

## โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### A Causal Model of Factors Affecting Self-management Behavior among Old-Aged Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ปัทมาพร ชนะมาร \*

Pattamaporn Chanaman \*

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 325 คน เป็นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลรัฐ ในจังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลอำเภอ ทั้ง 12 แห่ง ใช้วิธีการแบบสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้โปรแกรม SPSS และวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุโดยใช้โปรแกรม LISREL

ผลการวิจัยปรากฏว่า โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในเกณฑ์ดีพิจารณาจากค่าสถิติไค-สแควร์ เท่ากับ 3 ค่า df เท่ากับ 0 ค่า p เท่ากับ 0.00 ดัชนี GFI เท่ากับ 0.95 AGFI เท่ากับ 0.97 PGFI เท่ากับ 0.02 SRMR เท่ากับ 0.04 RMSEA เท่ากับ 0.00 RMR เท่ากับ 0.03 ตัวแปรทั้งหมดในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ร้อยละ 71.9 ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม และด้านแรงจูงใจ ส่วนการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ภาวะสุขภาพสูง จะมีส่วนร่วมและแรงจูงใจในการจัดการตนเองและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมการจัดการตนเอง, โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

\* โรงพยาบาลวิชัยพัฒนา โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

## ABSTRACT

The purposes of the research were to identify causal factors affecting Self-management behavior among Old-Aged patients Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Mahasarakham Province, to design a Self-management model for the Old-Aged patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The quantitative research was employed for the study, which focused on analyzing the causal factors affecting directly and indirectly Self-management behavior of the Old-Aged patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Mahasarakham Province. The data were collected from three hundred and thirty four Old-Aged patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Mahasarakham Province by questionnaires. The samples were selected by the multistage random sampling and simple random sampling methods. The data were analyzed by Multiple Linear Regression Analysis and Structural Equation Model: SEM. LISREL for windows was employed for Path Analysis. Results of the research were as follows: Regarding the relationships between the causal factors and the empirical data, the findings indicated that nine factors significantly affected the Self-management behaviors of the patients. The factors consisted of Knowledge, Health Belief, Social support, Family support, Perceived self-efficacy, major depressive disorder, Attitude, participation and motivation.

## บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคซีไอพีดี คือ โรคปอดชนิดเรื้อรังที่ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพของถุงลมโป่งพอง และ/หรือ หลอดลมอักเสบเรื้อรังเกิดร่วมกัน อาการหลัก คือ ไอ มีเสมหะ หรืออาการหายใจเหนื่อยที่ค่อย ๆ เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ สาเหตุหลักของโรคเกิดจากการสูบบุหรี่ การรักษา คือ การหยุดสาเหตุและรักษาแบบประคับประคองตามอาการ ซึ่งจะไม่ได้ทำให้พยาธิสภาพของโรคหายไป เพียงแค่หยุดการดำเนินของโรค/การลุกลามของโรค และทำให้อาการดีขึ้น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุลำดับต้น ๆ ของการเสียชีวิตในประชากรทั่วโลก โรคนี้เป็นโรคที่พบในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ผู้ชายพบมากกว่าผู้หญิงเล็กน้อย ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญและตระหนักถึงผลกระทบที่ตามมาเนื่องจากนำไปสู่สาเหตุของอัตราการพึ่งพิงและอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น

สถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าจะจะเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 รองจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ ในปี ค.ศ. 2020 และเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยเรื้อรังอันดับที่ 4

ของประชากรโลกในปี ค.ศ. 2030 (WHO, 2008) โดยเฉลี่ยแล้ว ทุกๆ 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 250 คนทั่วโลก หรือเท่ากับ 1 คน ทุกๆ 15 วินาที<sup>1</sup> (Regional COPD working group Respirology. 2003 : 192-8) เห็นได้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทั่วโลกและเป็นปัญหาสำคัญที่พบมากในผู้สูงอายุ

