

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา เรื่อง รูปแบบพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ผู้วิจัย ได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัย โดยมีหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบ
 - 1.1 ความหมายของการพัฒนา
 - 1.2 รูปแบบและการพัฒนารูปแบบ
 - 1.3 บริบทการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตร้อยแก่นสารสินธุ์
 - 1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ
2. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. การดูแลตนเอง
 - 3.1 ความหมายการดูแลตนเอง
 - 3.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 3.3 ประเภทของการดูแลตนเอง
 - 3.4 ขั้นตอนการดูแลตนเอง
 - 3.5 ความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 3.6 บทบาทการดูแลตนเอง
 - 3.7 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง
 - 3.8 ทฤษฎีการดูแลตนเอง
 - 3.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
4. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 4.1 ปัจจัยด้านความรู้
 - 4.1.1 ความหมายความรู้
 - 4.1.2 ระดับการเรียนรู้
 - 4.1.3 การวัดความรู้
 - 4.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความรู้
 - 4.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

- 4.2.1 ความหมายความเชื่อด้านสุขภาพ
- 4.2.2 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ
- 4.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ
- 4.2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ
- 4.3 การสนับสนุนทางสังคม
 - 4.3.1 ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม
 - 4.3.2 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม
 - 4.3.3 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม
 - 4.3.4 ประเภทของการให้การสนับสนุนทางสังคม
 - 4.3.5 ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม
 - 4.3.6 ความสัมพันธ์ของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ
 - 4.3.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการสนับสนุนทางสังคม
- 4.4 เจตคติต่อการดูแลตนเอง
 - 4.4.1 ความหมายเจตคติ
 - 4.4.2 องค์ประกอบของเจตคติ
 - 4.4.3 กระบวนการเกิดทัศนคติหรือการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ
 - 4.4.4 คุณลักษณะของเจตคติ
 - 4.4.5 การวัดเจตคติ
 - 4.4.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเจตคติ
- 4.5 แรงจูงใจ
 - 4.5.1 ความหมายแรงจูงใจ
 - 4.5.2 แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ
 - 4.5.3 ประเภทของแรงจูงใจ
 - 4.5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแรงจูงใจ
- 4.6 การมีส่วนร่วม
 - 4.6.1 ความหมายการมีส่วนร่วม
 - 4.6.2 หลักการของการมีส่วนร่วมของชุมชน
 - 4.6.3 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม
 - 4.6.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการมีส่วนร่วม
- 5. กรอบแนวคิดงานวิจัย

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา

1.1 ความหมายของรูปแบบ

การสื่อความหมายรูปแบบ หรือ Model นักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของรูปแบบไว้ดังนี้

วันชัย ศิริชนะ (2536 : 53) ให้ความหมายของรูปแบบว่า กรอบความคิด (Conceptual Frame Work) ทางด้านหลักการ โครงสร้างการบริหาร วิธีการและเกณฑ์ต่าง ๆ ของระบบที่ถือเป็นระบบและถือเป็นมาตรฐานได้

กนกพร เนติเมธี (2539 : 53) กล่าวถึงรูปแบบว่าหมายถึง แบบหรือแผนที่เป็นแนวทางในการนำไปสู่การปฏิบัติเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เป็นกรอบคิดทางด้าน โครงสร้างและหลักการ แสดงความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ ในการดำเนินการ

เริงจิต กลันทุระ (2540 : 27) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง ภาพจำลอง หรือตัวอย่างของความเป็นจริง ที่มีลักษณะเป็นมาตรฐานของความเป็นเลิศ

เขวटी รวงชัยกุล (2542 : 24) กล่าวว่ารูปแบบคือ วิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ถ่ายทอดความคิด ความตั้งใจ ตลอดจนทั้งจินตนาการ ที่มีต่อปรากฏการณ์หรือเรื่องราวใดๆ ให้ปรากฏ โดยการสื่อสารในลักษณะต่างๆ เช่น ภาพวาด แผนภูมิ หรือสมการ ทำให้เข้าใจได้ง่าย และในขณะที่เดียวกันสามารถนำเรื่องราวต่างๆมากระชับภายใต้หลักการให้ได้เรื่องราวอย่างมีระบบ

บุญชม ศรีสะอาด (2545 : 104-106) ให้ความหมาย รูปแบบ ว่า เป็นโครงสร้างที่แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ที่มีในปรากฏการณ์ธรรมชาติหรือในระบบต่าง ๆ และการพัฒนารูปแบบจะทำได้ 2 ขั้นตอน คือ

1. การสร้างหรือการพัฒนารูปแบบ ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะสร้างหรือพัฒนารูปแบบขึ้นมาก่อน เป็นรูปแบบตามสมมติฐาน โดยการศึกษาค้นคว้าทฤษฎี แนวความคิดรูปแบบ ที่มีผู้พัฒนาไว้แล้ว ในเรื่องเดียวกันหรือเรื่องอื่นๆ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้สามารถกำหนดองค์ประกอบ หรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ต่าง ๆ ขององค์ประกอบนั้น การพัฒนารูปแบบจะต้องใช้หลักเหตุผล เป็นรากฐานสำคัญ ในการศึกษาค้นคว้า ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยอาจคิด โครงสร้างของรูปแบบขึ้นมาก่อน แล้วปรับปรุงโดยอาศัยข้อมูลสารสนเทศ จากการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีรูปแบบหรือผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง หรือทำการศึกษากองค์ประกอบย่อย หรือตัวแปรแต่ละตัวก่อน แล้วคัดเลือกองค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรที่สำคัญ ประกอบขึ้นเป็น โครงสร้างของรูปแบบ ความสำคัญของขั้นตอนนี้อยู่ที่ การเลือกองค์ประกอบรูปแบบ ซึ่งก็คือตัวแปรหรือกิจกรรม

เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม ควรกำหนดหลักการในการพัฒนา รูปแบบอย่างชัดเจน เช่น เป็นรูปแบบที่ไม่ซับซ้อน สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย ตัวแปรในรูปแบบมีน้อยตัวแต่สามารถอธิบายผลได้มาก ในการวิจัยบางเรื่อง จำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญ ได้ช่วยพิจารณาความถูกต้องและความเหมาะสมด้วย

2. การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ หลังจากได้พัฒนารูปแบบขั้นต้นแล้ว จำเป็นต้องมีการทดสอบความเที่ยงของรูปแบบดังกล่าว เพราะว่ารูปแบบที่พัฒนานั้นนั้น ถึงแม้ว่าจะพัฒนา โดยมีรากฐานมาจากแนวคิดทฤษฎีรูปแบบของผู้อื่น และผลการวิจัยที่ดีผ่านมาแล้ว หรือแม้กระทั่งได้รับการกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญแล้วก็ตาม แต่ก็ยังเป็นเพียงรูปแบบ ตามสมมติฐาน ซึ่งจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริง หรือทำการทดลองก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง เพื่อทดสอบดูว่าเหมาะสมหรือไม่ ซึ่งเรียกว่าการทดลองประสิทธิภาพของรูปแบบ



แผนภาพที่ 1 : ขั้นตอนการสร้างรูปแบบ (Model)

ที่มา : บุญชม ศรีสะอาด. (2524)

ในปัจจุบันนี้ การพัฒนารูปแบบต่าง ๆ ได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่ง Kendall and Kendel. (1988 : 68 ; อ้างถึงใน อมรรัตน์ ทิพย์จันทร์. 2544 : 16) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบไว้ว่า “เมื่อรูปแบบที่ใช้อยู่ในปัจจุบันค่อนข้างล้าสมัย หรือไม่สามารถตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ที่วางไว้ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบขึ้นใหม่ เพื่อให้รูปแบบนั้นมีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น” โดยการพัฒนารูปแบบอย่างเป็นระบบ Kendall and Kendel. (1987 : 112) ได้เสนอขั้นตอนในการพัฒนาระบบไว้ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ระบบ (System Analysis) หมายถึง การวิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ รวมทั้งผลผลิตของระบบนั้นให้ชัดเจน
2. การออกแบบระบบ (System Design) หมายถึง การออกแบบองค์ประกอบของระบบในด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตให้มีคุณภาพมากที่สุด เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพองค์กรและสภาพแวดล้อมที่ใช้ระบบนั้น
3. การทดสอบระบบ (System Testing) หมายถึง การนำระบบที่ออกแบบไปทดสอบ โดยการทดลองใช้ระบบในสภาพการจำลอง หรือในสถานการณ์จริง เพื่อทดลองดูว่าระบบนั้น ๆ มีคุณภาพหรือมีข้อผิดพลาดในองค์ประกอบใด จะได้ปรับปรุงแก้ไข จากการให้ความหมายของรูปแบบของนักวิชาการผู้วิจัยพอสรุปได้ว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่สร้างขึ้นปรากฏการณ์ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี ผลการวิจัย หรือรูปแบบที่มีอยู่แล้ว เพื่อถ่ายทอดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ แสดงให้เห็นถึงภาพ จำลองสภาพความจริง ของปรากฏการณ์ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจถึงลักษณะ ของปรากฏการณ์ เมื่อนำมาใช้ก็จะทำให้เกิดผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และสามารถตรวจสอบเปรียบเทียบกับปรากฏการณ์จริงได้ ขั้นตอนการสร้างและการพัฒนารูปแบบ และการทดลองประสิทธิภาพของรูปแบบที่สมบูรณ์แสดงดังภาพที่ 1

1.2 ความหมายของการพัฒนา

การพัฒนา (Development) ถูกนำไปใช้โดยทั่วไป และมีความหมายแตกต่างกันออกไป ได้มีผู้ให้ความหมายของการพัฒนาไว้หลายความหมาย เช่น การพัฒนาประเทศ การพัฒนาชนบท การพัฒนาเมือง และการพัฒนาข้าราชการ เป็นต้นซึ่งในแต่ละลักษณะมีความหมายที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันแบ่ง ได้เป็น 10 ลักษณะ คือ

1.2.1 ความหมายจากรูปศัพท์

โดยรูปศัพท์ “การพัฒนา” มาจากคำภาษาอังกฤษว่า Development แปลว่าการเปลี่ยนแปลงที่ละเอียดละน้อย โดยผ่านลำดับขั้นตอนต่างๆ ไปสู่ระดับที่สามารถขยายตัวขึ้นเติบโตขึ้น มีการปรับปรุงให้ดีขึ้นและเหมาะสมกว่าเดิม หรืออาจก้าวหน้าไปถึงขั้นที่อุดมสมบูรณ์เป็นที่น่าพอใจ (ปกรณ์ ปรียากร. 2538 : 5)

ส่วนความหมายจากรูปศัพท์ ในภาษาไทยนั้น หมายถึง การทำความเจริญ การเปลี่ยนแปลงในทางที่เจริญขึ้น การคลี่คลายไปในทางที่ดี ถ้าเป็นกริยา ใช้คำว่า “พัฒนา” หมายความว่าทำให้เจริญ คือ ทำให้เติบโตได้ ทำให้งอกงามและมากขึ้น เช่น เจริญทางไมตรี (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. 2538 : 238)

1.2.2 ความหมายโดยทั่วไป

การพัฒนา หมายถึง การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสภาพหนึ่ง ไปสู่อีกสภาพหนึ่งที่ดีกว่าเดิมอย่างเป็นระบบ หรือการทำให้ดีขึ้นกว่าสภาพเดิมที่เป็นอยู่อย่างเป็นระบบ (ยูวัฒน์ วุฒิเมธี. 2534 : 1) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบทางด้านคุณภาพ ระหว่างสภาพการณ์ของสิ่งใดสิ่งหนึ่งในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ถ้าในปัจจุบันสภาพการณ์ของสิ่งนั้นดีกว่า สมบูรณ์กว่า ก็แสดงว่าเป็นการพัฒนา (ปกรณ ปรียากร. 2538 : 5)

1.2.3 ความหมายทางเศรษฐศาสตร์

นักเศรษฐศาสตร์ ได้ให้ความหมายของ การพัฒนาว่า หมายถึง ความเจริญเติบโต โดยเน้นความเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจเป็นสำคัญ เช่น ผลผลิตรวมของประเทศเพิ่มขึ้น รายได้ประชาชาติเพิ่มขึ้น รายได้เฉลี่ยต่อหัวต่อคนของประชากรเพิ่มขึ้น มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจมากขึ้น (ณัฐพล ชันธไชย. 2534 : 2)

1.2.4 ความหมายทางพัฒนาบริหารศาสตร์

นักพัฒนาบริหารศาสตร์ได้ให้ความหมายของ การพัฒนา เป็น 2 ระดับ คือ ความหมายอย่างแคบและความหมายอย่างกว้าง

1) ความหมายอย่างแคบ การพัฒนา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในตัวระบบ การกระทำทำให้ดีขึ้น อันเป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านคุณภาพเพียงด้านเดียว

2) ส่วนความหมายอย่างกว้าง การพัฒนา เป็นกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงในตัวระบบการกระทำทั้งด้านคุณภาพ ปริมาณและสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นไปพร้อมๆ กัน ไม่ใช่ด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว

การพัฒนา ในความหมายของนักพัฒนาบริหารศาสตร์ จะมีขอบข่ายกว้างขวางกว่าความหมายจากรูปศัพท์ ความหมายโดยทั่วไป และความหมายทางเศรษฐศาสตร์ที่กล่าวมาแล้ว เพราะหมายถึง การเปลี่ยนแปลงของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทั้งในด้านคุณภาพ (ดีขึ้น) ปริมาณ (มากขึ้น) และสิ่งแวดล้อม (มีความเหมาะสม) ไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว (สนธยา พลศรี. 2547 : 3)

1.2.5 ความหมายทางเทคโนโลยี

ในทางเทคโนโลยี การพัฒนา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงระบบอุตสาหกรรม และการผลิตด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ด้วยนักวิทยาศาสตร์และนักประดิษฐ์ ทำให้สังคมเปลี่ยนแปลงจากสังคมประเพณีนิยม เป็นสังคมสมัยใหม่ที่ทันสมัย (นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. 2534 : 95)

1.2.6 ความหมายทางการวางแผน

ในทางการวางแผน การพัฒนา เป็นเรื่องเกี่ยวกับการชักชวน การกระตุ้นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ด้วยการปฏิบัติตามแผนและโครงการอย่างจริงจัง เป็นไปตามลำดับขั้นตอน ต่อเนื่องกันเป็นวงจร โดยไม่มีการสิ้นสุด การพัฒนา จะเกิดขึ้นได้ด้วยการวางแผนที่ดี มีการบริหารงานและการจัดการอย่างเป็นระบบ ทำให้การดำเนินการเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์, 2534 : 91-92)

1.2.7 ความหมายเกี่ยวกับการปฏิบัติ

ในขั้นของการปฏิบัติ การพัฒนา หมายถึง การชักชวนหรือการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการปฏิบัติตามแผนและโครงการอย่างจริงจัง และเป็นลำดับขั้นตอน ต่อเนื่องกันในลักษณะที่เป็นวงจรไม่มีการสิ้นสุด (นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์, 2534 : 13)

การพัฒนา ในความหมายของการปฏิบัติการณ์นี้ เป็นความหมายต่อเนื่องจากความหมายทางการวางแผน โดยมุ่งเน้นถึงการนำแผนและโครงการไปดำเนินการอย่างจริงจัง และอย่างต่อเนื่อง เพราะถึงจะมีแผนและโครงการแล้ว แต่ถ้าหากไม่มีการนำไปปฏิบัติ การพัฒนา ก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้

1.2.8 ความหมายทางพระพุทธศาสนา

พระราชวรมุนี (ประยูรช ปยุตโต, 2530 : 16-18) ได้ให้ความหมาย และอธิบาย ไว้ว่า การพัฒนา ในทางพระพุทธศาสนา หมายถึง การพัฒนาคนให้มีความสุข มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การพัฒนาในความหมายนี้ มีลักษณะเดียวกันกับการพัฒนาในความหมายทางการวางแผน คือ เป็นเรื่องของมนุษย์เท่านั้น แตกต่างกันเพียงการวางแผนให้ความสำคัญที่วิธีการดำเนินงาน ส่วนพุทธศาสนามุ่งเน้นผลที่เกิดขึ้น คือ ความสุขของมนุษย์

1.2.9 ความหมายทางสังคมวิทยา

นักสังคมวิทยา ได้ให้ความหมายของ การพัฒนา ว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม ซึ่งได้แก่ คน กลุ่มคน การจัดระเบียบความสัมพันธ์ทางสังคม ด้วยการจัดสรรทรัพยากรของสังคมอย่างยุติธรรมและมีประสิทธิภาพ (จิตยา สุวรรณะชฎ, 2544 : 154) การพัฒนา เป็นทั้งเป้าหมายและกระบวนการที่ครอบคลุมถึง การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของคน ต่อชีวิตและการทำงาน การเปลี่ยนแปลงสถาบันต่างๆ ทางสังคม วัฒนธรรมและการเมืองอีกด้วย (Streeten, 1972 : 3)

1.2.10 ความหมายทางการพัฒนาชุมชน

นักพัฒนาชุมชน ได้ให้ความหมายของ การพัฒนา ว่า หมายถึง การที่คนในชุมชนและสังคมโดยส่วนรวม ได้ร่วมกันดำเนินกิจกรรมเพื่อปรับปรุงความรู้ความสามารถของ

ตนเอง และร่วมกันเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของตนเอง ชุมชน และสังคมให้ดีขึ้น (สมศักดิ์ ศรี
สันติสุข. 2542 : 179)

จากความหมายในด้านต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พอสรุปได้ว่า การพัฒนา
หมายถึง กระบวนการ ขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน กิจกรรม โครงการ แผนงาน ที่ผู้วิจัยสร้าง
ขึ้นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ต้องการ ไปสู่สภาพที่ดีขึ้น

1.3 บริบทการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตร้อยแก่นสารสินธุ์

เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 4 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ได้แก่
จังหวัด ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์(ร้อย แก่น สาร สินธุ์)รับผิดชอบ
จำนวนประชากรทั้งสิ้น 5,036,998 คน เพศชาย 2,499,714 คน เพศหญิง 2,537,284 คน แบ่งเขต
ปกครองในพื้นที่กลุ่มจังหวัดออกเป็น 77 อำเภอ /กิ่ง 658 ตำบล 8,165 หมู่บ้าน

1.3.1 มีแนวทางการดูแลตามแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
พ.ศ.2553 COPD Guideline

1) มีการประเมินผู้ป่วยเพื่อเป็นเกณฑ์ในการรักษา โดยใช้อาการทางคลินิก ได้แก่
ระดับของอาการหอบเหนื่อย ความถี่และความรุนแรงของอาการหอบกำเริบ (Exacerbation)
รวมถึงการตรวจ Spirometry โดยดูค่าของ FEV 1

2) มีเป้าหมายในการรักษา คือ การป้องกันหรือชะลอการดำเนินของโรค บรรเทา
อาการ โดยเฉพาะอาการหอบเหนื่อย ทำให้ Exercise Tolerance ดีขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น
ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน ป้องกันและรักษาภาวะอาการกำเริบ ลดอัตราการเสียชีวิต เพื่อ
คงสภาพร่างกายให้ดีที่สุดในด้าน อาการ ความถี่ของการใช้ยาขยายหลอดลม โรคหรือภาวะร่วม
โครงสร้างและสมรรถภาพปอด สถานะสุขภาพ กิจกรรมในแต่ละวัน และลดความเสี่ยงที่จะเกิดใน
อนาคต ในด้านการกำเริบของโรค ความเสื่อมสถานะสุขภาพ โรคหรือภาวะร่วมที่อาจเกิดขึ้นใหม่
ความเสี่ยงของโครงสร้างและสมรรถภาพปอด ผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการเสียชีวิต

3) มีการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง ที่สำคัญได้แก่ การช่วยเหลือนำผู้ป่วยเลิกบุหรี่อย่างถาวร
โดยใช้พฤติกรรมบำบัด หรือใช้ยาร่วมเลิกบุหรี่ การหลีกเลี่ยงหรือลดมลภาวะ เช่นการใช้เตาถ่าน
ในที่อากาศถ่ายเทไม่ดี เป็นต้น

4) การรักษาด้วยยา ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อบรรเทาอาการ ลดการกำเริบ และเพิ่ม
คุณภาพชีวิต ได้แก่ ยาขยายหลอดลม แนะนำให้ใช้วิธีสูดพ่น (Metered-dose หรือ Dry-power
Inhaler)เป็นอันดับแรกเนื่องจากมีประสิทธิภาพสูงและผลข้างเคียงน้อย ไม่ควรใช้ยา ICS เพียง
อย่างเดียว ควรใช้ยาผสมระหว่าง ICS และ LABA จะมีประสิทธิภาพดีที่สุด นอกจากนี้ ควรได้รับ
วัคซีนไข้หวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง มีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary Rehabilitation) เพื่อลด

อาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิตและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และในผู้ป่วยบางราย อาจจะมีการบำบัดด้วยออกซิเจนระยะยาว การรักษาโดยการผ่าตัด หรือหัตถการพิเศษโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ กรณีที่ไม่สามารถดูแลได้แล้วควรมีการวางแผนชีวิตระยะสุดท้าย (End of Life Plan)

5) การประเมินและติดตามโรค ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ ควรติดตามอาการเหนื่อยหอบ (อาจใช้ MMRC Scale หรือ Visual Analogue Scale)การทำกิจกรรมประจำวัน ความสามารถในการออกกำลังกาย ความถี่ของการหอบกำเริบของโรค อาการแสดงของการหายใจลำบาก และการประเมินวิธีการใช้ยาสูด ในทุก 1 ปี ควรวัด Spirometry ในผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบ ความถี่ของกิจวัตรประจำวัน ควรวัด BODE Index ,6 Minute Walk Distance ระดับ Oxygen Saturation หรือ Arterial Blood Gases

1.3.2 ขั้นตอนการบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ร่วมทำงานเป็นสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่

พยาบาล ทำหน้าที่ Register ผู้ป่วยรายใหม่ ชักประวัติ ประเมินสภาพระดับความรุนแรงและ ลงบันทึกในแฟ้มประวัติ ในแบบฟอร์ม Appendix 1 สำหรับคนป่วยรายใหม่ และ Appendix 2 ใ้ค่า PEF (Peak Expiratory Flow Rate)

แพทย์ ทำหน้าที่ ให้การรักษาตามแนวทางปฏิบัติตามที่กำหนดและ ได้มาตรฐานตาม Guideline

เภสัชกร ทำหน้าที่ ให้ความรู้เรื่องการใช้ยาชนิดต่างๆ รวมถึงการฝึกปฏิบัติในการใช้ยาขยายหลอดลม อาการที่ผิดปกติเมื่อมีอาการแพ้ยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาสเตียรอยด์

นักกายภาพบำบัด มีหน้าที่ ทำกายภาพบำบัดฝึกการบริหารการหายใจ การทดสอบการเดิน 6 Minute Walk

จากกระบวนการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการลงข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ตามฐานสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อจัดเก็บข้อมูลของกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในแต่ละโรงพยาบาล ในระบบการดูแลผู้ป่วยดังที่กล่าวมานั้น ยังไม่ได้มีรูปแบบที่เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะ ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติ และมีการวัดผลสัมฤทธิ์ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้ขึ้น

1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับรูปแบบและการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

นพพันธ์ สิงห์ลาว (2551: 98) ได้ศึกษาถึงรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : การทบทวนงานวิจัยอย่างมีระบบ (Systemic Review) พบว่ารูปแบบกิจกรรมการพยาบาลจากการสืบค้นทั้งหมด 115 เรื่อง สรุปได้ว่า มีรูปแบบการพยาบาล 2 รูปแบบ คือ รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลแบบเดี่ยว และ รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลแบบผสมผสาน และกิจกรรมหลักๆ ได้แก่ 1) การสอนหรือการให้ความรู้ 2) การออกกำลังกาย และ 3) การสนับสนุนด้านอื่นๆ ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่ใช้การพยาบาลแบบผสมผสานเพื่อจัดกระทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถด้านร่างกาย เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วย ซึ่งสามารถพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ได้

เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธุ์และคณะ(2553 : 38) ศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนวัดบูรณาวาสศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวาน 20 คนโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การคลายเครียดและการรักษาอย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมการเสริมพลังโดยใช้ทฤษฎีของเพนเดอร์เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มตัวอย่างรวบรวมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมาสร้างรูปแบบประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก 1) การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติตนเอง 2) อิทธิพลจากกลุ่มอ้างอิง 3) อิทธิพลจากสถานการณ์ และ 4) ความจำเป็นและทางเลือกอื่น นำมาทดลองใช้ เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผลการวิจัยพบว่า การรับรู้เรื่องโรค สาเหตุ และอาการของโรคและการปฏิบัติตนจากประสบการณ์ที่ผ่านมา เมื่อรับประทานยาแล้วอาการดีขึ้นคะแนนรวมของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังทำกิจกรรมมากกว่าก่อนทำกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภัคพร กอบพิงตุน และคณะ (2554 : 28) ได้ศึกษาถึงการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลนครพิงค์ ใช้ระยะเวลาตั้งแต่มกราคม 2551- ตุลาคม 2553 ดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแบ่งผู้ให้ข้อมูล 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาล และทีมสหสาขา กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ผู้รับบริการได้แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและญาติที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 50 ราย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจ แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ และ แบบบันทึกผลลัพธ์ ในกระบวนการดำเนินงานของแนวคิดของ Kemmis and McTaggart. (1985 : 214) โดยมีกระบวนการดังนี้ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observe และการสะท้อนกลับ (Reflection) ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลจัดการรายกรณีมุ่งดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

