

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD]) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก (Vogelmeier et al., 2017) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) รายงานว่าในปี ค.ศ.2007 มีผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประมาณ 210 ล้านคน ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตของประชากรด้วยโรคนี้อยู่ที่อันดับ 4 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด (WHO, 2015) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอุบัติการณ์สูงขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก โดยพบว่า สหรัฐอเมริกา พบผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากถึง 14.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.4 และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประชากรชาวอเมริกัน (Burgers et al., 2012)

ส่วนประเทศไทยมีรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยในปี 2550-2552 มีจำนวน 53.82 124.58 147.58 ต่อแสนประชากรตามลำดับ คิดเป็นอันดับสี่ของประเทศ (สำนักกระบาดวิทยา, 2553) ในปี พ.ศ. 2554 จากข้อมูลความเจ็บป่วยใน 43 จังหวัด มีผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 87.66 ของโรคทางเดินหายใจส่วนล่างทั้งหมด โดยพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยรายใหม่ในอัตราสูงถึง 38.30 รายต่อแสนประชากร (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2555) และรายงานสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2556 พบว่าการเสียชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2555 มีอัตราการเสียชีวิต 7.6 รายต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นมากเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2552 ถึง 2554 โดยมีอัตรา 1.7, 1.8 และ 2.5 รายต่อแสนประชากรตามลำดับ ส่วนจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราป่วยสูงเป็นอันดับที่ 6 ของประเทศ โดยมีอัตราป่วยสูงถึง 160.1 รายต่อแสนประชากร (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2556)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และพยาธิสภาพไม่สามารถคืนสู่ปกติได้ โดยอาการหายใจลำบากเป็นไปอย่างเรื้อรัง (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017) ส่งผลกระทบต่อร่างกายโดยระบบหายใจเสื่อมสมรรถภาพลง ทำให้การหายใจออกลำบากต้องใช้กำลังมากในการหายใจออก ไม่สามารถขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากปอดได้ จนเกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด ทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดอาการ

ง่วงซึม (narcosis) สับสน สมองเกิดการขาดออกซิเจน (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017) และยังทำให้เกิดภาวะหัวใจโต (cardiomegaly) จากทำหน้าที่หนักในการสูบน้ำเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ ต่อมาส่งผลทำให้หัวใจห้องขวาล้มเหลวได้ (Vogelmeier et al., 2017) จากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดังกล่าว ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลง (Roche, 2009; Vorrink, Kort, Troosters, & Lammers, 2011) การนอนหลับไม่มีคุณภาพและพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ เนื่องจากตอนกลางคืนมีอากาศเย็นทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอบ่อยขึ้น (MacNee, 2008; Krachman, Minai, & Scharf, 2008) อีกทั้งตอนนอนหลับทำให้อัตราการหายใจช้าลง ทำให้การระบายอากาศช้าลงด้วย ส่งผลให้ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงขึ้นอีก นอกจากนี้ยังมีอาการไอและอาการหายใจลำบาก ทำให้ความดันในช่องท้องที่เพิ่มมากขึ้น (Scichilone et al., 2008) เมื่อรับประทานอาหารทำให้มีความรู้สึกอิ่มเร็ว รับประทานอาหารได้น้อยลงทำให้น้ำหนักตัวลดลง (Vogelmeier et al., 2017; Scichilone et al., 2008) นอกจากนี้ยังอาจเกิดความเครียดทำให้เพิ่มการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารเกิดแผลในกระเพาะอาหาร เกิดความไม่สุขสบายในระบบทางเดินอาหาร (Brzozowski et al., 2017) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียดวิตกกังวล รู้สึกหดหู่ ท้อถอย ทำให้ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดความคิดด้านลบ ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองลดลง (พรรณนิภา สืบสุข, 2554; Baliatsas et al., 2017; Bonsaksen, Fagermoen, & Lerdal, 2015) จนส่งผลให้ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Benzo, Abascal-Bolado, & Dulohery, 2016; Bonsaksen, Fagermoen, & Lerdal, 2015)

ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติ จากอาการแทรกซ้อนของโรค และสภาพร่างกายที่ย่ำแย่ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และหลายครั้งต้องมีการกลับมา รักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบกำเริบ (acute exacerbation) (กนกศรี เชื้อหอม, 2553; Vogelmeier et al., 2017; Isaksen et al., 2015) ส่งผลกระทบต่อบทบาทของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคม ลดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดลดลง สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง (Bonsaksen, Haukeland-Parker, Lerdal, & Fagermoen, 2014) และการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในสังคมลดลงด้วย (Benzo, Abascal-Bolado, & Dulohery, 2016;) รวมถึงความเครียดการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ในโรงพยาบาล (Garrido et al., 2017; Isaksen et al., 2015) ทำให้ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากสมาชิกครอบครัว และสมาชิกแต่ละคนต้องปรับเปลี่ยนบทบาทของตน (Caress, Luker, & Chalmers, 2010; Wang, Sung, Yang, Chiang, & Perng, 2012) ทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้สัมพันธภาพในบทบาทของสามี ภรรยา บิดา มารดา ญาติและเพื่อนเปลี่ยนไป บุตรต้องทำงานแทนในทุกเรื่อง คนในครอบครัวต้องผลัดเปลี่ยนกัน

หยุดงาน (Kuprys-Lipinska & Kuna, 2014) บางครอบครัวสมาชิกต้องลาออกจากงานหรือไม่สามารถไปทำงานที่ทำประจำต่างๆที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (Kuprys-Lipinska & Kuna, 2014; Upton et al., 2010) ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ หรือต้องจ้างผู้อื่นมาดูแลแทน ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ไม่เพียงเท่านั้น หากระดับความรุนแรงของโรคเลวลง ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจต้องหยุดงานหรือออกจากงานก่อนวัยอันควร ทำให้สูญเสียอาชีพ ส่งผลต่อรายได้ในครอบครัว ทำให้มีฐานะยากลำบากยิ่งขึ้น (พรณิภา สืบสุข, 2554) นอกจากนี้ยังผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติที่ต้องใช้งบประมาณในการเยียวยาผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีกด้วย และค่าใช้จ่ายในการรักษาจะเพิ่มมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค ยิ่งอาการกำเริบบ่อยมีภาวะแทรกซ้อนมากค่าใช้จ่ายก็เพิ่มมากขึ้น (Vogelmeier et al., 2017) ซึ่งมีค่าใช้จ่ายจากการรักษาถึง 12,735 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของรายได้ประชาชาติ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2554) จากผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดังกล่าวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจยังส่งผลกระทบต่อเพิ่มขึ้นตามภาวะของ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและพยาธิสภาพของโรคที่มีระดับความรุนแรงมากขึ้น

สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่า ในปี พ.ศ. 2556 อัตราการกลับนอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงสุดเป็นอันดับที่ 1 สูงถึงร้อยละ 37.40 รวมถึงอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงเพิ่มมากขึ้นเป็น 7.40 จากปี พ.ศ.2553 และ พ.ศ. 2554 ที่มีอัตราเพียง 1.55 และ 2.67 จากการศึกษาทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพ ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีระดับภาวะสุขภาพแย่ ความเจ็บป่วยร่วมหลายโรค หรือระดับความรุนแรงของโรค ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น (Gonzalez, Suissa, & Ernst, 2011; Vogelmeier et al., 2017; Spielmanns et al., 2017) 2) เพศชายมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ มากกว่าเพศหญิง (Gonzalez, Suissa, & Ernst, 2011) 3) อายุ 3) อายุมากความเสี่ยงสูงขึ้นและยังให้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลนานมากขึ้น (Vogelmeier et al., 2017; Spielmanns et al., 2017) 4) ความวิตกกังวล ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกลับมารักษาซ้ำ (รัตนา ใจสมคม, 2554; Fearn et al., 2017; Vogelmeier et al., 2017) 5) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การสัมผัสสิ่งกระตุ้น (Vogelmeier et al., 2017)

แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุขไทย (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2553) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 เล็กน้อย (Mild level) สมรรถภาพปอด ค่า FEV1 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน จะยังไม่มีหอบเหนื่อยในขณะพัก ไม่มีการกำเริบของอาการหายใจลำบาก ระดับที่ 2 ปานกลาง (Moderate level) สมรรถภาพปอด ค่า FEV1 เท่ากับ ร้อยละ 50 – 79 ของค่ามาตรฐาน เริ่มมีหอบ

