

**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี**

ทรัชชล สุตโต* ปัทมาภรณ์ เหลืองโพยมนิมิต**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดังกล่าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วกก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 จำนวน 48 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .76 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: โปรแกรมการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงควรนำไปประยุกต์ใช้และกำหนดเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในสถานบริการสุขภาพ

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลัน, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2569 หน้า 1-18

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดอนเจดีย์

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดอนเจดีย์

Corresponding author, e-mail: Patamaporn2122518@gmail.com Tel. 0849077832

วันที่รับบทความ: 12 มกราคม 2569, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 15 เมษายน 2569, วันที่ตอบรับบทความ: 26 พฤษภาคม 2569



Effects of a Health Belief Model-Based Promotion Program on Preventive Behaviors for Acute Exacerbation among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Donchedi Hospital, Suphanburi Province

Trassachon Sudto*, Patamaporn Luangphoyamnimit**

Abstract

Purpose: To compare self-care behaviors for preventing acute exacerbations among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) between the experimental and control group at three time points: before the intervention, immediately after the intervention, and at a 1-month follow-up periods and to compare these behaviors between the experimental and control groups.

Design: Quasi-experimental study with two groups using a pretest–posttest design approach.

Methods: The sample consisted of 48 patients with COPD received care at Don Chedi Hospital, Suphanburi Province, Thailand, between January and September 2025. They were randomly selected and equally assigned to an experimental group (n = 24) and a control group (n = 24). The control group received routine care, whereas the experimental group received a health belief model–based health promotion program. Research instruments included the health belief model–based program and a questionnaire assessing self-care behaviors for preventing acute exacerbations in patients with COPD. The questionnaire demonstrated a content validity index of 1.00 and Cronbach’s alpha reliability coefficient of .76. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated-measures analysis of variance.

Main findings: The experimental group had significantly higher mean scores for self-care behaviors for preventing acute exacerbations immediately after the intervention and at the 1-month follow-up compared with baseline, and significantly higher scores than the control group ($p < .001$).

Conclusion and recommendations: The health belief model–based health promotion program was effective in enhancing self-care behaviors among patients with COPD. Therefore, this program should be applied in clinical practice and adopted as a guideline for continuous patient care in healthcare settings.

Keywords: Health belief model, Self-care behaviors for preventing acute exacerbations, Chronic obstructive pulmonary disease

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2026, 13(1), 1-18

* Registered Nurse, Professional Level, Donchedi Hospital.

** Registered Nurse, Professional Level, Donchedi Hospital. Corresponding author, e-mail: Patamaporn2122518@gmail.com Tel. 0994146194

Received: 12 January 2026,

Revised: 15 April 2026,

Accepted: 26 May 2026



ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD]) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีความสำคัญในระดับโลกและจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 4 ของโลก โดยในปี พ.ศ. 2564 พบผู้เสียชีวิตประมาณ 3.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก และโรคดังกล่าวยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการ (World Health Organization, [WHO.] 2024) สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของภาระโรคที่เพิ่มสูงขึ้นทั้งในด้านอัตราป่วย อัตราการเสียชีวิต และผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวม สำหรับประเทศไทย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 8 ในปี พ.ศ. 2562 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) และยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนในหลายพื้นที่ของประเทศ ในระดับพื้นที่ จากรายงานสถานการณ์สุขภาพของจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจัดเป็น 1 ใน 10 ลำดับแรกของสาเหตุการป่วย ในปี พ.ศ. 2563 โดยพบผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 1,916 คน คิดเป็นอัตราป่วย 227 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2564) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด และมีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นสถานบริการสุขภาพแห่งหนึ่งที่พบผู้ป่วยโรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (2567) พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการจำนวน 155 คน มีจำนวนครั้งของการมารับบริการรวมทั้งสิ้น 568 ครั้ง โดยมีผู้ป่วยที่เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 11.09 ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 17.46 (คลินิกถุงลมโป่งพอง โรงพยาบาลดอนเจดีย์, 2567) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการควบคุมโรคและการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันที่ยังไม่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาสำคัญคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 40.0 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (เพ็ญศิริ สิริกุล และคณะ, 2560) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 29.41 และมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 76.47 และการศึกษาของสุพรรณฯ ภาสพานทอง และคณะ (2566) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลัน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.72$, $SD=1.10$) โดยพบพฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงสัมผัสสิ่งกระตุ้นอยู่ในระดับปานกลาง ($M=4.33$, $SD=1.25$) พฤติกรรมด้านการบริหารปอดซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ($M=1.85$, $SD=.50$) สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยยังคงมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันไม่เหมาะสม

อาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงมากขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น หายใจลำบาก เหนื่อย

ไอบามากขึ้น มีเสมหะเพิ่มขึ้น หรือมีเสมหะเป็นหนอง ส่งผลให้ต้องมีการเพิ่มหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษา (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2565) อาการกำเริบเฉียบพลันดังกล่าว เป็นสาเหตุสำคัญของการนอนโรงพยาบาลและการเสียชีวิต อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยในด้านร่างกาย พบว่า การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันแต่ละครั้ง ทำให้สมรรถภาพปอดลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความสามารถการหายใจและการดำเนินชีวิตประจำวัน (สมคิด ขำทอง และคณะ, 2562) นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำนวนมากยังมีภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (Paine et al., 2019) ส่วนด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยและครอบครัวต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา การสูญเสียรายได้จากการขาดงาน หรือการสูญเสียรายได้ของผู้ดูแล (นภารัตน์ อมรพุดิสถาพร, 2567)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ และสามารถ ทำนายพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันได้ โดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ ความรุนแรงของโรค (Korpershoek et al., 2016; เกศราพร แก้วลาย และสงบ บุญทองโต, 2562; สราญรัตน์ ส่งขาว, 2565) การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Korpershoek et al., 2016; สราญรัตน์ ส่งขาว, 2565) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค (สุพรรณภาสพานทอง และคณะ, 2566) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) แนวคิดดังกล่าวอธิบายว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้

นั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพจากการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม หากบุคคลรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคและเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นให้ประโยชน์มากกว่าอุปสรรค ย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสม สิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคได้จริง

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างต่อเนื่อง (ทัศนาวงศ์กิตติรัตน์, 2563; ศิวพลศรีแก้ว และคณะ, 2566; Federman et al., 2024) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ยังไม่มีการนำแนวคิดการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบในการส่งเสริมพฤติกรรมดังกล่าวในบริบทของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การลดการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง

สมมุติฐานการวิจัย

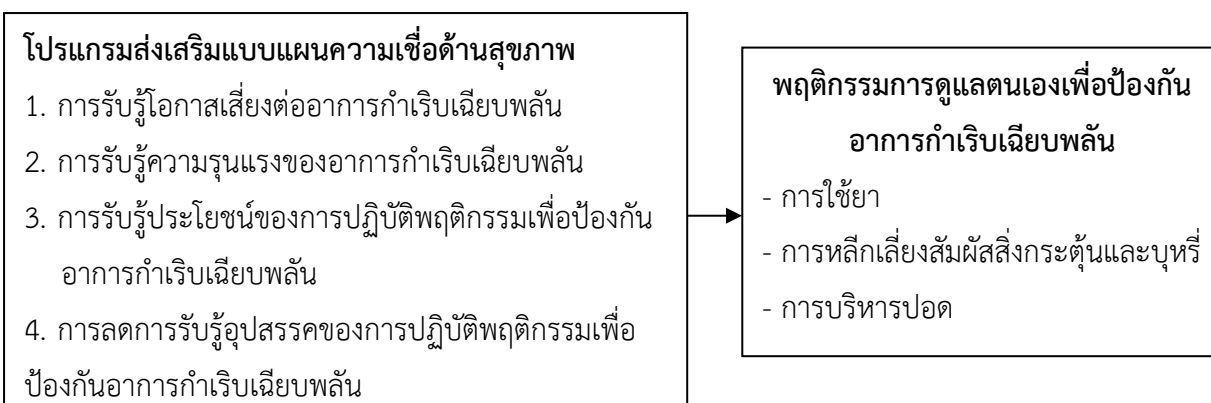
1. กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะหลังการทดลอง

เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) ของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเชื่อว่าการเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การลดการรับรู้อุปสรรค และการใช้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลซ้ำ มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง และในระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เพื่อเปรียบเทียบผล

ของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในสถานบริการ สุขภาพคลินิกฉุกเฉินโป่งพอง โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 จำนวน 62 คน



กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาที่คลินิกถุงลมโป่งพอง โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกตามที่กำหนด ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2568 ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากค่าขนาดอิทธิพลที่ .50 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ .80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 44 คน (Burns & Grove, 2009) และเพื่อทดแทนการสูญหายจากการติดตามได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่ประมาณการได้ (Polit & beck, 2017) คิดเป็นจำนวน 48 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 24 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจากประชากรดังกล่าว กำหนดคุณสมบัติการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) อายุ 40 ปีขึ้นไป 3) อาการของโรคคงที่ไม่เคยมีอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาก่อน 4) มาตรวจติดตามอาการตามนัดหรือติดต่อทางโทรศัพท์ได้ในช่วงเวลาของการติดตามผล 5) สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีความบกพร่องด้านการรับรู้ และ 6) สามารถสื่อสารด้วยการพูด และการฟังภาษาไทยได้ สำหรับเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคไตที่ไม่สามารถควบคุมได้ และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. **แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ใช้เก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ประสบการณ์อาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และชนิดของยาที่ใช้ในการรักษา

2. **แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค** ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของสุพรรณ ภาสพานทอง และคณะ (2566) โดยมีการปรับลักษณะแบบสอบถามจากเดิมเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ เป็น 4 ระดับ เพื่อลดความสับสนของตัวเลือก และเพิ่มความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และปรับข้อคำถามด้านพฤติกรรมการบริหารปอด จากเดิมเป็นการออกกำลังกายโดยใช้แขนยืดสายยาง เป็นการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดด้วยผ้า ทั้งนี้เพื่อให้กิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถาม ประกอบด้วยพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านการใช้ยา จำนวน 7 ข้อ พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงสัมผัสสิ่งกระตุ้นและบุหรี่ จำนวน 7 ข้อ พฤติกรรมด้านการบริหารปอด จำนวน 6 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม เลือกให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ข้อละ 1 คำตอบ โดยเป็นข้อความทางบวก 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 15, 16, 17, 18, 19 และ 20 ข้อความทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8, 9, 10, 11, 12, 13 และ 14 ลักษณะ



แบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอ 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยๆ ครั้งหรือเป็นส่วนใหญ่ 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งหรือนานๆ ครั้ง และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย โดยการแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้การคำนวณหาช่วงของการวัดตามวิธีการของ Best (1977) คือ (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด/จำนวนระดับ) ได้ดังนี้ ระดับน้อย (20.00– 27.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (27.01 – 54.00 คะแนน) ระดับมาก (54.01 – 80.00 คะแนน)

3. โปรแกรมส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักและเสริมสร้างการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และให้ผู้ป่วยคิด วิเคราะห์ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคด้วยตนเอง 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคนี้อาจผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค และ 4) การลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ที่มากกว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยปฏิบัติกิจกรรม

อย่างมีแบบแผน จำนวน 5 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และมีการใช้สื่อประกอบการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความเข้าใจของผู้ป่วย ได้แก่ สื่อรูปภาพ ประกอบเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผลกระทบของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน แผ่นพับสรุปแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค และหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) ในรูปแบบ QR code

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย
ดำเนินการดังนี้

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โปรแกรมส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา นำมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้ค่าความตรงเท่ากับ 1.00

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคได้รับการทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .76

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยเป็นผู้ป่วยโรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพคลินิกถุงลมโป่งพอง โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี และมีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย

2. ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลา และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ตลอดจนสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยได้กำหนดมาตรการในการป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล (Contamination) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยเริ่มจากการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบตามจำนวนที่กำหนดก่อน จึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองต่อไป นอกจากนี้ ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล เพื่อหลีกเลี่ยงการพบปะและการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างในช่วงระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ลดโอกาสการเกิดการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกหลังจากผู้ป่วยพบแพทย์เสร็จสิ้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค (Pre-test) โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามแนวทางปกติของคลินิก ได้แก่ พยาบาลซักประวัติ ประเมินอาการและอาการแสดงของโรค ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นการเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวทั่วไปในการป้องกันการกำเริบของโรค ตามดุลยพินิจของ

พยาบาลผู้ให้บริการเป็นรายบุคคล ซึ่งไม่มีแผนการสอนที่เป็นระบบ ไม่มีสื่อการสอนเฉพาะ และไม่มี การติดตามทางโทรศัพท์ และในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกเฉพาะทางถุงลมโป่งพอง โรงพยาบาลดอนเจดีย์อีกครั้ง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค (Post-test) โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พร้อมมอบแผ่นพับและ QR code หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองตามโปรแกรมส่งเสริมแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ เหมาะสมต่อการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สามารถก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รัตน บัวเจริญ, 2568; Bishop et al., 2025) ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ชื่อกิจกรรม “รู้ทันก่อนปอดพัง” ใช้เวลา 40 นาที เป็นกิจกรรมให้ ความรู้และการสะท้อนคิดเพื่อส่งเสริมการรับรู้โอกาส เสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยจัดกิจกรรมหลังจากที่ผู้ป่วยพบแพทย์ที่คลินิก เฉพาะทางถุงลมโป่งพอง ในวันพุธช่วงบ่าย ตามปกติ เป็นรายบุคคลในห้องให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว และมีความเงียบ สงบ ขั้นตอนการทำกิจกรรม มีดังนี้ 1) ให้กลุ่ม ตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันการ

เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Pre-test) 2) ให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุ อาการและอาการแสดง การดูแลรักษา และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแผนสอนได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงสัมผัสสิ่งกระตุ้นและบุหรี่ และพฤติกรรมด้านการบริหารปอด 3) นำเสนอผลการประเมินพฤติกรรม (Pre-test) จากแบบสอบถามเป็นรายบุคคล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้วิเคราะห์และสะท้อนคิดถึงพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยง 4) อธิบายความรุนแรงของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้สื่อรูปภาพประกอบ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรง และ 5) มอบแผ่นพับและ QR code หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) เรื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาครอบคลุมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรค มีการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ตัวหนังสือใหญ่ และมีภาพประกอบ เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึง E-book ผู้วิจัยได้จัดเตรียมแผ่นพับที่มีเนื้อหาเช่นเดียวกัน เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างเท่าเทียม

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ชื่อ กิจกรรม “ทำดี..ทำถึง...ปอดพึงได้” ใช้เวลา 30 นาที จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ โดยผู้วิจัยโทรติดตามครั้งที่ 1 ใช้เวลา 30 นาที กิจกรรมมีดังนี้ 1) ผู้วิจัยทบทวนความรู้การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรัง 2) ให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงการปฏิบัติตัวในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และบอกประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และ 3) ผู้วิจัยให้ข้อมูลสรุปชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงสัมผัสสิ่งกระตุ้นและบุหรี่ และพฤติกรรมด้านการบริหารปอด

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ชื่อ กิจกรรม “อุปสรรค...ก็แค่นี้” ใช้เวลา 30 นาที จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยผู้วิจัยโทรติดตามครั้งที่ 2 ใช้เวลา 30 นาที กิจกรรมมีดังนี้ 1) สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา 2) ชวนให้กลุ่มตัวอย่างคิด วิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 3) ร่วมกันหาแนวทางจัดการกับปัญหาเพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ชื่อ กิจกรรม “พฤติกรรมเฉียบ...สงบเงียบลงลมโป่งพองไม่กำเริบ” ใช้เวลา 30 นาที โดยจัดกิจกรรมหลังจากที่ผู้ป่วยพบแพทย์ที่คลินิกเฉพาะทางถุงลมโป่งพองในวันพุธช่วงบ่ายตามปกติ เป็นรายบุคคลในห้องให้คำปรึกษา สรุปผลการดำเนินการกิจกรรม และตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคหลังการทดลองเสร็จสิ้น

กิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) ระยะติดตามผล 1 เดือน ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค (Post-test) ใช้

ระยะเวลา 30 นาที โดยจัดกิจกรรมหลังจากที่ผู้ป่วยพบแพทย์ที่คลินิกเฉพาะทางถุงลมโป่งพอง ในวันพุธช่วงบ่ายตามปกติ เป็นรายบุคคลในห้องให้คำปรึกษาและแจ้งสิ้นสุดระยะเวลาในการเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญต่อการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี รหัสจริยธรรมที่ 15/2568 ก่อนดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับออบายวัตฤประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาหรือสิทธิใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยเท่านั้น และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยจำแนกข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นำวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน วิเคราะห์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure analysis of Variance) และทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของ Bonferroni correction

นอกจากนี้ การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเดียวกัน ทั้งนี้ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 91.70) มีอายุเฉลี่ย 73 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุมากกว่า 70 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 54.20) อาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 37.50) ด้านการสูบบุหรี่พบว่าส่วนใหญ่เคยสูบแต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 75.00) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ 1–5 ปี (ร้อยละ 54.20) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์อาการกำเริบของโรค (ร้อยละ 91.70) และชนิดของยาที่ใช้รักษาส่วนใหญ่เป็นการรับประทานยาพร้อมกับยาพ่นขยายหลอดลม (ร้อยละ 87.50) **กลุ่มทดลอง** ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 79.20) มีอายุเฉลี่ย 64 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 61–70 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 50.00) อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ



ละ 33.30) ด้านการสูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่เคยสูบ แต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 50.00) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เกิน 10 ปี (ร้อยละ 50.00) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์อาการกำเริบของโรค (ร้อยละ 37.50) และชนิดของยาที่ใช้รักษาส่วนใหญ่เป็นการรับประทานยาร่วมกับยาพ่นขยายหลอดลม (ร้อยละ 75.00) เมื่อทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยตัวแปรเชิงกลุ่ม ได้แก่ เพศ อาชีพ การสูบบุหรี่ ประสบการณ์อาการกำเริบ และชนิดของยาที่ใช้รักษา วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test ส่วนตัวแปรเชิงต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ และระยะเวลาที่ได้รับ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามกลุ่มและระยะเวลา

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง (N=24)		ระดับพฤติกรรม	กลุ่มควบคุม (N=24)		ระดับพฤติกรรม
	Mean	SD		Mean	SD	
ก่อนการทดลอง	48.12	9.43	ปานกลาง	50.70	7.53	ปานกลาง
หลังการทดลองเสร็จสิ้น	58.83	2.69	มาก	54.29	6.57	มาก
ติดตามผล 1 เดือน	59.12	2.38	มาก	51.75	6.80	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากระดับปานกลางก่อนการทดลอง ($M=48.12$, $SD=9.43$) เพิ่มขึ้นเป็นระดับมากหลังการทดลองทันที ($M=58.83$, $SD=2.69$) และยังคงอยู่ในระดับมากในระยะติดตามผล 1 เดือน ($M=59.12$, $SD=2.38$) ขณะที่กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดีขึ้นจากระดับปานกลางก่อนการทดลอง ($M=50.70$, $SD=7.53$) เป็นระดับมากหลังการทดลอง ($M=54.29$, $SD=6.57$) แต่เมื่อ

การวินิจฉัยโรค วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test ทั้งนี้ พบว่าลักษณะทั่วไปของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้ง 3 ระยะเวลา ดังแสดงในตารางที่ 1

ติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลดลงอยู่ในระดับปานกลาง ($M=51.75$, $SD=6.80$)

3. วิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วย Two-way Repeated Measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1	416885.44	416885.44	4967.06	.000***
ความคลาดเคลื่อน	46	3860.77	83.93		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1	870.01	870.01	38.28	.000***
วิธีการทดลองกับระยะเวลา	1	595.01	595.01	26.18	.000***
ความคลาดเคลื่อน	46	1045.47	22.72		

*** $p < .001$, ** $p = .01$

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4. การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ผลการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ใน 3 ระยะเวลา ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันรายช่วงเวลา (Post hoc comparison) วิเคราะห์การเปรียบเทียบรายคู่โดยวิธี Bonferroni correction

Time	M	พฤติกรรมการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	48.12		7.15***	6.02***
หลังการทดลอง	58.83			1.13*
ระยะติดตามผล 1 เดือน	59.12			

* $p < .05$, *** $p < .001$

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลการทดลอง 1 เดือนสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)



การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น และสามารถนำมาอภิปรายผลโดยเชื่อมโยงกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งเป็นกรอบแนวคิดหลักของการวิจัยครั้งนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามผล 1 เดือน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากการที่โปรแกรมมุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ควบคู่กับการเน้นย้ำประโยชน์ของการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม และการลดอุปสรรคในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ เมื่อผู้ป่วยมารับบริการ พยาบาลจะทำการซักประวัติและตรวจร่างกายก่อนพบแพทย์ จากนั้นจะให้ความรู้และคำแนะนำรายบุคคลตาม

ดุลยพินิจของพยาบาล โดยไม่มีแผนการสอนที่เป็นระบบแบบแผน ดังนั้นหลังการทดลองกลุ่มควบคุมจึงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดีขึ้น จากระดับปานกลางก่อนการทดลอง ($M=50.70$, $SD=7.53$) เป็นระดับมากหลังการทดลอง ($M=54.29$, $SD=6.57$) ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมที่ออกแบบตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและความเชื่อมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง (Rosenstock, 1974) ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการทดลองเสร็จสิ้น สูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาที่พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันอันตรายต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พรณี ยาท้วม, 2567)

