**บทที่ 1**

**บทนำ**

**1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา**

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ทำให้เกิดการสูญเสียทางสุขภาพ เสียค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพจำนวนมหาศาล และที่สำคัญที่สุดคือการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้กลับมาเป็นปกติได้ ผู้ป่วยต้องรับการรักษาบ่อย สูญเสียเศรษฐกิจ และยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับต้นๆในประชากรทั่วโลก [โรค](http://haamor.com/th/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84-%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3-%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%B0)นี้พบมากใน[ผู้สูงอายุ](http://haamor.com/th/%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%B8) ผู้ป่วยส่วนใหญ่[อายุมาก](http://haamor.com/th/%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%B8)กว่า 60 ปี พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงเล็กน้อย ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญและตระหนักถึงผลกระทบที่ตามมา เนื่องจากนำไปสู่สาเหตุของอัตราการพึ่งพิงและอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น

สถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าจะเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 รองจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ ในปี ค.ศ. 2020 และเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยเรื้อรังอันดับที่ 4 ของประชากรโลกในปี ค.ศ. 2030 (WHO, 2008) ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีอายุ 55 – 74 ปีมากที่สุด ( American Thoracic Society, 2007 )

จากการศึกษาความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย (Disability-Adjusted Life Year: DALY) พ.ศ. 2556 โดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่า

การศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556 ประเมินการสูญเสียด้านสุขภาพ หรือ ช่องว่างสุขภาพ (Health gap) ในหน่วย “ปีสุขภาวะที่สูญเสีย” (Disability-Adjusted Life Year: DALY) ซึ่งเป็นดัชนีวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวม ประกอบด้วยปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อน วัยอันควร (Year of Life Lost: YLL) กับปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการมีชีวิตอยู่ด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Year of Life Lost due to Disability: YLD) ผลการศึกษาพบว่า ความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย (DALY) พ.ศ. 2556 มีค่า 10.6 ล้านปี โดยเพศชายมีความสูญเสียมากกว่าเพศหญิง 1.4 เท่า (6.1 ล้านปีในเพศชาย และ 4.5 ล้านปีในเพศหญิง) สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะในแต่ละกลุ่มอายุ พบประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) ประมาณ 4.3 ล้านปี พบว่าเพศชาย มีความสูญเสียปีสุขภาวะใกล้เคียงกับเพศหญิง โดยเพศชายมีความสูญเสียปีสุขภาวะ จำนวน 2.1 ล้านปี และ เพศหญิงมีความสูญเสีย จำนวน 2.2 ล้านปี สาเหตุหลักของความสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดใน**เพศชาย** คือ โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 10.6, 8.1 และ 6.2 ตามลำดับ ส่วนสาเหตุหลักในเพศหญิงคือ โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือ โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นร้อยละ 12.0, 10.7 และ 6.0 ตามลำดับ

สำหรับการสำรวจทุกกลุ่มอายุในประเทศไทย พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในสิบลำดับแรกของสาเหตุการ[เสียชีวิต](http://haamor.com/th/%E0%B8%95%E0%B8%B2%E0%B8%A2) โดยเฉลี่ยพบผู้ป่วยได้ประมาณ 5 ล้านคน และมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 5 ของประเทศ (33.5 ต่อประชากรแสนคน ) ( สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. 2558 : 47) จากสถิติที่พบจะเห็นได้ว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการป่วยและอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นทุกปี กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของโรคนี้จึงได้กำหนดนโยบายให้ดำเนินการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มเติม ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี 2549 (สำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรค. 2555 :1) และเพิ่มเข้าในงาน Service plan ในปี 2560 จากข้อมูลการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 มีผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 239,726 รายต่อประชากร 47,987,358 คน คิดเป็นร้อยละ 0.49 มีผู้ป่วยโรคนี้เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลถึง 49,129 คน 101,878 ครั้ง คิดเป็นอัตราการรับไว้ในโรงพยาบาล 280.89 ครั้งต่อแสนประชากรที่อายุมากกว่า 15 ปี โดยเสียชีวิต 11,951 คน คิดเป็นอัตราการตาย 3.92% (HDC report, 22 สิงหาคม 2559) สำหรับผู้สูงอายุพบว่า สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมี แนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยจากรายงานการเฝ้าระวังโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด 44 จังหวัด สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 132,205 ราย โดยพบมากในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบอัตราป่วยเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโรคนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ในกลุ่มอายุ 60-74 ปี และอันดับ 2 รองจากกลุ่มโรคระบบไหลเวียนโลหิตในกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป(สุกัลยา นาดี ,อัมพรพรรณ ธีรานุตรและวัชรา บุญสวัสดิ์, 2554) พบอัตราตายในโรงพยาบาล ร้อยละ 5.4 ( ข้อมูลจาก Service plan 2560 )