กำหนดการใช้แผนการดูแล (Clinical Pathway) ร่วมกับทีมสหสาขาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งผลให้ มีการดูแลผู้ป่วยตาม CPG เพิ่มขึ้น อัตราการ Re-Admit < 10% ความจุปอดเพิ่มขึ้น ความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และ การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง > 80% อัตราวันนอนลดลง ลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา

ศิริศักดิ์ พรหมแพน (2554 : 96) ศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 394 ราย โดยใช้เครื่องมือคือแบบสอบถาม และวิเคราะห์ด้วยสมการเชิงโครงสร้างโดยใช้โปรแกรมลิสเรล แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อประสิทธิผลในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลมากที่สุดได้แก่ ปัจจัยด้านสนับสนุน ปัจจัยที่ด้านบุคคล และปัจจัยด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการพัฒนา รูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ 13 กิจกรรม คือ ด้านการสนับสนุน 9 กิจกรรม การจัดทำมีผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล การจัดทำมีโรงเรียนเบาหวานในโรงพยาบาล การจัดกิจกรรมออกกำลังภายในคลินิกเบาหวาน การให้บริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพด้านสาธารณสุขร่วมกับนักจัดการเบาหวาน การเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ การแจกกล่องยาเตือนใจและกระเป๋ายาพาสุข และการจัดระบบการให้บริการและสร้างศูนย์ความรู้ในชุมชนด้านบุคคล 2 กิจกรรม ได้แก่ การอบรมให้ความรู้และปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน และกิจกรรมการผ่อนคลายทางด้านอารมณ์และความเครียด ด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 2 กิจกรรม ได้แก่ การอบรมให้ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตนให้ถูกต้องในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และกิจกรรมการติดตามและประเมินผลพฤติกรรม โดยนักจัดการเบาหวานร่วมกับทีมสหวิชาชีพด้านสาธารณสุข ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลหลังอาหารเช้า น้ำตาลสะสมในฮีโมโกลบิน กลอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ คีซันีมวลกาย และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนทดลองและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นันทพร บุษราคัมวดี และ ยูวมาลย์ ศรีปัญญาวิศัลย์ (2555 : 114) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครนายก แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ทบทวนวรรณกรรม สันทนาการกลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขโดยการจัดค่ายเบาหวาน ในกลุ่มพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และพัฒนาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 40 คน เสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้

กระบวนการกลุ่ม ในผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ประเมินผลภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานช่วยให้เกิดระบบการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยรวมและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และผู้ให้บริการเกิดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จิราพร รักษายศ และ ศิริเพ็ญ ลิทธิบรรณ (2556 : 294) ได้ศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 มีนาคม 2555 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 14 ราย ในคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจางงาเปรียบเทียบในกลุ่มเดียววัดผลลัพธ์ก่อนและหลัง เลือจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีประวัติการเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีระดับความรุนแรงของผู้ป่วยระดับ 3-4 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล แบบบันทึกการเข้ารับการรักษาซ้ำ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัว และโทษของบุหรี่ ฝึกทักษะการพ่นยาขยายหลอดลม การออกกำลังกาย แนวทางการจัดการอาการหอบด้วยตนเองที่บ้าน โดยใช้ชื่อว่า คัมภีร์พิชิตหอบ คลินิกเคลื่อนที่ เครือข่ายการดูแลในชุมชน และการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ครอบครัวยุ และอาสาสมัครหมู่บ้าน รูปแบบการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีกระบวนการดูแลดังนี้ 1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติโดยพยาบาล ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตัว โทษของบุหรี่ ซึ่งกรณีที่เกิดบุหรี่ไม่ได้ส่งคลินิกเลิกบุหรี่ทุกรายวัดความรู้ก่อนและหลัง 2) สอนการใช้ยาสูดและยาพ่นโดยเภสัชกร 3) ฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด/การออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยนักกายภาพบำบัด โดยการฝึกการหายใจโดยใช้กลัมน้ำหนักหน้าท้องและกะบังลมวันละ 30 นาทีแบ่งเป็น 2 ครั้งๆละประมาณ 15 นาที จำนวน 3 วัน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ฝึกการหายใจโดยการเป่าขวดน้ำ ทำ 15 นาทีวันละ 2 ครั้งจำนวน 3 วัน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และฝึกออกกำลังกายโดยใช้ยางยืด 4) ความรู้เรื่องอาหารแก่ญาติและผู้ป่วย โดยนักโภชนาการ ซึ่งดัชนีมวลถายน้อยกว่า 21 พบรายบุคคล 5) กรณีไม่มาตามนัดให้มีหน่วยคลินิกเคลื่อนที่ ไปที่บ้านผู้ป่วยเดือนละครั้ง 6) สร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลในชุมชน 7) ฝึกการใช้คัมภีร์พิชิตหอบแก่ผู้ป่วยและญาติในการจัดการอาการหอบด้วยตนเองที่บ้าน และ 8) ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยเหลือ ได้แก่ ญาติ ครอบครัวยุผู้ป่วย อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ใช้สถิติ Wilcoxon Signed-rank Test พบว่าผลการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถเลิกบุหรี่ได้ และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จรรยา ตันตยากร (2556 : 12) ได้ศึกษาถึง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนจังหวัดพิษณุโลกเป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development Design) โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครผู้ดูแล และพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 39 คน พยาบาล 3 คน โดยใช้เครื่องมือ 6 ชนิด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล แบบสอบถามประกอบด้วย พฤติกรรมทัศนคติ แบบสอบถามสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการ แบบสังเกต และแบบบันทึกประจำวัน การดำเนินงานวิจัยมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 สืบค้นปัญหา ข้อมูล รวบรวมงานเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขั้นที่ 2 นำมาสังเคราะห์ วิเคราะห์ออกแบบการบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วย ขั้นที่ 3 นำรูปแบบไปทดลองใช้ ขั้นที่ 4 สรุปแบบทดลองและประเมินผล ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 ประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างอาสาสมัครที่ดูแลผู้ป่วย พยาบาล เจ้าหน้าที่ชุมชน สำหรับวิธีการใช้รูปแบบพัฒนา กิจกรรมที่ 2 พยาบาลวิชาชีพสร้างพลังอำนาจแก่อาสาสมัครสาธารณสุข โดยเฉพาะการคัดกรองพื้นฐาน กิจกรรมที่ 3 เพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่ 4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะในการดูแลตนเอง กิจกรรมที่ 5 สร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน โดยใช้กลยุทธ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้มีประสบการณ์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เพิ่มขึ้นในการดูแลตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ไปในทางที่ดีขึ้นทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีการดำเนินการหลากหลายซึ่งบริบทแต่ละกลุ่มเป้าหมายมีความแตกต่างกันออกไปซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบจากการทบทวนวรรณกรรม มาปรับใช้ในการศึกษาครั้งนี้ตามความเหมาะสมของบริบทของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตร้อยแก่นสารสินธุ์

2. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) หมายถึง โรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจที่ไม่สามารถทำให้เป็นปกติได้ (Not Fully Reverseible Airway Obstruction)ซึ่งการอุดกั้นจะค่อยเป็นค่อยไป และเกิดจากการอักเสบของปอดที่เกิดจากสิ่งกระตุ้น (GOLD Guidelines. 1992 : 147) ดังนั้นการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ เมื่อมีประวัติเสี่ยงต่อการเกิดโรคเช่น บุหรี่ จะมีหรือไม่มีอาการ ไอ มีเสมหะและ หอบเหนื่อยหรือไม่ก็ตามควรจะต้องมีการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยสไปโรมิทรีรี่เมื่อได้ขยายหลอดลมแล้วค่า FEV₁/FVC ยังน้อยกว่าร้อยละ 70 ก็ถือว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเลย(วัชรรา บุญสวัสดิ์. 2553 :119)

2.1 พยาธิสรีรวิทยาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

มีการอักเสบในหลอดลมและเนื้อปอด เมื่อผู้ป่วยสูดสารระคายเคือง เช่น ควันบุหรี่ ควันไฟ มลพิษทางอากาศ เข้าไปในหลอดลม สารระคายเคืองเหล่านี้จะก่อให้เกิดการอักเสบในหลอดลม เนื้อปอด และเส้นเลือด การอักเสบนี้จะทำให้มีการหลั่งเอนไซม์เช่น Protease ออกมา ทำให้มีการทำลายและซ่อมแซมเกิดขึ้นทั้งในหลอดลม เนื้อปอด และเส้นเลือด ซึ่งทำให้เกิดพยาธิสภาพของโรคที่หลอดลมเล็กและเนื้อปอด ซึ่งในคนปกติหลอดลมจะถูกยึดไว้ด้วยเนื้อปอด (Alveolar Attachment) เวลาที่หายใจออกหลอดลมจะถูกบีบให้เล็กลงเนื่องจากความดันในช่องอก แต่คนปกติหลอดลมจะเล็กลงไม่มากเพราะมี Alveolar Attachment คอยยึดไว้อยู่ แต่ในคนที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะพบความผิดปกติที่หลอดลม และที่เนื้อปอด โดยที่หลอดลมจะพบว่ามีการเชื่อมติดกันทางเดินหายใจซึ่งเป็นส่วนที่แก้ไขได้ และที่เนื้อปอดจะพบว่ามีการทำลายของ Alveolar Attachment ทำให้หลอดลมแฟบเวลาหายใจออก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนที่แก้ไขไม่ได้ ดังนั้น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทางเดินหายใจจะมีการอุดกั้นบางส่วนแก้ไขได้ และบางส่วนแก้ไขไม่ได้ (วัชรมา บุญสวัสดิ์, 2553 : 119) การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของปอดนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยดังนี้ 1) การสร้างเยื่อเมือกมากกว่าปกติ ร่วมกับการทำงานของขนกวัดที่ผิดปกติทำให้ผู้ป่วยไอเรื้อรัง มีเสมหะ ซึ่งอาจเป็นอาการนำของโรค 2) การตีบของหลอดลมร่วมกับการสูญเสียการหดตัวของปอดทำให้เกิดการถูกจำกัดของทางเดินอากาศและการดักจับอากาศ และ 3) การตีบของหลอดลม การทำลายของเนื้อปอด และหลอดเลือด จะรบกวนการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด และภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงกว่าปกติ

2.2 อาการและอาการแสดง

อาการเริ่มแรกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และค่อยๆ เลวลงเรื่อยๆ อาการที่พบได้บ่อยได้แก่ หอบเหนื่อย (Dyspnea) โดยเฉพาะเวลาต้องออกแรงมากขึ้น ใจเป็นพักๆ และเพลีย (Fatigue) หลังออกแรง (สมจิต หนูเจริญ, 2552 : 244) เมื่อเริ่มแรกอาจไม่มีอาการเลย จนกว่าจะเป็นมากพอสมควรจึงเกิดอาการหายใจลำบากขณะออกแรงเกิดขึ้น ส่วนใหญ่จะเกิดหลังอายุ 40 ปีขึ้นไป (American Lung Association, 2005) ในผู้ป่วยหลอดลมอักเสบเรื้อรัง มักจะมีประวัติไอบานานก่อนจะมีอาการเหนื่อยหอบ อาการไอบานานจะเป็นในตอนเช้าโดยเฉพาะเมื่อลุกจากที่นอน หรือหลังจากสูบบุหรี่ เสมหะมักเป็นสีขาวและเป็นสีเหลือง หรือสีเขียวเมื่อมีการติดเชื้อแทรก เมื่อโรคดำเนินต่อไป การถ่ายเทอากาศในถุงลมจะลดลง ออกซิเจนในเลือดแดงลดลง เหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังกาย

2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.3.1 ผลจากการสูบบุหรี่ (Active Cigarette Smoking) เป็นปัจจัยสำคัญที่สุด พบว่าประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีประวัติสูบบุหรี่ แต่ผู้ที่สูบบุหรี่จัดจะเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ถึงร้อยละ 20 แสดงว่ามีปัจจัยอื่นเกี่ยวข้อง คนที่สูบบุหรี่ไประยะหนึ่งจะพบการเปลี่ยนแปลงจากการทำลายเซลล์ขนกวัดที่เยื่อหลอดลม(Ciliated Columnar Cells)ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ปอดลดลง ความผิดปกติของสมรรถภาพปอด และอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่ามากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่

2.3.2 บุคคลที่สูดควันบุหรี่โดยที่ไม่สูบบุหรี่ (Passive Smoking) บุคคลเหล่านี้จะพบอาการและโรคระบบทางเดินหายใจได้บ่อย ผลการตรวจสมรรถภาพปอด (Lung Function Test) มักพบความผิดปกติ ซึ่งเกิดจากทางเดินหายใจถูกกระตุ้นเป็นประจำด้วยควันบุหรี่

2.3.3 มลพิษในอากาศ (Air Pollution) มลพิษในอากาศประกอบด้วย ฝุ่นละออง ควันสารมีพิษ ก๊าซต่างๆ เช่น ไนโตรเจนไดออกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ และที่สารอันตรายที่สำคัญ คือ การเผาไหม้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหาร (Biomass Fuel) และสำหรับขับเคลื่อนเครื่องจักรต่างๆ (Diesel Exhaust) ก่อให้เกิดการระคายเคืองและเกิดการอักเสบของระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.3.4 อายุ เพศ เชื้อชาติ สภาพแวดล้อมทางสังคมและอาหาร คนสูบบุหรี่และอายุมาก โอกาสของการเกิดโรคนี้นับมากขึ้น เพศ เชื้อชาติและสภาพแวดล้อมทางสังคม เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพบว่า เพศชายมีอาการทางระบบทางเดินหายใจจากการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง อัตราการตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบมากในคนผิวขาวมากกว่าผิวสองสี อัตราการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคนฐานะทางเศรษฐกิจต่ำพบมากกว่าในคนฐานะเศรษฐกิจดีและเด็กที่เกิดในครอบครัวที่มีประวัติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ามีโอกาสเกิดเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอนาคตมากขึ้น (American Thoracic Society. 1995) ลักษณะทางพันธุกรรมที่สำคัญ คือ ยีนที่ทำให้เกิดการขาดสาร Alpha-1 Antitrypsin Deficiency (AAT Deficiency) เป็น protein ที่สร้างจากตับ มีหน้าที่ในการยับยั้งการทำงานของ Neutrophil Elastase ปกติเมื่อมีการอักเสบ Neutrophil จะหลั่ง Neutrophil Elastase ย่อยสลาย Elastase ในถุงลมและจะทำให้เกิด Emphysema ตั้งแต่อายุน้อยๆ ได้ Airway Hyperresponsiveness (หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าปกติ) เชื่อว่าเมื่อมีหลอดลมไวกว่าปกติเมื่อเจอกับควันบุหรี่ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นจากภายนอกจะทำให้เกิดโรคนี้อาชีพการงาน อาชีพบางอย่าง เช่น การทำเหมืองถ่านหิน การเผาถ่านหิน การทำงานในโรงงานปูนซีเมนต์ โรงงานสีข้าว ทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับการอุดกั้นทางเดินหายใจ มีการลดหย่อนของสมรรถภาพการทำงานของปอด และก่อให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นการติด

เชื้อในระบบทางเดินหายใจ ก่อให้เกิด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น (Acute exacerbation) โดยเฉพาะเชื้อไวรัส มากกว่าเชื้อแบคทีเรีย

2.4 การวินิจฉัยโรค

2.4.1 อาการและอาการแสดง อาการที่สำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ หอบเหนื่อย ซึ่งจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ และหรือไอเรื้อรังมีเสมหะในช่วงเช้า ถ้าผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้ ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สำคัญคือการสูบบุหรี่มาก ควรทำการสืบค้นเพิ่มเติมต่อไปเพื่อวินิจฉัยโรค อาการที่พบได้คือแน่นหน้าอก หรือหายใจมีเสียงวี๊ด ในกรณีที่มีอาการอื่น เช่น ไอ ออกเป็นเลือด หรือเจ็บหน้าอก จะต้องหาโรคร่วมหรือการวินิจฉัยอื่นเสมอ ที่สำคัญ คือวัณโรค มะเร็งปอด และหลอดลมโป่งพอง (Bronchiectasis)

2.4.2 การตรวจทางรังสี ภาพรังสีทรวงอก มีประโยชน์น้อยสำหรับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่มีความสำคัญในการแยกโรคอื่นในผู้ป่วย Emphysema อาจพบ Hyperinflation คือ กระบังลมแบนราบและหัวใจมีขนาดเล็กในผู้ป่วย Cor pulmonale จะพบว่าหัวใจห้องขวาและ Pulmonary Trunk มีขนาดโตขึ้น และ Peripheral Vascular Marking ลดลง การตรวจ high Resolution (HRCT) ไม่มีความจำเป็นในการวินิจฉัย COPD แต่อาจช่วยแยกโรคอื่น

2.4.3 การตรวจสมรรถภาพปอด (Spirometry) เป็นการตรวจที่ทำไม่ยากและไม่เจ็บตัว มีความจำเป็นในการวินิจฉัยโรคและจัดลำดับความรุนแรง โดยพบลักษณะของ Airflow Limitation โดยค่า FEV_1/FVC หลังให้ยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 70 และแบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ร่วมกับอาการของโรค (สมาคม อุตเวชแห่งประเทศไทย. 2548) การตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง มีประโยชน์เพื่อช่วยประเมินความรุนแรงของโรคและวางแผนติดตามการรักษา ในระยะแรกค่า PaO_2 จะปกติ เมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้นจะพบว่าค่า PaO_2 ต่ำลง เมื่อมีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นอีก ค่า PaO_2 ค่าจะสูงขึ้น

2.5 การประเมินความรุนแรงของโรค

ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะใช้ค่า FEV_1 เมื่อเทียบกับค่ามาตรฐานเป็นตัวแบ่งความรุนแรงของโรค เพราะพบว่า การลดลงของ FEV_1 จะสัมพันธ์กับอัตราการตาย ดังนั้น แนวทางการรักษา (Guidelines) ต่างๆ จึงจำแนกความรุนแรงของโรคโดยใช้ค่า FEV_1 เป็นหลัก GOLD Guidelines ได้แบ่งความรุนแรงของโรคเป็น 4 ระดับ ตามค่า FEV_1 หลังให้ยาขยายหลอดลม จากเครื่อง Spirometry ดังนี้

ระดับที่ 1 รุนแรงน้อย (Stage I : Mild) ไม่มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเล็กน้อยหรือปานกลางเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแผนในการดำรงชีวิตเดินในที่ราบได้เหนื่อยเมื่อเดิน

ขั้นที่สูงหรือขั้นบันได FEV_1/FVC น้อยกว่า 0.70 FEV_1 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน

ระดับที่ 2 รุนแรงปานกลาง (Stage II : Moderate) มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมมากขึ้น แต่สามารถดูแลตนเองได้ เดินในที่ราบได้แต่ไม่กระฉับกระเฉงเท่าคนปกติเหนื่อยเมื่อเดินขึ้นที่สูงหรือขั้นบันได FEV_1/FVC น้อยกว่า 0.70 FEV_1 ระหว่าง ร้อยละ 50-79 ของค่ามาตรฐาน

ระดับที่ 3 รุนแรงมาก (Stage III : Severe) มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมมากขึ้น แต่สามารถดูแลตนเองได้เดินในที่ราบไม่ได้เท่ากับคนปกติ เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น และต้องหยุดพักเมื่อขึ้นตึก 2 ชั้น FEV_1/FVC น้อยกว่า 0.70 FEV_1 ระหว่าง ร้อยละ 30-49 ของค่ามาตรฐาน

ระดับที่ 4 รุนแรงมากที่สุด (Stage IV: Very Severe) มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเป็นอย่างรุนแรง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เดินเพียง 2-3 ก้าวหรือแค่นั่งก็เหนื่อย เดินอย่างช้ามาก FEV_1/FVC น้อยกว่า 0.70 FEV_1 น้อยกว่าร้อยละ 30 ของค่ามาตรฐานหรือ FEV_1 น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่ามาตรฐานร่วมกับมีภาวะ การหายใจล้มเหลวเรื้อรัง

สมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา แบ่งระดับการเสียหายที่ของร่างกายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ 5 ระดับดังนี้คือ

ระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดใดๆ สามารถทำงานได้ตามปกติ โดยไม่หอบเหนื่อย FEV_1 ประมาณ 3 ลิตร

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยถึงปานกลางในการทำกิจกรรม คือยังสามารถทำงานได้ แต่ไม่สามารถทำงานได้ แต่ไม่สามารถทำงานที่หนักหรือยุ่งยากบางอย่างได้ สามารถเดินทางราบได้แต่ไม่กระฉับกระเฉงเท่าคนปกติไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือบันไดได้เท่าคนวัยเดียวกันแต่สามารถขึ้นตึกสูง 1 ชั้นได้โดยไม่หอบเหนื่อยต้องเริ่มปรับแบบแผนชีวิต ค่า FEV_1 ประมาณ 2-3 ลิตร

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถเดินทางราบได้เท่าคนวัยเดียวกัน เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึก สูง 1 ชั้น ค่า FEV_1 ประมาณ 1.5- 2 ลิตร

ระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด เดินทางราบมากกว่า 100 หลาไม่ได้ ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่ยังสามารถดูแลตนเองได้ค่า FEV_1 ประมาณ 1.2 ลิตร

ระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างมาก การเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัด ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เดินเพียง 2-3 ก้าว หรือถูกนั่งก็เหนื่อยเดินอย่างช้าๆ มากๆ ได้ 50 หลา ก็มีอาการเหนื่อยหอบมาก เหนื่อยหอบเมื่อแต่งตัวหรือพูด ค่า FEV₁ ประมาณ 0.5 ลิตรหรือต่ำกว่า

จากระดับความรุนแรงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมจิต หนูเจริญ. 2552 : 248-249) ดังนี้ ด้านร่างกาย มีการรับอนไดออกไซด์คั่ง (Carbondioxide narcosis) การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน สภาพของร่างกายเป็นต่างจากเมตาบอลิซึม (Metabolism alkalosis) ไม่สามารถปรับชดเชยภาวะความเป็นกรด ของร่างกายที่เกิดจากการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ได้ มีการติดเชื้ทางเดินหายใจบ่อย มีภาวะหัวใจวายจากโรคปอดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ผู้ป่วยโรคนี้พบความผิดปกติด้านจิตใจหลายด้าน เช่น การเรียนรู้ ความมั่นคงของอารมณ์และการปฏิบัติงาน เป็นต้น คนเป็นโรคนี้อาจมีความรู้สึกที่ตัวเองป่วยอยู่ตลอดเวลาเพราะเหนื่อยง่าย ออกแรงเพียงเล็กน้อยก็เหนื่อย ออกกำลังกายอย่างปกติไม่ได้ กิจกรรมทางกายหลายอย่างถูกจำกัดมีผลต่อจิตใจตามมา และไม่ทราบเรื่องโรคของตน บางคนคิดไปต่างๆ นานา เพราะไม่มีใครอธิบายให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยส่วนมากไม่กล้าถามแพทย์ บางคนสงสัยว่าตนเองเป็นโรคติดต่อ จึงพยายามแยกตัวห่างจากผู้อื่นเกรงว่าจะถูกรังเกียจ นอกจากนั้นอาการส่วนมากที่พบในระยะหายใจไม่ปกติ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อ่อนแรง นอนไม่หลับ วิตกกังวล ไม่อยากมีส่วนร่วม เพื่อไม่สนใจชีวิต รู้สึกหมดหวัง หมดที่พึ่ง การเจ็บป่วยนานๆ ต้องพึ่งแพทย์ พยาบาล พึ่งญาติ ไม่เป็นตัวของตัวเอง ไม่กล้าแสดงความรู้สึก โกรธ เก็บซ่อนความรู้สึกไม่พอใจไว้ภายในเพราะกลัวถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นคนเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงความรู้สึกยินดีในร้ายเพราะการแสดงอารมณ์รุนแรง จะทำให้เหนื่อยมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงตกอยู่ในภาวะที่ต้องอดกลั้นระงับความรู้สึก ชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นชีวิตที่ลำบากมากเพราะขาดอิสระภาพที่จะแสดงความรู้สึก

2.6 การรักษา

2.6.1 เป้าหมายของการรักษาโรค

ป้องกันการดำเนินต่อไปของโรค บรรเทาอาการ เพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและรักษาการกำเริบของโรค ป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อนที่จะเกิด ลดอัตราการตายจากโรค

2.6.2 การรักษาในช่วงระยะสงบ (Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสงบ คือ การหยุดสูบบุหรี่และการรักษาด้วยยา รวมถึงมาตรการอื่นการดูแลรักษาผู้ป่วยอาศัยการประเมินความรุนแรงของโรคตามอาการและ