ประเทศไทยเอง พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในสิบลำดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิต โดยเฉลี่ยพบผู้ป่วยได้ประมาณ 5 หรือประมาณ 4 ล้านคน และมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 5 ของประเทศ (33.5 ต่อประชากรแสนคน) ปี 2554 พบว่าประเทศไทยต้องจ่ายเงินเพื่อรักษาผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงถึง 17,500 ล้านบาท จังหวัดมหาสารคาม พบสถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นเช่นกัน มีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคนี้ ปี 2557 จำนวน 2,033 ราย ปี 2558 จำนวน 1,978 ราย ปี 2559 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 2,032 ราย และปี 2560 จำนวน 2,054 ราย<sup>2</sup> (<http://mkm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php> สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2560) มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงการรับไว้รักษาซ้ำติดต่อกัน เมื่อมีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งอาจจะต้องพึ่งพิงทรัพยากรเพื่อการรักษา

เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การส่งต่อ การใช้ยาปฏิชีวนะ ฯลฯ จะเห็นว่าแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง การศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง<sup>3</sup>(THAT.PR.NET สืบค้นจาก <http://www.thaipr.net/health/418973>) พบว่า ผู้ป่วยนอก หนึ่งรายเสียค่ารักษาเฉลี่ยต่อสัปดาห์ คิดเป็นเงิน 140 บาท และค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยวันละ 1,270 บาท คิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อการอยู่โรงพยาบาลครั้งหนึ่งเป็นเงิน 17,600 บาทต่อราย ทั้งนี้เป็นการคำนวณเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมกันกับรายจ่ายของโรงพยาบาล เมื่อคำนวณทั้งประเทศแล้วเป็นค่ารักษาปีละหลายพันล้านบาท

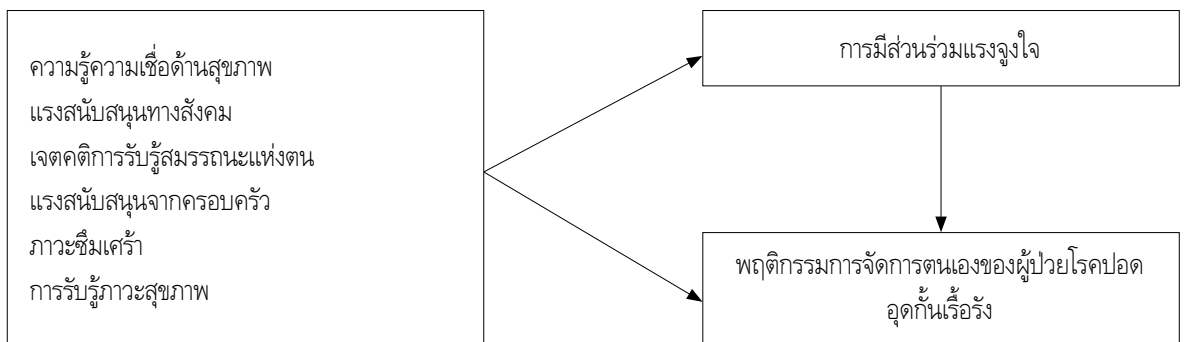
ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเอง (self-management) ซึ่งเป็นแนวคิด ที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่า บุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ โดยได้มีการนำมาใช้ในหลายวงการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพทั้งในการพยาบาล การแพทย์ การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคล ในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปรับเปลี่ยน การดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่าง

ต่อเนื่อง การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ได้ถูกจัดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) (Wagner et al., 2001) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในองค์กรด้านสุขภาพในปัจจุบัน ภายใต้ความเชื่อที่ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น โดยตัวผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในโรค มีทักษะในการแก้ปัญหา ให้เกิดความมั่นใจที่จะลงมือกระทำและแก้ปัญหา รวมทั้งขอรับการสนับสนุนช่วยเหลือ จากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ พยาบาล รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยสามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ลดความรุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย รวมถึงลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

- 1) เพื่อพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม
- 2) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลที่พัฒนาขึ้นกับ

**กรอบแนวคิดการวิจัย**



ข้อมูลเชิงประจักษ์

**รูปที่ 1** โมเดลสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของ

ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัด  
มหาสารคาม

### สมมติฐานการวิจัย

1. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงจูงใจ การมีส่วนร่วม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจ และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงจูงใจ การมีส่วนร่วมและการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผ่านการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจ
4. การมีส่วนร่วมและแรงจูงใจมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### วิธีดำเนินการ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดมหาสารคาม 13 แห่ง จำนวน 2,078 คน กลุ่มตัวอย่าง 325 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling)

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 10 ปัจจัย และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการ

จัดการตนเองด้านต่างๆ มีค่าความเที่ยงทั้งหมด .84 แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

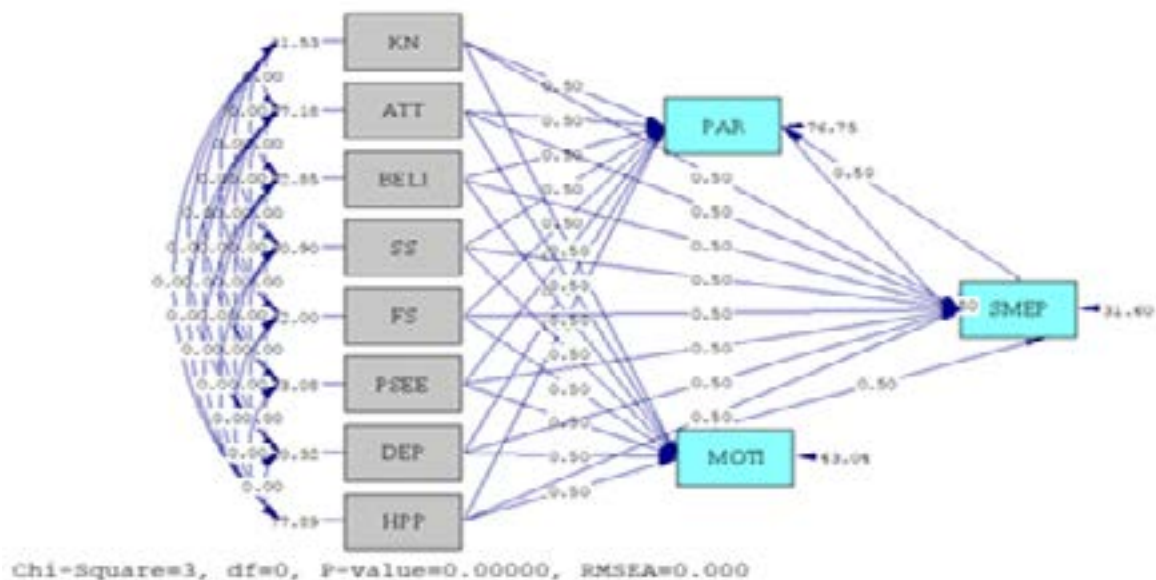
ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤษภาคม 2560 กับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดมหาสารคาม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 13 โรงพยาบาล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ที่ผ่านการอบรมเรื่องการเก็บข้อมูลงานวิจัยแล้วได้รับแบบสอบถามคืนและเป็นฉบับสมบูรณ์จำนวน 325 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 100

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ค่าสถิติเบื้องต้นเพื่อพิจารณาหลักเกณฑ์การแจกแจงของตัวแปร และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ในโมเดล โดยใช้โปรแกรม SPSS ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดตัวแปรแฝงด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง โดยการใช้โปรแกรม LISREL

#### ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในเกณฑ์ดีพิจารณาจากค่าสถิติไค-สแควร์ เท่ากับ 3 โดยมีความน่าจะเป็น (p) เท่ากับ .00 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 0 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (GFI) เท่ากับ .95 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ .97 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (PGFI) เท่ากับ .02 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือมาตรฐาน (SRMR) เท่ากับ .04 ค่าดัชนีความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (RMSEA) เท่ากับ .00 RMR เท่ากับ 0.03 ตัวแปรทั้งหมดในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ร้อยละ 71.9 ดังรูปที่ 2 และตารางที่ 1



รูปที่ 2 ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงรูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของปัจจัยเชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัด มหาสารคาม