เหนื่อยเล็กน้อย เกิดการกำเริบของอาการหายใจลำบากแต่ไม่รุนแรง ระดับที่ 3 รุนแรง (Severe level) สมรรถภาพปอด ค่า FEV1 เท่ากับ ร้อยละ 30 – 49 ของค่ามาตรฐาน มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน เกิดการกำเริบของอาการหายใจลำบากอย่างรุนแรง และระดับที่ 4 รุนแรงมาก (Very severe level) สมรรถภาพปอด ค่า FEV1 น้อยกว่า ร้อยละ 30 หรือ น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่ามาตรฐาน โดยมีภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรังร่วมด้วย หอบเหนื่อยตลอดเวลา เกิดการกำเริบของอาการหายใจลำบากรุนแรงและเกิดขึ้นบ่อย แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถควบคุมไม่ให้ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรุนแรงมากขึ้นได้ โดยการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสม (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553 ; Bonsaksen, Haukeland-Parker, Lerdal, & Fagermoen, 2014; Vogelmeier et al., 2017)

แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุขไทย (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553) มีเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ ค้นหาคัดกรอง บรรเทาอาการและความรุนแรงของโรคให้ลดลง ป้องกันภาวะกำเริบ รวมถึงชะลอการเสื่อมสมรรถภาพปอด จนนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับปฐมภูมิ ป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเช่น ไม่สูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงการสูดดมควันพิษต่าง ๆ (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017) 2) ระดับทุติยภูมิ โดยการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรคแต่ยังไม่แสดงอาการ เพื่อให้การรักษาก่อนที่จะมีอาการกำเริบพบว่าการคัดกรองหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 3) ระดับตติยภูมิ เพื่อชะลอการเสื่อมของปอดจากตัวโรคด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไป เป็นการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเกี่ยวกับโภชนาการ การใช้ยา และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น เช่น ใช้ยาสม่ำเสมอตามคำแนะนำของแพทย์ การรักษาโดยใช้ยา เช่น ยาขยายหลอดลม ยาขับเสมหะ และยาต้านการอักเสบ เป็นต้น 2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการผ่อนคลาย และ 3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการบริหารหายใจและออกกำลังกาย เช่น การหายใจแบบเป่าปาก การบริหารการหายใจ ซึ่งมักจะร่วมอยู่ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilitation) เพื่อช่วยชะลอการดำเนินของโรค ทำให้การพยากรณ์โรคดีขึ้นและทำประสิทธิภาพของการหายใจดีขึ้น (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017)

การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีเป้าหมายเพื่อ ช่วยลดอาการหายใจลำบาก ควบคุมระดับความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ลดและการกลับมารักษาซ้ำ (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553; Vogelmeier et al., 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดำเนินการแก้ไขจากงานวิจัยต่างๆเช่นและแนวทางการจัดการอาการของผู้ที่

เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปัจจุบันไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (Bourbeau et al., 2013; Ries et al., 2007) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ Bourbeau (2013) พบว่า 6 ใน 10 โปรแกรมไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากโปรแกรมดังกล่าวมุ่งฝึกทักษะและให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการและป้องกันอาการหายใจลำบากเพียงอาการเดียว ในขณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันหลายอาการ และการศึกษาส่วนมากเป็นลักษณะเป็นการให้โปรแกรมเฉพาะตัวบุคคล และรูปแบบโปรแกรมโดยส่วนมากผู้วิจัยจะเป็นผู้กำหนดรูปแบบของโปรแกรมเองจากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้มีความไม่เหมาะสมกับบริบทของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดความไม่ยั่งยืนและต่อเนื่องในการแก้ไขปัญหา (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553; Bourbeau, 2013; Vogelmeier et al., 2017) ส่งผลให้ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดอาการหายใจลำบากกำเริบบ่อยและมีความรุนแรงมากขึ้น จนต้องมารับรักษาที่โรงพยาบาล ส่งผลให้อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การอัตรากลับมารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2556) สำหรับผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังความรุนแรงระดับ 3 มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้นจนรบกวนชีวิตประจำวัน มีอาการกำเริบของอาการหายใจลำบากรุนแรงมาก จึงทำให้มีข้อจำกัดในปฏิบัติการพฤติกรรมและการดูแลตนเองของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในด้านต่างๆ (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2553) ทำให้ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นไม่สามารถปฏิบัติการพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Vogelmeier et al., 2017) ส่งผลให้จำเป็นต้องมีบุคคลอื่นเข้ามาส่งเสริมเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสม

แม้ว่าการปฏิบัติการพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสมจะเป็นปัจจัยที่สามารถลดการกำเริบของอาการหายใจลำบากและภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ก็ตาม แต่ภาวะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและพยาธิสภาพของโรคที่มีระดับความรุนแรงมาก ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานหนักได้ ทำให้สามารถปฏิบัติการพฤติกรรมและการดูแลตนเองลดลง (Kupryś-Lipinska & Kuna, 2014) และอีกปัจจัยหนึ่งที่สิ่งที่สำคัญ แม้ว่านโยบายการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย โรงพยาบาลต่างๆ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อดูแลผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีสหวิชาชีพร่วมกันดูแล โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานในการบริหารจัดการในภาพรวม (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ได้ดูแลเพียงแก่ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเท่านั้น ยังมีผู้ที่เป็โรคเรื้อรังอื่นๆ ต้องดูแลด้วย ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องให้การบริการ รวมถึงจำนวนของบุคลากรทางด้านสุขภาพมีค่อนข้างจำกัด จึงทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เพียงพอ คือ ไม่สามารถดูแลผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างใกล้ชิด และไม่สามารถครอบคลุมถึงการดูแลผู้ที่เป็โรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน จึงจำเป็นต้องอาศัยบุคคลอื่นเข้ามาช่วยในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมา พบการศึกษาของชัยพงศ์ ชูยศ (2547) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า หนึ่งในตัวแปรที่มีอิทธิพลในการร่วมทำนายนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ สมาชิกครอบครัว ควรให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อเนื่องในการแก้ไขปัญหา และทำผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการดูแลที่มีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของบุคคล ครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ พิกุล เจริญสุข (2549) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ พบว่า ครอบครัวได้สะท้อนให้เห็นถึงแรงจูงใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ได้แก่ ความรักความผูกพัน เป็นหน้าที่รับผิดชอบ และเป็นการตอบแทนบุญคุณ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของวิถีชีวิตของครอบครัวในสังคมไทยครอบครัวมีความสำคัญมากในการดูแลสุขภาพครอบครัวที่เจ็บป่วย ครอบครัวต้องทำให้สมาชิกที่เจ็บป่วยกลับมามีสุขภาพที่ดี อีกทั้งครอบครัวต้องมีหน้าที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเกื้อกูล ดูแลในยามที่ยามเจ็บป่วย และมีความสอดคล้องกับหน้าที่หลักครอบครัวของฟรายด์แมน (Friedman et al., 2002) โดยครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไปรวมถึงความสะอาดและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม การแสดงออกต่อความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ รวมถึงครอบครัวต้องมีหน้าที่ในการจัดหารายได้ที่จะนำมาเป็นค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลแก่สมาชิกครอบครัวที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อีกทั้งผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลบางอย่างและการดูแลที่ต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการกำเริบเฉียบพลันซึ่งเป็นภาวะวิกฤตผู้ป่วยจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อพ้นภาวะวิกฤตเข้าสู่ระยะที่อาการสงบผู้ป่วยก็ถูกส่งกลับไปดูแลรักษาตัวที่บ้าน แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวเป็นตัวแปรที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้ได้และให้มีสุขภาพดีในภาวะโรคของตนเองได้ ดังนั้นครอบครัวจึงควรเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยโคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1980) ชำงค้นทำให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมในขั้นการตัดสินใจมีความสำคัญมาก เพราะการตัดสินใจจะส่งผลต่อการดำเนินการและการดำเนินการจึงมีผลต่อไปยังการรับผลประโยชน์และการประเมินผลในขณะเดียวกัน อีกทั้งการตัดสินใจจะมีผลโดยตรงต่อการรับผลประโยชน์และการประเมินผลด้วยแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยโคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1980) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในวางแผนการตัดสินใจ (participation

in decision making) 2) ขั้นตอน ที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (participation in implementation) 3) ขั้นตอน ที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (participation in benefit) ซึ่งเป็นผลประโยชน์ในระยะสั้นที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างหลังจากการดำเนินการ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 3.1) ด้านวัตถุประสงค์ คือ สิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมจากการดำเนินการ 3.2) ด้านสังคมคือ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากการดำเนินการ ซึ่งหมายถึง ความรัก ความเอาใจใส่ สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวกับผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 3.3) ด้านบุคคล คือ สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วม และ 4) ขั้นตอน ที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินการ สำหรับด้านสุขภาพพบว่า เอกซัย กันธะวงษ์ (2557) ได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ มาใช้ในการพัฒนาการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น โดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียน พบว่าได้ผลลัพธ์ที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงจะนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว การพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้น เพื่อให้เกิดโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ดังนั้นการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1980) สำหรับพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอน ที่ 1 การมีส่วนร่วมในวางแผนการตัดสินใจ (participation in decision making) ครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วยผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและสมาชิกครอบครัว จากนั้นครอบครัวและผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกันระดมสมองในการวางแผน กำหนดรูปแบบกิจกรรมของการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน โดยคำนึงถึงการที่ครอบครัวจะเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างไรในการดำเนิน 2) ขั้นตอน ที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (participation in implementation) โดยครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อปฏิบัติตามโปรแกรมที่วางแผนไว้ 3) ขั้นตอน ที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (participation in benefit) ซึ่งเป็นผลประโยชน์ในระยะสั้นที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างหลังจากการดำเนินการ โดยเป็นความพึงพอใจต่อผลประโยชน์ที่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและสมาชิกครอบครัวได้รับ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 3.1) ด้านวัตถุประสงค์ คือ สิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมจากการดำเนินการ ซึ่งหมายถึง โปรแกรม

ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ที่เป็โรคลอดุดกัันเรื้อรัง 3.2) ด้านสังคมคือ สิ่งแวดลอมที่เปลี่ยนแปลงไปจากการดำเนินการ ซึ่งหมายถึง ความรัก ความเอาใจใส่ สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวกับผู้ที่เป็โรคลอดุดกัันเรื้อรัง และ 3.3) ด้านบุคคล คือ สิ่งที่เกิดขึ้กับผู้เข้าร่วมการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็โรคลอดุดกัันเรื้อรัง ซึ่งได้แก่ ความรู้ ทักษะและภาวะสุขภาพของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม และ 4) ขั้นตอนที 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ภายหลั้เสร็จสิ้นการดำเนินการ ผู้ที่เป็โรคลอดุดกัันเรื้อรังและครอบครัวร่วมกันประเมินผลของโปรแกรมทีได้พัฒนาขึ้ โดยการประเมินระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ต่อจากนั้นผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลและกั้นข้อมูลให้แก่ผู้ที่เป็โรคลอดุดกัันเรื้อรังและครอบครัว เพื่อร่วมกันเสนอข้อดีและข้อเสี้ สิ่งทีควรปรับปรุงของโปรแกรม และหาแนวทางสำหรับการแก้ไขการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพยั้งขึ้ ดังนั้นการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟท์ (Cohen & Uphoff, 1980) มาเป็แนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็โรคลอดุดกัันเรื้อรัง เพื่อแก้ไขปัญหาปรับปรุง เปลี่ยนแปลงและพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็โรคลอดุดกัันเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ที่เป็โรคลอดุดกัันเรื้อรังสามารถมีสุขภาพดีในภาวะทีเจ็บป่วยได้ต่อไป (Healthy within illness)