ความคิดปกติจากสไปโรมิเตอร์ประกอบการตอบสนองต่อการรักษาปัจจัยอื่นที่นำมาใช้ประกอบในการประเมินความรุนแรงคือภาวะแทรกซ้อน หายใจล้มเหลว โรคอื่นที่พบร่วมและสภาวะโดยรวมของผู้ป่วยในแต่ละราย การจัดแผนการรักษามีลักษณะเป็นไปตามระดับความรุนแรง ความเชื่อและความเข้าใจต่อโรคของผู้ป่วยมาประกอบเชิงบูรณาการ การให้ข้อมูล เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยและญาติที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเรียนรู้กับการใช้ชีวิตกับโรคนี้ดีขึ้น การเตรียมตัวเผชิญกับการกำเริบของโรค โดยมีแนวทางการรักษาดังนี้

1) การรักษาด้วยยา (Pharmacological Therapy) ยาที่ใช้มีหลายชนิด ได้แก่ ยาขยายหลอดลม ยากลุ่มนี้ทำให้อาการและสมรรถภาพการทำงานของผู้ป่วยดีขึ้น ลดความถี่และความรุนแรงของการกำเริบและเพิ่มคุณภาพชีวิต ยาขยายหลอดลมที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วย แบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ β_2 -agonist, Anticholinergic, และ Xanthine Derivative การเลือกใช้ยาชนิดหนึ่งหรือมากกว่า หนึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค และการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย การใช้ยาขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์ยาวมีประสิทธิภาพดีและสะดวกสำหรับผู้ป่วยมากกว่ายาออกฤทธิ์สั้น และทำให้สภาวะโรคโดยรวมดีขึ้น การบริหารยาขยายหลอดลมแนะนำให้ใช้วิธีสูดพ่น (Metered-dose หรือ Dry-powder Inhaler) เป็นอันดับแรก ยกเว้นในรายที่ไม่สามารถใช้ยาแบบสูดได้ถูกวิธี การอนุโลมให้ใช้ยาชนิดรับประทานทดแทนได้ การใช้ยาสูดโดยวิธี Nebulizer ขณะที่ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการกำเริบของโรค ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนว่ามีประโยชน์มากกว่าการใช้ยาโดยวิธีสูดดมคอร์ติโคสเตียรอยด์ ถึงแม้ว่าการให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ชนิดสูดอย่างต่อเนื่องจะไม่สามารถชะลอการลดลงของค่า FEV₁ แต่สามารถลดการกำเริบของโรคในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไปที่มีอาการกำเริบบ่อยหรือรุนแรงและช่วยให้สภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น โดยที่ยังมีข้อมูลขนาดยาที่เหมาะสมและความปลอดภัยระยะยาวยาอื่น ๆ วัคซีน แนะนำให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง ระยะเวลาที่เหมาะสมคือ เดือน มีนาคม-เมษายน แต่อาจให้ได้ตลอดทั้งปี ยาละลายเสมหะ อาจพิจารณาให้ในรายที่มีเสมหะเหนียวข้นมาก ยา Antioxidant เช่น N-acetylcysteine

2). การรักษาอื่นๆที่ไม่ใช่ยา

2.1) การเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมีอาการเหนื่อยง่าย ผู้ป่วยมักลดกิจกรรมที่ต้องออกแรงต่างๆลงเพื่อลดอาการเหนื่อยหอบ ทำให้กล้ามเนื้อต่างๆของร่างกายอ่อนลงเป็นผลให้สมรรถภาพของร่างกายลดลงไปอีก เนื่องจากว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด การใช้ยาทั้งหลายไม่สามารถแก้ไขการอุดกั้นทางเดินหายใจให้เป็นปกติได้ ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายก็จะมิมีบทบาทมาก การฟื้นฟูสมรรถภาพประกอบด้วย

2.1.1) การให้ความรู้กับผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรค และการใช้ยาต่างๆ อาการข้างเคียงจากการใช้ยา เทคนิคการใช้ยาพ่น การที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคอย่างละเอียดจะทำให้ผู้ป่วยลดความกังวลใจและความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น

2.1.2) กายภาพบำบัด (Physiotherapy) การสอนการไอเพื่อกำจัดเสมหะ การหายใจโดยห่อปาก Pursed-lip Breathing นานประมาณ 5 นาที ทั้งนี้อาจทำพร้อมกันไปกับ การบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกไปกับการฝึกหายใจเข้าออกช้าๆและการผ่อนคลายก็จะช่วยลดอาการเหนื่อย หอบได้

2.1.3) การออกกำลังกาย จะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น การออกกำลังกายที่เหมาะสมที่สุดคือ การเดิน โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3 วัน

2.1.4) การสนับสนุนทางด้านจิตสังคมและจิตใจแก่ผู้ป่วยด้วย ระยะเวลาสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ทำให้เกิดผลคือ 8 สัปดาห์ และถ้าสามารถทำให้ ต่อเนื่องนานกว่านั้นก็จะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้มากขึ้น แต่ควรระวังในการฟื้นฟู สมรรถภาพปอดในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจรุนแรง โรคหลอดเลือดสมอง หรือข้อเท้าเสื่อม

2.1.5) การให้การรักษาด้วยออกซิเจนระยะยาว การรักษาด้วยออกซิเจน เป็นระยะเวลา มากกว่า 15 ชั่วโมงต่อวัน สามารถทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น โดยทำให้เกิด ประโยชน์ต่อระบบโลหิตวิทยา ระบบการไหลเวียนโลหิต สมรรถภาพการออกกำลังกาย สภาวะจิตใจ และ Lung Mechanics

3) การผ่าตัดรักษา

3.1) การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดจะได้ผลดีขึ้นกับการคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม การผ่าตัดจะช่วยให้มีสมรรถภาพปอดดีขึ้นและลดอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วย

3.2) การผ่าตัดลดปริมาตรส่วนเกินของเนื้อปอด(Lung Volume Reduction Surgery LVRS) เป็นการตัดเนื้อปอดส่วนที่โป่งพองออก พบว่า ทำให้แรงหยุ่นตัวกลับของเนื้อ ปอดดีขึ้นลมไหลออกได้ดีขึ้นทำให้ลมค้างในปอดลดลง กล้ามเนื้อหายใจทำงานลดลง ความรู้สึก หอบเหนื่อยของผู้ป่วยจึงดีขึ้น ยังไม่มีข้อมูลจากการศึกษาที่สมบูรณ์เพียงพอถึงความคุ้มค่าการ ผ่าตัดเปลี่ยนปอด เกณฑ์ทั่วไปที่ยอมรับกันคือ FEV₁ น้อยกว่าร้อยละ 35 ของค่ามาตรฐาน PaO₂ น้อยกว่า 55-60 มม.ปรอท PaCO₂ น้อยกว่า 50 มม.ปรอท

3. การดูแลตนเอง

3.1 ความหมายการดูแลตนเอง

Livin. (1979 : 11) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นเสมือนกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่างๆอันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Health Prevention) การวิเคราะห์โรค(Disease Detection)รวมทั้งการรักษา(Treatment)ในขั้นปฐมภูมิด้วยตนเอง

Norris. (1979 : 486) กล่าวว่า เป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนและครอบครัวได้มีโอกาสริเริ่มรับผิดชอบ พร้อมทั้งทำหน้าที่ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพด้วยการพัฒนาศักยภาพของตนเองเพื่อสุขภาพ

Orem. (1985: 96) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิการของตนเอง การดูแลเป็นเรื่องของธรรมชาติและพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มคน

Vickery. (1986 :23) ให้ความหมายการดูแลตนเองว่าเป็นการกระทำของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ความเจ็บป่วยเรื้อรังและอาจหมายถึงกิจกรรมที่ไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพเท่านั้น

Dean. (1986 : 58) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการรักษาสุขภาพ ระดับปฐมฐานของทุกสังคมที่เกี่ยวข้องกับการ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสุขภาพและวิถีชีวิตการใช้แหล่งบริการเพื่อป้องกัน การประเมินอาการแสดง การรักษาดตนเอง และการปฏิสัมพันธ์กับระบบวิชาชีพ การดูแลตนเองจึงอาจกระทำโดยอิสระหรือเชื่อมกับส่วนของวิชาชีพ และรวมการตัดสินใจปฏิเสธการดูแลด้วย

Orem. (1991 : 117) ได้ให้คำจำกัดความของความสามารถในการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายและตั้งใจเพื่อดำรงรักษาสุขภาพอนามัยความเป็นอยู่ที่ดีตลอดจนการหลีกเลี่ยงจาก โรคภัย ภัยอันตรายที่คุกคามต่อชีวิตและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล ความสามารถที่จะทำให้บุคคลจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะคงไว้ และส่งเสริมความแข็งแรงของโครงสร้าง (Structure)และการทำงาน (Function)ของบุคคล เพื่อพัฒนาบุคคลและส่งเสริมความผาสุกของบุคคล

ผู้วิจัยได้สรุปความหมายของการดูแลตนเองจากการทบทวนวรรณกรรมดังนี้ การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยปกอดคุกกันเรื้อรังสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองหรือผู้อื่น

ให้การช่วยเหลือ รวมถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับการป้องกัน การรักษา ฟันฟู และการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยการบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย การบริหารยา การพักผ่อน การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การสงวนพลังงาน การคงสถานะทางโภชนาการ การป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

3.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

เป็นกิจกรรมที่บุคคลดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคคลดูแลตนเองทั้งยามปกติและเจ็บป่วย (กรกมล เรืองวุฒิ. 2554 : 27) การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชนเพื่อผสมผสานกับการอบรมขัดเกลาและถ่ายทอดความรู้ทางสังคม ตั้งแต่ การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายการตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเองรูปแบบของการดูแลตนเองจะแตกต่างกันตามวัฒนธรรม ความเชื่อและทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละสังคม แบ่งเป็น 2 ลักษณะดังนี้

1. การดูแลตนเองในสภาวะปกติ (Self Care in Health) เป็นพฤติกรรมในด้านการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวเพื่อสนับสนุนการดำเนินชีวิตในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงมี 2 ลักษณะคือ

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ปกติโดยหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่

1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆเช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับการป้องกันโรคเป็น 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันเบื้องต้น 2) การป้องกันความรุนแรงของโรค และ 3) การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตอบสนองความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น การงดของแสลง การใช้สมุนไพร การซื้อยามารับประทานเอง การตัดสินใจไปพบแพทย์ โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยนั้นจากพฤติกรรมความเจ็บป่วย 4 แบบ คือ 1) การตัดสินใจไม่ทำอะไรเกี่ยวกับความผิดปกติ 2) การใช้ยารักษาตนเอง เช่น ซื้อยามาทานเอง 3) การรักษาตนเองด้วยวิธีการต่างๆที่ไม่ใช่ยา เช่น นอนพัก งดสูบบุหรี่ 4) ตัดสินใจไปขอความช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข

3.3 ประเภทของการดูแลตนเอง

ความต้องการการดูแลทั้งหมด (Therapeutic Self Care Demand) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรกระทำในระยะเวลาหนึ่ง (สมจิต หนูเจริญ, 2536 : 45) ซึ่งประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self Care Requisites) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการดำรงชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ อายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำรงรักษาความมั่นคงสมบูรณ์ ทาง โครงสร้างของมนุษย์และการทำหน้าที่ตามปกติ การดูแลตนเองโดยทั่วไปถือว่าเป็นสิ่งที่ปฏิบัติเป็นปกติของมนุษย์เพื่อให้บรรลุความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตแต่ละวัน ได้แก่

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้เพื่อการจับถ้าย และการระบายที่เป็นปกติ
- 1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Development Self Care Requisites) การดูแลตนเองด้านนี้เป็นการดูแลตนเองขณะเผชิญกับขั้นตอนที่พัฒนาการต่างๆ ในวงจรชีวิต ให้ดำเนินไปอย่างเหมาะสม แบ่งเป็น 2 ลักษณะดังนี้

2.1 การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่คอยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต พัฒนาการตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนกระทั่งเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่

2.2 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ และบรรเทาหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วยและความพิการ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เนื่องจากเหตุการณ์ในชีวิต การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและภาวะใกล้ตาย

3. ความต้องการการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self Care Requisites) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองในขณะที่เกิดความเจ็บป่วย ได้รับอันตราย หรือ ทูพพลภาพ อันเป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือไม่สามารถกระทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การรักษาพยาบาลได้ กิจกรรมทางด้านนี้แบ่งเป็น 6 ประเภท ได้แก่

- 3.1 แสวงหาและดำรงไว้ซึ่งความช่วยเหลือทางด้านการแพทย์
- 3.2 รับรู้ สนใจต่อผลกระทบจากพยาธิสภาพ รวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการ
- 3.3 การปฏิบัติตนตามแนวทางการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อผลในการป้องกันและการรักษา คงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และการแก้ไขปรับปรุง ความพิการ อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค
- 3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค
- 3.5 ปรับเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง ยอมรับภาวะเจ็บป่วย และยอมรับว่าตนอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านการรักษาพยาบาล
- 3.6 เรียนรู้ในการดำรงชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ ข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง รวมถึงการดำรงและส่งเสริมสุขภาพกายและจิต

3.4 ขั้นตอนการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 2 ปัจจัยคือ

3.4.1 การรู้จักตัดสินใจในการดูแลตนเอง (Decision About Self Care) ต้องการตัดสินใจที่เหมาะสมในการปฏิบัติ ภายในขอบเขตของความเป็นจริง ในเรื่องที่ต้องปฏิบัติและควรหลีกเลี่ยง ในการปรับการดูแลตนเอง ซึ่งได้แก่ ความสามารถดังนี้ 1) ความรู้ตัวต่อสภาพภายในและภายนอกร่างกายที่มีผลต่อสุขภาพ และความอยู่ดีกินดี เช่น รู้สภาพความเจ็บปวด 2) รู้ถึงลักษณะเฉพาะของสภาวะต่างๆ เช่น การรับรู้ความรุนแรง 3) รู้สภาพร่างกายที่ปกติได้ เช่น การสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ปกติ และ 4) รู้ถึงประโยชน์และโทษที่เกิดจากการปฏิบัติตน จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข

3.4.2 การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุในการดูแลตนเอง (Action to Accomplish Self Care) การตัดสินใจแล้วว่าควรปฏิบัติหรือไม่ หากปฏิบัติแล้ว กำหนดวัตถุประสงค์ ว่าทำเพื่ออะไร ทำอย่างไร ต้องการทรัพยากรใดบ้าง ผลเป็นอย่างไร ซึ่งอาศัยองค์ประกอบเพื่อความสำเร็จ โดยมีความรู้และความชำนาญในกิจกรรมที่ปฏิบัติ มีแรงจูงที่จะกระทำ ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ให้บกพร่องน้อยที่สุด มีกำลังและความตั้งใจสูงพอที่จะดูแลตนเอง ได้ และรู้ถึงสภาพความอยู่ดีกินดีตามสภาพของตน

3.5 ความสามารถในการดูแลตนเอง

เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิต เริ่มจากเขาวนปัญญา ประสบการณ์ชีวิต สังคม และวัฒนธรรมของบุคคล เป็นการกระทำอย่างจงใจ ผ่านกระบวนการคิด

และไต่ตรอง เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่ง ประกอบด้วย โครงสร้าง 3 ระดับ ได้แก่

3.5.1 ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundation Capabilities and Dispositions) เป็นความสามารถพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ ประกอบด้วย 1) ความสามารถ และทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ 2) หน้าที่ของประสาทรับรู้สัมผัส ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่นและรับรส 3) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง 4) การเห็นคุณค่าในตนเอง 5) นิสัยประจำตัว 6) ความตั้งใจ 7) ความเข้าใจในตนเอง 8) ความห่วงใยในตนเอง 9) การยอมรับตนเอง 10) ระบบการจัดลำดับความสำคัญ และแบ่งการทำกิจกรรม และ 11) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

3.5.2 ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) เป็นความสามารถที่เป็นตัวกลางในการเชื่อมการรับรู้ และการกระทำที่จงใจ ประกอบด้วย 1) ความสนใจเอาใจใส่ในตนเอง ในภาวะแวดล้อมภายในภายนอกตนเอง 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังของร่างกายให้เพียงพอและต่อเนื่องในการดูแลตนเอง 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหว 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง 5) แรงจูงใจที่จะกระทำ 6) ทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามได้ 7) ความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับตนเอง และจดจำนำไปใช้ได้ 8) ทักษะในการใช้กระบวนการความคิดและสติปัญญา และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 9) ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และ 10) ความสามารถที่จะดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลตนเอง เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต ในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของสถาบันครอบครัว และชุมชน

3.5.3 ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for Self Care Operation) เป็นความสามารถที่จำเป็น และใกล้ชิดแสดงให้ทราบถึงความสามารถในการดูแลตนเองอย่างแท้จริง ประกอบด้วย 1) การคาดการณ์ (Estimative Operations) เป็นความสามารถในการตรวจสอบเหตุการณ์ และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมสำหรับการดูแลตนเอง 2) การปรับเปลี่ยน (Transitional Operations) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งควรกระทำ และกระทำกิจกรรม และ 3) การลงมือปฏิบัติ (Productive Operations) เป็นความสามารถเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง

3.6 บทบาทการดูแลตนเอง (Role of Self Care)

เป้าหมายของการดูแลตนเอง(Hill and Smith, 1985 : 15-17) แบ่งได้ 4 ส่วนดังนี้

3.6.1 การดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Health maintenance)เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเพื่อช่วยให้ชีวิตยืนยาว หรือเสริมสร้างคุณภาพชีวิต รวมถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพทั่วไป เช่นการละเว้นการดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่ การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น

3.6.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) ประกอบด้วยกิจกรรมเฉพาะอย่างทีบุคคลปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหรือการลุกลามของโรค แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ การป้องกันโรคระยะแรก เป้าหมายเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคบางอย่าง เช่น การเรียนรู้วิธีผ่อนคลาย การออกกำลังกาย เป็นต้น การป้องกันระยะที่ 2 เป็นพฤติกรรมดูแลที่มุ่งการวินิจฉัยโรค และทำการรักษาแต่แรกเริ่ม เพื่อป้องกันการลุกลามของโรค เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ ควรรับประทานยาที่ไขมันต่ำ เป็นต้น การป้องกันระยะที่ 3 เป็นพฤติกรรมที่มุ่งป้องกันการลุกลามหรือความพิการตามมาเนื่องจากโรคที่เป็น เช่นผู้ป่วยโรคมะเร็งควรมาตรวจสม่ำเสมอ ว่ามีการลุกลามหรือไม่

3.6.3 ทำการวินิจฉัยให้ยา และรักษาตนเองได้ (Self Diagnosis Self Medication and Self Treatment) เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย ควรได้รับการวินิจฉัยโรคและรักษาตนเองได้ เช่น อาการไอ เป็นหวัดเจ็บคอ เป็นต้น

3.6.4 ขอรับบริการด้านสุขภาพ (Participation in Professional Services) เป็นพฤติกรรมแสวงหา และขอรับบริการ ได้เหมาะสมกับเวลาและสถานการณ์ในสถานพยาบาลด้านสุขภาพได้

3.7 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง

3.7.1 บุคคลที่จะประสบผลสำเร็จในการดูแลตนเอง จะต้องปฏิบัติ (Hill and Smith, 1985 : 10) และมีองค์ประกอบดังนี้

- 1) มีความรู้ ทักษะ และความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง
- 2) มีแรงจูงใจเพียงพอ มีพลังที่จะเริ่มต้นและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งประสบผลสำเร็จ
- 3) ให้ค่านิยมต่อการมีสุขภาพดีในระดับสูง
- 4) มองเห็นว่าพฤติกรรมดูแลตนเองสามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

3.7.2 การประเมินปัญหาหรือการประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(อัมพรพรรณ ชีรานูตร, 2542 : 118-147)

1) ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors)

1.1) อายุ เพศ และระยะพัฒนาการ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และเริ่มมีอาการของโรคเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอันเนื่องมาจากผลการสูบบุหรี่ติดต่อกันมานาน เริ่มมีอาการเหนื่อยหอบเมื่อมีอายุมากขึ้น

1.2) สภาพที่อยู่อาศัย สภาพที่มีอากาศถ่ายเทไม่ค่อยสะดวก มีพิษทางอากาศ เช่น ฝุ่นละออง เขม่าไฟเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคได้

1.3) ระบบครอบครัว สังคม ประเพณีและแบบแผนการดำเนินชีวิตโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้เกิดความยากลำบากกับบุคคล ครอบครัว และสังคม ความต้องการการดูแลตนเองจะเพิ่มขึ้น

1.4) ระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่จะอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ บุคลากรทางสุขภาพมีหน้าที่ให้ความรู้ มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.5) แหล่งประโยชน์ ครอบครัวมีความจำเป็นต้องรับรู้ความเจ็บป่วย คือต้องรับรู้ข้อมูลให้กับผู้ป่วย ให้กำลังใจ เป็นแหล่งให้ความหวังกำลังใจเพื่อมีชีวิตและดูแลตนเองต่อไปได้

1.6) ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ได้แก่ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้ประสบมาในอดีตซึ่งอาจจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว และปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด

1.7) ภาวะสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อการประเมินอย่างต่อเนื่องเนื่องเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

3.8 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self Care)

มีแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคลและการดูแลบุคคลที่พึ่งพา กล่าวคือ บุคคลที่มีภาวะเป็นผู้ใหญ่มีการเรียนรู้มีการกระทำและผลของการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองที่จำเป็น โดยควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่หรือการพัฒนาการของบุคคลซึ่งดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก ซึ่งการกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกครอบครัวหรือบุคคลอื่น

3.8.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง โอเร็ม

Orem. (1985 : 114) มีความเชื่อว่า บุคคลเป็นผู้มีเหตุผลมีความสามารถที่จะเรียนรู้ วางแผนการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการมีความต้องการขั้นพื้นฐานมีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลาและมีความต้องการดูแลเพื่อปรับหน้าที่ และป้องกันความผิดปกติที่จะมีผลต่อหน้าที่

และพัฒนาการของตนและในบทบาทส่วนบุคคลมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่อยู่ ภายใต้ความรับผิดชอบ และพฤติกรรมการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับพัฒนาการของบุคคลภายใต้สิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของคนแต่ละกลุ่มเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อความผาสุกและเพื่อเป้าหมายสูงสุดในชีวิตดั่งนั้น เมื่อนำแนวคิดการดูแลตนเองตาม ทฤษฎีของ โอเร็ม มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ทราบถึงความต้องการในการ ดูแลตนเองดังนี้

ความต้องการการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วยด้วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Therapeutic Self Care Demand) เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดของ โอเร็ม ได้ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self Care Requisites)

1.1 การคงไว้ซึ่งการ ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจ ลำบาก (Dyspnea) หรือหายใจไม่อิ่ม (Breathlessness) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่รับรู้เกี่ยวกับความ ยากลำบากในการหายใจดั่งนั้น กิจกรรมที่ต้องกระทำ (Action Demands)

1.1.1 ประเมินการขาดออกซิเจนจากสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลง ค่าของ ออกซิเจนในเลือดลดลงคิดตามค่า Blood Gas หรือ ค่าของ O₂ Saturation เป็นระยะๆ

1.1.2 จัดทำให้หายใจได้สะดวก ควรจัดท่า High Fowler s Position หรือท่า นั่งพับโต๊ะคร่อมเตียง หรือท่าหัวสูงที่ผู้ป่วยสบายที่สุด

1.1.3 ให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อลด การใช้ออกซิเจนหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและต้องใช้แรงมาก

1.1.4 ลดหรือขจัดสาเหตุที่จะส่งเสริมอัตราการเผาผลาญในร่างกายที่ใช้ ออกซิเจนเพิ่มขึ้น เช่น ไข้ ภาวะติดเชื้อ โดยให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

1.1.5 ทำให้ทางเดินหายใจของผู้ป่วยให้โล่งอยู่เสมอ พยายามกำจัดเสมหะ ที่คั่งค้างจากทางเดินหายใจ ทำได้โดย เปลี่ยนท่าบ่อยๆอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ดื่มน้ำอุ่นๆวันละ มากกว่า 2,500 มิลลิลิตร หรือ 8-10 แก้ว เพื่อช่วยในการละลายเสมหะ และขับออกได้ง่าย หลีกเลี่ยงอากาศแห้ง ฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ รับการทำกายภาพบำบัดทรวงอก เช่น การเคาะ ปอด (Percussion) การสั่นสะเทือน (Vibration) และการจัดทำเพื่อระบายเสมหะ(Postural Drainage) ได้รับยา เช่น ยาขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะ ตามแผนการรักษา

1.1.6 ส่งเสริมให้มีการระบายของอากาศของปอดที่ดีโดยฝึกหายใจอย่าง ถูกวิธี ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลมช่วยในการหายใจ (Diaphragmatic Breathing or Abdominal Breathing) ร่วมกับการห่อปาก (Purse Lip) ในช่วงหายใจออก ปฏิบัติดั่งนี้ นิ่งอยู่ในท่า ที่ผ่อนคลาย วางมือบริเวณหน้าท้อง สูดหายใจเข้าช้าๆ ทางจมูก นับในใจช้าๆหนึ่งและสอง ให้นำน้ำ

ท้องโป่งออกขณะหายใจเข้า สังเกตจากมือที่ถูกยกขึ้น จากนั้นผ่อนลมหายใจออกช้าๆทางปาก โดยการห่อปากนิ้วในใจช้าๆหนึ่ง สอง สาม และสี่ ให้นำน้ำห้องแปบลงให้มากที่สุด ควรฝึกหายใจลักษณะนี้ทุกวัน วันละ 2 ครั้งๆละ 10 ถึง 15 นาที จะช่วยทำให้การระบายอากาศภายในปอดดีขึ้น

1.2 คงไว้ซึ่งการได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอ

ปัญหาน้ำหนักลดและเกิดภาวะทุพโภชนาการพบได้บ่อย เนื่องจากมีความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นในการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเหนื่อยล้า หายใจลำบาก ไอมีเสมหะ ปากแห้ง ทำให้ความรู้สึกรับประทานอาหารลดลง นอกจากนี้ความรู้สึกของการรับรสและรับกลิ่นอาจเปลี่ยนไป มีการรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหาร จากอาการข้างเคียงของยาขยายหลอดลม และสเตียรอยด์ที่ได้รับ แบบแผนการหายใจเปลี่ยนไปทำให้มีอุปสรรคในการรับประทานอาหาร ทำให้มีความต้องการด้านอาหารและน้ำเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรมีกิจกรรมดังนี้

1.2.1 มีการประเมินภาวะโภชนาการอย่างสม่ำเสมอ ปริมาณและคุณภาพในการรับประทานอาหาร น้ำหนักตัว ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Albumin, Glubulin, CBC

1.2.2 ได้รับอาหารที่เหมาะสม อาหารที่ได้รับควรครบทุกหมู่ในสัดส่วนที่เหมาะสม คือ คาร์โบไฮเดรตน้อยกว่าโปรตีนและไขมัน และจำนวนแคลอรีได้รับอย่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงอาหารที่เพิ่มก๊าซ เช่น ถั่ว กะหล่ำปลี เพราะจะทำให้ท้องอืดหายใจลำบากได้

1.2.3 ทำความสะอาดปากฟัน ให้สะอาด ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้มีความอยากอาหารและสามารถรับรสชาติได้ดีขึ้น

1.2.4 จัดสิ่งแวดล้อมและอาหารให้น่ารับประทาน

1.2.5 ตั้งใจรับประทานอาหารให้ได้ปริมาณที่เพียงพอ อาจแบ่งรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งๆเช่น เพิ่มมื้ออาหารเป็น 6 มื้อในแต่ละวันเพื่อได้รับอาหารมากขึ้น

1.2.6 แนะนำญาติจัดเตรียมอาหารที่ผู้ป่วยชอบ กรณีที่หอบมาก ให้เตรียมอาหารเหลวที่มีแคลอรีสูง

1.2.7 กระตุ้นให้มีกิจกรรมและออกกำลังกายตามสภาวะ เพื่อเพิ่มความอยากอาหาร และช่วยให้มีการทำงานของระบบทางเดินอาหารที่ดี

1.2.8 ได้รับวิตามินและเกลือแร่เพิ่มเติมตามแผนการรักษา

1.2.9 ได้รับน้ำมากกว่า 2,500 มิลลิลิตรต่อวัน หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ และแอลกอฮอล์

1.3 คงไว้ซึ่งการจับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ไม่สามารถออกกำลังกายได้ มีผลต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง และเกิดท้องผูกตามมา ดังนั้นกิจกรรมต้องกระทำ ได้แก่

1.3.1 รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ เป็นประจำทุกมื้อและมี ปริมาณมากพอ ควรได้รับ 40 ถึง 60 กรัมต่อวัน

1.3.2 ดื่มน้ำวันละ มากกว่า 2,500 มิลลิลิตร

1.3.3 มีการเคลื่อนไหว แขนขา ลูกนั่ง ออกกำลังกล้ามเนื้อหน้าท้องเพื่อการ เคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้น

1.3.4 ลดความเครียดทางอารมณ์

1.3.5 กำหนดเวลาในการจับถ่ายเพื่อฝึกให้เป็นนิสัย ควรเลือกเวลาที่ไม่รีบเร่ง

1.3.6 ได้รับความช่วยเหลือหรือสารเพิ่มกากใย เพื่อช่วยในการจับถ่าย

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างมีกิจกรรมและการพักผ่อน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง มีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ ตื่นบ่อย การนอนหลับจะถูกรบกวนด้วยอาการหายใจลำบาก ในท่านอนราบ ไอมีเสมหะ และหายใจติดขัด กิจกรรมที่ต้องกระทำ ได้แก่

1.4.1 ประเมินสภาพและข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันตลอดจนดูว่ามี สาเหตุอะไรที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ตามสภาพของเขา

1.4.2 สอนให้มีกิจกรรมการสวมนพลังงานให้กับร่างกายเช่น สอนให้นั่ง อาบน้ำแทนการยืน โดยอาศัยหลักการดังนี้ มีการวางแผนล่วงหน้าก่อนทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ได้รับความพร้อมก่อนมีกิจกรรม พักผ่อนให้เพียงพอก่อนความรู้สึเหนื่อยล้าจะเกิดขึ้น หลีกเลี่ยงการ กระทำที่รวดเร็ว รุนแรง และกิจกรรมที่ทำให้ความต้องการออกซิเจนของร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น การ สูบบุหรี่ ความเครียด สอนและกระตุ้นให้ผู้มีกิจกรรมหรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี ดังนี้ แนะนำให้ทำกิจกรรมตามเหมาะสมกับสภาพร่างกาย โดยเริ่มออกกำลังกายที่ละน้อย ไม่หัก โหม ไม่ถี่มากเกินไป และ มีเวลาพักอย่างเพียงพอก่อนและหลังทำกิจกรรม แนะนำให้ออกกำลัง ภายโดยวิธีการบริหารการหายใจ บริหารกล้ามเนื้อ ทรวงอก ไหล่ มีการสอนให้เรียนรู้เกี่ยวกับ อาการที่แสดงถึงการมีกิจกรรมที่หนักเกินไปสำหรับร่างกาย จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วย ได้พักผ่อนเต็มที่ เช่น อยู่ในที่เงียบสงบ ลดแสงสว่าง ส่งเสริมให้มีการพักผ่อนที่ดีได้แก่ ออกกำลัง ภายในช่วงเวลากลางวัน หลีกเลี่ยงเครื่องเคื่องคัมการดำเนินงานของร่างกาย เช่น ชา กาแฟ อาบ น้ำอุ่นหรือคัมเครื่องคัมอุ่นก่อนเข้านอน ฝึกวิธีผ่อนคลาย เช่น ทำสมาธิ

1.5 รักษาความสมดุลระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและความเป็นส่วนตัว เกิดผลกระทบ เนื่องจากเพื่อนพาดูออกห่างเนื่องจาก รังเกียจอาการ ไอ มีเสมหะหายใจลำบาก

และผู้ป่วยแยกตัวจากผู้อื่น เนื่องจากเก็บอารมณ์ความรู้สึก และข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย ควรมีกิจกรรมดังนี้

1.5.1 ปฏิบัติกิจกรรมขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติ

1.5.2 จัดช่วงเวลาในแต่ละวันตามความต้องการของตนเอง ให้มีความเป็น

ส่วนตัว

1.5.3 เข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในกลุ่ม และกิจกรรมที่ตั้งไว้

1.6 การป้องกันอันตรายต่างๆที่จะเกิดขึ้นต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพได้ทั้ง จากโรคและการรักษา ดังนั้นความต้องการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอันตรายต่างๆควรมีกิจกรรม ดังนี้

1.6.1 ทำความสะอาดผิวหนัง ปาก ฟันอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งสิ่งแวดล้อม

รอบตัว

1.6.2 พบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เสมหะเปลี่ยนสี เหนื่อยหอบ

ผิดปกติโดยไม่ต้องรอให้ถึงวันแพทย์นัดหมาย

1.6.3 ให้ความรู้กับผู้ป่วย เพื่อการดูแลตนเองที่ดีของผู้ป่วย ดังนี้ หลีกเลี่ยง

การเข้าไปอยู่ในที่ชุมชนแออัด เลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด หลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับบุคคลที่มี ปัญหาการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด งดการใช้แปรง หรือโลชั่นหลังอาบน้ำ อุปกรณ์การใช้ พยายามทำความสะอาดทุกวัน สังเกตความผิดปกติของอาการด้วยตนเอง

2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีด สุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Developmental Self-care Requisites)

การดำเนินของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังค่อยๆเลวลง โดยไม่อาจกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม เช่น ไม่สามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เนื่องจากมีอาการเหนื่อยหอบ ไม่สามารถเผชิญปัญหา เกิดความท้อแท้ หหมดกำลังใจที่จัดการกับปัญหา ดังนั้นจึงควรมีกิจกรรมส่งเสริมให้ร่างกายมีการทำ หน้าที่ และโครงสร้างที่เป็นปกติ พัฒนาศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น จัดการกับ ความเครียดอย่างเหมาะสม คงไว้การที่เพศสัมพันธ์อย่างเหมาะสม ซึ่งกิจกรรมต่างๆมีดังนี้

2.1 ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถใน การดูแลตนเอง

2.2 ยอมรับการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะของโรค และการรักษาโดยปรับ กิจกรรมประจำวันให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย โดยวิธีการปฏิบัติกิจกรรมที่สงวนพลังงาน และ เพื่อลดอาการเหนื่อยหอบ

2.3 ลดกิจกรรมประจำวันให้น้อยลง และขอร้องให้บุคคลใกล้ชิดช่วยทำงานเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย

2.4 วางแผนในการทำกิจกรรมโดยทำตารางการปฏิบัติกิจกรรมไว้ล่วงหน้า

2.5 สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดตามโปรแกรมที่กำหนด

2.6 ช่วยชี้แนะให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพยอมรับความเป็นจริงและมีความรู้สึที่ดีต่อสภาพที่เป็นอยู่

2.7 เข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว และสังคมตามความสามารถของตนเองและพลังงานที่เหลืออยู่

2.8 หาวิธีการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

2.9 มีกำลังใจ และประคับประคองด้านจิตใจ อารมณ์

3. การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะสุขภาพเปี่ยงเบน(Health Deviation Self-care Requisites)

มีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม รับรู้สนใจ และจัดการตนเองขั้นต้นเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เรียนรู้ที่จะอยู่กับโรค และปรับการดูแลตนเอง และส่งเสริมพัฒนาการ ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วย และรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเอง โดยมีกิจกรรมดังนี้

3.1 แสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆและการดูแลตนเองจากบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคูดูแลตนเอง

3.2 สังเกตและประเมินอาการของตนเองอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ปรึกษาแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่นเสมหะเปลี่ยนสี หอบมากกว่าปกติ

3.3 มารับการตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง

3.4 ฝึกออกกำลังกายและบริหารการหายใจตามแบบแผนที่กำหนด

3.5 ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะของโรคและการรักษาโดยปรับกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย โดยวิธีการสงวนพลังงาน

3.6 ทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง เมื่อไม่มีอาการหอบเหนื่อย และเมื่อมีอาการให้ผู้อื่นช่วย

3.7 จัดเวลาว่างเป็นส่วนตัวสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ และวางแผน โดยการปฏิบัติไว้ล่วงหน้า

3.8 พุคคุยปรึกษาปัญหาความไม่สบายใจกับบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลใน

ครอบครัว

3.9 ฝึกการผ่อนคลาย โดยการทำสมาธิ ฝึกหายใจแบบลึก อ่านหนังสือธรรมะ แนวความคิดดูแลตนเองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรัง

จากแนวความคิดการดูแลตนเอง มุ่งเน้นให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ โดยเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่ริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจ ซึ่งการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งผู้ป่วยต้องมีการดูแลตนเองหลายด้านและต้องรู้ความต้องการในการดูแลตนเองและพัฒนาความสามารถ เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงและความรุนแรงของโรค ซึ่งความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีดังนี้

1. การดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอดการออกกำลังกายเป็นหัวใจสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสิ่งที่มีประโยชน์การบริหารการหายใจ การสอนให้ผู้ป่วยรู้จักเทคนิคการหายใจและการฝึกบริหารการหายใจนอกจากจะช่วยแก้ไขและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้กล้ามเนื้อกระบังลมในการหายใจแล้วการบริหารการหายใจอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอยังช่วยให้ปอดแข็งแรงมีการระบายอากาศของปอดและการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดได้ดียิ่งขึ้นหลักสำคัญสำหรับการฝึกบริหารการหายใจ (อัมพร พรรณ, 2542) การหายใจควรหายใจออกช้าๆและลึกๆ ใช้กล้ามเนื้อกระบังลมแทนการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจอื่นๆหายใจออกโดยวิธีการห่อปาก (Pursed Lip) ระยะเวลาของการหายใจออกนานกว่าระยะเวลาของการหายใจเข้าซึ่งการปรับรูปแบบการหายใจทำโดยวิธีการหายใจโดยวิธีเป่าปาก และวิธีการหายใจโดยใช้กระบังลมมีดังนี้ 1) การหายใจโดยวิธีการห่อปาก (Pursed Lip Breathing) เป็นการฝึกหายใจโดยผู้ป่วยหายใจเข้าจนกว่าจะรู้สึกอิ่ม จากนั้นหายใจออกทางปากช้าๆโดยห่อปากขณะหายใจออกคล้ายผิวกาง พบว่า การหายใจโดยวิธีนี้ลดอัตราการหายใจเพราะผู้ป่วยจะปรับการหายใจให้ช้าลง และหายใจลึกขึ้น จากการที่หายใจเข้าลึกมากกว่าปกติ เพื่อรักษาไว้ซึ่งปริมาตรของลมหายใจออกใน 1 นาที (Minute Ventilation) และมีแนวโน้มที่จะใช้วงจรของการระบายอากาศนานขึ้น การหายใจวิธีนี้ จะช่วยให้ระบายอากาศและการกำซาบพอเหมาะสำหรับที่มีการขยายของปริมาตรปอด ทำให้พื้นที่ที่ไม่ได้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซต่อปริมาตรอากาศทั้งหมดลดน้อยลง ประโยชน์ คือลดอัตราการหายใจ ลดการใช้พลังงานในการหายใจ เพิ่มปริมาตรของการหายใจเข้า ออกในแต่ละครั้ง เพิ่มประสิทธิภาพของปอด (Hilling and Smith, 1995) การหายใจแบบเป่าปาก จะช่วยระบายอากาศที่ค้างคั่งอยู่ในถุงลมทำให้อากาศใหม่มีอากาศเข้าไปใน ปอด

ปฏิบัติดังนี้ หายใจเข้าทางจมูกนับหนึ่ง - สองไม่ควรสูดลมเข้าแรงๆ ห่อริมฝีปากคล้ายจะฉีวปาก ระบายลมหายใจออกช้าๆอย่าฟันแรง นับหนึ่ง สอง- สาม – สี่ ผีอกอย่างน้อยวันละ 3 ครั้งๆละ 5 นาทีในท่านั่ง นอนหรือยืนก็ได้ และ 2) การหายใจโดยการใส่กระบังลม (Diaphragmatic Breathing) กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลมเป็นกล้ามเนื้อที่สำคัญมากเกี่ยวกับการหายใจ โดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยมีอากาศมักเหลือค้างอยู่ในปอด ทำให้ดันกระบังลมลง การหายใจวิธีนี้ อาศัยการหดตัวของกล้ามเนื้อกระบังลมหน้าท้อง การหดตัวของกล้ามเนื้อนี้ จะทำให้มีการกดของอวัยวะในช่องท้องทำให้ท้องป่องออก เมื่อกล้ามเนื้อคลายตัวกลับช่องท้องก็จะยุบลง ประโยชน์ของการหายใจ โดยใช้กระบังลม ทำให้อัตราการหายใจลดลง ปริมาตรของอากาศที่หายใจเข้าออกแต่ละครั้งเพิ่มขึ้นและที่ชัดเจน คือความรู้สึกเกี่ยวกับอาการหายใจเหนื่อย หอบดีขึ้น ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ดังนี้ (อัมพร พรรณ. 2542) ขั้นตอนที่ 1 ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย ในระยะแรกของการฝึกควรนอนราบและหนุนหมอน ขั้นตอนที่ 2 มือข้างหนึ่งของผู้ป่วยวางบนหน้าท้อง มืออีกข้างหนึ่งวางทาบบนหน้าอก ขั้นตอนที่ 3 หายใจเข้าทางจมูกช้าๆลึกๆ นับในใจ หนึ่ง-สอง จนกระทั่งหน้าท้องโป่งออก จะสังเกตเห็นว่ามีมือที่วางบนหน้าท้องมีการเคลื่อนไหว ยกขึ้นแต่มือข้างที่วางบนหน้าอกไม่เคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวน้อยมาก ขั้นตอนที่ 4 เมื่อหายใจออกให้หายใจออกช้าๆทางปากโดยการห่อปาก นับในใจหนึ่ง-สอง-สาม-สี่ หน้าท้องแฟบลงจะสังเกตเห็นมือที่วางบนหน้าท้องเคลื่อนไหวลงแต่มือข้างที่วางบนหน้าอกไม่เคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหว น้อยมาก

2. การดูแลตนเองเพื่อคงความสามารถในการประกอบกิจกรรม การออกกำลังกาย ในระยะหนึ่งแล้วจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นคือมีอาการหอบเหนื่อยน้อยลง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้ดีขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้นมากดังนั้นเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรประมาณ 20 ถึง 30 นาที ในรายที่อยู่ในระยะรุนแรงจะได้ประมาณ 5 ถึง 10 นาทีเท่านั้น ความถี่ที่เหมาะสมคือ สัปดาห์ละ 3 ถึง 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ในแต่ละครั้งควรมีช่วงพักระหว่างออกกำลังกายถ้ารู้สึกเหนื่อย ช่วงเป็นช่วงก่อนอาหาร วิธีการวัดหรือทดสอบสมรรถภาพทางกาย เช่น การเดินบนลานวิ่งอยู่กับที่ (Treadmil) การปั่นจักรยานอยู่กับที่ (Bicycle Ergometer) จากการทบทวนวรรณกรรม วิธีที่ทดสอบความสามารถในการออกกำลังกายที่ง่ายที่สุด คือการเดินบนพื้นราบภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ เช่น 3,6,12 นาที โดยไม่คำนึงว่าจะมีการหยุดพักกี่ครั้ง วัดระยะทางที่เดินได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุด วัดระยะทางเป็นเมตร ซึ่งพบว่าระยะทางที่ผู้ป่วยเดิน ได้มีความสัมพันธ์กับปริมาณออกซิเจนที่ร่างกายใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด (VO2 max) และวัดระดับ Breathlessness บอกระดับการหอบเหนื่อยในระดับที่ต่างกัน

โรงพยาบาล จำนวน 100 ราย โดยใช้แบบวัดการปฏิบัติการดูแลตนเองของ Riley. (1989) และแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าของ Rosenbreg. (1965) ผลการวิจัยพบว่าสถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา ความรู้สึกมีคุณค่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง ระดับความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

อัมพรพรรณ ชีรานูตร และคณะ (2541 : 21) ศึกษาเกี่ยวกับผลการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลอง จำนวน 40 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาตามรูปแบบการวิจัยที่ประมาณ 45 ถึง 60 นาที และให้คู่มือสำหรับการดูแลตนเองกลับไปที่บ้าน จากนั้นติดตามผู้ป่วย ทุก 3,9 เดือน โดยใช้แบบประเมินการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตเป็นแบบวัด พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังได้รับการพัฒนาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัมพร พรรณ ชีรานูตร และคณะ (2542 : 78) ศึกษาถึงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเนื่องจากโรคนี้มีภาวะที่เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก เมื่อมีอาการหอบทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ การศึกษานี้มุ่งเน้นถึงการพฤติกรรมดูแลตนเองโดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 100 ราย ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรียม พบว่า คะแนนการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ในรายด้าน การฟื้นฟูการทำงานของปอด และการคงความสามารถในการประกอบกิจกรรม มีคะแนนระดับน้อย ภาวะโภชนาการที่ดี การพักผ่อนและการผ่อนคลาย การเรียนรู้เรื่องยา และการรักษา ด้านการป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ด้านการทรงไว้ซึ่งการมีคุณค่าในตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีคะแนนระดับปานกลาง ซึ่งควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพ เพื่อความผาสุกในชีวิต

ศิรนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 73-75) ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ระยะเวลา 1 เดือน จำนวน 330 คน โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการปฏิบัติดูแลตนเองในระดับดี เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อายุต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถานภาพสมรสไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวมีความสามารถมีความสามารถในการ
ทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับ 0.01

สุชาติพิทย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 102) ได้ศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครปฐม ตามตัวแปร
เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาของการเป็นโรค ประวัติครอบครัว ความรู้ เจตคติ
การสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 337 ราย โดยใช้แบบสอบถาม
ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ เจตคติ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง
พบว่า เพศ อายุ ประวัติครอบครัว ระยะของการเป็น โรคต่างกัน การดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้ เจตคติ และ การสนับสนุนทาง
สังคมต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นวลจันทร์ ปริดาพันธุ์ (2546 : 130) ได้ศึกษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
กรุงเทพมหานครเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เปรียบเทียบการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับ
เคมีบำบัดตามตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส
ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา จำนวนครั้งที่รับเคมีบำบัด ความรู้
เกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน เจตคติเกี่ยวกับโรคและการได้รับยาเคมี การสนับสนุนทางสังคม
จำนวน 235 ราย จากแบบสอบถามผู้วิจัย พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการเจ็บป่วย
ประวัติการรักษา จำนวนครั้งที่รับเคมีบำบัด และเจตคติ มีการดูแลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ แต่ การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน และ
การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ไสว ลีกระจ่าง (2546 : 14) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยกรณีศึกษา ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่ เชียง
คาน จ.เลย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในภาวะปกติที่มา
รับบริการนั้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ปัจจัยด้าน
เศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ อาชีพ และรายได้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความสะดวกในการ
เดินทางไปรับบริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.5 ซึ่งงานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นถึง องค์การที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรม
การดูแลตนเองทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย โดยยกระดับการศึกษาให้สูงขึ้น พร้อมทั้งแทรก
ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันรักษา โรคต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการ
ดูแลตนเอง จะทำให้ประชาชนมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

ชัยพงศ์ ภูยศ (2547 : 65) ศึกษาถึง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ สถาบันโรคทรวงอก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 ราย โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นพบว่าปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ปัจจุบัน รายได้ครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ระดับ 0.05 ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทักษะคิดต่อการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และความเชื่อในความสามารถของตนเอง ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ระดับ 0.01 ตัวแปรที่มีอิทธิพลในการร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

ฤทัยชนก กุลสืบ และวรัญญา เชื้อทอง (2550 : 43) ศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลห้วยกระเจา อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 250 ราย เครื่องมือจากแบบสอบถามของผู้วิจัย พบว่า ปัจจัยด้าน เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน การมีโรคประจำตัว และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองต่างกัน ไม่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นवलจันทร์ พิมพิรักษา (2550 : 77) ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ภาวะหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการศึกษากึ่งทดลอง แบบวัดซ้ำก่อนและหลังการทดลอง ที่โรงพยาบาลภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ราย เข้าโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้ เรื่อง โรคและการดูแลตนเองที่เหมาะสมในรูปคู่มือและสื่อวีดิทัศน์ รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีการติดตาม โดยโทรศัพท์พบว่า ค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพปอด ก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรับรู้ก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Efrainsson. (2008 : 178-185) ศึกษาถึง Effects of COPD Self-care Management Education at a Nure-led Primary Health Care Clinic มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในคลินิก PHCC (Primary Health Care Clinic) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ความรู้และ

การสูบบุหรี่ การศึกษาเป็นการทดลอง 2 กลุ่ม ในจำนวนผู้ป่วย 52 คน จากชาวสวีเดนซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลพื้นฐานเหมือนกัน เมื่อครบ 3-5 เดือนพบว่า กลุ่มควบคุมมีความรู้เพิ่มขึ้น หยุดสูบบุหรี่ภายหลังได้รับการดูแล ซึ่งมีข้อแนะนำเกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพที่ดี และต้องการแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วรายุทธ วงศ์บา (2552 : 188) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 397 ราย โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ระดับประจำ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ เพศชาย ระดับการศึกษา ระดับประถม ระดับมัธยม สถานภาพสมรส คู่ ลักษณะครอบครัวเดี่ยว แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ประโยชน์การรักษา การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตน แรงสนับสนุนด้านสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และ ตัวแปรที่ตีของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านสังคมด้านอารมณ์การรับรู้ประโยชน์การรักษา แรงสนับสนุนด้านสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตน การรับรู้ความรุนแรง เพศชาย แรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป ลักษณะครอบครัวเดี่ยว ระดับการศึกษา ระดับประถม และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ทั้ง 11 ตัวแปรสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคได้ร้อยละ 83.80

พินดา ไกรนรา และคณะ (2552 : 287) ได้ศึกษาถึง การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาถึงการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยา รับประทานและยาสูดพ่นขยายหลอดลม ปัจจัยพื้นฐานในการใช้ยา ได้แก่ สภาพสรีระ การช่วยเหลือของครอบครัว การช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่สุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างสรีระภาพกับความสามารถในการใช้ยาสูดพ่น โดยใช้ทฤษฎีของโอเร็มในกลุ่มคนป่วย 70 รายวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายและสถิติไคร้สแควผลการศึกษาวิจัยพบว่า การใช้ยาพ่นตรงตามเวลาและจำนวนที่แพทย์สั่งแต่จะใช้นาขนาดยาสูงกว่ากำหนดเมื่อเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ส่วนขั้นตอนการพ่นยา ไม่สามารถกลั้นหายใจอย่างน้อย 5 ถึง 10 วินาทีและการหายใจออกช้าๆ ญาติและเจ้าหน้าที่สุขภาพให้การดูแลในการสอนขั้นตอนการใช้ยาพ่นแต่ไม่ได้บอกถึงเหตุผลทำให้กระบวนการพ่นยาไม่ถูกต้องทุกขั้นตอน สภาพสรีระภาพทางร่างกายพบว่าพื้นหน้าที่ครบมีความสัมพันธ์กับการอมปากกระบอกยาพ่นได้สนิท อาการมือสั่นมีความสัมพันธ์กับการกดหลอดยา ดังนั้นการได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพในการสอนและแนะนำ ประเมินผลอย่างต่อเนื่องจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

กรกมล เรืองวุฒิ (2554 : 86) ศึกษาเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันสูงที่มารับบริการคลินิกชุมชน เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 30 คน ซึ่งได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยการ จัดกิจกรรมกลุ่มครอบครัวพฤติกรรมในด้าน การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมาตรวจตามแพทย์นัด การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ และการเยี่ยมบ้าน โดยอาศัยปัจจัยหลัก 4 แห่ง ได้แก่ ประสิทธิภาพการกระทำที่เคยสำเร็จมาแล้ว การได้เห็นแบบอย่างจากที่อื่น การสื่อสารเชิงใจ และสถานะอารมณ์และสรีระ โดยใช้แบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยประยุกต์จากทฤษฎีแบนดูรา (Bandura) และแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์เก็บข้อมูลก่อนหลัง 4 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังจากจัดกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความสามารถในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง ก่อนและหลังมีความแตกต่างกัน ดังนั้น โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองมีประสิทธิผลทำให้เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพทรงอยู่

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการดูแลตนเองพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ประโยชน์การรักษา การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตน แรงสนับสนุนด้านสังคม ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ตัวแปรที่ติดต่อการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านสังคม ด้านอารมณ์ การรับรู้ประโยชน์การรักษา แรงสนับสนุนด้านสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตน การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนด้านเครื่องมือ แรงจูงใจด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ซึ่งเป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมดูแลตนเองได้ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทักษะติดต่อการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และ ความเชื่อในความสามารถของตนเอง ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4.1 ปัจจัยด้านความรู้

4.1.1 ความหมายของความรู้

ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถที่ใช้ข้อเท็จจริง หรือเนื้อหาความรู้ ความคิดการหยั่งรู้ การเห็นหรือการสามารถเชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ์ได้ ความรู้เป็นนามธรรมเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาความจำ การจัดระบบระเบียบข้อมูลใหม่และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537 : 77) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริงทฤษฎี โครงสร้างวิธีแก้ปัญหา กฎต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นต้น

สมศักดิ์ ศรีสันติกุล (2538 : 56) กล่าวถึง ความรู้ใน 3 ทักษะ ดังนี้ ทักษะที่ 1 เป็นทักษะของบุคคลทั่วไปว่า เป็นการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในธรรมชาติและสังคมและสิ่งที่พบเห็นได้ด้วยตนเองตามพื้นฐานความสามารถของแต่ละบุคคล ในทักษะที่ 2 ในส่วนของนักวิชาการนั้น ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า เป็นความคิดรวบยอดที่เป็นนามธรรม โดยที่อยู่ในแต่ละสาขาหรือแขนงวิชาจะมีความรู้ที่แตกต่างกัน ทักษะที่ 3 คือนักปฏิบัติได้ให้ความหมายความรู้ว่า เป็นความเข้าใจในเหตุการณ์ ปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดในธรรมชาติและในสังคม ที่สามารถนำมาใช้ได้

วราภรณ์ รุจิวิวัฒน์กุล (2543 : 44-57) กล่าวว่า ความรู้ คือ ข้อมูลสารสนเทศ ผสมผสานกับประสบการณ์

Bloom. (1971 : 355) กล่าวว่า ความรู้ เป็นความสามารถในการใช้ข้อเท็จจริง (Facts) หรือเนื้อหาความคิด (Ideas) ความหยั่งรู้หยั่งเห็น (Insights) หรือความสามารถเชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ์ และการประเมินความรู้ หมายถึง การประเมินการเปลี่ยนแปลงจากความรู้เดิม ใน 2 แนวด้วยกัน คือ เนื้อหาที่เรียน และทักษะในการใช้เนื้อหาความรู้

จากความหมายของความรู้ที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า ความรู้ คือ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ด้านเนื้อหา ความคิด สิ่งที่ศึกษาได้จากการเรียนรู้หลายวิธี ที่ได้รับจากประสบการณ์ การศึกษาค้นคว้า การสังเกต การสะสมไว้ สามารถจำได้ โดยอาศัยความสามารถและทักษะทางสติปัญญาวิเคราะห์และเชื่อมโยง ที่สามารถทำให้ผู้เรียนรู้ได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ ได้

ความรู้ เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ความเข้าใจ ในเนื้อหา เรื่องสาเหตุการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการ ภาวะแทรกซ้อน วิธีการป้องกันและ

รักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ซึ่งกระบวนการให้ความรู้ได้แก่ การสอน การให้สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการดูแลตนเอง

4.1.2 ระดับการเรียนรู้

การเรียนรู้ตามทฤษฎีของ Bloom. (1975 : 65-197) Bloom ได้แบ่งการเรียนรู้เป็น 6 ระดับ

1. ระดับที่ระลึกได้ หมายถึง การเรียนรู้ในลักษณะที่จำเรื่องเฉพาะวิธีการปฏิบัติ กระบวนการ และแบบแผนได้ความสำเร็จในระดับนี้คือ ความสามารถในการนำข้อมูลจากความจำออกมาใช้ได้
2. ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ หมายถึงบุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่างมากกว่าการจำเนื้อหาที่ได้รับ และสามารถที่จะเขียนข้อความเหล่านั้นด้วยตนเอง สามารถแสดงให้เห็นภาพ ความหมายแปลความและเปรียบเทียบความคิดเห็นอื่นๆหรือคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นได้
3. ระดับการนำไปใช้ เป็นระดับที่ผู้เรียนสามารถนำเอาข้อเท็จจริงตลอดจนการนำความคิดที่เป็นนามธรรมไปปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม
4. ระดับการวิเคราะห์ เป็นระดับที่สามารถนำเอาความคิดในรูปของการนำแนวคิดมาแยกเป็นส่วนประเภทหรือการนำเอาข้อมูลต่างๆมาประกอบกันเพื่อการปฏิบัติตนเอง
5. ระดับการสังเคราะห์ คือการนำข้อมูล และแนวคิดต่างๆมาประกอบกันและนำไปสู่การสร้างสรรค์ซึ่งเป็นสิ่งใหม่จากเดิม
6. ระดับการประเมินผล คือความสามารถใช้ความรู้เพื่อจัดตั้งเกณฑ์การรวบรวมข้อมูล การวัดข้อมูลตามมาตรฐานเพื่อตัดสินถึงระดับประสิทธิผลของกิจกรรมแต่ละอย่างได้จำแนกจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้าน คือ

6.1 พุทธิพิสัย (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านสมองเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับสติปัญญา ความคิด ความสามารถในการคิดเรื่องราวต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งพฤติกรรมทางพุทธิพิสัย 6 ระดับ ได้แก่

6.1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจดจำแนกประสบการณ์ต่างๆและระลึกเรื่องราวต่างๆออกมาได้ถูกต้องแม่นยำ

6.1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถบ่งบอกใจความสำคัญของเรื่องราวโดยการแปลความหลัก ศีความได้ สรุปใจความสำคัญได้

6.1.3 การนำความรู้ไปประยุกต์ (Application) เป็นความสามารถในการนำหลักการ กฎเกณฑ์และวิธีดำเนินการต่างๆของเรื่องที่ได้รู้มา นำไปใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์ใหม่ได้

6.1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อยๆได้อย่างชัดเจน

6.1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการผสมผสานส่วนย่อยเข้าเป็นเรื่องราวเดียวกัน โดยปรับปรุงของเก่าให้ดีขึ้นและมีคุณภาพสูงขึ้น

6.1.6 การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการวินิจฉัยหรือตัดสินกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดลงไป การประเมินเกี่ยวข้องกับการใช้เกณฑ์คือ มาตรฐานในการวัดที่กำหนดไว้

6.2 จิตพิสัย (Affective Domain) (พฤติกรรมด้านจิตใจ) ทักษะเป็นความเชื่อของบุคคลการกระทำ สถานการณ์หรืออื่น ๆ รวมทั้งท่าที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งหนึ่งพฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับจิตใจ ลักษณะนิสัย คุณธรรม ประกอบด้วย 5 ชั้น ดังนี้

6.2.1 การรับรู้

6.2.2 การตอบสนอง

6.2.3 การเกิดค่านิยม

6.2.4 การจัดระบบ

6.2.5 บุคลิกภาพ

6.3 ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) (พฤติกรรมด้านกล้ามเนื้อประสาท) พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่แสดงออกมาในสถานการณ์หนึ่ง ๆ พฤติกรรมด้านนี้ต้องอาศัยความรู้ ความคิด และทัศนคติ เป็นส่วนประกอบ เป็นพฤติกรรมที่ประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีความสุข

4.1.3 การวัดความรู้

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2531 : 87) ได้กล่าวว่าเป็นการวัดสมรรถภาพของสมองในด้านการระลึกออกของความจำที่เกี่ยวกับเรื่องราว ประสบการณ์ การเคยรู้ เคยเห็น โดยใช้เครื่องมือคือแบบทดสอบซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเภทดังนี้

1. แบบทดสอบด้านการปฏิบัติ (Performance Test) เป็นการทดสอบด้วยการลงมือจริงๆเช่นการแสดงละคร การฝีมือ การพิมพ์ดีด เป็นต้น

2. แบบทดสอบเขียนตอบ (Paper-Pencil Test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้ทั่วไปซึ่งใช้กระดาษดินสอหรือปากกาเป็นอุปกรณ์ ช่วยตอบโดยที่ผู้ตอบต้องตอบทั้งหมด

3. แบบทดสอบปากเปล่า (Oral Test) ทดสอบด้วยการพูดแทนการเขียน
ไพศาล หวังพานิช (2526 : 77) แบ่งลักษณะของคำถามในการวัดความรู้ไว้ 3 ระดับดังนี้

1. ถามความรู้ในเนื้อเรื่อง เป็นการถามรายละเอียดในเนื้อหาข้อเท็จจริงต่างๆ ของเรื่องราวทั้งหลาย
2. ถามความรู้ในวิธีการดำเนินการเป็นการถามวิธีปฏิบัติต่างๆ ขั้นตอนการปฏิบัติทั้งหลาย
3. ถามความรู้รวบยอดเป็นการถามข้อสรุปและหลักการ จากหลักทฤษฎี หลักวิชา และโครงสร้าง

4.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความรู้

มุกดา สอนประเทศ (2545 : 45) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยก้าวน้ำ ตำบลกุดคู อำเภอนอนสรวง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 180 รายเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้อยู่ในระดับสูง โดยคำถามที่ตอบถูกมากที่สุดคือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากๆถ้าไม่รับการรักษา อาจเกิดอัมพาตได้ มีระดับการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง คือ การไปรับการตรวจตรงตามวันเวลาที่แพทย์นัด การรับประทานยา ไม่สูบบุหรี่ ระดับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ

รุ่งลาวรรณ พันธจักร (2549 : 76) ศึกษาเกี่ยวกับผลการใช้โปรแกรมสุขศึกษา ที่มีต่อความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพยุหะคีรีจำนวน 30 คน โดยใช้เครื่องมือแผนการสอนสุขศึกษา คู่มือผู้ป่วย สติ๊กเกอร์กระตุ้นเตือน การออกกำลังกาย แบบสอบถามความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาแตกต่างกัน และมีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมระดับความดันโลหิตและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแตกต่างกัน ภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ธัญยาภรณ์ โพธิ์ถาวร (2549 : 57) ศึกษาผลการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด เป็นการศึกษาที่ทดลอง 2 กลุ่มวัดก่อน

และหลัง โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้ด้านสุขภาพกลุ่มควบคุมดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับความรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิลาวรรณ เกติโชค (2550 : 71) ศึกษาถึงผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและพฤติกรรม การดูแลบุคคลที่พึ่งพาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว : การศึกษานำร่อง ใช้กรอบแนวคิดของ โอเร็ม ที่โรงพยาบาลสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มแยกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยวิธีการสอน สนับสนุน ชี้นำ จัดสิ่งแวดล้อม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลและการให้ความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วีระพล ภิมาลย์ (2550 : 56) ศึกษาถึงผลลัพธ์การให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษา ด้านยาแก่ผู้ป่วยนอก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลท่าวังผา แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบผลการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินผลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ การรักษาและวิธีการปฏิบัติตัว ความถี่ในการหอบกำเริบ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต คือ WHOQOL-BREF ฉบับภาษาไทย แบ่งเป็น 5 ด้าน Physical, Psychological, Social-relationship, Environment และ Quality of Life ผลการทดลองพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรักษาและการปฏิบัติตัวจากกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความถี่ในการหอบกำเริบลดลงในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม คุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมในบางด้าน ซึ่งงานวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยามีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรักษาและการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วันวิสาข์ โทหะสาร (2550 : 67) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อความรู้เรื่องโรคและทักษะการจัดการตนเอง โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 รายแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืด ใช้กระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วม โดยใช้เครื่องมือ แบบสัมภาษณ์ แบบวัดความรู้เรื่องโรคหืดและทักษะการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีทักษะการจัดการตนเองสูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 ซึ่งการให้ความรู้ในรูปแบบของการมีส่วนร่วม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดการเรียนรู้ อย่างมีประสิทธิภาพ และมีทักษะการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง

สวรรคต์ รุจิยาถูร (2550 : 86) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการสอนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหืด ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 15 ราย โดยใช้เครื่องมือ แบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด ดัชนีคุณภาพชีวิต ใช้โปรแกรมการสอนพร้อมอุปกรณ์ และใช้แบบทดสอบชุดเดียวกันทดสอบก่อนหลังการทดลอง พบว่า ความรู้ ความเข้าใจของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอน มากขึ้นกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลัง ดีกว่า และคุณภาพชีวิต ภายหลังที่ได้รับโปรแกรมการสอนดีขึ้นก่อน ได้รับโปรแกรมการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในงานวิจัยนี้แสดงถึงการพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเองนั้น ทำให้ความรู้ ความเข้าใจและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

สุทธิดา กุดเนียม (2551 : 10) ศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการในสถานอนามัยตำบลบ้านกุ่ม อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 50 รายพบว่าผู้ป่วยมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ขาดความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ทักษะคติอยู่ในระดับต่ำเชื่อว่าไม่มีอาการผิดปกติไม่ต้องมาพบแพทย์ตามนัด การขาดยาไม่มีผลร้ายแรง และควรรับประทานอาหารมากๆจะทำให้สุขภาพแข็งแรง พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องได้แก่การเพิ่มขนาดยาเองและหยุดยาโดยไม่ได้มาปรึกษาแพทย์ ดังนั้นแนวทางการพัฒนาความรู้ทักษะคติโดยมี 1 ยุทธศาสตร์ 2 กลยุทธ์ 3 แผน ดังนี้คือ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมความรู้ ทักษะคติและพฤติกรรม กลยุทธ์ ได้แก่การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง กลยุทธ์ที่ 2 การปรับเปลี่ยนทักษะคติ และมีแผนการเสริมสร้างความรู้ และการปรับเปลี่ยนทักษะคติ ซึ่งพบว่าเมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ ทักษะคติและพฤติกรรมที่ถูกต้องแล้วส่งผลให้เกิดการดูแลตนเอง ให้สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้

กัลยากร การุญ (2551 : 66) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้และพฤติกรรม สุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษานานไม้ทอง ตำบลช้างมิ่ง อำเภอพรหมานิคม จังหวัดสกลนคร จำนวน 128 คน มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน 1) ศึกษาสภาพปัญหา และบริบทของชุมชน 2) สร้างยุทธศาสตร์ 3) จัดทดลองใช้ และ 4) ปรับปรุง โดย ใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า หลังการอบรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกโดยใช้เทคนิค AIC กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก สูงกว่าการพัฒนา และผลการใช้ยุทธศาสตร์พัฒนากลุ่มเป้าหมายมีการพัฒนา มีพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อันวารีย์ เบ็ญอุสิสมาแอล (2554 : 38) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง:กรณีศึกษา โรงพยาบาลทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี เป็นการวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 40 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะ 12 สัปดาห์ประกอบด้วย 1)การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ 2)การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด 3)การเลิกบุหรี่ และ 4) การดูแลด้านจิตสังคม โดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบจำลอง PRECEDE Framwork ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการส่งเสริม คະแนนคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การศึกษาเรื่องความรู้และระบบการสนับสนุน มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งการให้ความรู้ การสอน และช่วยชี้แนะรวมถึงการจัดโปรแกรมการเรียนรู้ ส่งผลต่อการดูแลตนเอง ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ทั้งนี้ ต้องมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติและ มีการเสริมสร้างความรู้ และเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเพื่อให้เห็นความสำคัญในการจัดการและดูแลตนเอง ได้อย่างถูกต้อง

4.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

4.2.1 ความหมายความเชื่อด้านสุขภาพ

Rokeach. (1970) ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคลซึ่งฝังแน่นอยู่ในความเข้าใจเมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นแนวโน้มชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้นๆ

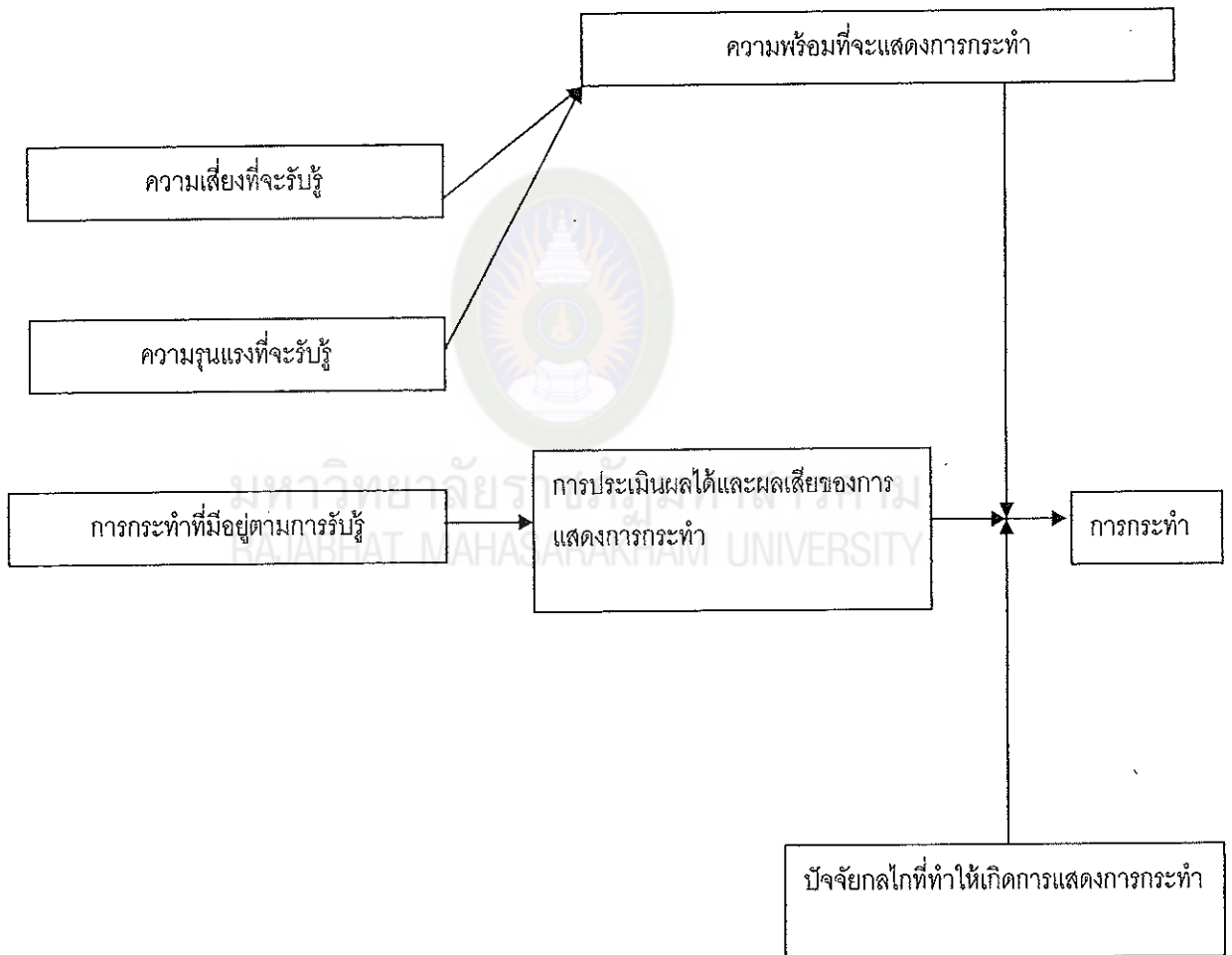
จรรยา สุวรรณทัต (2527 : 55) ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่ก็ได้ และทำให้มนุษย์มีความ โน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้นๆ

King. (1984 : 55) ความเชื่อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมกำบังโรค การปฏิบัติตามแบบแผนการรักษาหรือคำแนะนำซึ่งความเชื่อนี้จะมีผลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการแสวงหาหรือเลือกวิธีการรักษาเมื่อเกิดความเจ็บป่วยและมีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคลในด้านการกำบังโรคและการให้ความร่วมมือในการรักษาของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนาขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 1950-1960

Rosenstock, Hochbaum and Kegeles. (1950) ริเริ่มการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรมกำบังโรคของบุคคล (Preventive Health Behavior) แต่ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงนำไปใช้ในอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick -role Behavior)

Rosenstock. (1974 : 330) นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบาย พฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล หลีกหนีจากโรค การค้นหาโรคหรือควบคุมโรค ถ้าบุคคล นั้นเอาใจใส่ต่อตนเองในการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่คุกคามนั้นๆบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) โรคนี้มีความรุนแรงต่อชีวิตเขา และ 3) การปฏิบัติดังกล่าว เพื่อหลีกหนีต่อการเป็นโรคจะให้ผลดีต่อเขาในการช่วยลดโอกาสต่อการเป็นโรคหรือช่วยลด ความรุนแรงของโรค และไม่ควรมียุ่สรรคด้านจิตวิทยา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความ เจ็บป่วย ความอาย



แผนภาพที่ 2 แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของ Rosenstock. et. al. (1974)

4.2.2 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่า ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึง 1) ความเชื่อต่อความถูกต้องที่มีต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสรักษาโรครักษาเป็นโรคซ้ำอีก และ 2) ความรู้สึกของผู้ป่วย ว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ดังนั้นบุคคลจะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพ เบคเกอร์สรุปว่าบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี และเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้
- 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตนเองซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึงนี้ อาจมีความหมายแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและป้องกันโรคของบุคคลได้
- 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits of Taking the Health Action Minus the Barriers or Costs of that Action) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลจะรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย หรือโรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่า สิ่งที่ปฏิบัติเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง โดยไม่มีอุปสรรค หรือความยุ่งยากที่จะขวางกั้นการปฏิบัติ นั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ และได้ข้อสรุปการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกันการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
- 4) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็น เหตุการณ์หรือสิ่งที่มีกระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker and Maiman. (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิด

การปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สถานะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

5) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถชี้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