**ตารางที่ 1** ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดมหาสารคาม

ตัวแปรผล	การมีส่วนร่วม (PAR)			แรงจูงใจ (MOTI)			พฤติกรรมจัดการตนเอง(SMEP)		
	TE	IE	DE	TE	IE	DE	TE	IE	DE
ตัวแปรเชิงสาเหตุ	TE	IE	DE	TE	IE	DE	TE	IE	DE
1. ความรู้	0.22 (0.05)	-	0.22 (0.05)	0.22 (0.05)		0.22 (0.05)	0.31 (0.05)	0.02 (0.04)	0.29 (0.05)
2. ความเชื่อด้านสุขภาพ	0.04 (0.06)		0.04 (0.06)	0.04 (0.05)		0.04 (0.05)	0.36 (0.05)	0.05 (0.04)	0.31 (0.05)
3. เจตคติต่อการดูแลตนเอง	0.64 (0.06)		0.64 (0.06)	0.20 (0.06)		0.20 (0.06)	0.41 (0.06)	0.31 (0.05)	0.11 (0.06)
4. แรงสนับสนุนด้านสังคม	0.01 (0.07)		0.01 (0.07)	0.12 (0.06)		0.12 (0.06)	0.22 (0.06)	0.04 (0.04)	0.18 (0.06)
5.ภาวะซึมเศร้า	-0.21 (0.06)		-0.21 (0.06)	-0.06 (0.06)		-0.06 (0.06)	-0.35 (0.06)	-0.08 (0.04)	-0.42 (0.06)
6.แรงสนับสนุนของครอบครัว	0.18 (0.05)		0.18 (0.05)	0.16 (0.05)		0.16 (0.05)	0.11 (0.05)	0.03 (0.04)	0.08 (0.05)
7.การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.33 (0.06)		0.33 (0.06)	0.27 (0.06)		0.27 (0.06)	0.15 (0.06)	0.06 (0.04)	0.11 (0.06)
8. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.47 (0.05)		0.47 (0.05)	0.76 (0.05)		0.76 (0.05)	0.56 (0.05)	0.46 (0.05)	0.10 (0.05)
9.การมีส่วนร่วม	-	-	-	-	-	-	0.51 (0.04)	-	0.51 (0.04)
10.แรงจูงใจ	-	-	-	-	-	-	0.42 (0.04)	-	0.42 (0.04)

ค่าสถิติ  $X^2 = 3$  df = 0 p = .00 GFI = .95 AGFI = .97 PGFI = .02 SRMR = .04  
RMSEA = .00

สมการโครงสร้างตัวแปร PAR MOTI SMEP  
R<sup>2</sup> 0.18 0.94 0.719

หมายเหตุ : \*  $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , TE = ผลรวมอิทธิพล, IE = อิทธิพลทางอ้อม, DE = อิทธิพลทางตรง

ตัวเลขในวงเล็บ คือ ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในเกณฑ์ที่พิจารณาจากค่าสถิติไค-สแควร์ เท่ากับ 3 ค่า df เท่ากับ 0 ค่า p เท่ากับ 0.00 ดัชนี GFI เท่ากับ 0.95 AGFI เท่ากับ 0.97 PGFI เท่ากับ 0.02 SRMR เท่ากับ 0.04 RMSEA เท่ากับ 0.00 RMR เท่ากับ 0.03 ตัวแปรทั้งหมดในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ร้อยละ 71.9

เมื่อพิจารณาอิทธิพลรวมของตัวแปรแฝงในโมเดลที่พัฒนาขึ้น จากตารางที่ 1 ปรากฏว่า ตัวแปรแฝงที่มีอิทธิพลรวมต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ (HP) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.46 รองลงมาได้แก่ ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ (BEL) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.36 ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้า (DEP) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.35 ปัจจัยด้านความรู้ (KN) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.31 ปัจจัยด้านเจตคติต่อการดูแลตนเอง (ATT) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.31 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (SS) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.22 ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (PSEE) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.15 และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ำที่สุด คือ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนของครอบครัว (FS) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยรวมเท่ากับ 0.11 ในขณะที่เดียวกันตัวแปรแฝงที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม และตัวแปรแฝงที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจ คือ ปัจจัยด้านความรู้ มีค่าเท่ากับ 0.22 ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.04 เจตคติต่อการดูแลตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.20 แรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเท่ากับ 0.12 ภาวะซึมเศร้า มีค่าเท่ากับ 0.06 แรงสนับสนุนของครอบครัว มีค่าเท่ากับ 0.16 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าเท่ากับ 0.27 การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.76 เส้นทางการอิทธิพลของตัวแปรแฝงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปรากฏดังนี้

1. ความรู้มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.22 และ 0.22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้จะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง

2. ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.04 และ 0.04 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่า หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเชื่อด้านสุขภาพจะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง

3. เจตคติต่อการดูแลตนเองมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.64 และ 0.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีเจตคติต่อการดูแลตนเองจะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง

4. แรงสนับสนุนด้านสังคมมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.01 และ 0.12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแรงสนับสนุนด้านสังคมจะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง

5. ภาวะซึมเศร้า มีอิทธิพลทางตรงเชิงลบต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ -0.21 และ -0.06 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่า หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าน้อย จะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองมาก

6. แรงสนับสนุนของครอบครัว มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.18 และ 0.16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่า หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแรงสนับสนุนของครอบครัวจะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง

7. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.33 และ 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่า หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง





ผ่านการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.03 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงก็จะทำให้มีพฤติกรรมจัดการตนเอง ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้มีส่วนร่วม และแรงจูงใจ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้น

17. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.10 และมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผ่านการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า หากผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพสูงก็จะทำให้มีพฤติกรรมจัดการตนเอง ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพสูงจะทำให้มีส่วนร่วม และแรงจูงใจ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้น

## อภิปรายผล

ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงจูงใจ การมีส่วนร่วม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจ ผลการวิจัยข้อนี้เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรู้มากจะสามารถดูแลตนเองได้ดี จึงทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจในการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Browder and Shapiro (1985) กล่าวว่า การประเมินความรู้ ทักษะ และความสามารถของตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริงโดยมีการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย และการสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นรายบุคคล Lorig, K. & Holman, H. (2003). ได้ให้นิยามของ คำว่า การจัดการตนเองไว้ว่าเป็นการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นที่จะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของการที่บุคคลนั้นต้องอยู่กับโรคเรื้อรัง การสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมโรค

ต้องการความรู้เป็นฐานในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยให้มีความเหมาะสมกับการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์และชีวิตจริงของผู้ป่วยแต่ละราย Creer (1976) ในส่วนของวิธีการควบคุมโรคและความไม่แน่นอนของโรค พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง (Curtin, Bultman-Sitter, Schatell, & Chewning, 2004 ) ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวจึงอาจเป็นตัวแปรอีกตัวหนึ่งในการทำนายพฤติกรรมจัดการตนเอง การประยุกต์การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความเจ็บป่วย ความเครียด ไม่ว่าจะมากหรือน้อย ก็ล้วนแต่กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเองและคนที่เกี่ยวข้องด้วยทั้งสิ้น ความเจ็บป่วยมักจะก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด ความสิ้นหวัง หรือมีผลทำให้การดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากมายทำให้กลายเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตได้ (life crisis) ถ้าความเจ็บป่วยไม่รุนแรงมากนัก ผู้ป่วยก็พอจะปรับตัวได้ไม่ยาก กลับเข้าสู่สภาพการดำเนินชีวิตตามเดิมของตนต่อไป แต่ในกรณีความเจ็บป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังหรือคุกคามต่อชีวิต การปรับตัวก็ทำด้วยความลำบากและมีผลกระทบต่อจิตใจรวมทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมาก จากการศึกษาถึงปฏิกิริยาทางจิตใจและสังคม (Reactions to Physical Illnesses) อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นทั้งที่พิจารณาว่าปกติหรือผิดปกติก็ตาม ย่อมจะมีผลต่อการดำเนินโรคและผลของการรักษา ไม่ว่าจะเป็นผลในด้านทำให้โรคนั้นแยลงหรือดีขึ้นก็ตาม โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ ดังนั้น การทำความเข้าใจสังเกต และพิจารณาแบ่งแยก แยกแยะปฏิกิริยาต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น ถ้าหากบุคลากรทางการแพทย์สามารถกระทำสิ่งเหล่านี้ได้ และนำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยของตนได้อย่างเหมาะสม ก็ย่อมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นซึ่งย่อมนำไปสู่ผลการรักษาที่ดีขึ้นด้วย <sup>4</sup>(ศรีประภา ชัยสินธพ, 2557) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งเป็นการจัดในลักษณะกลุ่มย่อย (7-15 คน) หรือการให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยการใช้สื่อแบบต่าง ๆ ในการให้ความรู้ร่วมกับการใช้ตัวแบบ (role model) ซึ่งได้แก่ ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคมาเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งนอกจากจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกลุ่ม

เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้นแล้วยังเป็นการโน้มน้าว ชักจูง ให้เกิดความรู้อีกอยากควบคุมโรคได้เช่นเดียวกับตัวแบบ ทั้งนี้การให้ความรู้และหลักการจัดการตนเองจะได้ผลดียิ่งขึ้นเมื่อทำร่วมกับการฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการควบคุมโรค (specific skill training) โดยผลการศึกษา พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเองรวมทั้งการฝึกทักษะการจัดการตนเองที่มีความเฉพาะในแต่ละโรค การให้คู่มือและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทั้งวิธีการจัดในลักษณะเป็นรายบุคคลและกลุ่มย่อย ได้ผลดีในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ทำให้พฤติกรรมควบคุมโรคดีขึ้น สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์มากขึ้น มีภาวะสุขภาพดีขึ้น เช่น อาการหายใจลำบากลดลง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันลดลง ความเหนื่อยล้าลดลง ภาวะอ้วนลดลง หายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น<sup>5</sup> (ชดช้อย วัฒนนะ, สุชน พรธิสาร, อนุวรรณ รัววงศ์ประยูร และปริญญา แร่ทอง, 2552; คันสนีย์ กองสกุล, 2552; จันทร์เพ็ญ หวานคำ , 2555; ปราณี สายรัตน์, 2555; ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, ชดช้อย วัฒนนะ, และพีระพงษ์ กิตติภาวงศ์, 2555; อวรรณ ปรภาศิลป์, ชดช้อย วัฒนนะ, และทิพาพร ธารวานิช, 2556) การสนับสนุนการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถือเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จและเพิ่มผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเองทำได้โดยการให้ความรู้เป็นฐาน รวมถึงกระบวนการในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา การเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการสนับสนุนให้มีการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงไปใช้ปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ การสนับสนุนการจัดการตนเองควรมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ค้นหาปัญหาจากมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการแก้ปัญหาอุปสรรคที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง ซึ่งพยาบาลหรือบุคลากรที่มีสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรังหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง สามารถนำกลยุทธ์การสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ โดยพิจารณาถึงเกณฑ์การควบคุมโรคในแต่ละรายและ

นำมากำหนดเป็นเป้าหมายสำคัญในการควบคุมโรคส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและความรุนแรงได้ตามเกณฑ์ ซึ่งจะช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในที่สุด

ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงจูงใจ การมีส่วนร่วม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตัวแปรเหล่านี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมจัดการตนเองได้ ร้อยละ 71.9 แสดงว่า สามารถอธิบายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ครอบคลุมพอ

### ข้อเสนอแนะนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงจูงใจ การมีส่วนร่วมและการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดมหาสารคาม จึงเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเอง ดังนี้

1. การสนับสนุนการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจให้เกิดแก่ผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต มีอารมณ์บวก ผู้ดูแล ครอบครัว สังคม ควรร่วมมือกันในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี
2. ผู้ให้บริการควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เพราะการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจในการจัดการตนเอง ส่งผลให้เกิดสุขภาพที่ดี ส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างสุขภาพระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการจัดการสุขภาพ
3. ผู้ที่มีปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า

แรงสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงจูงใจ การมีส่วนร่วมและการรับรู้ภาวะสุขภาพสูง จะตระหนักว่าควรปฏิบัติตัวอย่างใดในการจัดการตนเอง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. โมเดลความสัมพันธ์เชิงรูปแบบ ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของปัจจัยเชิงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดมหาสารคาม ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดมหาสารคาม ควรมีการนำโมเดลนี้ไปศึกษากับผู้ป่วยในจังหวัดอื่น ๆ เพื่อตรวจสอบความเปลี่ยนแปลงของโมเดล

2. ควรมีการวิจัยครั้งต่อไปด้วยวิธีการวิเคราะห์กลุ่มพหุ (Multi group analysis) เช่น ผู้ป่วยตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลเอกชน

3. ควรเพิ่มตัวแปรอื่นเพื่อพัฒนาให้โมเดลสมบูรณ์ยิ่งขึ้น สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มากขึ้น เช่น การปรับตัว ความรุนแรงของโรค ความสิ้นหวัง เป็นต้น

### เอกสารอ้างอิง

6. ชนิสรา ปัญญาเริง. เครือข่ายทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในตำบล เสริมกลางอำเภอเสริมงามจังหวัดลำปาง (พย.ม.สาขาการพยาบาลชุมชน). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2550.
7. ดุษฎี อาจผดุงกุล. ต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขณะมีอาการหายใจลำบาก ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชป่า จังหวัดน่าน (ปริญญาโท พย.ม. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2550.
8. ณิชฐาภินิชา ดวงแสง. การจัดการกับอาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกมลาไสยจังหวัดกาฬสินธุ์ (วิทยานิพนธ์ พย.ม. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา ; 2556.
9. นवलจันทร์ พิมพ์รักษา. โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ภาวะหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

- เรื้อรัง (รายงานการศึกษาระยะปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2550.
10. ปราณี สายรัตน์. ผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. Nursing Journal 2556; 4: 23- 35.
11. ยุพเรศ ญาณมงคลศิลป์. ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน (การศึกษาระยะ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
12. รจเรช พิมพ์ภาภรณ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อความวิตกกังวลและการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2550.
13. ระวีวรรณ กัณฑ์กาลัง. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสองแคว จังหวัดน่าน (การค้นคว้าอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2550.
14. รัตนา พรหมบุตร. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์; 2554.
15. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ SERVICE PLAN เขตสุขภาพที่ 7 “ร้อยแก่นสารสินธุ์” สาขาโรคเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2559-2560. ขอนแก่น: 2559.
16. วราพร คุ่มอรุณรัตนกุล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2547.

17. วรรณระวี อัครนิจ. ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ปริญญาโท วท.ม. สาขาพยาบาลศาสตร์). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
18. American Lung association. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) fact sheet. Retrieved September 5, 2005: from: URL : [http:// www.lungusa.org/site/pp.asp](http://www.lungusa.org/site/pp.asp).
19. American Thoracic Society. Standard for The Diagnosis and care of patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Am J. Respir Crit Care Med 1998; 154 (5), S77-S120.
20. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York : W.H.Freeman. 1997.
21. Bloom, B. Taxonomy of educational Objectives. Handbook 1 : Cognitive Domain. New York : David Mckay Company. 1975.
22. Browder, D. M., & Shapiro, E. S. (1985). Applications of self-management to individuals with severe handicaps : A review. Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps 1985 ; 10 : 200 - 208.
23. Cohen, Jhon M. and Norman T. Uphoff. Rural Participation : Concepts and Measures For Project Design, Implementation and Evaluation. New York : McGraw-Hill. 1977.
24. Dean.H. "Health care behavior:Implication for aging" Self- care and Health in Old age. London: Croom Helm Eva Osterlund Efraimsson. (2008). Effects of COPD self-care managementeducation at a nurse-led primary health care clinic.The Authours. Journal compilation. Sweden, Scand J Caring Sci 1986 : 178-185.
25. Good. Dictionary of Education. (3<sup>rd</sup> ed). New York. Mc Graw-Hill.Guidelines for assessment and management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Canadian Thoracic Society Workshop Group. (1992). CMAJ 1973; 147(4): 420-8.
26. Hye-A Yeom, PhD, RN. Factors Affecting Mobility in Community-dwelling Older Koreans with Chronic Illnesses. The Catholic University of Korea College of Nursing, 222 Banpo-daero, Seocho-gu, Seoul Korea, 2014; 137-701.
27. King.J.B. The Health Belief Model. Nursing Times 1984; 80: 53-55.