จังหวัดมหาสารคาม พบสถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นเช่นกัน มีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคนี้ ตั้งแต่ปี 2557 -2560 จำนวน 2,033, 1,978 , 2,032 และ 2,078 ราย (HDC report, 6 มีนาคม 2560) มีผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารักษาที่ห้องฉุกเฉิน และเข้ารักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการรับไว้รักษาซ้ำติดต่อกัน เมื่อมีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งอาจจะต้องพึ่งพิงทรัพยากรเพื่อการรักษา เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การส่งต่อ การใช้ยาปฏิชีวนะ ฯลฯ จะเห็นว่าแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง การศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (THAT.PR.NET สืบค้นจาก <http://www.thaipr.net/health>/418973) พบว่า ผู้ป่วยนอกหนึ่งรายเสียค่ารักษาเฉลี่ยต่อสัปดาห์ คิดเป็นเงิน 140 บาท และค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยวันละ 1,270 บาท คิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อการอยู่โรงพยาบาลครั้งหนึ่งเป็นเงิน 17,600 บาทต่อราย ทั้งนี้เป็นการคำนวณเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมกันกับรายจ่ายของโรงพยาบาล เมื่อคำนวณทั้งประเทศแล้วเป็นค่ารักษาปีละหลายพันล้านบาท

เห็นได้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุอย่างมาก ดังที่กล่าวมาข้างต้น ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญ เน้นการดูแลตนเองเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาสาธารณสุข และมีการพัฒนาเรื่อยๆจนถึงปัจจุบัน สร้างเครือข่าย มีการเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีภาระกิจหลักในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันไปจนถึงโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเน้นการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ และเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ จากปรัชญา“เศรษฐกิจพอเพียง”ที่เป็นกรอบในการพัฒนาประเทศต่อเนื่องจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 กับแนวคิด“สุขภาพพอเพียงและสุขภาวะ” โดย “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมและมีพื้นที่เป็นฐาน” ภายใต้ระบบสุขภาพพอเพียง “ระบบสุขภาพหนึ่งเดียว แบบองค์รวม ไร้รอยต่อเป็นธรรมและมั่นคงทางสุขภาพ” มุ่งพัฒนาสู่ “สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข”สร้าง“ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน”ให้กับประเทศไทย (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559**)** เน้นการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่แข็งแรงมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 5 ที่เหลือส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การให้การรักษาแบบยั่งยืนควรเน้นให้สามารถดูแลตนเอง ในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม และให้ความสำคัญกับการพัฒนาที่สมดุล ทั้งตัวคน สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของจังหวัดมหาสารคามนั้น มีการจัดตั้งเป็นเครือข่ายการดูแลร่วมกันเป็นสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ

บำบัด เภสัชกร เพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ มีการจัดตั้งคลินิกโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างง่ายๆ(Easy Asthma & COPD Clinic) มีระบบการดูแลผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาล แต่ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากอัตราการเข้ารับการรักษาการนอนพักรักษาในอัตราที่เพิ่มขึ้นทุกปี รวมถึงจากการศึกษางานวิจัย (เสริมศรี ลิ่มสกุลและคณะ. 2555 : 738 ) ที่เกี่ยวข้องกับอาการกำเริบในผู้ป่วย ที่สำคัญได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมจะส่งผลต่ออาการหอบได้

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุในการเรียนรู้ดูแลรักษาสุขภาพ และป้องกันปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง รวมทั้งตระหนักถึงภาวะคุกคามต่อชีวิตตนเอง มองเห็นคุณค่าของการปฏิบัติด้วยตนเอง โดยการมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ (Tobin, Reynolds, Holroyd, & Creer, 1986) และเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเป็นประโยชน์ต่อตนเอง เกิดการยอมรับพฤติกรรมที่แสดงออกและการตอบสนองการปฏิบัติด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนตามรูปแบบการกำกับตนเอง (Self-regulation model) ของ (Creer, 2000) ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย (goal selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และ การสะท้อนตนเอง (self-reaction) ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมให้เกิดการจัดการด้วยตนเองประสบความสำเร็จ ในการจัดการตนเองส่วนใหญ่จะเน้นที่ตัวบุคคลไม่ว่าจะเป็นการเลือกเป้าหมาย ตลอดจนวิธีการดำเนินการในการปรับพฤติกรรมทั้งหมดเพื่อที่จะให้บรรลุเป้าหมายนั้น โดยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Nakagawa-Kogan, 1996; Kanfer, 1981; Riegel et al., 2000) แต่จากลักษณะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นภาวะความเจ็บป่วยที่เรื้อรังผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมและต้องพึ่งพาผู้อื่น แนวคิดการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถควบคุมอาการและความรุนแรงของโรค ช่วยลดความต้องการในการใช้ยา ลดค่าใช้จ่าย ในการรักษา และลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และยังส่งผลต่อพฤติกรรมในระยะยาวของผู้ป่วยช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ (เบญจมาศถาดแสง,ดวงฤดี ลาศุขะ และทศพร ผลศิริ, 2555; Sol, van der Graaf, Brouwer, Hickox, &Visseren, 2010) ดังนั้นหากส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการจัดการตนเอง ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างเหมาะสม ก็จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น และลดการใช้บริการสุขภาพ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยพัฒนาการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดจากแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ โดยได้มีการนำมาใช้ ในหลายวงการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา ด้านสุขภาพทั้งในการพยาบาล การแพทย์ การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะ ในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคล ในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยน การดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถ ควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ได้ถูก จัดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) (Wagner et al., 2001) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในองค์กรด้านสุขภาพในปัจจุบัน ภายใต้ความเชื่อที่ว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น โดยตัว ผู้เจ็บป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องทำให้บุคคลเกิด แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในโรค มีทักษะในการแก้ปัญหา ให้เกิดความมั่นใจที่จะลงมือ กระทำและแก้ปัญหา รวมทั้งขอรับการสนับสนุน ช่วยเหลือ จากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้พยาบาล รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยสามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ลดความรุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย รวมถึงลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้

**1.2 คำถามการวิจัย**

1.2.1 มีปัจจัยเชิงสาเหตุอะไรบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม

1.2.2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม ควรเป็นอย่างไร

1.2.3 การนำโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อนำไปทดลองใช้แล้วจะได้ผลเป็นอย่างไร

**1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย**

1.3.1 เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม

1.3.2 เพื่อสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม

1.3.3 เพื่อทดลองใช้และประเมินผลการใช้โปรแกรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม

**1.4 สมมติฐานการวิจัย**

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง(กล่าวในบทที่ 2) ผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นสมมติฐานเพื่อใช้ทดสอบความถูกต้องของทฤษฎีว่า

* + 1. ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติ แรงสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.4.2 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคามดีกว่าก่อนการใช้