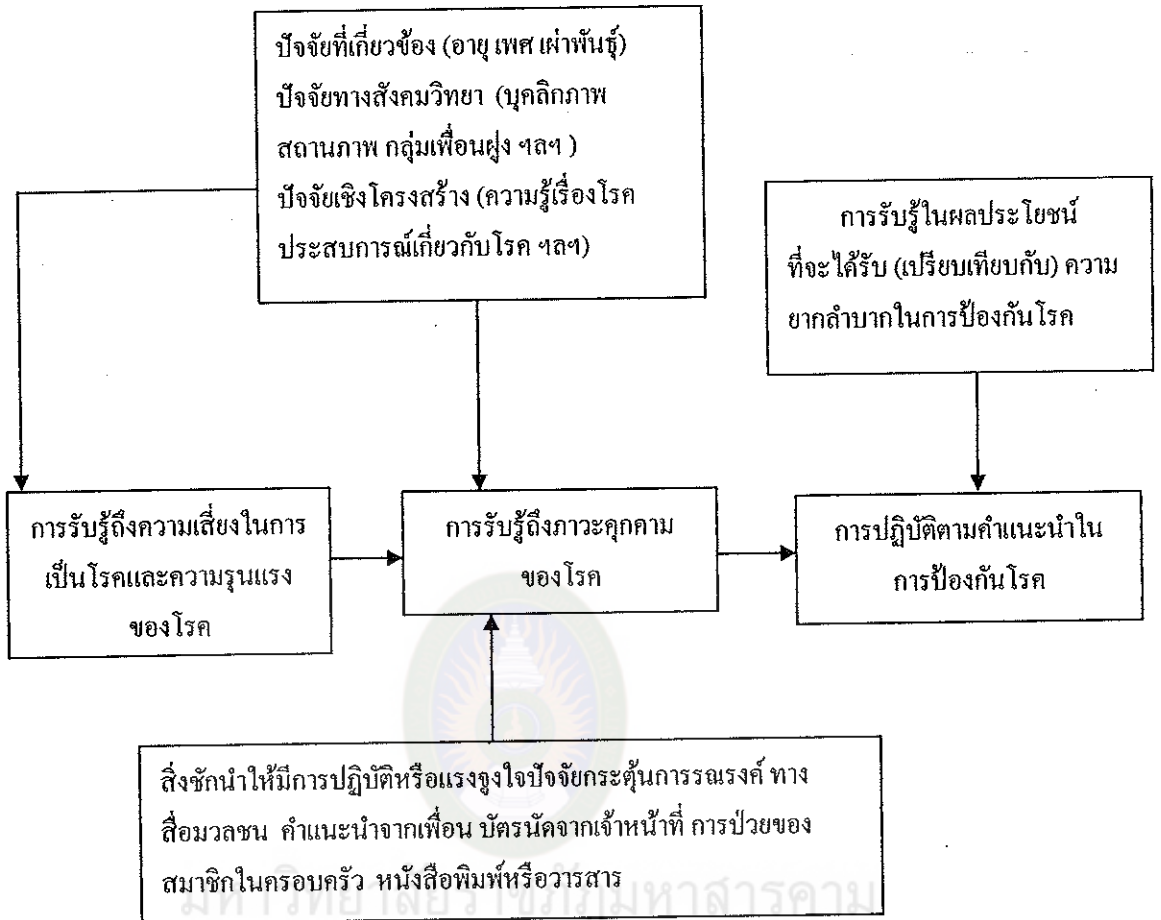
5) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วม หมายถึง เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ช่วยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่

5.1) ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

5.2) ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

5.3) ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

การรับรู้ของบุคคล



แผนภาพที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Becker. et. al. (1975)

4.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ

- 1) ความเชื่อและศาสนาเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตต่อมนุษย์
รวมไปถึงเรื่องสุขภาพด้วย ศาสนาแต่ละศาสนาสอนให้มีความเชื่อแตกต่างกันไป ความเชื่อเป็น
ปัจจัยพื้นฐานให้เกิดการกระทำต่างๆ ทั้งด้านดีและด้านร้าย การนับถือภูตผีปีศาจ เมื่อเกิดการ
เจ็บป่วยย่อมมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากอำนาจเหนือธรรมชาติจึงมีแนวโน้มมี
วิธีการรักษาในรูปแบบการเลี้ยงผีปีศาจความ (โยธิน บุญเฉลย. 2534 : 52) ความเชื่อหรือศาสนา
ทำให้ความคิดและการปฏิบัติของแต่ละคนแตกต่างกันทำให้การดูแลตนเองแตกต่างกันไปด้วย
- 2) ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมีความสำคัญ
และเกี่ยวข้องต่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับค่านองค์ประกอบการ
คิดต่อสื่อสาร การให้ความรู้และให้ข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสุขภาพ

3) ลักษณะและประสบการณ์ของบุคคลในอดีตทั้งทางบวกและทางลบมีความสำคัญต่อการรับรู้ของบุคคล บุคคลที่ผ่านการเรียนรู้ในอดีตและเก็บไปเป็นประสบการณ์ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจส่งผลให้เกิดความเชื่อ(ทักนีย์ เกริกกุล. 2547 : 47) และแรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกิดจากประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

4.2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พัชรินทร์ พันจรรยา (2543 : 55) ได้ศึกษาการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 255 คน พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความคาดหวังในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม พิจารณาเป็นรายด้านพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05

ธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์ (2544 :52) ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 102 ราย ที่โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับเชิงบวกร้อยละ 88 พฤติกรรมความเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี รายด้านพบว่า การแสวงหาสถานบริการรักษาอยู่ในระดับเหมาะสม ด้านการให้ความร่วมมือ อยู่ในระดับดีมากภาวะหลีกเลี่ยงภาวะหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคมักขึ้นอยู่ในระดับดีมากซึ่ง ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความเจ็บป่วยโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิตติรัตน์ชญา ไชยเจริญ (2544 : 56) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 331คนจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว สถานภาพสมรส และความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคมีความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรควัณโรค

ชนิดา สุขแสง (2544 : 139) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่มารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง จำนวน 113 คน ผลการวิจัยพบว่า มีความเชื่อระดับปานกลาง การดูแลตนเองระดับพอใช้ เพศต่างกันมีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

ไขมันในเลือดสูง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลประ โยชน์เพื่อป้องกันการเกิดโรค และการรับรู้ อุปสรรคไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มี อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว จำนวนครั้งที่มาตรวจ สุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีความเชื่อเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความ รุนแรง การรับประ โยชน์ และการรับรู้อุปสรรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยที่ไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

หิมพรรณ กิตติวงษ์ภักดี (2547 : 79) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความ เชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจที่มารับบริการในคลินิก โรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐมศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแล ตนเองจำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็น โรคและประวัติครอบครัว จำนวน 244 คนพบว่า ระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็น โรคและประวัติครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน อาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ การรับรู้ประโยชน์ทางการปฏิบัติ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความ รุนแรงของโรคและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรมการดูแล ตนเอง

วราพร ถุ่มอรุณรัตน์กุล (2547 : 78) ำจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง 200 รายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตากโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปาน กลาง รายด้านการเจริญเรื่องจิตวิญญาณ การจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง ความรับผิดชอบต่อ สุขภาพ โภชนาการ และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ระดับปานกลาง ส่วนกิจกรรมทางกายระดับ ต่ำ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ใน ระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทาง สังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้

โอบทัย เหล่าเที่ยง (2550 : 80-82) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรม สุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เบาหวาน โดยแบบสัมภาษณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ถึง โอกาสเสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติ แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป และปัจจัยร่วมต่าง ๆ สำหรับแบบ

สัมพันธภาพพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็น โรคเบาหวานประกอบด้วยพฤติกรรมด้วยบริโภค พฤติกรรมด้านเกี่ยวกับการรักษา การออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านอารมณ์และสังคม และ พฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมที่สุด และ พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันทางบวก ($r = .186$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

มะยาชิน สามาะ (2550 : 87) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปยุต อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่าง 100 คน โดยใช้แบบสอบถาม วัดความเชื่อด้านสุขภาพ แบบวัดกิจกรรมการดูแลตนเองและแบบสัมพันธภาพพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมถูกต้องอยู่ระดับปานกลางมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับถูกต้องดี และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

ระวีวรรณ กัณทะกาสัง (2550 : 58) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและ พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสองแคว จังหวัดน่าน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาจำนวน 62 ราย ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน อยู่ระดับปานกลาง การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์การรักษาปฏิบัติตนอยู่ในระดับเหมาะสมมาก การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตนอยู่ในระดับเหมาะสมน้อย และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับปานกลาง

มงคลชัย แก้วเอี่ยม (2550 : 60) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองกลางนา อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 60 คน พบว่ามีการรับรู้สุขภาพระดับดีและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคภาวะแทรกซ้อนที่ต่างกัน มีแบบการรับรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ระดับการศึกษา แหล่งของรายได้ที่ต่างกันจะมีการรับรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งของ รายได้ที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน แบบแผนการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

มยุรา อินทรบุตร และ เบญจา มุกตพันธ์ (2550 : 283) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 171 คน โดยใช้แบบ สัมพันธภาพ พบว่าการรับรู้เรื่องการควบคุมอาหาร ร้อยละ 91 มีการรับรู้ในอาหารที่รับประทาน ประจำแต่อาหารที่ไม่ค่อยรับประทานมีการรับรู้น้อยทำให้การปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหารไม่ดี

จเรช พิมพากรณ์ (2550 : 86) ศึกษา ผลของ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะตนเองต่อความวิตกกังวลและการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเลย จำนวน 30 ราย แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้แบบประเมินความวิตกกังวล และ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า กลุ่มทดลอง ภายหลัง ได้รับ โปรแกรม มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการจัดการกับอาการหายใจลำบากสูงกว่า ระดับความวิตกกังวลต่ำกว่า และมีพฤติกรรมการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบากได้ดีกว่า ก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ยุพเรศ ญาณมงคลศิลป์ (2553 : 56) ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน จำนวน 102 คน โดยใช้แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลการสูบบุหรี่ พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง แรงจูงใจ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่ ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ส่วน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่ ต่างมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ และปัจจัยด้านการศึกษามีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิรารัฐ ภูระธีรานรัชต์ (2554 : 450) ศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 385 คน เครื่องมือใช้แบบสอบถาม ในระยะเวลา เดือน กุมภาพันธ์- มีนาคม 2553 ใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวม และรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01(r=.308)$ แรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01(r=.520)$

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเอง และความเชื่อรายด้าน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และแรงจูงใจ มีผลต่อการปฏิบัติตนและการดูแลตนเองด้วยเช่นกัน

4.3. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมของคนที่สุขภาพจิตและสุขภาพกาย การป้องกันส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้านการรักษาโรค คำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เช่น รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น

4.3.1 ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม

คอบ (จุฬากรณ์ โสตะ. 2546 : 21 ; อ้างถึงใน Cobb. 1976) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อ มีความรับรู้และสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Caplan. (1977: 39-42) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับ ไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

House. (1985 : 151) ให้ความหมายว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยการสนับสนุนทางอารมณ์เกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและการให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นถึงความมีคุณค่า การให้ความช่วยเหลือต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุสิ่งของหรือบริการต่างๆ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินตนเอง

แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยผู้ให้และผู้รับ มีความใกล้ชิดผูกพัน สิ่งที “ผู้ให้การสนับสนุน” ได้แก่ ข่าวสาร ข้อมูล วัตถุสิ่งของ รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านจิตใจหรืออารมณ์การให้การดูแล ให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การยอมรับนับถือมองเห็นคุณค่า เพื่อช่วยให้การแก้ปัญหาทำให้บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคม อันมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน นักเรียน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ผู้รับเชื่อว่าตัวเขามีบุคคลให้ความรัก

4.3.2 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติทางสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ

กลุ่มปฐมภูมิและเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน

กลุ่มทฤษฎี ส่วนกลุ่มทฤษฎีเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ภาพตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

จากแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น มีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง และมีความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมมาก ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทฤษฎี ถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่น ๆ ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสารความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพ

4.3.3 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

หลักการให้แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย

- 1) จะต้องมี การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
- 2) ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้อง ประกอบด้วย
 - 2.1) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงจัง
 - 2.2) ข้อมูลข่าวสารนั้น เป็นข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ผู้รับรู้สึก ว่า ตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะผู้รับเชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม
- 3) ปัจจัยนำมาของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ
- 4) จะต้องช่วยให้ผู้รับบรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

4.3.4 ประเภทของการให้การสนับสนุนทางสังคม

House. (1981) แบ่งประเภทการให้แรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกได้ 4 รูปแบบ ได้แก่

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความหวังใจ การกระตุ้นเตือน
2. การสนับสนุนโดยการให้ประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การพ้องเห็น การให้คำรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา

3. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่นการให้คำแนะนำ การคัดเตือน การให้คำปรึกษา การให้ข่าวสาร

4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

Pender. (1996. : 257) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนการมีส่วนร่วมซึ่งอาจเป็นการช่วยในสภาวะซึมเศร้า

2. แรงสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Informational Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดการเข้าใจว่าอย่างไรควรทำ จึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือทางด้านทรัพยากร (Instrumental Aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหาร หรือช่วยดูแลบุตรให้เพื่อมารดาได้มีเวลาในการทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ และ

4. การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

4.3.5 ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับมหภาค หรือระดับกว้าง (Macro Level) คือการวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วมและการมีส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลาง หรือระดับกลุ่ม (Nezzo Level) คือ การวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงบุคคลที่มีการติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด เพื่อนบ้าน ญาติ

3. ระดับจุลภาค หรือระดับเล็ก (Micro Level) คือ การวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

4.3.6 ความสัมพันธ์ของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ

สามารถแบ่งได้ 3 ด้าน คือ

1. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ ผู้ที่มีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับกลุ่ม หรือการเข้าร่วมกลุ่ม มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า 2-5 เท่า
2. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.1 ทางด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ผู้ที่มีการติดต่อกับเพื่อนบ้าน และมีเพื่อนบ้านมาก มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟัน ดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับผู้อื่นน้อย
 - 2.2 ทางด้านพฤติกรรมการรักษาพยาบาล อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการสม่ำเสมอ กว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม
 - 2.3 ผลต่อความเครียด การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เป็นตัวช่วยลดความเครียด มีผลต่อร่างกาย และจิตใจ ช่วยให้บุคคลเพิ่มความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น

สรุปจากแนวคิด ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ข้างต้นพบว่า ปัจจัยด้านสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมรายด้านต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพ การป้องกัน รักษา วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์ สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัวจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม

4.3.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการสนับสนุนทางสังคม

กมลวรรณ จันตระกูล (2547 : 76) ได้ศึกษาผลการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่โรงพยาบาลพะเยา เป็นการวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 30 ราย โดยใช้เครื่องมือแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญซึ่งพบว่าการสนับสนุนของครอบครัวส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จันทร์เพ็ญ คำสี (2547 : 89) ศึกษาถึงผลการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 30 รายที่โรงพยาบาลดอง จังหวัดแพร่ โดยใช้แบบประเมินและแบบสอบถาม ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ตั้งแต่วันแรกของการเข้ารับรักษา มีการติดตามทางโทรศัพท์เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสนับสนุนให้ความรู้ มีผลทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองหลังจำหน่ายและอยู่ที่บ้าน ได้อย่างมีคุณภาพ

พกามาศ วัตตะวรรณ์ (2548 : 77) ศึกษาการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนให้ความรู้ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมให้การปฏิบัติปกติ ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรายด้าน ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

วิลาวรรณ เกิดโชค (2550 : 71) ศึกษาถึงผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลบุคคลที่พึ่งพาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว : การศึกษานำร่อง ใช้กรอบแนวคิดของ โอเร็ม ที่โรงพยาบาลลำโรงทาง จังหวัดสุรินทร์ แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มแยกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยวิธีการสอน สนับสนุน ชี้แนะ จัดสิ่งแวดล้อม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลและการให้ความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หนิสรา ปัญญาเริง (2550 : 76) ศึกษาเครือข่ายทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในตำบลเสริมกลาง อำเภอเสริมงามจังหวัดลำปาง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ในผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังระดับ 3,4,5 จำนวน 32 ราย ใช้แบบสัมภาษณ์ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับปานกลาง โดยมีด้านความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมอยู่ในระดับมาก ด้านที่อยู่ระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการได้รับความช่วยเหลือคำแนะนำและสิ่งของ ด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ระดับต่ำที่สุดคือการได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนาและเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ซึ่งจะเป็นการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายทางสังคมในการสนับสนุนเครือข่ายทางสังคมให้มีประสิทธิภาพ

คุณฉวี อาภพคุณกุล (2550 : 63) ศึกษาถึงความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขณะมีอาการหายใจลำบากในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่านจำนวน 80 ราย โดยใช้แบบสอบถามความต้องการทางสังคมขณะมีอาการหายใจลำบาก ผลการศึกษาพบว่าความต้องการทางสังคมอยู่ในระดับมากรายด้านพบว่าความต้องการการสนับสนุนทางด้านสังคม ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า และด้านการเงิน สิ่งของแรงงาน หรือบริการอยู่ในระดับมากส่วนความต้องการข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง

ชุตานภรณ์ บุญเพ็ง (2551 : 87) ศึกษาเรื่องผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภครองของผู้ป่วยแผลเปปติก โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยได้รับข้อมูลด้านการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง หลังได้รับการสนับสนุนทางข้อมูลและอารมณ์ ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการบริโภคสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สารณี พุดแดง (2552 : 323) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาและการรับรู้การควบคุมโรคของผู้สูงอายุโรคหืด เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพสรีระของผู้สูงอายุ ภาวะการรับรู้คิด การสนับสนุนของครอบครัวและแรงสนับสนุนของทีมสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยารับประทานและยาสูดพ่น และหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ยากับการควบคุมโรคหืดโดยใช้ทฤษฎีของโอเร็ม เลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 รายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ใช้สถิติแบบบรรยาย ไคสแควร์ และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่าความสัมพันธ์ในการมองเห็นที่ดีมีความสัมพันธ์กับการอ่านฉลากยาทุกครั้ง อาการมือสั่น ไม่สามารถกดยาพ่นได้ ฟันหน้าที่ครบมีความสัมพันธ์กับการอมกระบอกยาพ่นได้ดี และแรงสนับสนุนทางทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาพ่น

อัมพวัน ศรีศรีฐานันท์ (2552 : 6) ศึกษาถึง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 130 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่คะแนนการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การผ่อนคลาย การบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.567, p<0.001$)

อมรรัตน์ นาคละมัยและคณะ (2554 : 48) ศึกษาถึงอิทธิพลทางการรับรู้ความรู้แรงของอาการ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกล้มแน่นอนในความเจ็บป่วยต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 85 ราย โดยใช้เครื่องมือ

แบบสอบถาม พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = -.1, p > .05$) การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ร้อยละ 9.4 และในความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพได้ ร้อยละ 9.3

อุษา วรรณม่วง และ อรสา พันธุ์ภักดี (2555 : 272) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมกับการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 90 ราย ใช้แบบสอบถามในกลุ่มที่มีอาการหอบกำเริบและไม่มีอาการหอบ พบว่า กลุ่มที่ไม่มีอาการหอบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในความสามารถในการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการ แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความต้องการในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 กลุ่ม

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประเภทของการสนับสนุนได้แก่ ทางด้านข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ และอุปกรณ์เครื่องมือจะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น

4.4 ปัจจัยด้านเจตคติ

4.4.1 ความหมายเจตคติ

เป็นความรู้สึกที่มีแนวโน้มให้เกิดพฤติกรรม และมีความสำคัญทางจิตวิทยาและการสื่อสาร ได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ดังนี้

สงวนศรี วิรัชชัย (2542 : 61) ได้ให้ความหมาย เจตคติ คือ สภาพความคิด ความเข้าใจและความรู้สึกเชิงปริมาณที่ติดต่อกับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งทำให้นุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งนั้น ในลักษณะเฉพาะตัวตามทิศทางของทัศนคติที่มีอยู่

จันทสิน แก่นจันทร์ (2546 : 44) ให้ความหมายของ เจตคติ คือ แนวโน้มที่กระทำต่อวัตถุหรือกระทำต่อสถานการณ์ใดๆ โดยมีความรู้สึกและอารมณ์ร่วม และมีแนวโน้มที่จะประเมินสัญลักษณ์วัตถุ ทำทาง ว่าชอบหรือไม่ชอบ

ทัศนีย์ สนธิ (2550 : 99) กล่าวว่า เจตคติที่มีความรุนแรง จะต้องมิติศทาง คือ ถ้าชอบก็มีความโน้มเอียงที่จะเข้าร่วมกิจกรรม หรือให้ความร่วมมือ ถ้าไม่ชอบก็มีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง ไม่ให้ความร่วมมือ นุคคลต้องมีความพร้อมที่จะกระทำการให้สอดคล้องกับความรู้สึกที่มีต่อสิ่งนั้น ซึ่งปัจจุบันการวัดเจตคติ เป็นการวัดความพร้อมที่จะปฏิบัติต่อสิ่งใด สิ่งหนึ่ง เป็นการสะท้อนให้เห็นว่ามีเจตคติอย่างไรต่อสิ่งนั้น ซึ่งเป็นการวัดความรู้สึก

Good. (1973 : 37) ได้ให้ความหมาย ของเจตคติว่า เจตคติ คือ ความโน้มเอียง หรือแนวโน้มในด้านความพร้อม ที่จะแสดงออกในทางใดทางหนึ่ง คือ สนับสนุนหรือต่อต้านต่อ สภาพการณ์บุคคล หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกและอารมณ์

Roger. (1978 : 208-209) กล่าวถึงทัศนคติเอาไว้ว่า เป็นคตินิ่งซึ่งว่าบุคคลนั้น คิด และรู้สึกอย่างไร กับคนรอบข้าง วัตถุหรือสิ่งแวดล้อมตลอดจนสถานการณ์ต่าง ๆ โดย ทัศนคตินั้นมีรากฐานมาจาก ความเชื่อที่อาจส่งผลถึง พฤติกรรมในอนาคต ทัศนคติเป็นความพร้อม ที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า และเป็น มิติของ การประเมิน เพื่อแสดงว่า ชอบ หรือไม่ชอบ ต่อประเด็น หนึ่ง ๆ

จากความหมายของเจตคติที่กล่าวมา สรุปได้ว่า เจตคติ หมายถึง สภาพจิตใจที่เกิด จากประสบการณ์การเรียนรู้ มีความคิด ความรู้สึกที่เกิดจากการเรียนรู้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีต่อ สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ส่งผลให้แต่ละคนตอบสนองต่อ สิ่งนั้นแตกต่างกัน จำแนกเป็นลักษณะที่ชอบ หรือไม่ชอบ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย

จากความหมายดังกล่าว พอสรุปได้ว่า เจตคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ ของบุคคลต่อการปฏิบัติตนตนที่มีต่อโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งถ้ามีเจตคติในทางที่ดีหรือเชิงบวก ก็จะมีแนวโน้มให้บุคคลปฏิบัติตนมี พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม แต่ถ้ามีเจตคติในทางที่ไม่ดีหรือเชิงลบ ก็จะมีแนวโน้ม ให้บุคคลหลีกเลี่ยงหรือไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งการเกิดเจตคตินั้น ประชาชนจะต้องมีความรู้ มีการรับรู้ ต่อ เรื่องนั้น ๆ ก่อน ดังนั้นการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงเป็น แนวทางหนึ่งที่สำคัญจะทำให้ผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจ และนำความรู้ที่ได้รับ ไปปรับเปลี่ยน แนวคิด และเจตคติต่อการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

4.4.2 องค์ประกอบของเจตคติ

ลิวิน สายยศ และอังคณา สายยศ (2543 : 59 -60) กล่าวว่า เจตคติ ควรมี องค์ประกอบ 3 ประการ ดังต่อไปนี้

1. ด้านสติปัญญา (Cognitive Component) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้า เป็นส่วนประกอบทางด้านความรู้ของเจตคติ ซึ่งจะช่วยในการประเมินค่า และสรุปผลต่อสิ่งเร้า ต่าง ๆ เจตคติจะแสดงออกมาในลักษณะของความเชื่อที่ดีหรือไม่ดี เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย
2. ด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นส่วนประกอบทางด้าน ความรู้สึก หรืออารมณ์ ที่สืบเนื่องมาจากที่บุคคลได้รับการประเมินความรู้สึกต่อสิ่งเร้านั้น ทำให้ ทราบทิศทางของอารมณ์ หรือความรู้สึกว่าเป็นไปในทางบวก หรือทางลบได้ เจตคติจะแสดง ออกมาในลักษณะของความชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ

3. ด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นส่วนประกอบที่แสดงแนวโน้มของบุคคล ที่จะประพฤติหรือจะแสดงออก เจตคติจึงแสดงออกมาในลักษณะของการยอมรับหรือปฏิเสธ องค์ประกอบของเจตคติ

4.4.3 กระบวนการเกิดทัศนคติหรือการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ มี 3 ประการ คือ

