**ภาคผนวก ก**

**แบบสอบถามงานวิจัย**

**แบบสอบถามเพื่อการวิจัย**

**เรื่อง** การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม

**คำชี้แจง**

1. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย

 ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 16 ข้อ

 ตอนที่ 2 เป็นแบบทดสอบและแบบสอบถามวัดปัจจัยด้านต่างๆต่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 11 ส่วน คือ

 ส่วนที่ 1 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 14 ข้อ

 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ

 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติการจัดการตนเอง จำนวน 10 ข้อ

 ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 7 ข้อ

 ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 6 ข้อ

 ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงจูงใจในการจัดการตนเอง จำนวน 10 ข้อ

 ส่วนที่ 7 แบบสอบถามด้านการมีส่วนร่วม จำนวน 10 ข้อ

 ส่วนที่ 8 แบบสอบถามด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

 ส่วนที่ 9 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 6 ข้อ

 ส่วนที่ 10 แบบสัมภาษณ์ด้านภาวะซึมเศร้า จำนวน 30 ข้อ

 ส่วนที่ 11 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านต่างๆ จำนวน 45 ข้อ

2. กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่านซึ่งคำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

 ขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

 (นางปัทมาพร ชนะมาร)

 นักศึกษาปริญญาเอก สาขายุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิภาค

 มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ผู้วิจัย

**แบบสอบถามเพื่อการวิจัย**

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยแบบวัด 2 ตอน และ 10 ส่วน คือ

**ตอนที่ 1** เป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

**ตอนที่ 2** เป็นแบบทดสอบและแบบสอบถามการวัดปัจจัยด้านต่างๆ ซึงแบ่งออกเป็น 10 ส่วน

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่อง ( ) หรือเติมข้อมูลลงในช่องว่าง

|  |  |
| --- | --- |
| 1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง อายุ.............ปี
 | sex |
| 1. น้ำหนัก ………….กิโลกรัม ส่วนสูง……………เซนติเมตร
 | BMI |
| 1. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) อิสลาม ( ) คริสต์ ( )อื่นๆโปรดระบุ………..
 | Reli. |
|  4. สถานภาพ ( ) โสด ( )คู่ ( ) สมรส ( ) หย่าหรือแยกกันอยู่ | Sta. |
|  5. ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้รับการศึกษา ( ) ระดับประถมศึกษา  ( ) ระดับมัธยมศึกษา ( ) ปริญญาตรี  ( ) สูงกว่าปริญญาตรี | Edu. |
|  6. อาชีพ ( ) เกษตรกร ( )รับจ้าง ( ) ค้าขาย/ธุรกิจ  ( )รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( )ไม่ได้ประกอบอาชีพ  ( ) อื่นๆโปรดระบุ……….. | Oc. |
|  7. รายได้  ( ) ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ( ) 5,000-10,000บาท/เดือน ( ) 10,000- 50,000 บาท/เดือน ( ) มากกว่า 50,000 /เดือน | Inc. |
|  8. ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่ ( ) ไม่เคย ( ) เคย  จำนวนที่สูบ……….มวน/วัน  ระยะเวลาการสูบ……….ปี ปัจจุบัน ( ) เลิกสูบบุหรี่ ระยะเวลาการเลิกสูบบุหรี่……ปี ( ) ยังไม่เลิกสูบบุหรี่  | Smo. |
|  9. ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง…………………ปี/เดือน | Tim. |
|  10. ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ ( ) ไม่เคย ( ) เคย โปรดระบุจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษา……ครั้ง | Adm. |
|  11. ยาที่ได้รับปัจจุบัน ( ) ยารับประทาน ( ) ยาพ่นขยายหลอดลม ( ) ยาพ่นสเตียรอยด์ ( ) รักษาด้วยยามากกว่า 2 ชนิด ( ) ยาสมุนไพร ระบุ………………………... | Med. |
|  12.ผลการวัดการเปลี่ยนแปลงแรงต้านของอากาศภายในหลอดลม โดยใช้ peak expiratory flow meter (สำหรับผู้วิจัย) ค่า PEFR………………………ลิตรต่อวินาที | PEFR. |
|  13. ระยะทางที่เดินได้ 6นาที ( 6 minute walking distance) ………เมตร | Dist. |
|  14. ผลการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยการเป่า spirometry ……………….. | Cap. |
|  15.ระดับความรุนแรงของโรค(สำหรับผู้วิจัย) ( ) ระดับที่ 1 ( ) ระดับที่ 2 ( ) ระดับที่ 3 ( ) ระดับที่ 4 ( ) ระดับที่ 5  | Vio. |
|  16. เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยมีผู้ดูแลที่บ้าน ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุผู้ดูแล…………………………….………เบอร์โทร.................. | Car. |

**ตอนที่ 2** ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

**ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวในแต่ละคำตอบดังนี้

 ใช่ หมายความว่า ความเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง

 ไม่ใช่ หมายความว่า ท่านเห็นว่าข้อความนั้น ผิด

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ข้อความ | ใช่ | ไม่ใช่ |
| 1.โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ [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)[ปอด](http://haamor.com/th/%E0%B8%9B%E0%B8%AD%E0%B8%94/)ชนิด[เรื้อรัง](http://haamor.com/th/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B9%80%E0%B8%89%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%9A%E0%B8%9E%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%99-%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%87)ที่ผู้ป่วยจะมี[พยาธิ](http://haamor.com/th/%E0%B8%9E%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%98%E0%B8%B4/)สภาพของ[ถุงลมโป่งพอง](http://haamor.com/th/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%96%E0%B8%B8%E0%B8%87%E0%B8%A5%E0%B8%A1%E0%B9%82%E0%B8%9B%E0%B9%88%E0%B8%87%E0%B8%9E%E0%B8%AD%E0%B8%87/) และ/หรือหลอดลม[อักเสบ](http://haamor.com/th/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B9%80%E0%B8%AA%E0%B8%9A)[เรื้อรัง](http://haamor.com/th/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B9%80%E0%B8%89%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%9A%E0%B8%9E%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%99-%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%87) เกิดร่วมกัน  |  |  |
| 2.อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ [ไอ](http://haamor.com/th/%E0%B9%84%E0%B8%AD/) [มีเสมหะ](http://haamor.com/th/%E0%B9%80%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%AB%E0%B8%B0) หรืออาการหายใจเหนื่อยที่ค่อยๆเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ |  |  |
| 3.การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มากที่สุด  |  |  |
| 4.การฝึกหายใจด้วยการห่อปากช่วยลดอาการหอบเหนื่อยได้ |  |  |
| 5.การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยยา ได้แก่ยาขยายหลอดลม ยาต้านการอักเสบ และยาอื่นๆ เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ |  |  |
| 6.มีอาการหอบรุนแรงจากปัจจัยการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมเช่น เกสรดอกไม้ ขนสัตว์ ฝุ่น ควันท่อไอเสีย เป็นต้น |  |  |
| 7.การดื่มน้ำมากๆวันละ 6-8แก้วทำให้เสมหะอ่อนตัวไอออกได้ง่าย |  |  |
| 8.การออกกำลังกายช่วยให้ปอดมีการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดี กล้ามเนื้อแข็งแรง |  |  |
| 9.ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซในกระเพาะอาหาร เช่นกะหล่ำปลี หัวหอม ผักชะอม เพราะทำให้ท้องอืด แน่นท้อง ทำให้หายใจลำบาก  |  |  |
| 10. ยาพ่นที่เป็นสเตียรอยด์หลังจากพ่นยาเสร็จควรบ้วนปากหรือกลั้วคอทุกครั้งเพื่อลดการเกิดเชื้อราในช่องปากและเสียงแหบ |  |  |
| 11.ขณะทำกิจกรรมถ้ารู้สึกเหนื่อยให้หยุดพักทันที |  |  |
| ข้อความ | ใช่ | ไม่ใช่ |
| 12.ไม่ควรซื้อยารับประทานหรือใช้ยาพ่นเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ หากมีอาการผิดปกติควรมาพบแพทย์ |  |  |
| 13. ควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ ที่มีควันบุหรี่ สิ่งกระตุ้นระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ เช่น ฝุ่น ควันไฟ ขนสัตว์ เกสรดอกไม้ เป็นต้น |  |  |
| 14.ไม่ควรปล่อยอารมณ์ให้หงุดหงิด ฉุนเฉียว กังวลหรือเสียใจจนเกินไป |  |  |

**ส่วนที่ 2** **แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ**/ เจตคติ/แรงสนับสนุนทางสังคม/แรงจูงใจ/การมีส่วนร่วม

**คำชี้แจง**โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย √ลงในช่องระดับความคิดเห็นที่ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านหรือตรงกับการปฏิบัติของท่าน

 5 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด

 4 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมาก

 3 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง

 2 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อย

 1 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด

|  |  |
| --- | --- |
| **ข้อคำถามความเชื่อด้านสุขภาพ** | **ระดับความคิดเห็น** |
| **มาก****ที่สุด** | **มาก** | **ปาน****กลาง** | **น้อย** | **น้อยที่สุด** |
| 1. การพ่นยาขยายหลอดลมทางช่องปากถ้าไม่รักษาความสะอาดหลังพ่นยามีโอกาสติดเชื้อได้ |  |  |  |  |  |
| 2. การรับประทานอาหารไขมัน เช่น กะทิ ไขมันสัตว์มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดได้ |  |  |  |  |  |
| 3.ภาวะหอบกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาจทำให้เสียชีวิตได้ |  |  |  |  |  |
| 4. อาการขาดออกซิเจนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย เขียวปลายมือปลายเท้า แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม |  |  |  |  |  |
| 5. สถานที่ที่มีเช่น ฝุ่นละออง ควันท่อไอเสีย ควันบุหรี่เป็นอันตรายต่อปอดได้ |  |  |  |  |  |
| 6.ถ้าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมานานทำให้หัวใจห้องขวาล้มเหลวได้ |  |  |  |  |  |
| **ข้อคำถามความเชื่อด้านสุขภาพ** | **ระดับความคิดเห็น** |
| **มาก****ที่สุด** | **มาก** | **ปาน****กลาง** | **น้อย** | **น้อยที่สุด** |
| 7. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้อารมณ์หงุดหงิดแปรปรวนง่ายอาจเป็นสาเหตุของโรคกระเพาะอาหาร |  |  |  |  |  |
| 8. การนอนหลับเต็มที่ 6-8 ชั่วโมงทำให้ร่างกายสดชื่นอารมณ์แจ่มใส |  |  |  |  |  |
| 9.การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาลในการดูแลสุขภาพทำให้ท่านมีสุขภาพแข็งแรง |  |  |  |  |  |
| 10. การหายใจออกด้วยการห่อปากทำให้การระบายอากาศในปอดดีขึ้น |  |  |  |  |  |
| 11.การรับประทานอาหารครบ 5หมู่ ผักสดผลไม้ช่วยให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง เพิ่มภูมิต้านทานโรคมากขึ้น  |  |  |  |  |  |
| 12.โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถ้าสนใจดูแลตนเองคุณภาพชีวิตไม่เปลี่ยนแปลง |  |  |  |  |  |
| 13. การมาพบแพทยตามนัดเพื่อติดตามอาการของ โรคเป็นสิ่งจําเปน ถึงแมวาจะตองเสียเวลาและเสียคาใชจายในการเดินทางก็ตาม |  |  |  |  |  |

**ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเจตคติการจัดการตนเอง**

|  |  |
| --- | --- |
| **ข้อคำถามเจตคติในการจัดการตนเอง** | **ระดับความคิดเห็น** |
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรสนใจดูแลตนเองเพราะจะทำให้สุขภาพแข็งแรง |  |  |  |  |  |
| 2. ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลสามารถรักษาโรคที่เป็นอยู่ได้ |  |  |  |  |  |
| 3.การฝึกหายใจด้วยการใช้กะบังลมและการห่อปากช่วยลดความรู้สึกหอบเหนื่อยได้ |  |  |  |  |  |
| 4. การดื่มน้ำเพียงพอจะช่วยให้เสมหะอ่อนตัวและไอออกได้ง่าย |  |  |  |  |  |
| 5. ควรไปพบแพทย์เมื่อรู้สึกไม่สบายเพราะเชื่อว่าปลอดภัยที่สุด |  |  |  |  |  |
| 6.สถานที่ที่มีผู้คนมากๆอาจเป็นแหล่งแพร่เชื้อได้  |  |  |  |  |  |
| 7. การอยู่ใกล้คนเป็นไข้หวัดทำให้ติดไข้หวัดได้ |  |  |  |  |  |
| 8. การใช้ผ้าปิดปากและจมูกเมื่อมีอากาศเย็นจะช่วยให้หายใจสะดวก |  |  |  |  |  |
| 9. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ต้องออกกำลังกายเพราะจะทำให้เหนื่อยมากขึ้น |  |  |  |  |  |
| 10. เมื่อมีรู้สึกว่าอาการปกติไม่ต้องไปพบแพทย์ตามนัด |  |  |  |  |  |
| 11.ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรสนใจดูแลตนเองเพราะจะทำให้สุขภาพแข็งแรง |  |  |  |  |  |
| 12.ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลสามารถรักษาโรคที่เป็นอยู่ได้ |  |  |  |  |  |

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม**

|  |  |
| --- | --- |
| **ข้อคำถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง** | **ระดับความคิดเห็น** |
| **มาก****ที่สุด** | **มาก** | **ปาน****กลาง** | **น้อย** | **น้อยที่สุด** |
| 1. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากรายการวิทยุ ทีวี หนังสือพิมพ์ และวารสารต่างๆ |  |  |  |  |  |
| 2. ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและแนวทางการรักษาจากแพทย์ พยาบาล  |  |  |  |  |  |
| 3. ท่านได้รับคำแนะนำในการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมทุกครั้งเมื่อไปรับยาที่ห้องจ่ายยาโดยเภสัชกร |  |  |  |  |  |
| 4. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เช่น การหายใจ การไอ การระบายเสมหะอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่บริการด้านสุขภาพ |  |  |  |  |  |
| 5. เมื่อมีปัญหาสามารถโทรปรึกษาจากสถานที่รักษาได้ |  |  |  |  |  |
| 6. สื่อวิทยุ สื่อโทรทัศน์ช่วยกระตุ้นให้สนใจดูแลตนเองมากขึ้น |  |  |  |  |  |
| 7. เมื่อมีอาการหอบเหนื่อยโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือจากหมายเลขโทรศัพท์ 1669  |  |  |  |  |  |

**ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว**

|  |  |
| --- | --- |
| **ข้อคำถามแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการจัดการตนเอง** | **ระดับความคิดเห็น** |
| **มาก****ที่สุด** | **มาก** | **ปาน****กลาง** | **น้อย** | **น้อยที่สุด** |
| 1. ท่านได้รับการถามอาการเจ็บป่วยอยู่เสมอจากสมาชิกในครอบครัว |  |  |  |  |  |
| 2.สมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือท่านรู้สึกอบอุ่น |  |  |  |  |  |
| 3.สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจเสมอ |  |  |  |  |  |
| 4. เมื่อเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ท่านขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวก่อนเสมอ  |  |  |  |  |  |
| 5. สมาชิกในครอบครัวให้การเอาใจใส่และสนับสนุน ให้ท่านปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง |  |  |  |  |  |
| 6. สมาชิกในครอบครัว ให้คำแนะนำ/เตือน/ห้าม การรับประทานอาหารบางประเภท การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย |  |  |  |  |  |

**ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงจูงใจในการจัดการตนเอง**

|  |  |
| --- | --- |
| **ข้อคำถามแรงจูงใจในการดูแลตนเอง** | **ระดับความคิดเห็น** |
| **มาก****ที่สุด** | **มาก** | **ปาน****กลาง** | **น้อย** | **น้อยที่สุด** |
| 1. เมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและแนวทางการรักษาจากแพทย์ พยาบาลทำให้ท่านดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น |  |  |  |  |  |
| 2. การออกกำลังกายทำให้การหายใจปกติ ไม่มีอาการหอบ |  |  |  |  |  |
| 3.การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเช่น ควันไฟ ท่อไอเสีย ควันบุหรี่ ทำให้ท่านไม่มีอาการหอบ |  |  |  |  |  |
| 4.การดื่มน้ำมากๆวันละ 6-8แก้วทำให้เสมหะอ่อนตัวไอออกได้ง่าย |  |  |  |  |  |
| 5. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบทั้ง 5 หมู่ช่วยให้ร่างกายสุขภาพแข็งแรง |  |  |  |  |  |
| 6.การพักผ่อนนอนหลับ6-8 ชั่วโมงทำให้ท่านรู้สึกสดชื่น |  |  |  |  |  |
| 7.การได้รับคำแนะนำในการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมทุกครั้งทำให้ท่านมั่นใจในการใช้ยาได้อย่างถูกต้องและไม่มีอาการข้างเคียงจากยา |  |  |  |  |  |
| 8.การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เช่น การหายใจ การไอ การระบายเสมหะอย่างถูกต้องช่วยให้ท่านไม่มีอาการหอบเหนื่อยได้ |  |  |  |  |  |
| 9.เมื่อมีปัญหาสามารถโทรปรึกษาพยาบาลจากสถานที่รักษาได้ทำให้เกิดความมั่นใจ |  |  |  |  |  |
| 10.การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ทำให้ท่านมีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น |  |  |  |  |  |

**ส่วนที่ 7 แบบสอบถามด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง**

|  |  |
| --- | --- |
|  **ข้อคำถามด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง** | **ระดับความคิดเห็น** |
| **มาก****ที่สุด** | **มาก** | **ปาน****กลาง** | **น้อย** | **น้อยที่สุด** |
| 1. ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการใช้ยาพ่นร่วมกับทีมสุขภาพ |  |  |  |  |  |
| 2. ท่านมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์การดูแลตนเองร่วมกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน |  |  |  |  |  |
| 3.ท่านมีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด |  |  |  |  |  |
| 4.มีการร่วมเข้างานกิจกรรมต่างๆเมื่อมีการจัดงาน เช่นวันงดสูบบุหรี่โลก  |  |  |  |  |  |
| 5. ท่านรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาในจัดกิจกรรมต่างๆ |  |  |  |  |  |
| 6.ท่านและครอบครัวร่วมกันวางแผนการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันการหอบกำเริบ |  |  |  |  |  |
| 7.ท่านแสดงความคิดเห็นในการมีส่วนร่วมในการรักษาร่วมกับแพทย์เมื่อมีปัญหาข้อสงสัยต่างๆ |  |  |  |  |  |
| 8.เมื่อมีส่วนร่วมในการฝึกการหายใจ ร่วมกับทีมสุขภาพท่านรู้สึกว่าไม่หอบเหนื่อย |  |  |  |  |  |
| 9.ในการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล ท่านเต็มใจร่วมกิจกรรมเต็มที่ |  |  |  |  |  |
| 10.การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองทำให้ท่านมีสุขภาพที่ดีมากขึ้น |  |  |  |  |  |

**ส่วนที่ 8** **แบบสัมภาษณ์****การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

 คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขอให้ท่านอ่านข้อความแล้วพิจารณาว่าท่านมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมแต่ละข้อได้มากน้อยเพียงใด จากนั้นใส่เครื่องหมาย √ ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน โดย

 ไม่มั่นใจ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

 มั่นใจเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนน้อย

 มั่นใจมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก

|  |  |
| --- | --- |
| **ข้อคำถาม** | ระดับความมั่นใจ |
| ไม่มั่นใจ | มั่นใจเล็กน้อย | มั่นใจมาก |
| 1.การรับประทานยาถูกต้อง ครบถ้วนทุกครั้งที่รับประทาน |  |  |  |
| 2.การมารับการตรวจตามนัด |  |  |  |
| 3.การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ทันท่วงทีเมื่อมีอาการผิดปกติหรืออาการข้างเคียงที่รุนแรง เช่น หอบเหนื่อย |  |  |  |
| 4.การออกกำลังกาย ท่านอบอุ่นร่างกายโดยการยืดกล้ามเนื้อเพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายประมาณ 5 – 10 นาที |  |  |  |
| 5.หลีกเลี่ยงไม่เข้าไปอยู่ในสถานที่แออัด |  |  |  |
| 6.การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย |  |  |  |

**ส่วนที่ 9** แบบสอบถามการรับรูภาวะสุขภาพ

 คําชี้แจง : กรุณาใสเครื่องหมาย / ลงในชองหลังขอความที่ตรงกับการรับรูของทานเพียงคําตอบเดียวและกรุณาตอบทุกขอ โดยผูวิจัยกําหนดคะแนนการรับรูภาวะสุขภาพดังตอไปนี้

มากที่สุด หมายถึง ขอความนั้นตรงกับความรูสึกของทานทุกประการ

มาก หมายถึง ขอความนั้นตรงกับความรูสึกของทานเปนสวนมาก

ปานกลาง หมายถึง ขอความนั้นตรงกับความรูสึกของทานปานกลาง

นอย หมายถึง ขอความนั้นตรงกับความรูสึกของทานเพียงเล็กนอย

นอยที่สุด หมายถึง ขอความนั้นตรงกับความรูสึกของทานนอยที่สุด

|  |  |
| --- | --- |
|  **ข้อคำถาม****ด้านการรับรูภาวะสุขภาพ** | **ระดับความคิดเห็น** |
| **มาก****ที่สุด** | **มาก** | **ปาน****กลาง** | **น้อย** | **น้อยที่สุด** |
| 1.ที่ผานมาทานเขาใจเกี่ยวกับอาการเจ็บปวยของทานมาตลอด |  |  |  |  |  |
| 2. ที่ผานมาทานรับรูความเปลี่ยนแปลงของรางกาย ของทานเมื่อเขาสูวัยทองมาโดยตลอด |  |  |  |  |  |
| 3.ที่ผานมาทานรับรูภาวะสุขภาพของทานมาตลอด |  |  |  |  |  |
| 4. เมื่อทานทราบผลการตรวจสุขภาพ ทานไดนํา ขอมูลมาวิเคราะหถึงสาเหตุของภาวะสุขภาพของท่านได้ |  |  |  |  |  |
| 5. เมื่อมีญาติสนิทหรือเพื่อนบอกทานเกี่ยวกับสุขภาพของทาน ทานไดนําขอมูลกลับมาคิดทบทวน |  |  |  |  |  |
| 6. ทานเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของทานในปจจุบัน กับอดีตที่ผานมาเปนประจํา |  |  |  |  |  |
| 7. ทานเขาใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทานในปจจุบัน |  |  |  |  |  |
| 8. ทานไดมีการคาดการณภาวะสุขภาพในอนาคต |  |  |  |  |  |
| 9. ทานเตรียมความพรอมที่จะรับมือกับความเจ็บปวยของทานที่จะเกิดขึ้นในอนาคต |  |  |  |  |  |
| 10. ทานสนใจศึกษาขอมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ |  |  |  |  |  |

**ส่วนที่ 10 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ**

ภาวะซึมเศร้า (แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)

**คำชี้แจง**

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุและในกรณีที่ผู้สูงอายุ ถ้าสามารถอ่านออกและเขียนได้ สามารถทำแบบประเมินนี้ได้ด้วยตนเอง

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา** | **ใช่** | **ไม่ใช่** | **คะแนน** |
| 1. | ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้ |  |  |  |
| 2. | ท่านไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ |  |  |  |
| 3. | ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม้รู้จะทำอะไร |  |  |  |
| 4. | ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ |  |  |  |
| 5. | ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า |  |  |  |
| 6. | ท่านมีเรื่องกังวลตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้ |  |  |  |
| 7. | ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี |  |  |  |
| 8. | ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน |  |  |  |
| 9. | ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข |  |  |  |
| 10. | บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง |  |  |  |
| 11. | ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับการส่ายบ่อยๆ |  |  |  |
| 12. | ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน |  |  |  |
| 13. | บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้าหน้า |  |  |  |
| 14. | ท่านคิดว่าความจำท่านไม่ดีเท่ากับคนอื่น |  |  |  |
| 15. | การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่ |  |  |  |
| 16. | ท่านรู้สึกหมดกำลังใจหรือเสร้าใจบ่อยๆ |  |  |  |
| 17. | ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า |  |  |  |
| **ลำดับ** | **ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา** | **ใช่** | **ไม่ใช่** | **คะแนน** |
| 18. | ท่านรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา |  |  |  |
| 19. | ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนุกอีกมาก |  |  |  |
| 20. | ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ |  |  |  |
| 21. | ท่านรู้สึกกระตือรือร้น |  |  |  |
| 22. | ท่านรู้สึกสิ้นหวัง |  |  |  |
| 23. | ท่านคดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน |  |  |  |
| 24. | ท่านอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กๆน้อยๆ อยู่เสมอ |  |  |  |
| 25. | ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ |  |  |  |
| 26. | ท่านมีความตั้งใจทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน |  |  |  |
| 27. | ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า |  |  |  |
| 28. | ท่านไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น |  |  |  |
| 29. | ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว |  |  |  |
| 30. | ท่านมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |
| **หมายเหตุ**1. การคิดคะแนน ข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน2. การแปลผล\* ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 0 – 12 คะแนน\* ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) คะแนน 13 – 18 คะแนน\* ผู้มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression) คะแนน 19 – 24 คะแนน\* ผู้มีความเศร้ารุนแรง (Severe depression) คะแนน 25 – 30 คะแนน |

**ส่วนที่ 11 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ท่านได้ปฏิบัติจริงมากที่สุด

 ปฏิบัติประจำ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ 3-7 วันต่อสัปดาห์