แม้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองทีเหมาะสมกับโรคลอดุดกัันเรื้อรังจะเป็ปัจจัยทีสามารถลดการกำเริบของอาการหายใจลำบากและภาวะแทรกซ้อนของโรคลอดุดกัันเรื้อรังได้ก็ตาม แต่ผู้ที่เป็โรคลอดุดกัันเรื้อรัง ความรุนแรงระดับ 3 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง อี้อีกทั้งจำนวนของบุคคลากรทางด้านสุขภาพมีค่อนข้างจำกัดและไม่ได้ดูแลสุขภาพผู้ที่เป็โรคลอดุดกัันเรื้อรังได้อย่างใกล้ชิด และไม่สามารถดูแลได้อย่างครอบคลุมถึงการดูแลที่บ้าน ผู้วิจัยในฐานะบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีบทบาทหน้าทีในการส่งเสริมป้องกัน รักษา รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคลและชุมชน เพื่อเสริมสร้างให้ประชาชนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมตามบริบท อี้อีกทั้งการทบทวนการศึกษาทีผ่านมายังไม่พบ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็โรคลอดุดกัันเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจทีศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็โรคลอดุดกัันเรื้อรัง เพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ที่เป็โรคลอดุดกัันเรื้อรังและป้องกัน ไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคลเพิ่มขึ้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่
 - 2.1 เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม
 - 2.2 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
 - 2.3 สัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - 2.4 ระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วม โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังเข้าร่วมโปรแกรม

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างไร
2. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างไร
 - 2.1 ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นอย่างไร
 - 2.2 ระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นอย่างไร
 - 2.3 สัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นอย่างไร
 - 2.4 ระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วม โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Operational study) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งทำการศึกษาในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่

นิยามศัพท์

การพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง กระบวนการจัดรูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดขึ้น จากการมีส่วนร่วมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและสมาชิกครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรุนแรงระดับที่ 3 ได้แก่ กลุ่มตัวแทนผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกลุ่มตัวแทนสมาชิกครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรุนแรงระดับที่ 3 โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของโคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกัน วินิจฉัยปัญหา ร่วมกันระดมสมองในการวางแผน ร่วมกันกำหนดรูปแบบกิจกรรมของการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน 2) ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อปฏิบัติตาม โปรแกรมที่วางแผนไว้ 3) ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ เป็นความพึงพอใจต่อผลประโยชน์ที่ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและสมาชิกครอบครัว ได้รับ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 3.1) ด้านวัตถุคือ สิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมจากการดำเนินการ 3.2) ด้านสังคมคือ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากการดำเนินการ และ 3.3) ด้านบุคคล เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 4) ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวร่วมกันประเมินผลของโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้น

ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงระดับ 3 โดยใช้เกณฑ์ของสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย พ.ศ.2553 ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) พฤติกรรม การดูแลสุขภาพทั่วไป เป็นการปฏิบัติตัวที่มีเหมาะสมเกี่ยวกับ โภชนาการ การใช้ยา และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น 2) พฤติกรรมด้านการผ่อนคลาย และ 3) พฤติกรรมด้านการบริหารหายใจและออกกำลังกาย โดยประเมินจากแบบประเมินระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินคะแนนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของนัยนา อินทรประสิทธิ์ (2544)

ความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก หมายถึง การรับรู้ของผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึงความยากลำบากในการหายใจ และความรู้สึกที่ต้องใช้แรงในการหายใจมากกว่าปกติ ร่วมกับสิ่งที่ต้องใช้ ใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยในการหายใจ ซึ่งเป็นอาการบ่งบอกถึงความทุกข์ทรมานจากการหายใจที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ซึ่งประเมินจากแบบวัดอาการหายใจลำบาก (Dyspnea Visual Analogue Scale) (Gift, 1989)

การกลับมารักษาซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยไม่มีการนัดหมายล่วงหน้า หรือกลับมานอนในโรงพยาบาลซ้ำ ภายใน 28 วัน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยไม่มีการนัดหมายล่วงหน้า ด้วยอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งรวมทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกจำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำที่ไม่ได้รับการวางแผนด้วยอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ความพึงพอใจ หมายถึง การรับรู้ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับหลังจากการเข้าร่วมการศึกษา ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านวัตถุประสงค์ คือ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริม พฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และคู่มือการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการ ส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) ด้านสังคมคือ ความพึงพอใจในการ เข้าร่วมโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นของ สมาชิกครอบครัว และ 3) ด้านบุคคล คือ ภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลสุขภาพสิ่งที่ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประเมินจากแบบประเมินระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วม โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้ที่เป็น โรคปอด อุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม