ความรู้ การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปได้ร้อยละ 51.4

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) และรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าคงที่  
ในการทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 130)

Model	Unstandardized		Standardized	t	p-value
	Coefficients		Coefficients		
	B	Std. Error	Beta		
อายุ	.019	.003	.375**	5.436	<.001
ความรู้	.037	.009	.301**	4.140	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	.158	.069	.156*	2.282	.024
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.187	.090	.154*	2.082	.039
(Constant)	.408	.258		1.583	.116

$R^2 = 0.514, F = 33.012$

\*P < .05, \*\*P < .001

จากตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression) แบบ Stepwise ของปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป พบว่า อายุ ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปได้ร้อยละ 51.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .514, p < .001$ ) โดยพบว่า อายุสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปได้มากที่สุด ( $\beta = .375, p < .001$ ) รองลงมาคือ ความรู้ ( $\beta = .301, p < .001$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .156, p < .05$ ) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ( $\beta = .154, p < .05$ )

#### การแปลผลจากค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย

อายุ ( $\beta = .375$ ) หมายความว่า เมื่ออายุเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย พฤติกรรมการจัดการตนเองจะเพิ่มขึ้น .375 หน่วย

ความรู้ ( $\beta = .301$ ) หมายความว่า เมื่อความรู้เปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย พฤติกรรมการจัดการตนเองจะเพิ่มขึ้น .301 หน่วย

การสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .156$ ) หมายความว่า เมื่อการสนับสนุนทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย พฤติกรรมการจัดการตนเองจะเพิ่มขึ้น .156 หน่วย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ( $\beta = .154$ ) หมายความว่า เมื่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย พฤติกรรมการจัดการตนเองจะเพิ่มขึ้น .154 หน่วย

สมการถดถอยในการทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป สามารถเขียนสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ( $Y'$ ) และคะแนนมาตรฐาน ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553)

$$Y' = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + \dots + b_nx_n$$

$Y'$  คือ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป

$a$  คือ Constant (ค่าคงที่)

$b_1, b_2, \dots, b_n$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ ( $b$ ) ของตัวทำนายตัวที่ 1

$x_1, x_2, \dots, x_n$  คือ ค่าทำนายตัวที่ 1... $n$

สมการทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553)

$$Z' = b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + \dots + b_nx_n$$

$Z'$  คือ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป

$b_1, b_2, \dots, b_n$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ ( $b$ ) ของตัวทำนายตัวที่ 1

$x_1, x_2, \dots, x_n$  คือ ค่าทำนายตัวที่ 1... $n$

สมการทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป ในรูปคะแนนดิบ ( $b$ ) ดังนี้

$$Y' (\text{พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป}) = .408 + .019^{**} (\text{อายุ}) + .037^{**} (\text{ความรู้}) + .158^* (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) + .187^* (\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน})$$

สมการทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta)

$$Z' (\text{พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป}) = .375^{**} (\text{อายุ}) + .301^{**} (\text{ความรู้}) + .156^* (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) + .154^* (\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน})$$

## บทที่ 5

### บทสรุป

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป และเพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงสิงหาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 6 ส่วน ประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 6 แบบสอบถามความวิตกกังวล โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.84, 0.96, 1, 0.92 และ 1 ตามลำดับ จากนั้นนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยแบบสอบถามความรู้ทดสอบโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 ได้ค่าเท่ากับ 0.82 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล ทดสอบโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.83, 0.89, 0.93 และ 0.75 ตามลำดับ

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล ใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณโดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise Regression)

### สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 80 เพศหญิงร้อยละ 20 ส่วนใหญ่มีอายุ 70-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.7 โดยอายุเฉลี่ย 67 ปี อายุสูงสุด 80 ปีและอายุต่ำสุด 36 ปี สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา โสด คิดเป็นร้อยละ 8.5 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 73.9 รองลงมา มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 20 ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่ม

ตัวอย่างทำเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 73 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 16.2 รายได้ส่วนใหญ่เพียงพอไม่มีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 79.2 รองลงมา ไม่เพียงพอต้องกู้ยืมเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 12.3 ด้านบุคคลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคคลหลักในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 80 และไม่มี คิดเป็นร้อยละ 20 ด้านประวัติการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลิกสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 80 และยังคงสูบบุหรี่อยู่ คิดเป็นร้อยละ 20 การรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับส่วนใหญ่ คือ ยาพ่นขยายหลอดลมร่วมกับการใช้ยารับประทาน คิดเป็นร้อยละ 87.7 รองลงมา คือ ยาพ่นขยายหลอดลมเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 9.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.8 และไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 36.2 ประวัติการติดเชื้อไวรัส 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่เคยติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 69.2 และเคยติดเชื้อแล้ว คิดเป็นร้อยละ 30.8 และระดับความรุนแรงของโรค กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคในระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 41.5 รองลงมาเป็นระยะที่ 1 คิดเป็น 35.4

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.10$ ,  $S.D.=0.49$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านบทบาทในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.60$ ,  $S.D.=0.51$ ) มากที่สุด รองลงมาคือ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.80$ ,  $S.D.=0.72$ ) และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.76$ ,  $S.D.=0.62$ )

ความรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 14.88$ ,  $S.D.=3.99$ ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.31$ ,  $S.D.=0.40$ ) การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.86$ ,  $S.D.=0.48$ ) และความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.70$ ,  $S.D.=0.48$ )

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป พบว่า อายุ ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปได้ร้อยละ 51.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .514$ ,  $p < .001$ ) โดยพบว่า อายุสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปได้มากที่สุด ( $\beta=.375$ ,  $p < .001$ ) รองลงมาคือ ความรู้ ( $\beta=.301$ ,  $p < .001$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $\beta=.156$ ,  $p < .05$ ) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ( $\beta=.154$ ,  $p < .05$ ) แต่พบว่าไม่มีปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว และความวิตกกังวล ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

### 1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป

จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.10$ , S.D.=0.49) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านบทบาทในชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.60$ , S.D.=0.51) มากที่สุด รองลงมาคือ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.80$ , S.D.=0.72) และพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.76$ , S.D.=0.62) การศึกษาดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับด้านการรักษาซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 55.4 ไม่ทราบว่าการออกกำลังกายช่วยลดอาการหายใจลำบากและหอบเหนื่อย และร้อยละ 54.6 ไม่ทราบว่าการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 สามารถลดความรุนแรงของโรคได้เมื่อเกิดการติดเชื้อ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลางโดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 55.4 มีความมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถออกกำลังกายได้อย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 20-60 นาที การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลางจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการตนเองของลอริกและฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยตนเองได้นั้น บุคคลจะต้องได้รับความรู้ มีการเสริมสร้างทักษะ และเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยแสดงออกทางพฤติกรรมจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน คือ การจัดการตนเองด้านการรักษา การจัดการเกี่ยวกับบทบาทตนเองในชีวิตประจำวัน และการจัดการตนเองด้านอารมณ์ นอกจากนี้การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบระบบบริการสุขภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้สถานบริการต้องงดการจัดกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ คือ การลดจำนวนผู้รับบริการ การลดจำนวนชั่วโมงและวันในการให้บริการ งดการจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564; สุชีรา บรรลือศิลป์, 2564) ส่งผลให้การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพลดลง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 34.6 มีการเข้าถึงสื่อเทคโนโลยีหรือสื่อออนไลน์ในการส่งเสริมสุขภาพเป็นบางครั้ง และร้อยละ 26.2 ไม่มีการเข้าถึงสื่อเทคโนโลยีหรือสื่อออนไลน์ในการส่งเสริมสุขภาพเลย ซึ่งทั้งการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ (health care provider partnership) และการใช้แหล่งช่วยเหลือ (resource utilization) เป็นองค์ประกอบของการฝึกทักษะตามแนวคิดการจัดการตนเองของ ของลอริกและฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003)

จึงส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

## 2. การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุ ความรู้ การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปอธิบายได้ดังสมการต่อไปนี้

$$Z'(\text{พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป}) = .375^{**}(\text{อายุ}) + .301^{**}(\text{ความรู้}) + .156^*(\text{การสนับสนุนทางสังคม}) + .154^*(\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน})$$

1. อายุ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปได้มากที่สุด ( $\beta = .375, p < .001$ ) ซึ่งอายุเป็นตัวแปรที่สะท้อนถึงความรู้ ประสบการณ์ และวุฒิภาวะ ผู้ที่มีอายุมากมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่สูง (นิตยา กออิสรานุกภาพ, วรวิษา สำราญเนตร และปนัดดา อาษา, 2565) สำหรับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมาก แต่ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักมีข้อจำกัดด้านสมรรถภาพทางกายที่ลดลงจากกระบวนการสูงอายুর่วมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (จันทร์ดา บุญประเสริฐ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และโรจน์ จินตนาวัฒน์, 2559) จึงอาจส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang et al. (2019) พบว่า อายุมีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศจีน ( $\beta = .132, p < .05$ ) และเป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 32 ( $R^2 = .32, p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Posai et al. (2021) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ระลอก 2 ( $r = .13, p < .05$ )

2. ความรู้ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปได้ ( $\beta = .301, p < .001$ ) สำหรับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางจึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงว่าหากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรักษา ด้านบทบาทในชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์อยู่ในระดับที่ดีผู้ป่วยก็จะมี



พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ดี ซึ่งสนับสนุนแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) ที่กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยจะเกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ซึ่งเป็นสิ่งที่จะต้องสั่งสมจากการเรียนรู้ การค้นคว้า รวมถึงประสบการณ์ที่ผ่านกระบวนการคิด โดยความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการตัดสินใจในการจัดการตนเองได้ และจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมโรคนำไปสู่การมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมาพร ชนะมาร (2560) ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta = .29, p < .05$ ) และเป็นตัวแปรในโมเดลที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 72 ( $R^2 = .72, p < .05$ ) การศึกษาของ พวงเพชร ใจคำ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ( $r = .29, p = .002$ ) และการศึกษาของ Yang et al. (2019) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรคกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศจีน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $r = 0.37, p < .01$ ) มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta = .025, p < .001$ ) และเป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 32 ( $R^2 = .32, p < .05$ )

3. การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติได้ ( $\beta = .156, p < .05$ ) สำหรับศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางจึงส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงว่าหากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติได้ไปที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะเกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ดีด้วย สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) ที่กล่าวว่า การที่จะเกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ดีนั้นผู้ป่วยต้องมีการฝึกทักษะในการจัดการตนเอง ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญของการฝึกทักษะ คือ การที่ผู้ป่วยต้องมีการการใช้แหล่งช่วยเหลือ รวมถึงการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่กล่าวว่าหากบุคคลได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว หรือบุคลากรทางสุขภาพในด้านข้อมูล ทรัพยากร อารมณ์ และการประเมินจะทำให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญหรือจัดการกับปัญหาพฤติกรรมด้านสุขภาพได้ดีขึ้น การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมาพร ชนะมาร (2560) ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพล

ต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta=.18, p <.05$ ) และเป็นตัวแปรในโมเดลที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 72 ( $R^2 =.72, p <.05$ ) การศึกษาของพวงเพชร ใจคำ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ( $r = .315, p = .001$ ) และการศึกษาของ Ting et al. (2022) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta=.46, p <.001$ ) และเป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 36 ( $R^2 =.36, p <.05$ )

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปได้ ( $\beta=.154, p <.05$ ) สำหรับศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลางจึงส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าหากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดีก็จะเกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ดีด้วย ซึ่งสนับสนุนแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ดีได้นั้น บุคคลจะต้องเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจเกี่ยวกับความสามารถในการที่จะปฏิบัติหรือทำกิจกรรมนั้นก่อน เนื่องจากความเชื่อในความสามารถของตนเองจะเป็นตัวบ่งบอกว่าบุคคลจะมีพลังงานและใช้เวลาที่จะเผชิญกับอุปสรรครวมถึงการมีกิจกรรมต่าง ๆ นั้นได้มากน้อยเท่าไร (Bandura & Wessels, 1994) การศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมาพร ชนะมาร (2560) ได้ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta=.08, p <.05$ ) และเป็นตัวแปรในโมเดลที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 72 ( $R^2 =.72, p <.05$ )

สำหรับปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป มีดังนี้

1. ระดับความรุนแรงของโรคในการศึกษารั้งนี้ยังไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปได้ เนื่องจาก การศึกษารั้งนี้กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีระดับความรุนแรงของโรคในระดับที่ 1 และ 2 (ร้อยละ 50) ซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเพียงเล็กน้อย สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ จึงส่งผลต่อระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการ

ตนเองที่ค่อนข้างน้อย และกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งหนึ่งมีระดับความรุนแรงของโรคในระดับที่ 3 และ 4 (ร้อยละ 50) ซึ่งการมีระดับความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมลดลง (วันวิสา ทีอุทิศ, วัลภา คุณทรงเกียรติ และ สุภาภรณ์ ต้วงแพง, 2562) ทำให้พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับปานกลาง และส่งผลให้ตัวแปรระดับความรุนแรงของโรคมีอำนาจการทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปในระดับต่ำ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Korpershoek et al. (2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (GOLD2 vs GOLD1  $\beta$ : -3.2; 95%CI -5.8 to -0.5; GOLD3 vs GOLD1  $\beta$ : -3.4; 95%CI -7.1 to 0.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .20$ ) และเป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 17 ( $R^2 = .17, p < .05$ )

2. โรคประจำตัว ในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปได้ เนื่องจาก มีการศึกษาว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหลายโรคอาจได้รับแรงจูงใจ ความรู้ทั่วไป และมีทักษะการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ดี นอกจากนั้นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรคอาจมีการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่มีอยู่โดยใช้อินเทอร์เน็ตรวมถึงการสอบถามจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Yadav et al., 2020) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ดี ซึ่งการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรคขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 24.6 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จึงอาจส่งผลให้ตัวแปรโรคประจำตัวมีอำนาจการทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปในระดับต่ำ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Korpershoek et al. (2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า โรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta = .80, p < .20$ ) และเป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 17 ( $R^2 = .17, p < .05$ ) และการศึกษาของ Yadav et al. (2020) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ของความแตกฉานทางสุขภาพ และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคประจำหลายโรค ในประเทศเนปาล พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรคขึ้นไปมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta = 3.58, p = .007$ )

3. ความวิตกกังวล ผลกระทบของความวิตกกังวลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม หากเกิดความวิตกกังวลเล็กน้อยจนถึงปานกลาง ความวิตกกังวลระดับนี้จะไม่ค่อยส่งผล

กระทบต่อการรับรู้ ยังสามารถแก้ไขปัญหาให้ดีขึ้นและมีประสิทธิภาพ แต่หากเกิดความวิตกกังวลสูง ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้การรับรู้ต่างๆลดลง ความสามารถในการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาจะลดลงส่งผลต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่ลดลง (Thongsalab, 2017) แต่สำหรับการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางไปจนถึงค่อนข้างต่ำ อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างได้ผ่านสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิดมาในระยะหนึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับตัวและคุ้นชินกับสถานการณ์ดังกล่าวเนื่องจากผ่านพ้นระยะของความวิตกกังวลในขณะเผชิญ (A-state) จึงอาจไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้ตัวแปรความวิตกกังวลมีอำนาจการทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปในระดับต่ำ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Giang et al. (2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเมืองโฮฟอง ประเทศเวียดนาม พบว่า ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .08, p > .05$ ) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Korpershoek et al. (2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( $\beta = -.35, p < .20$ ) และเป็นปัจจัยร่วมที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 17 ( $R^2 = .17, p < .05$ )

ดังนั้น อายุ ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ( $R^2$ ) เท่ากับ .514 แสดงว่า อายุ ความรู้ การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปได้ร้อยละ 51.4 ( $R^2 = .514, p < .05$ )

### ข้อจำกัด

สำหรับการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 70-80 ปี ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านสมรรถภาพทางกายที่ลดลง ร่วมกับส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาซึ่งอาจส่งผลต่อปัจจัยด้านพฤติกรรมจัดการตนเอง และปัจจัยด้านความรู้ ซึ่งหากเป็นไปได้ควรแยกศึกษาปัจจัยด้านอายุโดยแบ่งเป็นช่วงของอายุอาจพบความแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ และเป็นการศึกษาจากสถานที่เก็บข้อมูลเพียงแหล่งเดียว

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสุขภาพของคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ต้องวางแผนเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อกลับบ้าน ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้ โดยเฉพาะประเด็นด้านการรักษา ได้แก่ การออกกำลังกาย รวมถึงวิธีการผ่อนคลายและการจัดการกับความเครียด ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ความถี่และระยะเวลาของการออกกำลังกาย และการใช้เทคนิคหายใจเพื่อลดอาการหอบเหนื่อย นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากเพื่อน ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงแหล่งสนับสนุนอย่างเหมาะสมกับบริบทของยุคปกติถัดไป เช่น การรับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อออนไลน์ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม สามารถควบคุมความเจ็บป่วยของตนเอง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดระดับความรุนแรงของโรค

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่นเพิ่มเติมอาจเป็นในระดับภาคหรือระดับประเทศ เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป และควรพิจารณาถึงปัจจัยด้านความสามารถในเข้าถึงสื่อเทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. จากผลการศึกษานี้ควรนำปัจจัย ได้แก่ ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไปมาพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนปัจจัยด้านอายุอาจใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อทำให้การทำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีความเหมาะสมและประสิทธิภาพมากขึ้น

## บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *Health KPI*. สืบค้น 7 มิถุนายน 2565, จาก <https://royalsociety.go.th> <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=35>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ข่าวเพื่อสื่อมวลชน: ติดตามและประเมินสถานการณ์โรคโควิด 19*. สืบค้น 16 ธันวาคม 2565, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2659420220708035240.pdf>
- กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. (2562, 28 มกราคม). *โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)[เอกสารนำเสนอ]*. ประชุมคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน เพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, นนทบุรี, ประเทศไทย.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). *รายงานผลการทบทวนผลกระทบของ COVID-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. สืบค้น 7 มิถุนายน 2565, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1187720211012064924.pdf>
- จันทร์ดา บุญประเสริฐ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และโรจน์ จินตนาวัฒน์. (2559). ผลของการออกกำลังกายแบบหูลู่โยคะต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ. *พยาบาลสาร*, 43(ฉบับพิเศษ), 35-47.
- ชดช้อย วัฒนนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*, 26(1), 117-127.
- ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์. (2560). การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(2) (ฉบับพิเศษ), 97-104.
- ต้นหยง เอี่ยมพร. (2563). *ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นิตยา กออิสรานูภาพ, วรวิษา สำราญเนตร และปนัดดา อาษา. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 25(1), 43-55.
- ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปาง. (2565). การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคปกติถัดไป. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 2(1). 86-96.

- ปัทมา สุพรรณกุล. (2563). *สถิติประยุกต์สำหรับงานวิจัยสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 2). พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ปัทมาพร ชนะมาร. (2560). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 1(2), 75-86.
- ปัทมาพร ชนะมาร. (2561). *การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- พวงรัตน์ มณีวงษ์, นันทิตา จุไรทัศนีย์ และนิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(3). 164-180.
- พวงเพชร ใจคำ. (2562). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิมพ์ผิน อินเจริญ. (2561). พยาธิวิทยาของระบบทางเดินหายใจ. ใน จริญญา ไวศยารัตน์, ไพศาล บุญสะกันต์, จิตชัย ขยันการนาวิ และชินวุฒิ สุริยีนเปล่งแสง (บ.ก.), *พยาธิวิทยากายวิภาค*. (น. 13-15). ไอเดีย อินสแตนท พรินท์.
- เพิ่มพูล บุญมี, วัลภา คุณทรงเกียรติ และเขมมาตรี มาสิงบุญ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(3). 59-69.
- ภรปภา จันทร์ศรีทอง. (2559). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มะลิ วิโรจน์แสงทอง. (2563). *โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (Coronavirus Disease 2019, COVID-19)*. สืบค้น 3 มิถุนายน 2565, จาก [https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article\\_detail&subpage=article\\_detail&id=903](https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=903)
- รพีพร โรจน์แสงเรือง (พฤษภาคม-มิถุนายน 2559). อาหารรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *MC medical conference*, 29-30.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 4). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสภา. (2563). *เบื้องหลังการบัญญัติศัพท์คำว่า New normal*. สืบค้น 31 มกราคม

2564, จาก <https://royalsociety.go.th>

วันวิสา ทิอุทิส, วัลภา คุณทรงเกียรติ และ สุภาภรณ์ ต้วงแพง. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 35(1), 120-129.

วิจิต กาจเงิน. (2565). การศึกษาความชุกและอัตราการตายของโรคโควิด 19 ในผู้ป่วย COPD ที่มารักษาในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พ.ศ. 2564 ที่มารักษาในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พ.ศ. 2564. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 41(3). 373-384.

วิดา สุวรรณชาติ. (2557). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคที่ด้วยผู้ใหญ่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และนัตยา ตั้งศิริกุล. (2564). รายงานการวิจัย เรื่อง ผลกระทบและการปรับตัวของนโยบายและระบบบริการสุขภาพ (ภาครัฐและเอกชน) สำหรับโรคไม่ติดต่อ (Health service response) ระหว่างช่วงการระบาดของ COVID-19 รอบแรกและรอบสอง. สืบค้น 7 มิถุนายน 2565, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1198820211129082915.pdf>

ศุภกิจ เครือกลัด. (2564). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2560). *ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. บริษัท เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

สาธิตา พิมพ์รุณ และศิริลักษณ์ เวชการวิทยา. (2559). การพยาบาลบุคคลที่มีกลุ่มโรควิตกกังวล กลุ่มโรคย้ำคิดย้ำทำ และความผิดปกติทางจิตใจภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ. ใน ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ และอาทิตยา พรชัยเกตุโอว ยอง (บ.ก.), *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (น. 350-360). บริษัท สแกนอาร์ต จำกัด.

สีบตระกูล ตันตลานุกุล, ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา และสุริยา พองเกิด. (2560). การดูแลตนเองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพปอดเมื่อเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 9(2), 140-151.

สุชีรา บรรลือศิลป์. (2564). รายงานผลการทบทวน ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อโรคไม่ติดต่อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับโลก. สืบค้น 7 มิถุนายน 2565, จาก [http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/Report\\_Impacts\\_of\\_C](http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/Report_Impacts_of_C)



COVID-19\_on\_NCDs\_at\_global\_level\_v5\_final\_by\_editor\_03.09.64.pdf

- สุปราณี คำโสภา. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาภรณ์ ด้วงแพง. (2558). สภาวะการทำหน้าที่ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 31(3), 13-24.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. (2565). *Health Data Center (HDC) จังหวัดเพชรบูรณ์*. สืบค้น 30 มิถุนายน 2565, จาก <https://pnb.hdc.moph.go.th>
- เสาวนีย์ เหลืองอร่าม, พรทิพย์ ศรีโสภา และรวรริน ชนาวิรัตน์. (2561). การออกกำลังกายที่บ้านในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 30(2), 226-236.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและการปรับตัว. *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Alqahtani, J. S., Alghamdi, S. M., Aldhahir, A. M., Althobiani, M., & Oyelade, T. (2021). Key toolkits of non-pharmacological management in COPD: During and beyond COVID-19. *Frontiers in Bioscience-Landmark*, 26(7), 246-252.
- Bandura, A., & Wessels, S. (1994). *Self-efficacy* (Vol. 4, pp. 71-81). N.P.:n.p.
- Barnett, M. (2009). Promoting self-management for patients with COPD: Margaret Barnett looks at improving healthcare professionals' knowledge and skills to support the process of self-management for patients living with COPD. *Journal of Community Nursing*, 23(9), 4-9.
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Sick Role Behavior. *Health Education Monographs*, 2, 409-419.
- Cobb S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Creer, T. L. (2000). Self-management of chronic illness. In *Handbook of self-regulation* (pp. 601-629). N.P.: Academic Press.
- Curley, C. (2022). *Living with COPD During the COVID-19 Pandemic: A Phenomenological Study*. (Master's thesis). Island: University of Prince Edward Island.

- Elbeddini, A., & Tayefehchamani, Y. (2021). Amid COVID-19 pandemic: challenges with Access to care for COPD patients. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 17*(1), 1934-1937.
- Giang, L. T. T., Kangchai, W., & Sumngern, C. (2016). Factors Related to Self-Management behaviors of elderly patients with COPD in Hai Phong, Vietnam. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, 32*(2), 81-93.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2022). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Retrieved May 20, 2022, from <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Philippines: Addison-Wesley.
- House, J. S., Kahn, R. L., McLeod, J. D., & Williams, D. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-108). San Diego, CA, US: Academic Press.
- Kainu, A., Rouhos, A., Sovijärvi, A., Lindqvist, A., Sarna, S., & Lundbäck, B. (2013). COPD in Helsinki, Finland: socioeconomic status based on occupation has an important impact on prevalence. *Scandinavian journal of public health, 41*(6), 570-578.
- Kermelly, S. B., & Bourbeau, J. (2022). eHealth in Self-Managing at a Distance Patients with COPD. *Life, 12*(6), 1-12.
- Korpershoek, Y., Vervoort, S., Nijssen, L., Trappenburg, J., & Schuurmans, M. J. (2016). Factors influencing exacerbation-related self-management in patients with COPD: a qualitative study. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease, 11*, 2977-2990.
- Kusk, K. H., Storgaard, L. H., Weinreich, U. M., GrønkJaer, M., & Thorup, C. B. (2021). Social Distancing among COPD Patients during the COVID-19 Pandemic—A Qualitative Study. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 18*(5), 549-556.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine, 26*(1), 1-7.
- Mcauley, H., Hadley, K., Elneima, O., Brightling, C. E., Evans, R. A., Steiner, M. C., &

- Greening, N. J. (2021). COPD in the time of COVID-19: an analysis of acute exacerbations and reported behavioural changes in patients with COPD. *ERJ Open Research*, 7(1), 1-8.
- Pamela C. Izunwanne. (2011). A Taxonomical Account of Knowledge Creation In Organizations: Research Directions. *Journal of Knowledge Management Practice*, 12(1), 1-17.
- Park, S., & Kang, Y. (2017). Symptom experience, self-efficacy, depression, and medication adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 23(2), 170-178.
- Perrotta, G. (2019). Anxiety disorders: definitions, contexts, neural correlates and Strategic therapy. *Jacobs Journal of Neurology and Neuroscience*, 6(1), 1-15.
- Phuong, P. T. T., Puwarawuttipanit, W., & Chanruangvanich, W. (2017). Relationships between Self-efficacy, Depression, Anxiety and Quality of Life among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Nursing Science Journal of Thailand*, 35(3), 47-55.
- Posai, V., Suksatan, W., Choompunuch, B., Koontalay, A., Ounprasertsuk, J., & Sadang, J. M. (2021). Assessment of the health-promoting behaviors of hospitalized patients with non-communicable diseases during the second wave of COVID-19. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 2185-2194.
- Reilly, C. C., Bristowe, K., Roach, A., Maddocks, M., & Higginson, I. J. (2022). “You can do it yourself and you can do it at your convenience”: internet accessibility and willingness of people with chronic breathlessness to use an internet-based breathlessness self-management intervention during the COVID-19 pandemic. *ERJ Open Research*, 8(1), 1-14.
- Richmond, R. S., & Connolly, M. (2021). A delineation of self-management and associated concepts. *International Journal of Healthcare Management*, 14(4), 1576-1588.
- Silveyra, P., Fuentes, N., & Rodriguez Bauza, D. E. (2021). Sex and Gender Differences in Lung Disease. *Advances in experimental medicine and biology*, 1304, 227-258.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We?

- What Next?. *Journal of Health and Social Behavior*, 53–79.
- Thongsalab, J. (2017). Generalized anxiety disorder Better yet with Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*, 7(1), 40–51.
- Ting, T. A. N. G., Bei, D. O. U., Hui-Xian, Z. H. A., Lian-Shan, T. A. O., Ze-Juan, G. U., Kou-Ying, L. I. U., & Wei-Ping, X. I. E. (2022). Factors related to activation in Chinese patients with chronic obstructive pulmonary disease: A cross-sectional survey study. *Journal of Nursing Research*, 30(3), e209.
- World Health Organization. (2022). *Coronavirus disease (COVID-19)*. Retrieved June 6, 2022, from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.
- World Health Organization. (2022). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Retrieved May 20, 2022, from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)).
- Wu, F., Burt, J., Chowdhury, T., Fitzpatrick, R., Martin, G., Van Der Scheer, J. W., & Hurst, J. R. (2021). Specialty COPD care during COVID-19: patient and clinician perspectives on remote delivery. *BMJ open respiratory research*, 8(1), 1-8.
- Yadav, U. N., Lloyd, J., Hosseinzadeh, H., Baral, K. P., Bhatta, N., & Harris, M. F. (2020). Self-management practice, associated factors and its relationship with health literacy and patient activation among multi-morbid COPD patients from rural Nepal. *BMC Public Health*, 20(1), 1-7.
- Yang, H., Wang, H., Du, L., Wang, Y., Wang, X., & Zhang, R. (2019). Disease knowledge and self-management behavior of COPD patients in China. *Medicine*, 98(8), 1-5.
- Yohannes, A. M. (2021). COPD patients in a COVID-19 society: depression and anxiety. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 15(1), 5-7.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนเรศวร



ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์ ธีรัฐ ตะพานวงศ์   | ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบการหายใจและ<br>ภาวะวิกฤติโรคระบบการหายใจ<br>สถาบันโรคทรวงอก   |
| 2. รศ.ดร.ชุลีกร ตำนายุทธศิลป์ | อาจารย์ภาควิชาการพยาบาล<br>ศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยนเรศวร                |
| 3. นางสาวสุวรรณา ไกรคงจิตต์   | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ<br>หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2<br>โรงพยาบาลพุทธชินราช |



## ภาคผนวก ข เอกสารอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์**  
 รับที่ **0273** วันที่ **16 มี.ค. 2566**  
 เวลา **11.35 น.** ช่งคืน

ที่ อว ๘๓๙๓(๒๕) / ๖๔๖๖  
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่  
 ๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ  
 อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐  
 มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย  
 เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์  
 อ้างถึง หนังสือ ที่ อว.๐๖๐๓.๑๒/๑๖๑๐ ลงวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๕


ตามที่ นายสาธิต สุทธิวิจิตรธรรม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ซึ่งเป็นผู้วิจัย เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป" มีความประสงค์จะขออนุญาตนำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ คุณพวงเพชร ใจคำ ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาตให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- เพื่อโปรดทราบ  
 เพื่อโปรดพิจารณา  
 เพื่อโปรดพิจารณาสำเนา  
 ยื่นขอรับแจ้งมติฯ ทรงเป็นต้นแบบ (รองศาสตราจารย์ ดร. วรธิดา ชัยญาณะ)

๒๑ มี.ค. ๒๕๖๖  
  
 17 มี.ค. ๖๖


ขอแสดงความนับถือ

วรธิดา ชัยญาณะ

รองคณบดี ปฏิบัติการแทน  
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา  
 โทร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๐๘  
 โทรสาร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๓๕

ดำเนินเอกสารต้น

  
 17 มี.ค. ๖๖

## ภาคผนวก ค เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

COA No. 051/2023  
IRB No. P3-0007/2566



AF 11/6.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก 65000 หมายเลขโทรศัพท์ 05596 5296

### หนังสือรับรองโครงการวิจัยครั้งแรก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

**ชื่อโครงการ** : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติดีต่อไป  
**ผู้วิจัยหลัก** : นายสาธิต สุทธิวิจิตรธรรม  
**สังกัดหน่วยงาน** : คณะพยาบาลศาสตร์  
**วิธีบทวน** : แบบเร่งรัด  
**รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

#### เอกสารรับรอง

1. IF 01 Research Ethical Application (Non-Intervention Study) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566
2. IF 02 Conflict of Interest and Funding Form เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 กุมภาพันธ์ 2566
3. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566
4. IF 03 (สำหรับกลุ่ม try out ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566
5. IF 04 (สำหรับอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566
6. IF 05 CV Principal Investigator เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 กุมภาพันธ์ 2566
7. IF 06 Budget เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 กุมภาพันธ์ 2566
8. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566
9. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (แบบสอบถาม) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566

ลงนาม   
(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิ์กุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 01 มีนาคม 2566

วันหมดอายุ : 01 มีนาคม 2567

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



COA No. 051/2023  
IRB No. P3-0007/2566



AF 13/6.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์  
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคนกติดัดไป  
ผู้วิจัยหลัก : นายสาธิต สุทธิวิจิตรธรรม  
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์  
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด  
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

เอกสารรับรอง

1. PF 01 Submission for Post Approval Report เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 08 พฤษภาคม 2566
2. PF 02 ตารางสรุปการเปลี่ยนแปลง เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 08 พฤษภาคม 2566
3. IF 01 Research Ethical Application for Non-Intervention Study เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 08 พฤษภาคม 2566
4. IF 03 สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 08 พฤษภาคม 2566
5. Full Protocol เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 08 พฤษภาคม 2566
6. แบบสอบถามการวิจัย เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 08 พฤษภาคม 2566

ลงนาม *วิฑูรย์ อังสุพงษ์พิบูลย์*  
(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 18 พฤษภาคม 2566

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

## ภาคผนวก ง เอกสารขออนุญาตเก็บข้อมูล

ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/ว ๐๔๒๘

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน.....๑.....ฉบับ

ด้วย นายสาธิต สุทธิวิจิตรณ รหัสนประจำตัว ๖๔๐๖๒๑๒๗ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ดร.แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องขอเก็บข้อมูลจากบุคลากรในหน่วยงานของท่าน บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะประโยชน์ทางวิชาการต่อไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อนามัย นาอุตม์)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

๑. งานวิชาการ บัณฑิตวิทยาลัย

โทร ๐-๕๕๙๖-๘๘๓๙

โทรสาร ๐-๕๕๙๖-๘๘๒๖

๒. นายสาธิต สุทธิวิจิตรณ

โทร ๐๙-๖๘๖๕-๓๖๐๕



ที่ พช ๐๐๓๓.๓๐๑/๔๗๔

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า  
๑๘๐ ม.๑ ตำบลหล่มเก่า อำเภอหล่มเก่า  
จังหวัดเพชรบูรณ์ ๖๗๑๒๐

๓ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง อนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

อ้างถึง หนังสือมหาวิทยาลัยนเรศวร อว.๐๖๐๓.๐๒/ว ๐๔๒๘ ลว ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้ส่งนายสาธิต สุทธิวิจิตรรณ  
นิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เพื่อมาเก็บข้อมูลการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยทำนาย  
พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป” นั้น ทางโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช  
หล่มเก่ายินดีให้ความอนุเคราะห์ นายสาธิต สุทธิวิจิตรรณ เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยในวันและเวลาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายพนา พงศ์ชานะภักย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า

กลุ่มงานบริหารทั่วไป

โทร.๐ ๕๖๗๐ ๔๕๕๕ ต่อ ๑๐๑

โทรสาร๐ ๕๖๗๐ ๔๘๔๕

http://: [www.lomkaohospital.com](http://www.lomkaohospital.com)

อัตลักษณ์ โรงพยาบาลคุณธรรม “รับผิดชอบ สามัคคี มีน้ำใจ”

## ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. สถานภาพ ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า ( ) แยกกันอยู่ ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้ศึกษา ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา ( )ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
5. การประกอบอาชีพ ( ) เกษตรกร ( ) รับจ้าง ( ) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  
( ) พนักงานบริษัท ( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ  
( ) ข้าราชการบำนาญ ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้ ( ) เพียงพอมีเหลือเก็บ ( ) พอเพียงไม่มีเหลือเก็บ  
( ) ไม่เพียงพอต้องกู้ยืมบ้างบางครั้ง ( ) ไม่เพียงพอต้องกู้ยืมทุกครั้ง
7. บุคคลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแล ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....
8. ปัจจุบันท่านยังสุขภาพดีหรือไม่ ( ) เลิกสุขภาพดี ระบุระยะเวลา...ปี  
( ) ยังคงสุขภาพดีอยู่ ระบุระยะเวลาที่สุขภาพดี...ปี  
จำนวนที่สุขภาพดี...มวณ/วัน
9. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ( ) ยาพ่นขยายหลอดลม ( ) ยารับประทาน  
( ) ยาพ่น ขยายหลอดลมและยารับประทาน  
( ) ยาพ่นขยายหลอดลม ยารับประทาน และออกซิเจนที่บ้าน
10. โรคประจำตัวหรือโรคร่วม ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ .....
11. ประวัติการติดเชื้อโควิด 19 ( ) เคยติดเชื้อแล้ว ( ) ยังไม่เคยติดเชื้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคปกติถัดไป  
คำชี้แจง แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสถานการณ์หลัง  
การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประกอบด้วย คำถาม 3 ด้าน คือ การจัดการตนเองด้านการรักษา  
ด้านบทบาทในชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์ โปรดเติมข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่  
ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นประจำ (7วัน/สัปดาห์)

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นส่วนใหญ่หรือบ่อยครั้ง (5-  
6วัน/สัปดาห์)

ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมการจัดการตนเองปานกลาง (3-4วัน/สัปดาห์)

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมการจัดการตนเองส่วนน้อยหรือนานๆครั้ง (1-2วัน/  
สัปดาห์)

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเลย

ข้อ	ข้อความ	ไม่ เลย	บางครั้ง (1-2วัน/ สัปดาห์)	ปาน กลาง (3-4วัน/ สัปดาห์)	บ่อยครั้ง (5-6วัน/ สัปดาห์)	เป็น ประจำ (7วัน/ สัปดาห์)
1	<b>ด้านการรักษา</b> ท่านป้องกันสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิด อาการหายใจกำเริบ เช่น การใช้ หน้ากากปิดปาก ปิดจมูก ไม่อยู่ใน ชุมชนแออัด					
2	ก่อนใช้ยาพ่นขยายหลอดลม ท่าน เขย่าขวดยา 3-4 ครั้งก่อนการใช้ งานทุกครั้ง					
3	ท่านมีกิจกรรมทางกาย หรือ บริหารร่างกาย เช่น ยืดเหยียด ก่อนออกกำลังกาย 5-10 นาที เป็นต้น					
6	.....					

ข้อ	ข้อความ	ไม่ เลย	บางครั้ง (1-2วัน/ สัปดาห์)	ปาน กลาง (3-4วัน/ สัปดาห์)	บ่อยครั้ง (5-6วัน/ สัปดาห์)	เป็น ประจำ (7วัน/ สัปดาห์)
	<b>ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ใน ชีวิตประจำวัน</b>					
7	ท่านยังคงสามารถทำกิจกรรม ภายในบ้านด้วยตนเอง					
8	ท่านยังคงทำบทบาทในครอบครัว ได้ตามปกติ					
9	ท่านยังคงสามารถรับประทานอาหาร ด้วยตนเอง					
13	.....					
	<b>ด้านอารมณ์</b>					
14	ท่านทำให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลาย เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น ทำสมาธิ หรือฟังเพลง เมื่อเกิดอาการกำเริบ ของโรค					
15	ท่านใช้วิธีการพูดคุยปรึกษากับ บุคคลที่ไว้วางใจ เช่น ญาติ แพทย์ หรือพยาบาล เมื่อรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หมดหวัง หมดกำลังใจ					
16	ท่านทำใจให้ยอมรับหรือปรับตัว อยู่กับภาวะหายใจลำบากเรื้อรัง					
18	.....					

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้

**คำชี้แจง** แบบสอบถามส่วนนี้เป็นการสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองของท่านในสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบตามความเป็นจริง ถ้าข้อใดเห็นว่าถูกต้องให้ตอบว่า “ใช่” และถ้าข้อใดเห็นว่าไม่ถูกต้องให้ตอบว่า “ไม่ใช่”

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
	<b>ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง</b>		
1	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่สามารถติดต่อกันได้ในระบบทางเดินหายใจ		
2	การสูบบุหรี่เป็นประจำ หรืออยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเกิดอาการกำเริบ		
6	.....		
	<b>ความรู้ด้านการรักษา</b>		
7	การดื่มน้ำอุ่นจะช่วยให้เสมหะอ่อนตัวและขับออกง่ายขึ้น		
8	เครื่องนอนที่ทำจากนุ่น ไหมพรมและขนสัตว์ รวมถึงควีนไฟ จะกระตุ้นให้หลอดลมระคายเคือง และเกิดอาการหายใจลำบากได้		
13	.....		
	<b>ความรู้ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน</b>		
14	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมีอาการหอบเหนื่อยขณะทำกิจกรรมอยู่ควรหยุดพักกิจกรรมทันที		
15	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานโดยไม่ต้องหยุดพัก		
19	.....		
	<b>ความรู้ด้านอารมณ์</b>		
20	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อรู้สึกซึมเศร้าท้อแท้ หมดหวัง ควรพูดคุยปรึกษากับบุคคลที่ไว้วางใจ เช่น ญาติ แพทย์ หรือพยาบาล		
21	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรพูดคุยปรึกษากับบุคคลที่ไว้วางใจเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความเครียด หรือความวิตกกังวล		

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
25	.....		

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้เป็นการสอบถามถึงระดับความมั่นใจที่จะปฏิบัติตัวของท่านในสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบตามความเป็นจริง โดย

ไม่มั่นใจ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

มั่นใจเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นบางส่วน

มั่นใจมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก

ข้อ	คำถาม	ระดับความมั่นใจ		
		ไม่ มั่นใจ	มั่นใจ เล็กน้อย	มั่นใจ มาก
1	<b>ด้านการรักษา</b> ท่านรับประทานยา และ/หรือใช้ยาพ่นอย่างถูกต้องและถูกวิธี			
2	ท่านรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เช่น เนื้อสัตว์ ผัก และผลไม้ โดยคำนึงถึงประเภทของสารอาหาร ปริมาณ และ ความถี่			
6	.....			
	<b>ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน</b>			
7	ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ตามปกติ			
8	ท่านยังคงสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทครอบครัวได้			
11	.....			
	<b>ด้านอารมณ์</b>			
12	เมื่อเกิดความวิตกกังวล หรือความเครียด ท่านสามารถจัดการ และ/หรือ หาวิธีการผ่อนคลายได้ เช่น การขอคำปรึกษาจากบุคคลที่ไว้วางใจ การคิดทางบวก หรือการฝึกสมาธิ เป็นต้น			



### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการสอบถามถึงการได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องว่างโดยให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียว

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านมีความเห็นตรงกับข้อคำถามนั้นมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเห็นตรงกับข้อคำถามนั้นเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านมีความเห็นตรงกับข้อคำถามนั้นน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับคำถามนั้นเลย

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก
1	<b>ด้านข้อมูล</b> ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องของการรักษาและการส่งเสริมสมรรถภาพปอด เช่น การใช้ยา การรับประทานอาหาร การบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย เป็นต้น				
2	สมาชิกในครอบครัวคอยแนะนำหรือเตือนให้ท่านให้มีการบริหารการหายใจอย่างต่อเนื่อง				
3	.....				
4	<b>ด้านทรัพยากร</b> สมาชิกในครอบครัวของท่านช่วยดูแลให้ท่านได้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นมถั่วเหลือง เป็นต้น				
5	ท่านได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวในการช่วยกำจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ เช่น การดูแลสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีฝุ่นละออง เป็นต้น				
9	.....				

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก
10	<b>ด้านอารมณ์</b> เวลาที่ท่านเครียด หรือมีเรื่องทุกข์ใจ ท่านจะ ได้รับคำแนะนำ และกำลังใจจากสมาชิกใน ครอบครัว และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์				
11	.....				
12	<b>ด้านการประเมิน</b> บุคลากรทางการแพทย์กล่าวชมเมื่อท่าน สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแล สุขภาพได้ดี				
13	.....				

#### ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความวิตกกังวล

**คำชี้แจง** แบบสอบถามส่วนนี้เป็นการสอบถามถึงความวิตกกังวลของท่านซึ่งเกิดขึ้นหลังจาก  
สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบตาม  
ความเป็นจริง

3 คะแนน หมายถึง เกือบทุกวัน

2 คะแนน หมายถึง เป็นบางวัน

1 คะแนน หมายถึง ไม่เลย

ข้อ	ท่านมีประสบการณ์/อาการต่อไปนี้บ่อยแค่ไหนในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เป็นบางวัน	เกือบทุกวัน
1	ท่านรู้สึกปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ปัสสาวะบ่อย หรือมีกล้ามเนื้อตึงตัว เมื่อท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับ การกลายพันธุ์/การแพร่ระบาดซ้ำของโรคโควิด 19			
2	มีปัญหานอนหลับ หรือกินได้น้อยลง เพราะท่าน คิดเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตหลังจากการแพร่ระบาด ของโรคโควิด 19			

ข้อ	ท่านมีประสบการณ์/อาการต่อไปนี้บ่อยแค่ไหนในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เป็นบางวัน	เกือบทุกวัน
3	.....			
4	.....			
5	ท่านรู้สึกกังวลใจในการเข้าถึงระบบการแพทย์ทางไกล เนื่องจากท่านมีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ			





การสนับสนุนทางสังคม	130	130	130	130	130	130	130	130
ความวิตกกังวล	130	130	130	130	130	130	130	130
อายุ	130	130	130	130	130	130	130	130
โรคประจำตัว	130	130	130	130	130	130	130	130
ระยะของโรค	130	130	130	130	130	130	130	130

Variables Entered/Removed<sup>a</sup>

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	อายุ		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
2	ความรู้		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
3	การสนับสนุนทางสังคม		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
4	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).

a. Dependent Variable: พฤติกรรมการจัดการตนเอง

Model Summary<sup>e</sup>

Model	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				Sig. F Change	Durbin Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2		
1	.572 <sup>a</sup>	.327	.322	.40167	.327	62.332	1	128	.000	
2	.684 <sup>b</sup>	.468	.460	.35869	.140	33.517	1	127	.000	
3	.705 <sup>c</sup>	.497	.485	.35019	.029	7.243	1	126	.008	
4	.717 <sup>d</sup>	.514	.498	.34564	.017	4.336	1	125	.039	1.648

a. Predictors: (Constant), อายุ

b. Predictors: (Constant), อายุ, ความรู้

c. Predictors: (Constant), อายุ, ความรู้, การสนับสนุนทางสังคม

d. Predictors: (Constant), อายุ, ความรู้, การสนับสนุนทางสังคม, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

e. Dependent Variable: พฤติกรรมการจัดการตนเอง

ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	10.057	1	10.057	62.332	.000 <sup>b</sup>
	Residual	20.652	128	.161		
	Total	30.709	129			
2	Regression	14.369	2	7.184	55.841	.000 <sup>c</sup>
	Residual	16.340	127	.129		
	Total	30.709	129			
3	Regression	15.257	3	5.086	41.472	.000 <sup>d</sup>
	Residual	15.451	126	.123		
	Total	30.709	129			
4	Regression	15.775	4	3.944	33.012	.000 <sup>e</sup>
	Residual	14.933	125	.119		
	Total	30.709	129			

a. Dependent Variable: พฤติกรรมการจัดการตนเอง

b. Predictors: (Constant), อายุ

c. Predictors: (Constant), อายุ, ความรู้

d. Predictors: (Constant), อายุ, ความรู้, การสนับสนุนทางสังคม

e. Predictors: (Constant), อายุ, ความรู้, การสนับสนุนทางสังคม, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Coefficients<sup>a</sup>

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error				Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1 (Constant)	1.180	.245		4.806	.000					
อายุ	.029	.004	.572	7.895	.000	.572	.572	.572	1.000	1.000
2 (Constant)	.888	.225		3.945	.000					
อายุ	.022	.003	.444	6.496	.000	.572	.499	.420	.896	1.117
ความรู้	.048	.008	.396	5.789	.000	.540	.457	.375	.896	1.117
3 (Constant)	.576	.248		2.319	.022					
อายุ	.020	.003	.400	5.808	.000	.572	.460	.367	.843	1.186
ความรู้	.044	.008	.359	5.259	.000	.540	.424	.332	.859	1.165
การสนับสนุนทางสังคม	.185	.069	.183	2.691	.008	.408	.233	.170	.866	1.155

4 (Constant)	.408	.258		1.583	.116					
อายุ	.019	.003	.375	5.436	.000	.572	.437	.339	.818	1.222
ความรู้	.037	.009	.301	4.140	.000	.540	.347	.258	.735	1.361
การสนับสนุนทางสังคม	.158	.069	.156	2.282	.024	.408	.200	.142	.835	1.198
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.187	.090	.154	2.082	.039	.475	.183	.130	.711	1.407

Excluded Variables<sup>a</sup>

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Tolerance	VIF	Minimum Tolerance
1 ความรู้	.396 <sup>b</sup>	5.789	.000	.457	.896	1.117	.896
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.318 <sup>b</sup>	4.423	.000	.365	.887	1.127	.887
การสนับสนุนทางสังคม	.255 <sup>b</sup>	3.492	.001	.296	.904	1.107	.904
ความวิตกกังวล	-.179 <sup>b</sup>	-2.350	.020	-.204	.874	1.144	.874
โรคประจำตัว	.083 <sup>b</sup>	1.125	.263	.099	.969	1.032	.969
ระดับความรุนแรงของโรค	.176 <sup>b</sup>	2.379	.019	.207	.922	1.084	.922
2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.186 <sup>c</sup>	2.520	.013	.219	.737	1.356	.737
การสนับสนุนทางสังคม	.183 <sup>c</sup>	2.691	.008	.233	.866	1.155	.843
ความวิตกกังวล	-.105 <sup>c</sup>	-1.499	.136	-.132	.841	1.189	.821
โรคประจำตัว	.048 <sup>c</sup>	.723	.471	.064	.961	1.041	.879
ระดับความรุนแรงของโรค	.120 <sup>c</sup>	1.778	.078	.156	.901	1.109	.851
3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.154 <sup>d</sup>	2.082	.039	.183	.711	1.407	.711
ความวิตกกังวล	-.054 <sup>d</sup>	-.740	.461	-.066	.763	1.311	.763
โรคประจำตัว	.069 <sup>d</sup>	1.061	.291	.095	.948	1.055	.821
ระดับความรุนแรงของโรค	.105 <sup>d</sup>	1.573	.118	.139	.894	1.119	.811
4 ความวิตกกังวล	-.058 <sup>e</sup>	-.808	.421	-.072	.762	1.312	.710
โรคประจำตัว	.067 <sup>e</sup>	1.044	.299	.093	.948	1.055	.711
ระดับความรุนแรงของโรค	.093 <sup>e</sup>	1.406	.162	.125	.886	1.128	.705

a. Dependent Variable: พฤติกรรมการจัดการตนเอง

b. Predictors in the Model: (Constant), อายุ

c. Predictors in the Model: (Constant), อายุ, ความรู้

d. Predictors in the Model: (Constant), อายุ, ความรู้, การสนับสนุนทางสังคม

e. Predictors in the Model: (Constant), อายุ, ความรู้, การสนับสนุนทางสังคม, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน





## Correlations

	1	2	3	4	5	6	7	8
การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน	130	130	130	130	130	130	130	130
การสนับสนุนทาง สังคม	130	130	130	130	130	130	130	130
ความวิตกกังวล	130	130	130	130	130	130	130	130
อายุ	130	130	130	130	130	130	130	130
โรคประจำตัว	130	130	130	130	130	130	130	130
ระยะของโรค	130	130	130	130	130	130	130	130

จากตาราง Correlations พบว่า อายุ โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของโรค ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับ พฤติกรรมการจัดการตนเอง มีค่าน้อยกว่า มีค่าน้อยกว่าค่า  $\alpha$  ที่กำหนด .05 (p-value < .02) โดย อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองมากที่สุดโดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง ( $r = .572, p < .05$ ) รองลงมาคือ ความรู้โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง ( $r = .540, p < .05$ ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง ( $r = .475, p < .05$ ) การสนับสนุนทางสังคมโดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง ( $r = .408, P < .05$ ) ความวิตกกังวลโดยมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลาง ( $r = -.359, p < .05$ ) ระดับความรุนแรงของโรคโดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง ( $r = .322, p < .05$ ) และโรคประจำตัวโดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำ ( $r = .181, p < .05$ )

## 2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ

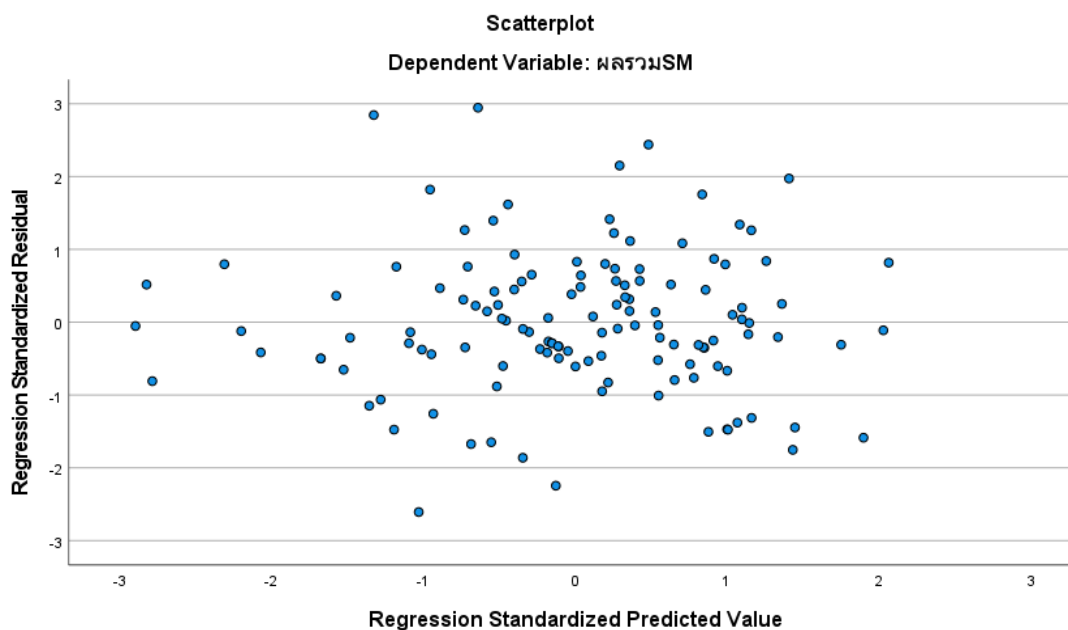
Residuals Statistics<sup>a</sup>

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2.0745	3.8702	3.0979	.34970	130
Residual	-.88308	1.00382	.00000	.34024	130
Std. Predicted Value	-2.926	2.209	.000	1.000	130
Std. Residual	-2.555	2.904	.000	.984	130

a. Dependent Variable: พฤติกรรมการจัดการตนเอง

จากตาราง Residuals Statistics สามารถอธิบายการแจกแจงของค่าความคลาดเคลื่อนได้จากค่า Mean และ S.D. เมื่อค่า Mean มีค่า =.000 และ S.D. มีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าค่าคลาดเคลื่อนนั้นมีการแจกแจงปกติ

3. ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ของทุกค่า X



การทดสอบ Breusch-Pagan test

ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	.099	7	.014	.466	.857 <sup>b</sup>
	Residual	3.705	122	.030		
	Total	3.804	129			

a. Dependent Variable: sqres

b. Predictors: (Constant), ความวิตกกังวล, โรคประจำตัว, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, ระดับความรุนแรงของโรค, อายุ, การสนับสนุนทางสังคม, ความรู้

จากกราฟ Scatterplot มีการกระจายมีแบบแผนที่ และ จากการทดสอบ Breusch-Pagan test พบว่า มีค่านัยสำคัญทางสถิติของความแปรปรวน  $> .05$  แสดงว่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีความคงที่ทุกค่าสังเกต (Homoscedasticity)

## 4. ค่าความคาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน

Model Summary<sup>e</sup>

Model	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	Durbin Watson
1	.572 <sup>a</sup>	.327	.322	.40167	.327	62.332	1	128	.000	
2	.684 <sup>b</sup>	.468	.460	.35869	.140	33.517	1	127	.000	
3	.705 <sup>c</sup>	.497	.485	.35019	.029	7.243	1	126	.008	
4	.717 <sup>d</sup>	.514	.498	.34564	.017	4.336	1	125	.039	1.648

a. Predictors: (Constant), อายุ

b. Predictors: (Constant), อายุ, ความรู้

c. Predictors: (Constant), อายุ, ความรู้, การสนับสนุนทางสังคม

d. Predictors: (Constant), อายุ, ความรู้, การสนับสนุนทางสังคม, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

e. Dependent Variable: พฤติกรรมการจัดการตนเอง

จากตาราง Model Summary พบ Durbin-Watson มีค่า = 1.648 สรุปได้ว่าค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกันเนื่องจากค่า Durbin-Watson มีค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5