- 1) การยินยอม (Compliance) การยินยอมจะเกิดขึ้นได้ เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อเขา และเพื่อมุ่งหวังจะให้เกิดความพึงพอใจ จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลนั้น
- 2) การเลียนแบบ (Identification) การเลียนแบบเกิดขึ้น เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น ซึ่งการยอมรับนั้นเป็นผลมาจากการที่เขาต้องการ ที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีหรือพึงพอใจระหว่างตัวเขากับคนหรือกลุ่มคน
- 3) ความต้องการภายใน (Internalization) จะเกิดขึ้น ก็ต่อเมื่อคน ๆ นั้นยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือกว่า เนื่องมาจากสิ่งนั้นตรงกับความต้องการภายในของตัวเอง

4.4.4 คุณลักษณะของเจตคติ

กฤษฎณา สักดีศรี (2530 : 185-188) กล่าวถึง คุณลักษณะของเจตคติ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. เจตคติเกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ มิได้เป็นสิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ ย่อมจะมีความรู้สึกและความคิดเห็น เกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ นั่นคือ บุคคลได้เกิดเจตคติขึ้นแล้วนั่นเอง
2. เจตคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ มิใช่ว่าคนเราชอบหรือเกลียดอะไรแล้วจะต้องชอบหรือเกลียดไปตลอดชีวิต อาจเปลี่ยนแปลงเป็นตรงข้ามก็ได้ ถ้าสถานการณ์สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป เจตคติของบุคคลอาจเปลี่ยนแปลงจากเจตคติเชิงนิมานเป็นเชิงนิเสธ หรือจากเจตคติเชิงนิเสธเป็นเชิงนิมานก็ได้
3. เจตคติเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทั้งภายนอกและภายใน เราสามารถทราบได้ว่าบุคคลใด มีเจตคติเชิงนิมานหรือเชิงนิเสธ โดยการสังเกตพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออก อาจแสดงออกด้วยคำพูด หรือด้วยสีหน้าท่าทาง พอใจหรือไม่พอใจ
4. เจตคติเป็นสิ่งที่ซับซ้อน มีที่มาที่สลับซับซ้อน เพราะเจตคติขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ เช่น ประสบการณ์ การเรียนรู้ ความรู้สึก ความคิดเห็น อารมณ์ สิ่งแวดล้อม ฯลฯ ดังนั้น เจตคติจึงผันแปรได้
5. เจตคติเกิดจากการเลียนแบบ เจตคติสามารถถ่ายทอดไปยังบุคคลอื่นได้ การคล้อยตามเป็นธรรมชาติที่จะพึงมี ถ้าเราเคารพรัก พอใจ หรือศรัทธาใคร

ที่ย่อมมีฉันทาคติเห็นว่า พฤติกรรมของบุคคลที่เราชอบรับนั้นดีงาม จึงเกิดการเลียนแบบเป็นเยี่ยงอย่าง ไม่ว่าจะป็นท่วงทำนอง การพูดจา ท่าทาง หรือนิสัยใจคอ เป็นต้น

6. เจตคติมีทิศทางและความเข้ม ทิศทางของเจตคติ มี 2 ทิศทาง คือ ทิศทางเชิงนิมานหรือสนับสนุน และทิศทางเชิงนิเสธหรือต่อต้าน ส่วนความเข้ม (Intensity) ของเจตคติ คือ ปริมาณความมากน้อยของความรู้สึก เช่น ถ้าชอบมากหรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แสดงว่าเจตคติมีความเข้มสูง แต่ถ้าชอบน้อยหรือไม่เห็นด้วยเล็กน้อย แสดงว่าเจตคติมีความเข้มต่ำ

7. เจตคติอาจเกิดขึ้นจากการมีจิตสำนึก หรือจิตไร้สำนึกก็ได้ กล่าวคือ ถ้าเจตคติที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลได้มีการคิด พิจารณาวิเคราะห์หาเหตุผลจนแน่ใจว่า ถูกหรือผิด ควรหรือไม่ควร ดีหรือเลวประการใด ถือได้ว่าเป็นเจตคติที่เกิดจากการมีจิตสำนึก แต่หากเจตคติที่เกิดขึ้น โดยมิได้มีการคิดพิจารณาหรือไตร่ตรองแต่อย่างใด จะถือว่าเป็นเจตคติที่เกิดจากจิตไร้สำนึก

8. เจตคติมีความคงทนพอสมควร เมื่อเจตคติเกิดขึ้นแล้วมักจะเปลี่ยนแปลงได้ยาก โดยเฉพาะเจตคติ ที่เกิดจากการสร้างสมประสบการณ์ที่ยาวนานมาตั้งแต่บุคคลนั้นมีอายุน้อย

9. เจตคติของบุคคล ที่มีต่อเหตุการณ์ บุคคล หรือสถานการณ์เดียวกัน ย่อมแตกต่างกันได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล ที่ได้รับมาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเจตคติ

4.4.5 การวัดเจตคติ

การวัดเจตคติจะต้องบ่งบอกถึงปริมาณความมากน้อยของเจตคติที่มีต่อสิ่งเร้า และทิศทางที่บอกว่าเจตคติไปในทิศทางบวกหรือลบด้วยลักษณะการประเมินค่า ลักษณะเปรียบเทียบเชิงปริมาณมากน้อย ผู้ตอบต้องอาศัยประสบการณ์ที่เป็นสิ่งเร้ากำหนดเลือกตอบ

Osgood. (1957 : 131-134) ได้สร้างวิธีวัด เจตคติแบบ Semantic Differential ซึ่งเป็นการศึกษา ถึงความหมายของสิ่งต่าง ๆ ตามความคิดของกลุ่มที่เราศึกษาโดยใช้คำคุณศัพท์ ซึ่งมีความหมายตรงกันข้ามกัน เป็นคำที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการวัด โดยทั่วไปมาตราวัด (Scale) แบบ Semantic Differential จะแบ่งออกเป็น 7 ช่อง การให้คะแนนอาจจะให้จาก 1 ถึง 7 โดยกำหนดคะแนนมากไว้ทางคุณศัพท์ที่เป็นด้านบวก (Positive) อีกวิธีหนึ่ง อาจจะให้ช่องกลางมีค่าเท่ากับศูนย์ คะแนนถัดจากศูนย์จะเป็น 1,2,3 และ 1,2,3 ตามลำดับ ได้อธิบายคำคุณศัพท์ไว้ 3 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านการประเมินค่า เป็นคำคุณศัพท์ที่ใช้ในการประมาณค่า เช่น ดี-ชั่ว จริง-เท็จ เป็นต้น 2) ด้านสัณยภาพ เป็นองค์ประกอบที่ใช้แสดงพลังอำนาจ เช่น แข็งแรง-อ่อนแอ

หนัก-เบา เป็นต้น และ 3) ด้านกิจกรรมแสดงลักษณะกิจกรรม เช่น ช้า-เร็ว เนื้อหา-กระตือรือร้น

Likert. (1976 : 112-114) เสนอแนวคิดไว้ว่า ผู้มีทัศนคติต่อสิ่งใด ก็ย่อมจะมีโอกาสที่จะตอบเห็นด้วย ต่อข้อความที่สนับสนุนสิ่งนั้นมาก และโอกาสที่จะตอบเห็นด้วย กับข้อความที่ต่อต้านสิ่งนั้นจะมีอยู่น้อย ทำนองเดียวกับผู้ที่มีทัศนคติไม่ดีต่อสิ่งนั้น โอกาสที่จะเห็นด้วย หรือสนับสนุนสิ่งนั้นจะมีอยู่น้อย และโอกาสจะตอบเห็นด้วยกับข้อความที่ต่อต้านสิ่งนั้นจะมีมาก คะแนนรวมของทุกข้อ จะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงทัศนคติของผู้ตอบแบบวัดของแต่ละคน วิธีสร้างแบบวัดนี้ ครั้งแรกจะต้องรวบรวมข้อความที่เกี่ยวข้อง ในสิ่งที่จะศึกษาให้เลือกตอบว่า เห็นด้วย ไม่เห็นใจ ไม่เห็นด้วย เพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยผู้ตอบนั้นตอบตามความรู้สึกของตนเอง การให้คะแนนนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของข้อความว่า เป็นข้อความในเชิงนิมิต (Positive Statement) หรือข้อความในเชิงนิเสธ (Negative Statement) กำหนดการให้คะแนนการตอบของแต่ละตัวเลือก คือ กำหนดคะแนนเป็น 5, 4, 3, 2, 1 หรือ 4, 3, 2, 1, 0 สำหรับข้อความทางบวก และ 1, 2, 3, 4, 5 หรือ 0, 1, 2, 3, 4 สำหรับข้อความทางข้อความว่า เป็นข้อความในเชิงนิมิต (Positive Statement) หรือข้อความในเชิงนิเสธ (Negative Statement) กำหนดการให้คะแนนการตอบของแต่ละตัวเลือก คือ กำหนดคะแนนเป็น 5 4 3 2 1 หรือ 4 3 2 1 0 สำหรับข้อความทางบวกและ 1 2 3 4 5 หรือ 0 1 2 3 4 สำหรับข้อความทางลบ

4.4.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชลธิชา เรืองยุทธิกิรณ (2537 : 66) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ เจตคติและพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ของประชาชนเขตเทศบาลเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่ามีความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี และแหล่งข้อมูลความรู้ที่สำคัญคือ แหล่งโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วิทยุ เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ มีความตระหนักเกี่ยวกับสถานการณ์ในประเทศไทย มีเจตคติต่อคนติดเชื้อเอดส์ เห็นควรให้มีการประชาสัมพันธ์และป้องกันสำหรับคนกลุ่มนี้ให้มากขึ้น การเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม พบความแตกต่างเฉพาะเรื่องความรู้ สถานภาพการสมรส อายุ ระดับการศึกษาและเจตคติต่ออุ้งยางอนามัย กับเพศและอายุ

สุทธิดา กุดเนียม (2551 : 10) ศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการในสถานอนามัยตำบลบ้านกุ่ม อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 50 รายพบว่าผู้ป่วยมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ขาดความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ทัศนคติอยู่ในระดับต่ำเชื่อว่าไม่มีอาการผิดปกติไม่ต้องมาพบแพทย์ตามนัด การขาดยาไม่มีผลร้ายแรง และควร

รับประทานอาหารมากๆจะทำให้สุขภาพแข็งแรง พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องได้แก่การเพิ่มขนาดยาเองและหยุดยาโดยไม่ได้มาปรึกษาแพทย์ ดังนั้นแนวทางการพัฒนาความรู้ทัศนคติ โดยมี 1 ยุทธศาสตร์ 2 กลยุทธ์ 3 แผน ดังนี้คือ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม กลยุทธ์ ได้แก่การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง กลยุทธ์ที่ 2 การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และมีแผนการเสริมสร้างความรู้ และการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ซึ่งพบว่าเมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมที่ถูกต้องแล้วส่งผลให้เกิดการดูแลตนเอง ให้สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้

วรรณวิมล เมฆวิมล (2553 : 94) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ศึกษาปฏิบัติงานของนักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ซึ่งศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันและตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 329 คน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ปัจจัยอื่นได้แก่ แรงสนับสนุน หรือมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน การรับรู้ข่าวสารหรือการได้รับคำแนะนำสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากบุคคลต่างๆ

ดวงเดือน กะการรัมย์ (2555 : 4) ศึกษาถึง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับเพศศึกษาของวัยรุ่นในชุมชนจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง 100 คน โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และทัศนคติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับเพศศึกษาของวัยรุ่น โดยหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับเพศศึกษาในวัยรุ่นแต่ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับเพศศึกษาในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.476$)

4.5. แรงจูงใจ

4.5.1 ความหมายแรงจูงใจ

ภาวิไล เจริญพงศ์ (2547 : 11-12) ให้ความหมายว่า แรงจูงใจ หมายถึง สิ่งกระตุ้นหรือ สิ่งเร้าที่มีอยู่ภายในทั้งองค์การและตัวพนักงาน ซึ่งจะทำให้พนักงานเต็มใจที่จะใช้ความพยายาม ในการทำกิจกรรม หรือภาระหน้าที่ เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายและบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ และ การให้ความหมายของ

สุภาพรณี พลนิกร (2548 : 199) ที่ได้ให้ความหมาย แรงจูงใจ (Motivation) คือ สภาวะที่ถูกกระตุ้น (Activated State) ภายในแต่ละคน ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย หรือ

เป็นเหตุผลของพฤติกรรมแต่ละครั้ง ส่วนแรงกระตุ้น (Motive) คือ ลักษณะทางจิตวิทยาชนิดหนึ่ง (Trait) ซึ่งเป็นตัวแทนของพลังภายในที่มองไม่เห็น (Unobservable) และทำหน้าที่กระตุ้น (Stimulate) รวมทั้งออกแรงบังคับ (Compel) ให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง (Response) ในทิศทางที่ชัดเจน สำหรับคำว่า แรงจูงใจ และแรงกระตุ้นมีการนำไปใช้แทนที่กันได้ การให้ความหมายของ

รั้งสรรค ประเสริฐศรี (2549 : 39) ได้ให้ความหมายของแรงจูงใจ คือ ความต้องการของบุคคล ที่จะทำบางสิ่งบางอย่างและมีเงื่อนไข ความสามารถในการกระทำเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในความจำเป็นต้องการ (Need) ของบุคคลนั้น

สิริรักษ์ วรรณะพินธุ์ (2548 : 12) กล่าวว่า แรงจูงใจ หมายถึง ความต้องการหรือความรู้สึกที่เข้ามากระตุ้นภายในจิตใจ ก่อให้เกิดพฤติกรรม ที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองต้องการ

วิรัช สงวนวงษ์วาน (2551 : 209) ให้ความหมาย แรงจูงใจ เป็นกระบวนการที่ความพยายามของบุคคลได้รับการกระตุ้น (Energized) ชี้แนะ (Directed) และรักษาให้คงอยู่ (Sustained) จนกระทั่งงานขององค์การบรรลุเป้าหมาย

จากความหมาย ของแรงจูงใจดังกล่าว พอสรุปได้ว่า แรงจูงใจ หมายถึง สภาวะที่ถูกกระตุ้นหรือชักนำสิ่งที่อยู่ภายในหรือความต้องการของบุคคล ให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อตอบสนองความต้องการ วัตถุประสงค์ที่องค์การหรือบุคคลต้องการนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองต้องการ

4.5.2 แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ

แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation Theories) มีแนวคิดที่กล่าวถึงแรงจูงใจ อาทิ เช่น

1. ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow. (1970 : 35-47) Maslow. เป็นนักจิตวิทยาชาวอังกฤษ เป็นคนแรกที่ได้สร้างทฤษฎีทั่วไปเกี่ยวกับแรงจูงใจเอาไว้ และต่อมาเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย ทฤษฎีของเขาได้ชื่อว่าทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการ โดยอธิบายว่ามนุษย์มีความต้องการเป็นลำดับขั้น ซึ่งพบว่าบุคคลมักคืบหน้าตอบสนองความต้องการขั้นต่ำสุดก่อน เมื่อได้รับการตอบสนองแล้ว จึงแสวงหาความต้องการขั้นสูงขึ้นไปตามลำดับ ในยุคแรก ๆ ที่ Maslow. (1970) ทำการศึกษา ได้แบ่งความต้องการของมนุษย์เป็น 5 ลำดับ ลำดับ 1 ถึง 4 เป็นความต้องการระดับต้น ลำดับที่ 5 เป็นความต้องการระดับสูง ในยุคต่อมา Maslow. (1970) ได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมและแบ่งความต้องการลำดับที่ 5 ให้ละเอียดออกไปอีกเป็น 3 ลำดับ รวมใหม่ทั้งหมดเป็น 7 ลำดับขั้นของความต้องการ มีดังต่อไปนี้ 1) ลำดับขั้นที่ 1 ความต้องการทางสรีระ (Physical Needs) คือ ความต้องการตอบสนองความหิวกระหาย ความเหนื่อย ความง่วง ความ

ต้องการทางเพศ ความต้องการขับถ่าย ความต้องการ มีกิจกรรมทางร่างกาย และความต้องการ การสนองความสุขของประสาทสัมผัส 2) ลำดับขั้นที่ 2 ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) คือ ความต้องการการคุ้มครองปกป้องรักษา ความอบอุ่นใจ ความปราศจากอันตราย และต้องการการหลีกเลี่ยงความวิตกกังวล 3) ลำดับขั้นที่ 3 ความต้องการความเป็นเจ้าของ และความรัก (Belongingness and Love Needs) คือความอยากมีเพื่อน มีพวกพ้อง มีกลุ่ม มีครอบครัว และมีความรัก ขั้นนี้จัดเป็นความต้องการทางสังคม 4) ลำดับขั้นที่ 4 ความต้องการเป็นที่ยอมรับ ยกย่อง และเกียรติยศชื่อเสียง (Esteem Needs) คือความอยากมีชื่อเสียง มีหน้ามีตา มีคนยกย่อง เลื่อมใส มีความเด่นดัง และต้องการความรู้สึที่ดีของคนอื่นต่อตน 5) ลำดับขั้นที่ 5 ความ ต้องการใฝ่รู้ใฝ่เรียน (Need to Know and Understand) คือ ความอยากรู้ อยากเข้าใจ อยากมีความสามารถ อยากมีประสบการณ์ 6) ลำดับขั้นที่ 6 ความต้องการทางสุนทรียะ (Aesthetic Needs) ได้แก่ ความต้องการด้านความดี ความงาม คุณธรรม และความละเอียดอ่อนทางจิตใจ และ 7) ลำดับขั้นที่ 7 ความต้องการความสำเร็จ หรือความสมบูรณ์แบบในชีวิต (Self Actualization Needs)

2) ทฤษฎี ERG (ERG THEORY: Existence Relatedness Growth Theory)

เป็นทฤษฎีที่ Alderfer. (1984) พัฒนามาจากทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow. (1970) โดยได้ให้ข้อเสนอเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐาน 3 อย่างดังนี้

2.1) ความต้องการดำรงชีวิต (Existence Needs) เป็นความต้องการที่จะตอบสนองเพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไป ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ ที่พักอาศัย ความปลอดภัยทางร่างกาย

2.2) ความต้องการมีสัมพันธภาพกับคนอื่น (Relatedness Needs) เป็นบทบาทที่ซับซ้อนเกี่ยวกับคนและความพึงพอใจ การปฏิสัมพันธ์กันในสังคมนำมาสู่เรื่องเกี่ยวกับอารมณ์ การเคารพนับถือ การยอมรับ และความต้องการเป็นเจ้าของ ทำให้เกิดความพึงพอใจในบทบาทการทำงานของตนเองรวมทั้งครอบครัวและเพื่อน

2.3) การต้องการความเจริญก้าวหน้า (Growth Needs) เป็นความต้องการสูงสุด เช่น ใฝ่รู้ใฝ่เรียน ปรารถนาความสำเร็จในชีวิต ความเจริญก้าวหน้า ซึ่งต้องใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ ความต้องการนี้ ประกอบด้วย การท้าทายอิสรภาพของตนเองที่จะทำให้ความสามารถนั้นเกิดความเป็นจริงได้

3) ทฤษฎีการจูงใจในผลสัมฤทธิ์ของ McClelland. (1985)

McClelland. (1985 : 812-825) ได้ทำการทดลองเพื่อหาทางวัดความต้องการต่าง ๆ ของคน โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า The Thematic Apperception Test หรือ เรียกชื่อย่อว่า TAT

ใช้วิธีให้คนดูภาพถ่ายแล้วเขียนแสดงทัศนนะว่าเขามองเห็นอย่างไรต่อภาพถ่ายนั้น บางทีเรียกว่า โปรเจกทีฟ เทสต์ (Projective Test) ได้แบ่งผลการศึกษาข้อมูลที่ได้จากการทดสอบออกเป็น 3 เรื่อง แต่ละเรื่องจะมีลักษณะตรงกันเกี่ยวกับความต้องการของคน ซึ่งมีความต้องการอยู่ 3 ประการคือ

3.1 ความต้องการความสำเร็จ (Needs for Achievement : nAch) เป็นความต้องการที่ทำบางอย่างให้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น ต้องการที่จะแก้ปัญหาต่าง ๆ และต้องการสิ่งย้อนกลับที่ได้จากผลงาน

3.2 ความต้องการผูกพัน (Needs for Affiliation : nAff) เป็นความต้องการที่จะสร้างความเป็นมิตรและสัมพันธ์ภาพที่อบอุ่นกับบุคคลอื่น

3.3 ความต้องการมีอำนาจบารมี (Needs for Power : nPower) ได้แก่ การเป็นที่ยอมรับของสังคม

4.) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง ความรู้สึก สภาพอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้น ของสิ่งเร้าทั้งจากภายในและภายนอก เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย สิ่งเร้าภายใน ได้แก่ ความสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพอนามัย ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคคลในครอบครัวในสังคม ความตั้งใจที่จะแสวงหาวิธีการรักษาสุขภาพ ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ สิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว แรงสนับสนุนจากสังคม เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ จะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ทำให้เกิดความร่วมมือ ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เพื่อการป้องกันและควบคุมโรค

ลินคคี่ซันน์ อุ่นพรมมี และศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี (2556 : 20-21) ตามแนวความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นทฤษฎีที่สำคัญ มีปัจจัยทั้ง 6 ปัจจัย เป็นแนวคิดพื้นฐานในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง/การรับรู้โอกาสได้รับผลกระทบ (Perceived Susceptibility) เชื่อว่าโรคหรือปัญหาสุขภาพ หากเกิดขึ้นจะมีความรุนแรงและอันตราย หรือมีการรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) เชื่อว่าการดำเนินการหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยลด โอกาสเสี่ยงหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ หรือมี การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) เชื่อว่าค่าใช้จ่ายและสิ่งที่ต้องลงทุนเมื่อดำเนินการหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อคำนวณแล้วจะน้อยกว่าประโยชน์ที่ได้รับหรือมี การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ในระดับที่ควบคุมได้ เมื่อได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ดูโฆษณาโทรทัศน์ที่เตือนให้ตรวจสุขภาพ หรือมีแพทย์เตือนให้ตรวจ

หรือมีสิ่งเตือนให้ปฏิบัติ(Cues to Action)และมีความมั่นใจตนว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติหรือเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ หรือมีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy)

5) ทฤษฎีจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory)

เกิดขึ้นครั้งแรก ปี ค.ศ.1975 โดย Leventhal (1975 : 99) ต่อมาในปี 1983 ได้ทำการปรับปรุงแก้ไขเริ่มต้นจากการนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้โดยเน้นความสำคัญระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตน (Self-efficacy Theory) เน้นการรับรู้ข่าวสาร เป็นส่วนประกอบให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคของบุคคล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลไปในทางที่ถูกต้อง เกิดความตั้งใจตอบสนองต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากที่สุด โดยนำตัวแปรที่ทำให้เกิดความกลัวได้แก่

5.1) การรับรู้ความรุนแรง (Noxiousness) สามารถพัฒนาได้ด้วยการพูดว่าถ้าไม่กระทำหรือไม่กระทำจะส่งผลให้ได้รับผลร้ายแรง โดยการใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการสื่อสาร หรืออาจใช้ข้อความที่ปรากฏว่ามีอันตราย จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมได้

5.2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Probability) เป็นการสื่อสาร โดยการชูงูและถูกคามต่อสุขภาพทำให้บุคคลเชื่อว่าตกอยู่ในภาวะเสี่ยงขึ้นอยู่กับตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าจะหลีกเลี่ยงจากภาวะเสี่ยงนั้นได้

5.3) ความคาดหวังของสิทธิประโยชน์ของการตอบสนอง (Response Efficiency) นำเสนอข้อมูลข่าวสารของการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้บุคคลเกิดความกลัวในเรื่องของสุขภาพ โดยการปรับหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง

ต่อมาในปี 1983 แมดดักซ์และ โรเจอร์ส (Maddux and Rogers. 1983 : 25) มีการปรับปรุงและเพิ่มตัวแปรมา อีก 1 ตัว ได้แก่

ความคาดหวังในความสามารถของตน (Self-efficacy)อยู่บนพื้นฐานการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยา ซึ่งทำได้หลายวิธี เช่นการเลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอน โดยผู้ที่มีความเชื่อในอำนาจแห่งตน การมีสุขภาพดีหรือความเจ็บป่วยเกิดขึ้น จากการปฏิบัติของแต่ละบุคคลโดยติดตามข่าวสารในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ดังนั้นผู้ที่เชื่อในอำนาจแห่งตนมีการรับรู้ในความสามารถแห่งตนสูง Badura. (1977 : 12) การพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนมี 4 วิธี 1) จัดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Performance Accomplishment) ความสำเร็จเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเชื่อว่ามีความสามารถที่จะกระทำเช่นนั้น ได้ฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้ 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) หรือเป็นกิจกรรมที่ให้เห็นตัวผู้อื่นสังเกตจากตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วพึงพอใจทำให้รู้สึกว่าจะสามารถประสบความสำเร็จได้ถ้าทำ

ตามตัวอย่างนั้น แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live Modeling) สังเกตได้จริงๆ ไม่ต้องผ่านสื่อ ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) ได้แก่ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ 3) จัดกิจกรรมพูดชักจูงใจ (Verbal Persuasion) เป็นการรับฟังคำพูดชักจูงใจจากผู้อื่น เป็นการพิจารณาความสามารถของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นเพิ่มกำลังใจ และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์ที่มีความเหมาะสม ทำให้บุคคลไม่กลัวและละแอะพอใจ ไม่เกิดการบีบบังคับให้เกิดความวิตกกังวลหรือความเครียด

ทฤษฎีจูงใจเพื่อป้องกันโรคมุ่งความเชื่อว่าจะทำให้ดีที่สุดเมื่อ 1) บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง 2) บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น 3) เชื่อว่าการตอบสนองด้วยการปรับตัวเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการกำจัดอันตราย 4) บุคคลมีความเชื่อว่าจะปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างสมบูรณ์ 5) ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย และ 6) อุปสรรคต่อการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

ซึ่งผู้วิจัยได้นำทฤษฎีเรื่องการป้องกันโรคมานำประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีความเชื่อว่าการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังของสิทธิประโยชน์ของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนจะทำให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

4.5.3 ประเภทของแรงจูงใจ

นักจิตวิทยา ได้แบ่งการจูงใจออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) หมายถึง สภาวะของบุคคลที่มีความต้องการในการทำการเรียนรู้ หรือแสวงหาบางอย่างด้วยตนเอง โดยมีต้องให้มีบุคคลอื่นมาเกี่ยวข้อง เช่น นักเรียนสนใจเล่าเรียนด้วยความรู้สึกลึกซึ้งในตัวของเขาเอง ไม่ใช่เพราะถูกบิดามารดาบังคับ หรือเพราะมีสิ่งล่อใจใดๆ การจูงใจประเภทนี้ ได้แก่

1.1 ความต้องการ (Needs) เนื่องจากคนทุกคนมีความต้องการที่อยู่ภายในอันจะทำให้เกิดแรงขับ แรงขับนี้จะก่อให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และความพอ

1.2 เจตคติ (Attitude) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่ดีที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งจะช่วยให้บุคคลทำในพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น เด็กนักเรียนรักครูผู้สอนและพอใจวิธีการสอน ทำให้เด็กมีความสนใจ ตั้งใจเรียนเป็นพิเศษ

1.3 ความสนใจพิเศษ (Special Interest) การที่เรามีความสนใจในเรื่องใดเป็นพิเศษ ก็จัดว่าเป็นแรงจูงใจให้เกิดความเอาใจใส่ในสิ่งนั้น ๆ มากกว่าปกติ

2. แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation) หมายถึง สภาวะของบุคคลที่ได้รับแรงกระตุ้นมาจากภายนอก ให้มองเห็นจุดหมายปลายทาง และนำไปสู่เป้าหมาย

2.1 เป้าหมายหรือความคาดหวังของบุคคล คนที่มีเป้าหมายในการกระทำใด ๆ ย่อมกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสม เช่น พนักงานทดลองงาน มีเป้าหมายที่จะได้รับการบรรจุเข้าทำงาน จึงพยายามตั้งใจทำงานอย่างเต็มความสามารถ

2.2 ความรู้เกี่ยวกับความก้าวหน้า คนที่มีโอกาสทราบว่าตนจะได้รับ ความก้าวหน้าอย่างไรจากการกระทำนั้น ย่อมจะเป็นแรงจูงใจให้ตั้งใจและเกิดพฤติกรรมขึ้นได้

2.3 บุคลิกภาพ ความประทับใจอันเกิดจากบุคลิกภาพ จะก่อให้เกิดแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมขึ้นได้ เช่น ครู อาจารย์ ก็ต้องมีบุคลิกภาพทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ นักปกครอง ผู้จัดการจะต้องมีบุคลิกภาพของผู้นำที่ดี เป็นต้น

2.4 เครื่องล่อใจอื่น ๆ มีสิ่งล่อใจหลายอย่างที่ก่อให้เกิดแรงกระตุ้น ให้พฤติกรรมเกิดขึ้น เช่น การให้รางวัล (Rewards) อันเป็นเครื่องกระตุ้นให้อยากกระทำ หรือการลงโทษ (Punishment) ซึ่งจะกระตุ้นมิให้กระทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ การชมเชย การติเตียน การประกวด การแข่งขัน หรือการทดสอบ ก็จัดว่าเป็นเครื่องมือที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมได้ทั้งสิ้น

4.5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทัตยา สถิตวัฒนา (2545 : 78) ศึกษาถึงประสิทธิผลของ โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน โรคของโรเจอร์สที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย วัลโรคปอดในโรงพยาบาลรัชฎบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 60 คน โดยใช้เครื่องมือโปรแกรมสุขศึกษา ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและกลับเป็นซ้ำ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองตามคำแนะนำในการรักษา ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา และพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม

นิตยา แก้วสอน (2548 : 84) ได้ศึกษาแรงจูงใจภายในและพฤติกรรมควบคุม น้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรงพยาบาลพระยุพราชเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 288 รายหาความสัมพันธ์ โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการควบคุมระดับปานกลาง แรงจูงใจภายในในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด ($r=.72$) การรับรู้ความสามารถแห่งตนการกำหนดด้วยตนเองและภาวะถูกควบคุมในการปฏิบัติพฤติกรรมน้ำตาลในเลือด สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดได้

จิตติพร คัมภีรานนท์ (2549 : 98) ศึกษาถึงประสิทธิผลสุศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลชลประทาน เป็น การวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 30 คนเข้าโปรแกรมสุศึกษาโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจของโรเจอร์ส ผล การศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงแรงกด และมีภาวะสุขภาพดีกว่า ก่อนการทดลอง มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เยาวลักษณ์ วงษ์ชาญศรี (2550 : 65) การจัดการเพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอหาดพยอม จังหวัดนครพนม จำนวน 40คน โดยใช้เครื่องมือแผนกิจกรรมการจัดการโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ ใช้แบบสอบถามก่อนหลัง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความคาดหวัง ในความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการ ตอบสนองต่อการควบคุมระดับน้ำตาล การปฏิบัติตนในการควบคุมระดับน้ำตาล และพบว่าระดับ น้ำตาลในเลือดลดลงกว่าการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

เนือทิพย์ ศรีอุดร (2550 : 60) ศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อ ป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกในเขตสถานีอนามัยสร้างดี อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม จำนวน 46 คนจัดการอบรมโดย ใช้โปรแกรมสุศึกษา ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความ รุนแรงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิภาพ ใน การควบคุมป้องกันเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

กัญญา สุยะมั่ง (2551 : 67) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการ ออกกำลังกายต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสามเงา จังหวัด ตากจำนวน 30ราย การวิจัยกึ่งทดลองโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจ คู่มือ แบบบันทึกผลการศึกษาสรุปว่า ระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มทดลองภายหลังได้รับแรงเสริมสร้าง แรงจูงใจในการออกกำลังกายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ราไพวัลย์ นาครินทร์ (2553 : 87) ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลด ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สถานีอนามัยบ้านโพธิ์น้อย อำเภอบุณฑล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 40 คนกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการ รับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด ความคิดเห็นต่อแรง

สนับสนุนต่อสังคมดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการเกิดโรค ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ (2553 :81) ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน โดยได้รับ โปรแกรมโปรแกรมสุขศึกษาประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มการทดลอง มีพฤติกรรม การดูแลตนเองและอาการปวดดีขึ้นก่อนเข้าร่วม โครงการและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีอาการปวดบ่าลดลง

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พอสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์กับตัวแปรต่าง ๆ ดังนี้ ปัจจัยด้านแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและกลับเป็นซ้ำ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองเพื่อการป้องกันภาวะโรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม

4.6 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

4.6.1 ความหมายการมีส่วนร่วม

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2546 : 30) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการพัฒนา โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด โครงการ เช่นการร่วมกันค้นปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยี การติดตาม ประเมินผล รวมถึงการรับผลประโยชน์ที่เกิดจากโครงการ และต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม

2. การมีส่วนร่วมทางการเมือง จำแนกเป็น 2 ประเภท คือการส่งเสริมสิทธิและพลัง อำนาจทางการเมือง และการเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐ

Cohen and Uphoff. (1977 : 7-9) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมโดยทั่วไป หมายถึง การมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจควบคู่ไปกับการปฏิบัติการ เช่น ในการจัดการองค์กร การกำหนดกิจกรรมพัฒนา การตัดสินใจยังเกี่ยวข้องกับประชาชนในเรื่องผลประโยชน์ การประเมินผลในการพัฒนา ซึ่งจะเห็นว่า การตัดสินใจเกี่ยวข้องโดยตรงกับการปฏิบัติการ และเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์และการประเมินผล โดยที่ผลประโยชน์เป็นผลมาจากการปฏิบัติการประกอบด้วย การสนับสนุน ทรัพยากร การบริหาร การประสานร่วมมือ และผลประโยชน์นั้น และมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2544 : 6-7) การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาล ทำการส่งเสริมสนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชน ทั้งส่วนบุคคล กลุ่มชน ชมรม สมาคม มูลนิธิและองค์กรอาสาสมัครรูปแบบต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วม ในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องร่วมกัน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และ นโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้

ถนัด ไบยา (2541 : 7-10)การมีส่วนร่วมจะเกี่ยวข้อง 3 ประการ ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจพัฒนา การค้นหาปัญหาสภาพที่คาดหวัง วิเคราะห์หาสาเหตุแห่ง ปัญหา ทางเลือกแห่งการแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจเลือกทางเลือกของปัญหา 2) การมีส่วนร่วมประชาชน ในกิจกรรมที่ตัดสินใจเลือกทำให้เกิดการพัฒนา และ 3) การมีส่วนร่วมประชาชน ในการร่วมรับผลประโยชน์อย่าง เป็นธรรมในกิจกรรมนั้น ๆ มีส่วนร่วมในการประเมินผล เพื่อนำบทเรียนการเรียนรู้ร่วมกันและปรับปรุงพัฒนา

จากความหมาย การมีส่วนร่วมของประชาชน พอสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเป็นสมาชิก การเปิดโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมรู้สึกเป็นเจ้าของในโครงการ กิจกรรม แสดงความคิดเห็น ในการคิดริเริ่มค้นหาปัญหาวิเคราะห์ปัญหา ร่วมตัดสินใจ วางแผน จัดการควบคุมกำกับ การใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยี และมีส่วนร่วมในการดำเนินการ บริหาร จัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการดูแลตนเอง หมายถึง การมีส่วนร่วมในคิดเห็น รับรู้ปัญหา และเลือกในการปฏิบัติดูแลสุขภาพร่วมกัน ในการปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆที่ดูแลสุขภาพตนเอง

4.6.2 หลักการของการมีส่วนร่วมของชุมชน

หลักการและแนวทางการพัฒนา โดยการมีส่วนร่วมในชุมชน มีองค์ประกอบ หรือหลักการสำคัญอยู่ 6 องค์ประกอบ (ไพรัตน์ เตชะรินทร์. 2527 : 30) ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมของชุมชน ต้องยึดหลักความต้องการ และปัญหาของประชาชนเป็นจุดเริ่มต้นของกิจกรรม หากกิจกรรมที่จะนำไปให้ประชาชนเป็นเรื่องใหม่ ก็ต้องใช้ เวลาในการกระตุ้นเร้าความสนใจ ให้ความรู้ความเข้าใจ จนประชาชนยอมรับความจำเป็นและ ประโยชน์ในการจัดกิจกรรมเหล่านั้น

2) กิจกรรมต้องดำเนินการในลักษณะกลุ่ม เพื่อสร้างพลังกลุ่มในการ รับผิดชอบร่วมกัน สร้างความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม ปลูกฝังทัศนคติและพฤติกรรมที่ เห็นแก่ส่วนรวมทำงานเสียสละ เพื่อประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว

3) แนวทางการพัฒนาในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ต้องกำนังจิตใจ ความสามารถของประชาชนที่รับผิดชอบดำเนินการต่อไปได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาจากภายนอก โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรกต้องไม่ทุ่มเทในลักษณะการให้เปล่าโดยสิ้นเชิง ต้องทำให้ประชาชนเกิดความสำนึกเป็นเจ้าของกิจกรรม และต้องสามารถทำต่อไปเองได้ เมื่อการช่วยเหลือภายนอก สิ้นสุดลง การช่วยเหลือตนเองและการพึ่งตนเอง เป็นหลักการสำคัญที่ต้องเริ่มตั้งแต่ต้น

4) กิจกรรมการพัฒนาที่นำเข้าไปในชุมชน ต้องสอดคล้องกับสภาพ สิ่งแวดล้อมความพร้อมรับของชุมชน ซึ่งหมายรวมทั้งการใช้ทรัพยากรในชุมชน การสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชน

5) การเริ่มต้นกิจกรรมต้องอาศัยผู้นำชุมชน ซึ่งหมายถึง ผู้นำตามธรรมชาติที่ชาวบ้านเคารพนับถือ ผู้นำทางศาสนา ผู้นำที่ได้รับการเลือกตั้งหรือแต่งตั้งจากราชการ เพื่อเป็นผู้ชักนำชาวบ้าน ผู้นำชุมชนโดยทั่วไป จะสามารถปรับทัศนคติและการยอมรับสิ่งใหม่ๆ ได้เร็วกว่า และเป็นผู้ที่ชาวบ้านมีความศรัทธาในตัวผู้นำอยู่แล้ว การเริ่มต้นจากผู้นำจึงไปได้ เร็วกว่า และได้รับการยอมรับจากประชาชนทั่วไป

6) ขั้นตอนการดำเนินงานต่าง ๆ ต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มต้นกล่าวคือ การร่วมหาข้อมูล ร่วมหาสาเหตุของปัญหา ร่วมปรึกษาหารือเพื่อหาทางแก้ไข ปัญหา ร่วมการตัดสินใจ ร่วมการวางแผน ร่วมการปฏิบัติงาน ร่วมการติดตามผลงาน จนถึงขั้นการร่วมบำรุงรักษาในระยะยาว

4.6.3 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

ชัยณรงค์ สุระชัยปัญญา และคณะ (2545 : 10-11) ได้เสนอถึงกระบวนการมีส่วนร่วมอาจมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ประเมินความต้องการในการเข้าร่วม ทำการรวบรวม และประเมินข้อมูลสถานการณ์เบื้องต้น เพื่อแยกผลกระทบต่อบุคคลหรือกลุ่มเบื้องต้น หาข้อมูลสภาพสังคมของชุมชนที่ถูกกระทบ ประเมินความต้องการของชุมชนในการเข้าร่วมในแผนงาน โครงการต่าง ๆ จัดตั้งผู้ประสานงานระดับชุมชนเพื่อชี้แจงและสร้างความเข้าใจ การแสวงหาวิธีการมีส่วนร่วมที่ชุมชนเห็นด้วย เป็นต้น

2) จัดสร้างกระบวนการที่มีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ คือ

2.1) สร้างความเข้าใจร่วมกันในประเด็นต่าง ๆ ของการพัฒนาและการมีส่วนร่วม โดยมีการแยกแยะความสนใจความต้องการของบุคคลหรือกลุ่มและความต้องการในการมีส่วนร่วม

2.2) กำหนดเป้าหมายและสร้างแนวทางแก้ไขต่าง ๆ ที่อาจเป็นไปได้
ร่วมกัน ประเมินแนวทางการพัฒนา ยืนยันแนวทางที่ถูกเลือกโดยวิธีการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม

ดังนั้นตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง
ที่จะส่งผลให้พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจาก
การที่ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ
ร่วมแก้ไขปัญหา และร่วมรับผลประโยชน์

4.6.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นิรามัย ไข้เทียมวงศ์ (2535 : 87) ศึกษาถึงแรงสนับสนุนทางสังคมการดูแลตนเอง
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลรามารชิบัติ จำนวน
50ราย พบว่าประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แบบสอบถามแหล่งประ โยชน์พบว่า
ระยะเวลาในการศึกษาและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ระยะเวลาการศึกษาและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต
และเป็นตัวแปรทำนายการดูแลตนเองได้ ความรุนแรง การดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม
อธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้

ทวี ขวัญมา (2550 : 110) ได้ศึกษาการจัดการแบบมีส่วนร่วม ขององค์กรชุมชน
ในการป้องกันและควบคุม โรคไข้หวัดนก อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ผลการศึกษา พบว่า
ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนก มีพฤติกรรมป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้หวัดนก และมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก อยู่ในระดับสูง
ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จุฑามาส ยอดเรือน (2549 :67) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแล
ผู้ป่วยเบาหวาน โดยการประเมินระดับน้ำตาลก่อนและหลังการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลองร่วมกับ
ญาติ 3 กิจกรรม คือ การจัดกิจกรรมที่ให้ญาติได้เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งกิจกรรมการควบคุมอาหาร
กิจกรรมการออกกำลังกายและการดูแลเท้า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการตรวจพบแพทย์ตามนัด
และการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยมีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยของญาติ ส่วนกลุ่ม
เปรียบเทียบจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลของผู้ป่วย
เบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล
ของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

สุฉันทา เปรื่องธรรมกุล (2550 : 108-115) ได้ศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงาน การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้เกี่ยวข้อง โดยใช้ เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วม และได้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวาน คือ การให้ความรู้ สาธิตการออกกำลังกายและกิจกรรม คลายความเครียด รูปแบบที่ 2 เป็นการมีส่วนร่วมในชุมชน คือ การเยี่ยมบ้านและการสร้าง เครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ชุมชนและผู้ป่วยเกิดความตระหนักต่อสภาพปัญหาโรคเบาหวาน สามารถจัดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

จันทร์เพ็ญ ประโยงค์ (2550 : 77) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนใน การป้องกันและควบคุมภาวะเบาหวานในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการ ป้องกันและควบคุมภาวะเบาหวานทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม โดยพบว่าผู้นำชุมชนมีส่วนร่วม สม่่าเสมอมากที่สุดในช่วงขั้นตอนการร่วมลงทุนในกิจกรรมโครงการ พบว่า เหตุผลของการมีส่วน ร่วมลงทุนในกิจกรรมโครงการของผู้นำชุมชน เพื่อร่วมแก้ปัญหาและเสริมสร้างความสามัคคีใน หมู่บ้าน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและ ควบคุมภาวะเบาหวานในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการประยุกต์แนวคิดกระบวนการพัฒนา อย่างมีส่วนร่วม เพราะมีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน และมีความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพ

สรินยา ไชยพันธ์ (2551 : 84) ศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านในอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนากลุ่ม ตัวอย่างได้แก่ครอบครัวที่มีคนป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน จำนวน 62 ราย ใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับมาก การมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล ร้อยละ 90.32 การมีส่วนร่วมในผลประ โยชน์ร้อยละ 83.87 การมีส่วนร่วมในการ วางแผนตัดสินใจร้อยละ 79.32การมีส่วนร่วมในปฏิบัติการร้อยละ 69.35ซึ่งงานวิจัยนี้จะช่วยให้มี การวางแผนและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ บ้านได้

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม มี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารส่งผลต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่า ปัจจัยด้าน การมีส่วนร่วมของประชาชนส่งผลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง พบว่าประเมินความต้องการในการเข้าร่วมในแผนงาน โครงการต่าง ๆ จัดตั้งผู้ประสานงาน

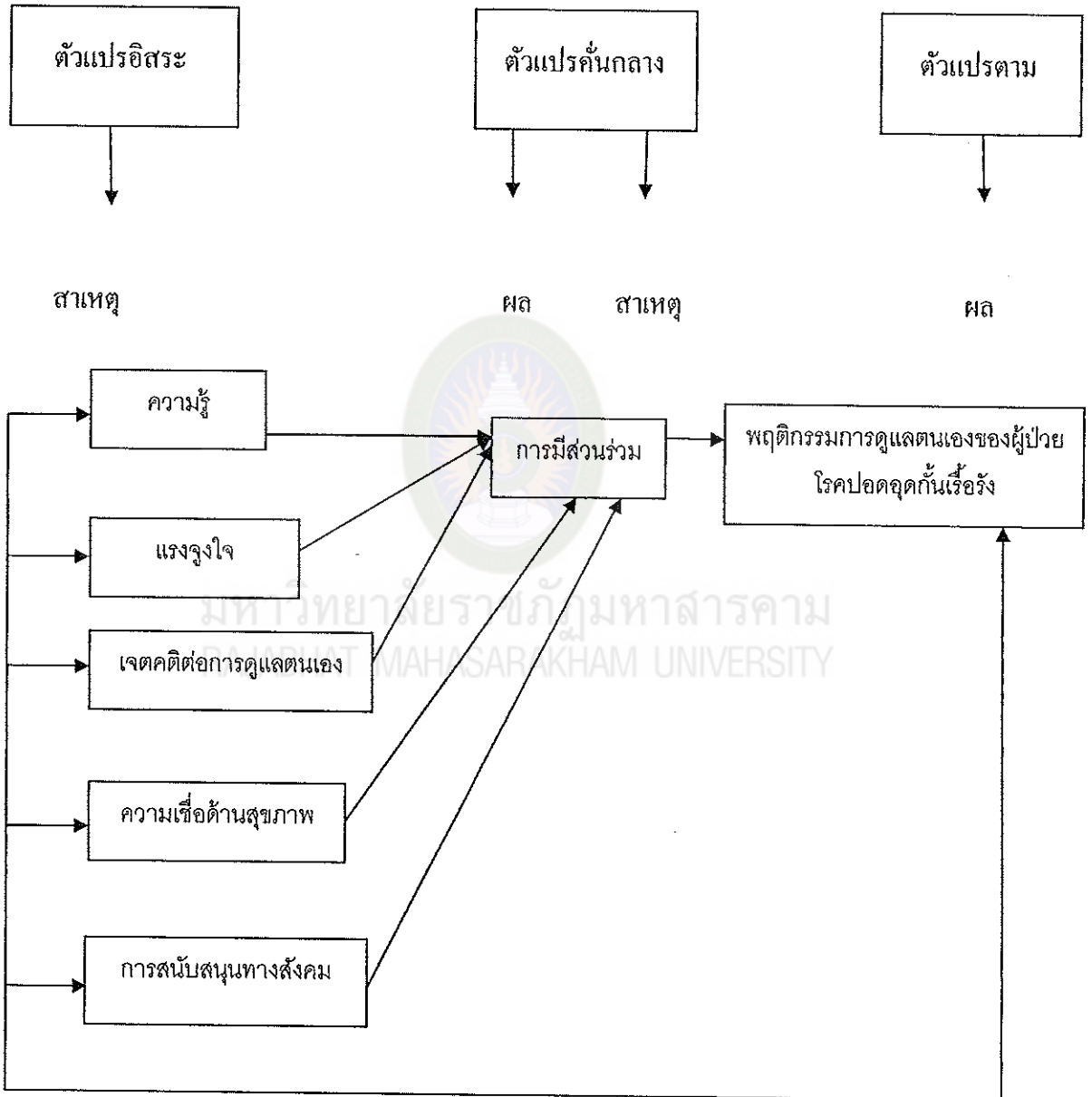
ระดับชุมชนเพื่อชี้แจงและสร้างความเข้าใจ การแสวงหาวิธีการมีส่วนร่วมที่ชุมชนเห็นด้วย กำหนดเป้าหมายและสร้างแนวทางแก้ไขต่าง ๆ ที่อาจเป็นไปได้ร่วมกัน การมีส่วนร่วมของประชาชนมีหลายรูปแบบ เช่น การจัดประชุมสัมมนา การจัดอบรมการสัมภาษณ์และการสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างหรือไม่โครงสร้างเช่นการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) หรือวิธีการอื่น ๆ การฝึกอบรมอาจจะทำก่อนหรือหลังจากที่ตกลงการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมก็ได้ หรืออาจจะกระทำโดยการสัมมนาเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง โดยเฉพาะผลการสัมมนานำไปสู่การกำหนดแนวทางปฏิบัติต่อไปกำหนดประเด็นการติดตามประเมินผล หรือจัดในรูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วม (Future Search Conference = FSC) การจัดประชุมผู้แทนกลุ่มต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น ๆ เป็นต้นซึ่งการใช้สื่อให้บุคคลแสดงความสามารถและศักยภาพที่มีอยู่เน้นการมีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มกิจกรรมจนถึงสิ้นสุดกิจกรรม ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนจะเป็นพลังสำคัญในการผลักดันให้กิจกรรม หรือแผนงาน โครงการ ประสบผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านเจตคติ การสนับสนุนทางสังคมปัจจัยด้านแรงจูงใจ และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยดังกล่าว มากำหนดเป็นโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผล โดยอาศัยหลักการเหตุผลสัมพันธ์ อันดับการเกิดก่อนและหลังของปัจจัย และลักษณะการส่งผลโดยตรง และโดยทางอ้อม ต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง กำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะของปัจจัยเชิงสาเหตุ ที่มีความสัมพันธ์กันเป็นโครงสร้าง ดังแสดงในแผนภาพประกอบที่ 4

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตร้อยแก่นสารสินธุ์



แผนภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัยระยะที่ 1