 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์

 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

**1. การจัดการตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด**

|  |  |
| --- | --- |
| **พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด** | ระดับการปฏิบัติ |
| ปฏิบัติประจำ | ปฏิบัติบางครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติ |
| 1.ท่านบริหารการหายใจด้วยการหายใจเข้าออกลึกๆและหายใจเข้าจมูกช้า หน้าท้องโป่ง และหายใจออกด้วยการห่อปากหน้าท้องแฟบ |  |  |  |
| 2.ท่านฝึกไออย่างมีประสิทธิภาพด้วยการหายใจเข้าออกลึกๆ แล้วหายใจเข้าเต็มที่กลั้นไว้ ไอออกแรงๆโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย |  |  |  |
| 3.ท่านดื่มน้ำอุ่นแทนน้ำเย็น |  |  |  |
| 4. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว |  |  |  |
| 5.ท่านฝึกบริหารการหายใจเป็นประจำทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2ครั้ง นาน ประมาณ 5-10 นาที |  |  |  |

1. **การจัดการตนเองเรื่องการออกกำลังกาย**

|  |  |
| --- | --- |
| **พฤติกรรมการออกกำลังกาย** | ระดับการปฏิบัติ |
| ปฏิบัติประจำ | ปฏิบัติบางครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติ |
| 1.ท่านหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม หายใจเข้าท้องป่อง หายใจออกท้องแฟบ อย่างน้อย 2 เวลา เช้า – เย็น ประมาณ 5 – 10 นาที |  |  |  |
| 2.ขณะออกกำลังกายหรือออกแรงท่านจะหายใจเข้าทางจมูกช้าๆและหายใจออกปากเหมือนผิวปาก |  |  |  |
| 3.ท่านจะออกกำลังกายก่อนการรับประทานอาหาร |  |  |  |
| 4. เมื่อรู้สึกเหนื่อยหอบท่านจะนั่งพักและหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม |  |  |  |
| 5.ภายหลังออกกำลังกายจะบรรเทาอาการเหนื่อยด้วยการพักและผ่อนคลายกล้ามเนื้อในท่าต่างๆเช่น ยืนหลังพิงฝาผนัง และโน้มตัวมาข้างหน้า ท่านั่งมีหมอนฟุบมาข้างหน้า |  |  |  |
| 6.ท่านออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องครั้งละ 15-20 นาทีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง |  |  |  |
| 7. ท่านบริหารกล้ามเนื้อแขนและไหล่ ทุกครั้งที่ออกกำลังกาย |  |  |  |
| 8. ภายหลังออกกำลังกายแล้วเกิดอาการหายใจลำบาก ท่านเลิกออกกำลังกายในครั้งต่อไป |  |  |  |

**3. การจัดการตนเองเพื่อโภชนาการที่ดี**

|  |  |
| --- | --- |
| **พฤติกรรมการโภชนาการที่ดี** | ระดับการปฏิบัติ |
| ปฏิบัติประจำ | ปฏิบัติบางครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติ |
| 1.ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆแต่บ่อยๆมากกว่า 3 มื้อต่อวัน |  |  |  |
| 2.รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ นม มากกว่า 4วันต่อสัปดาห์ |  |  |  |
| 3.ท่านชอบรับประทานอาหารรสเค็มหรือใส่ผงชูรสประจำ |  |  |  |
| 4. ใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหารแทนน้ำมันหมูและหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกะทิทุกครั้ง |  |  |  |
| 5.งดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ และแอลกอฮอล์ |  |  |  |
| 6.หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่ทำให้ท้องอืด เช่น กะหล่ำปลี ผักกะเฉด ชะอม ข้าวโพด ถั่ว น้ำอัดลม |  |  |  |
| 7.ท่านมักรับประทานอาหารที่เคี้ยวละเอียดและย่อยง่าย |  |  |  |

**4. การจัดการตนเองเพื่อการพักผ่อนและผ่อนคลาย**

|  |  |
| --- | --- |
| **พฤติกรรมการการพักผ่อนและผ่อนคลาย** | ระดับการปฏิบัติ |
| ปฏิบัติประจำ | ปฏิบัติบางครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติ |
| 1.ท่านนอนหลับได้เต็มที่อย่างน้อยวันละ 5 ชั่วโมง |  |  |  |
| 2.ท่านมีเวลานอนหลับในช่วงกลางวัน |  |  |  |
| 3.เมื่อนอนไม่หลับมีวิธีช่วยให้หลับเช่น ฟังเพลงเบาๆ ดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ ทำสมาธิ |  |  |  |
| 4. ท่านมีเรื่องคิดมากเกี่ยวกับเรื่องอื่นเป็นประจำ |  |  |  |
| 5.เมื่อมีความเครียดหรือวิตกกังวลท่านจะผ่อนคลายด้วยการฟังเพลงเบาๆ อยู่ในที่สงบ ท่าที่ผ่อนคลายสบาย |  |  |  |
| 6.เมื่อนอนไม่หลับท่านมักจะใช้ยานอนหลับช่วยให้หลับง่ายขึ้น |  |  |  |

**5. การจัดการตนเองเรื่องยาและการรักษา**

|  |  |
| --- | --- |
| **พฤติกรรมการเรียนรู้เรื่องยาและการรักษา** | ระดับการปฏิบัติ |
| ปฏิบัติประจำ | ปฏิบัติบางครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติ |
| 1.ใช้ยาทุกชนิดตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ |  |  |  |
| 2.ท่านปฏิบัติตามการแนะนำถึงวิธีการใช้ยาพ่นที่ถูกต้อง |  |  |  |
| 3.ท่านไม่เคยซื้อยามารับประทานเองนอกเหนือการรักษาของแพทย์ |  |  |  |
| 4. ท่านมีอาการข้างเคียงหรือสงสัยว่าจะแพ้ยา เช่น ใจสั่น วิงเวียน ผื่นคัน คลื่นไส้อาเจียน ท่านหยุดใช้ยาทันทีแล้วรีบมาพบแพทย์ |  |  |  |
| 5.เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยตางๆเกี่ยวกับการใช้ยาท่านปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลทุกครั้ง |  |  |  |
| 6.ท่านพกยาพ่นขยายหลอดลมกับตัวอยู่เสมอ |  |  |  |
| 7.ท่านไปพบแพทย์เมื่อไม่สามารถควบคุมอาการให้ทุเลาลงได้หลังจากพ่นยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นทุก 15-20นาทีไม่เกิน 3 ครั้ง |  |  |  |

**6. การจัดการตนเองเพื่อป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ**

|  |  |
| --- | --- |
| **พฤติกรรมการป้องกันอันตราย****และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ** | ระดับการปฏิบัติ |
| ปฏิบัติประจำ | ปฏิบัติบางครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติ |
| 1.ท่านเลิกสูบบุหรี่แล้ว |  |  |  |
| 2.ท่านสวมใส่เสื้อผ้าหนาหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ที่มีอากาศเย็นจัด |  |  |  |
| 3.ท่านทำความสะอาดผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่ม โดยการซัก และนำที่นอนไปตากแดดทุกสัปดาห์ |  |  |  |
| 4.ท่านหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นภายนอกบริเวณบ้านที่ก่อให้เกิดอาการหอบ เช่น การไม่กวาดฝุ่นละออง ไม่เผาขยะหรืออยู่บริเวณที่ควัน |  |  |  |
| 5.เมื่อมีไข้หวัด เจ็บคอ เสมหะเริ่มเป็นสีเขียวท่านไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา |  |  |  |
| 6.ท่านมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง |  |  |  |

**7. การจัดการตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น**

|  |  |
| --- | --- |
| **พฤติกรรมการคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น** | ระดับการปฏิบัติ |
| ปฏิบัติประจำ | ปฏิบัติบางครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติ |
| 1.ท่านพูดคุยปรับทุกข์กับสมาชิกในครอบครัว คนใกล้ชิดหรือเพื่อน |  |  |  |
| 2.ท่านทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เมื่อไม่มีอาการเหนื่อยหอบและขอร้องให้ผู้ที่ใกล้ชิดช่วยทำงานแทนเมื่อมีอาการเหนื่อย |  |  |  |
| 3.ท่านเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดย การสร้างกำลังใจและความหวังให้ตนเองในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย |  |  |  |
| 4.ท่านคิดว่าตัวท่านเป็นภาระของครอบครัว |  |  |  |
| 5.ท่านร่วมกิจกรรมสังสรรค์ พูดคุยกับเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้องเป็นประจำ |  |  |  |
| 6.ท่านต้องรักษาสุขภาพให้ดีเพื่อจะได้มีชีวิตอยู่ต่อไปกับครอบครัวและคนที่ท่านรักต่อไป |  |  |  |