## 5. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง

Coefficients<sup>a</sup>

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error				Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1 (Constant)	1.180	.245		4.806	.000					
อายุ	.029	.004	.572	7.895	.000	.572	.572	.572	1.000	1.000
2 (Constant)	.888	.225		3.945	.000					
อายุ	.022	.003	.444	6.496	.000	.572	.499	.420	.896	1.117
ความรู้	.048	.008	.396	5.789	.000	.540	.457	.375	.896	1.117
3 (Constant)	.576	.248		2.319	.022					
อายุ	.020	.003	.400	5.808	.000	.572	.460	.367	.843	1.186
ความรู้	.044	.008	.359	5.259	.000	.540	.424	.332	.859	1.165
การสนับสนุนทางสังคม	.185	.069	.183	2.691	.008	.408	.233	.170	.866	1.155

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
4 (Constant)	.408	.258		1.583	.116					
อายุ	.019	.003	.375	5.436	.000	.572	.437	.339	.818	1.222
ความรู้	.037	.009	.301	4.140	.000	.540	.347	.258	.735	1.361
การสนับสนุนทางสังคม	.158	.069	.156	2.282	.024	.408	.200	.142	.835	1.198
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.187	.090	.154	2.082	.039	.475	.183	.130	.711	1.407

จากตาราง Coefficients พบว่า ค่า VIF (Variance Inflation Factors) มีค่าไม่เกิน 10 หรือ Tolerance มีค่าเข้าใกล้ 1 ในการทดสอบครั้งนี้ มีค่า VIF 1.20-1.40 สรุปได้ว่าตัวแปรอิสระนั้นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือเป็นอิสระต่อกัน

ภาคผนวก ข ผลการวิเคราะห์ข้อมูลร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแยกตามรายชื่อ

1. ร้อยละของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในยุคนกติดัดไป

ข้อ	ข้อความ	ไม่ เลย	บางครั้ง (1-2วัน/ สัปดาห์)	ปาน กลาง (3-4วัน/ สัปดาห์)	บ่อยครั้ง (5-6วัน/ สัปดาห์)	เป็น ประจำ (7วัน/ สัปดาห์)
2	<b>ด้านการรักษา</b> ก่อนใช้ยาพ่นขยายหลอดลม ท่าน เขย่าขวดยา 3-4 ครั้งก่อนการใช้ งานทุกครั้ง	2.3	30	40	20.8	6.9
3	ท่านมีกิจกรรมทางกาย หรือ บริหารร่างกาย เช่น ยืดเหยียด ก่อนออกกำลังกาย 5-10 นาที เป็นต้น	6.9	33.1	43.8	13.1	3.1
5	ท่านฝึกหายใจด้วยกลัมน้ำหน้า ท้องและกระบังลม โดยการหายใจ เข้าให้ท้องป่องและหายใจออกให้ ท้องแฟบ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (เข้า-เย็น) ครั้งละ 10 นาที	17.7	30.8	36.9	13.1	1.5
6	ท่านรับประทานอาหารที่มีโปรตีน สูง เช่น เนื้อหมู ไก่ ไข่ นมถั่ว เหลือง เป็นต้น โดยแบ่งเป็นการ รับประทานอย่างละน้อยๆแต่ บ่อยครั้ง (4-6 มื้อต่อวัน)	4.6	38.5	38.5	15.4	3.1
13	<b>ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ใน ชีวิตประจำวัน</b> ท่านขอคำปรึกษาหรือคำแนะนำ จากสมาชิกในครอบครัวในการ เข้าถึงสื่อเทคโนโลยีหรือสื่อ ออนไลน์ต่างๆในการส่งเสริม	26.2	34.6	22.3	15.4	1.5

ข้อ	ข้อความ	ไม่ เลย	บางครั้ง (1-2วัน/ สัปดาห์)	ปาน กลาง (3-4วัน/ สัปดาห์)	บ่อยครั้ง (5-6วัน/ สัปดาห์)	เป็น ประจำ (7วัน/ สัปดาห์)
	สุขภาพของท่าน					
14	<b>ด้านอารมณ์</b> ท่านทำให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลาย เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น ทำสมาธิ หรือฟังเพลง เมื่อเกิดอาการกำเริบ ของโรค	11.5	34.6	40	10.8	3.1
15	ท่านใช้วิธีการพูดคุยปรึกษากับ บุคคลที่ไว้วางใจ เช่น ญาติ แพทย์ หรือพยาบาล เมื่อรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หมดหวัง หมดกำลังใจ	6.9	44.6	34.6	11.5	2.4
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

## 2. ร้อยละของความรู้

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	<b>ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง</b> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่สามารถติดต่อกันได้ในระบบทางเดิน หายใจ	53.1	46.9
.....	.....	.....	.....
	<b>ความรู้ด้านการรักษา</b>		
11	การออกกำลังกายช่วยลดอาการหายใจลำบากและหอบเหนื่อย	44.6	55.4
13	การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 สามารถลดความรุนแรงของโรคได้ เมื่อเกิดการติดเชื้อ	45.4	54.6
.....	.....	.....	.....
	<b>ความรู้ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน</b>		
18	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ตาม	55.4	44.6

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
	อาการเจ็บป่วยของโรค		
....	.....	.....	.....
23	<b>ความรู้ด้านอารมณ์</b> เมื่อรู้สึกเครียด หรือวิตกกังวลจะผ่อนคลายได้โดยชื่อยาระงับ ประสาทมาทานเอง	54.6	45.4
....	.....	.....	.....

### 3. ร้อยละของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ข้อ	คำถาม	ระดับความมั่นใจ		
		ไม่ มั่นใจ	มั่นใจ เล็กน้อย	มั่นใจ มาก
3	<b>ด้านการรักษา</b> ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 20-60 นาที	16.9	55.4	27.7
4	เมื่อมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ท่านจะหายใจออกด้วยการ ห่อปากและเป่าลมออกทางปากซ้ำๆ ยาวๆ	15.4	53.1	31.5
....	.....	.....	.....	.....
9	<b>ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน</b> หากมีอาการกำเริบของโรคท่านสามารถไปเข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาลได้อย่างทันที่	10.8	53.1	36.1
....	.....	.....	.....	.....
12	<b>ด้านอารมณ์</b> เมื่อเกิดความวิตกกังวล หรือความเครียด ท่านสามารถ จัดการ และ/หรือ หาวิธีการผ่อนคลายได้ เช่น การขอ คำปรึกษาจากบุคคลที่ไว้วางใจ การคิดทางบวก หรือการฝึก สมาธิ เป็นต้น	13.1	45.4	41.5

## 4. ร้อยละของการสนับสนุนทางสังคม

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก
2	<b>ด้านข้อมูล</b> สมาชิกในครอบครัวคอยแนะนำหรือเตือนให้ท่านให้มีการบริหารการหายใจอย่างต่อเนื่อง	4.6	35.4	47.7	12.3
3	ท่านมีบุคคลที่คอยช่วยหาข้อมูล และ/หรือแนะนำการเข้าถึงสื่อที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัว เพื่อให้ท่านมีสุขภาพที่ดี	8.5	35.4	41.5	14.6
....	.....	.....	.....	.....	.....
9	<b>ด้านทรัพยากร</b> บุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัวพาท่านไปโรงพยาบาลตามนัดหรือพาท่านไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น หายใจหอบเหนื่อย มีไข้ ไอมีเสมหะมากขึ้น เป็นต้น	3.1	33.8	36.9	26.2
....	.....	.....	.....	.....	.....
10	<b>ด้านอารมณ์</b> เวลาที่ท่านเครียด หรือมีเรื่องทุกข์ใจ ท่านจะได้รับคำแนะนำ และกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์	1.5	30	48.5	20
....	.....	.....	.....	.....	.....
13	<b>ด้านการประเมิน</b> สมาชิกในครอบครัวกล่าวชมเมื่อท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพได้ดี	6.9	36.2	46.2	10.7



## 5. ร้อยละของความวิตกกังวล

ข้อ	ท่านมีประสบการณ์/อาการต่อไปนี้บ่อยแค่ไหนในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เป็นบางวัน	เกือบทุกวัน
4	ท่านรู้สึกกังวลใจว่าจะไม่ได้รับการดูแล และเข้าถึง บริการสุขภาพได้เหมือนเดิมเนื่องจากมาตรการเว้น ระยะห่างทางสังคมเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19	33.1	47.7	19.2
5	ท่านรู้สึกกังวลใจในการเข้าถึงระบบการแพทย์ ทางไกล เนื่องจากท่านมีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยี เพื่อเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ	21.5	46.9	31.6