**1.5 ขอบเขตการวิจัย**

ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขต ไว้ดังนี้

**1.5.1 พื้นที่การวิจัย** เป็นการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดมหาสารคาม 13 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลแกดำ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย โรงพยาบาลกันทรวิชัย โรงพยาบาลเชียงยืน โรงพยาบาลบรบือ โรงพยาบาลนาเชือก โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย โรงพยาบาลวาปีปทุม โรงพยาบาลนาดูน โรงพยาบาลยางสีสุราช โรงพยาบาลกุดรังและโรงพยาบาลกิ่งอำเภอชื่นชม

**1.5.2 เนื้อหาการวิจัย** การวิจัยนี้มีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

**1.5.3 ระยะเวลาการวิจัย** ใช้ระยะเวลา 6 เดือนตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน 2560

**1.5.4 ขั้นตอนการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

**ระยะที่ 1** เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม

**ระยะที่ 2** เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม

**ระยะที่ 3** เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง เพื่อทดลองใช้และประเมินผลโปรแกรมที่สร้างขึ้นในกลุ่มทดลองในเรื่องการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม โดยมีโรงพยาบาลที่ทดลอง จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลวาปีปทุม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

**1.5.5** **ประชากร** กลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1) ประชากรได้แก่

ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลรัฐที่อยู่ในจังหวัดมหาสารคาม ได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีคุณสมบัติคือ อายุ 60 ขึ้นไป และได้รับการรักษาด้วยวิธีการใช้ยา การพ่นยา ไม่มีปัญหาเรื่องการพูด การฟัง การมองเห็น สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย มีอาการคงที่และสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง จำนวน 2,078 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ที่กำหนดขนาดตัวอย่างของ สก็อต เอ็ม สมิธ (รังสรรค์ สิงหเลิศ. 2551 : 70 ; อ้างอิงมาจาก Scott M.Smith. 2015 : 3 - 6) จำนวน 325 คน ผู้วิจัยได้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) และการสุ่มอย่างง่าย ( Simple Random Sampling )

3) ตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัยระยะที่ 1

1) ตัวแปรอิสระ ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม คือ

1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค (Knowledge)

1.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief)

1.3 แรงสนับสนุนทางสังคม(Social support)

1.4 แรงสนับสนุนจากครอบครัว (Family support)

1.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ( Perceived self-efficacy )

1.6 ภาวะซึมเศร้า (major depressive disorder)

1.7 การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health Perception)

1.8 เจตคติ (Attitude)

2) ตัวแปรคั่นกลางหรือตัวแปรเชิงเหตุ และผล ประกอบด้วย 2 ตัวแปรได้แก่ การมีส่วนร่วม (participation) และแรงจูงใจ (Motivation) ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3) ตัวแปรตาม ซึ่งเป็นผลลัพธ์ คือพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม

2. บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2

บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ญาติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตัวแทนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตัวแทนผู้นำชุมชนและอสม. จังหวัดมหาสารคามโดยเลือกแบบเจาะจงจำนวน 20 คน

3. กลุ่มทดลองหรือกลุ่มเป้าหมายและตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 3

3.1  **ประชากร** ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาล วาปีปทุม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

3.2 **กลุ่มทดลอง** หรือกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวาปีปทุม จำนวน 20 คน ซึ่งผู้วิจัยเลือกจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสมัครใจยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัย ระยะเวลา 3 เดือน หากมีผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการมากกว่า 20 คน ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากเพื่อนำมาเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน

ตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่

1) ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม

2) ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการจัดการตนเองของสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม และตัวแปรในระยะที่ 1 ที่ส่งผลต่อตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ**

**1. โปรแกรมการจัดการตนเอ**ง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและจัดทำเป็นร่างโปรแกรมให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังวิพากย์โดยการระดมสมอง ประชุมกลุ่มย่อย เพื่อให้ได้โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์(Creer. 2000) ประกอบด้วย 1.การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค เพื่อนำไปใช้ในการตั้งเป้าหมายและวางแผนการจัดการตนเอง 2. การจัดการตนเองตามกระบวนการ 2.1 การตั้งเป้าหมายร่วมกัน เพื่อเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติให้สำเร็จตามเป้าหมายได้ 2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการเฝ้าระวัง สังเกตอาการ และบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง 2.3 การวิเคราะห์และประเมินข้อมูลเป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 2.4 การตัดสินใจ กระทำได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมมาเป็นพื้นฐาน 2.5 การปฏิบัติ ฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองอย่างสม่ำเสมอ2.6 การประเมินตนเอง สามารถปฏิบัติการจัดการตนเองบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และ 3. ประเมินผล เป็นการติดตามปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่องด้วยการติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ใกล้เยี่ยมที่บ้าน และนัดตรวจซ้ำที่โรงพยาบาลประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 8 กิจกรรม

**2. การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปฏิบัติการจัดการสุขภาพด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ สามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยมีการตั้งเป้าหมาย การเฝ้าติดตามผลการปฏิบัติตน โดยการลงบันทึกการเฝ้าติดตามผลการปฏิบัติตนที่บ้าน การประเมินผล การบรรลุเป้าหมาย และการให้แรงเสริมด้วยตนเองอย่างตั้งใจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

**3. ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เคยมีประสบการณ์ต่ออาการหายใจลำบากและผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดมหาสารคาม

**4.โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** (Chronic obstructive pulmonary disease, COPD) หมายถึง กลุ่มของโรคที่เกิดอาการอุดกั้นในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวรจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมหรือเนื้อปอดจนเกิดอาการหลอดลมตีบแคบหรือตันลงลักษณะการตีบแคบหรือตันของหลอดลมจะเป็นอย่างเรื้อรังไม่สามารถกลับคืนเป็นปกติได้ ซึ่งโรคในกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมปอดโป่งพอง ซึ่งมีลักษณะอาการของโรคคล้ายคลึงกัน

**5. ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** หมายถึง การประเมินผู้ป่วยเพื่อเป็นเกณฑ์ในการรักษาใช้อาการทางคลินิก ได้แก่ ระดับของอาการเหนื่อย ความถี่และความรุนแรงของอาการหอบกำเริบ โดยแบ่งได้ 4 ระดับ

ระดับที่ 1 (Mild) ไม่มีอาการหอบ เหนื่อยขณะพัก ไม่มีอาการหอบกำเริบ ค่าสมรรถภาพปอด FEV 1  > 80 % ของค่ามาตรฐาน

ระดับที่ 2 ( Moderate) มีอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อย มีหอบกำเริบไม่รุนแรง ค่าสมรรถภาพปอด 50-79 %ของค่ามาตรฐาน

ระดับที่ 3 (Severe) มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน มีอาการหอบกำเริบรุนแรง ค่าสมรรถภาพปอด 30-49% ของค่ามาตรฐาน

ระดับที่ 4 (Very Severe) มีอาการมากและหอบเหนื่อยตลอดเวลา มีอาการหอบกำเริบรุนแรงมากและบ่อย ค่าสมรรถภาพปอด FEV 1  < 30%

ค่า **FEV1** ( Forced Expiratory Volume in one second **)/FVC** ( Forced Vital Capacity) คือ อัตราไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกและปริมาตรอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาที

**6.การพัฒนา** ( Development ) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทีละเล็กทีละน้อย โดยผ่านลำดับขั้นต่างๆไปสู่ลำดับที่สามารถขยายตัวขึ้น เติบโตขึ้น มีการปรับปรุงให้ดีขึ้นและเหมาะสมกว่าเดิม

**7. การประเมินผลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

7.1 (COPD Assessment Test, CAT)คือ แบบประเมินเพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย COPD เป็นการประเมินอาการ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกดี และความมั่นใจของตนเองทั้งหมด 8 หัวข้อ โดยผู้ป่วยให้คะแนนตนเองในแต่ละหัวข้อ ระหว่างดี (0) จนถึงแย่มาก (5) แล้วนำคะแนนแต่ละหัวข้อมารวมกัน ดังนั้นคะแนนคุณภาพชีวิตที่แย่ที่สุดจะเท่ากับ 40

7.2 แบบประเมิน mMRC dyspnea scale (modified Medical Research Counsil dyspnea scale) (คะแนนความรู้สึกเหนื่อย) MMRC เป็นมาตรวัดความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยใหผู้ป่วยเลือกว่ามีความเหนื่อยอยู่ในระดับใด ตามตัวเลขจากน้อยไปมากเพียงข้อเดียว คะแนนที่มากที่สุดคือ 4

7.3 Borg Scale Borg Score คือ คะแนนประเมินความเหนื่อยขณะใดขณะหนึ่ง โดยอาจประเมินความเหนื่อย ขณะอยู่กับที่ ก่อนทำกิจกรรม ขณะกำลังทำกิจกรรม หรือภายหลังทำกิจกรรมก็ได้ การประเมินสามารถกระทำโดยกำหนดการตรวจวัดความเหนื่อยตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่เหนื่อยเลย 1-10 หมายถึง ระดับความเหนื่อยที่มากขึ้นเรื่อยๆ และระดับ 10 หมายถึงเหนื่อยมากที่สุดจนจะขาดใจ จากนั้นให้ผู้ป่วยประเมินตนเองว่ามีความเหนื่อยอยู่ระดับใด ระหว่าง 0-10

7.4 การประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of life) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค (disease-specific questionnaires) (the Australian Lung Foundation and Australian Physiotherapy Association. 2006) ที่ใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามนี้ได้แปลเป็นภาษาไทยและได้รับอนุญาตจาก นายแพทย์ Prof. wen der Molen มีทั้งหมด 10 ข้อ โดยกำหนด**อาการ หรือความรู้สึกต่อไปนี้ไม่เคยเลย** 0 คะแนน **แทบจะไม่เคยเลย** 1 คะแนน **นานๆครั้ง** 2 คะแนน **หลายครั้ง** 3 คะแนน **บ่อยๆ** 4 คะแนน **บ่อยมากๆ** 5 คะแนน และ**เกือบตลอดเวลา** 6 คะแนนใช้สูตรคำนวณคะแนนดังนี้[(คะแนนรวมในหัวข้อ1,2,5,6) x4]+[(คะแนนรวมในหัวข้อ 7-10) x4]+[ (คะแนนรวมในหัวข้อ3 และ 4) x4]/10 คะแนนรวมที่สูง แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ส่วนคะแนนรวมที่ต่ำแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดีมาก

**8. พฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง** การปฏิบัติที่ได้แสดงถึงความพยายามของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับรู้และมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อการรักษาสุขภาพให้ดีที่สุด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ป้องกันอาการ อาการแสดงที่ไม่พึงประสงค์ การใช้แหล่งบริการทางการแพทย์และลดการรบกวนจากโรคต่อวิถีชีวิตที่ตนเองชอบโดยประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พัฒนาจากแบบประเมินเคอติน วอลเทอร์ สคาเทลล์ เพนเนล ไวส์และคลิกโค ( Curtin, Walters, Schatell, wise & Klicko, 2008) ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 5 ด้าน ได้แก่ การสื่อสารกับผู้ให้การดูแล (เป็นการสื่อสารกับแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อมูลการรักษาที่ได้รับหรือข้อสงสัยต่างๆ) การเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแล (เป็นการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรค ผลการตรวจ อาการ และการรักษาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ) กิจกรรมการดูแลตนเอง ( เป็นเรื่องเกี่ยวกับการติดตามอาการและปัญหาทางร่างกาย การติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ ปละการปฏิบัติการดูแลตนเองตามข้อแนะนำของทีมสุขภาพ) การพิทักษ์สิทธิ์ ตนเอง (เป็นการหลีกเลี่ยงการพูดคุยกับผู้ที่มีทัศนคติทางลบ การหาความคิดเห็นสนับสนุนเพิ่มเติมจากแพทย์ท่านอื่น การพูดคุยกับแพทย์เมื่อรู้สึกว่ามีข้อผิดพลาดในการรักษา และการบอกแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีการปรับยาเอง) การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตามในเรื่องการพ่นยา และการใช้ยา ( ใช้ยาอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง)

**9. นิยามศัพท์ของตัวแปร**

**ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(** Knowledge of Chronic Obstructive Pulmonary Disease ) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกี่ยวกับความหมาย พยาธิสภาพ สาเหตุการเกิดโรค อาการ การป้องกันและการรักษาและวิธีการ การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารยารับประทานและยาพ่น และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยการฝึกหายใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

**ความเชื่อด้านสุขภาพ ( Health Belief )** หมายถึง ความสามารถเชื่อมั่นใน

การปฏิบัติตัวของการดูแลตนเอง และการคาดคะเนผล ในการปฏิบัติตัวเป็นแนวโน้มชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้นๆ ตามทฤษฎีของBecker ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง แรงจูงใจในด้านสุขภาพ **สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ** การรับรู้อุปสรรค

**แรงสนับสนุนทางสังคม** (Social Support ) หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยผู้ให้และผู้รับ ได้แก่ กลุ่มปฐมภูมิ กลุ่มที่มีความสนิทสนมมากมีความเป็นส่วนตัวสูงได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธภาพตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคม ซึ่งเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เภสัชกร นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด ซึ่งลักษณะปฏิสัมพันธ์ ต้องมีข้อมูลข่าวสาร ที่มีลักษณะที่ทำให้ผู้รับรู้สึกมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

**การสนับสนุนของครอบครัว** ( Family Support ) หมายถึง การยอมรับและเข้าใจจากบุคคลในครอบครัวได้แก่ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด คู่สมรส ผู้ที่รับเลี้ยงไว้เป็นบุตรบุญธรรม หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในด้านต่าง ๆ

**แรงจูงใจ** (Motivation) หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการกระตุ้น ทั้งจากภายใน คือ ตัวของผู้ป่วยเอง ซึ่งจะเกิดจากการได้เห็น ได้มีประสบการณ์จริงจากตัวอย่างการปฏิบัติตัวที่ดีจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยากปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการดูแลตนเอง

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตน** ( Perceived self – efficacy ) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

**ภาวะซึมเศร้า** (major depressive disorder)  เป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่ง ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมาก จะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย

**การรับรู้ภาวะสุขภาพ** (Health Perception) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าตนมีร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ทางสังคมที่สมบูรณ์ หรือเป็นความต่อเนื่องของการมีสุขภาพดีและเจ็บป่วย โดยภาวะสุขภาพดังกล่าวมิได้หมายความว่า จะต้องปราศจากโรคและความพิการและการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเชื่อและแรงจูงใจของแต่ละบุคคล

**เจตคติ (Attitude)** เป็นสภาพความพร้อมของความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มพฤติกรรมของบุคคลอันเป็นผลมาจากประสบการณ์ สภาวะนี้ เป็นแรงที่จะกำหนดทิศทางของพฤติกรรมของบุคคล ต่อเหตุการณ์ สิ่งของ หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง  
 **การมีส่วนร่วม (participation)** หมายถึง  การเข้าร่วมอย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคลในขั้นตอนต่างๆ ของการดำเนินกิจกรรมอย่างหนึ่ง การมีส่วนในการสนับสนุนที่เป็นไปในรูปของผู้เข้าร่วมมีส่วนกระทำให้เกิดผลของกิจกรรมที่เข้าร่วมมิใช่เป็นผู้ร่วมคิดตัดสินใจหรือผู้ได้รับประโยชน์เท่านั้น

**1.7 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย**

**ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

1. สามารถควบคุมอาการและลดความรุนแรงของโรค ลดความต้องการในการใช้ยา

ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และยังส่งผลต่อพฤติกรรมในระยะยาว ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ สามารถคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**โรงพยาบาลและระบบบริการสาธารณสุข**

1. นำโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มต่าง ๆ ให้สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยหรือโรคได้ด้วยตนเอง ชะลอความก้าวหน้าของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ใช้พัฒนาการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

2. กําหนดนโยบายในการช่วยเหลือผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม ให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเมื่อเจ็บป่วยอย่างถูกต้องเพื่อให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น