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบอีกว่า เมื่อติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลงอยู่ในระดับปานกลาง ($M=51.75$, $SD=6.80$) ในขณะที่กลุ่มทดลองยังคงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก ($M=59.12$, $SD=2.38$) สามารถอภิปรายได้ว่า การที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลอง แต่อยู่ได้เพียงระยะสั้นและลดลงเมื่อสิ้นสุดการติดตามผล 1 เดือน สะท้อนให้เห็นว่าการได้รับความรู้และคำแนะนำเพียงอย่างเดียว อาจช่วยกระตุ้นความตระหนักรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ชั่วคราว แต่ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มควบคุมขาดกระบวนการส่งเสริมการ



รับรู้และแรงจูงใจภายในอย่างเป็นระบบ เช่น การสะท้อนผลการประเมินรายบุคคล การเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ และไม่ได้รับการติดตามและส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ho et al. (2021) และการศึกษาของ วิไลดา อัมปัญญา และพวงเพชร มีศิริ (2568) ที่กล่าวถึงการให้ความรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวโดยไม่ผสานกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง มักส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นเพียงชั่วคราวในช่วงหลังได้รับข้อมูล แต่ไม่สามารถคงพฤติกรรมดังกล่าวไว้ได้ในระยะยาว

2. เมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังได้รับโปรแกรม และยังคงอยู่ในระดับสูงในระยะติดตามผล 1 เดือน แม้ว่าบางด้านของพฤติกรรมจะมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยเมื่อเวลาผ่านไป ทั้งนี้อาจสะท้อนให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะยาว การที่กลุ่มทดลองยังคงมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันสูงในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไม่เพียงแต่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะสั้นเท่านั้น แต่ยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหลังสิ้นสุดการทดลอง ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการ

ปฏิบัติตน และเห็นถึงประโยชน์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างชัดเจน

ผลการวิจัยดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นการปรับเปลี่ยนการรับรู้และความเชื่อของบุคคลเป็นพื้นฐานในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคควบคู่กับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและการลดอุปสรรคในการปฏิบัติ ย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลองพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($M=48.12$, $SD=9.43$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่อย่างไรก็ตาม ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ($M=58.83$, $SD=2.69$) อธิบายได้ว่า อาจเกิดขึ้นจากการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคผ่านการสะท้อนผลการประเมินพฤติกรรมรายบุคคลจากแบบสอบถามก่อนการทดลอง ร่วมกับการใช้สื่อภาพประกอบที่แสดงถึงความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงและเชื่อว่าการกำเริบซ้ำอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอย่างร้ายแรง เกิดความตระหนักถึงความจำเป็นในการป้องกันตนเอง ทั้งนี้ ในบริบทของพื้นที่ที่ทำการศึกษา พบว่าการสูบบุหรี่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย การได้รับควันบุหรี่โดยตรงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมโรคของผู้ป่วย ดังนั้น การส่งเสริมให้

ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบของบุหรืต่อสุขภาพ ควบคู่กับการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันการกำเริบของโรค นอกจากนี้การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ยังเป็นกลยุทธ์ในการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างให้สามารถสะท้อนปัญหา อุปสรรค และปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับบริบทของตนเองอย่างต่อเนื่อง (กมลทิพย์ ช้างทอง และคณะ, 2566) ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง และลดการรับรู้อุปสรรค ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาวและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของจากรูวรรณ จันดาหงส์ และคณะ (2566) ที่ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Arsa (2018) ที่ผลการศึกษา พบว่า การให้ความรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นและพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหอบหืดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งมีการจัดกิจกรรมอย่างเป็นระบบ และสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย สามารถส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการกำเริบเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีความหมายเชิงการพยาบาล โดยสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งการออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุม รวมทั้งการวัดผลในหลายช่วงเวลา ทำให้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การดูแลตนเองได้อย่างชัดเจน ผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมจึงสะท้อนถึงผลของโปรแกรมมากกว่าปัจจัยอื่น

ข้อจำกัดของการวิจัย

ระยะเวลาการติดตามผลเพียง 1 เดือน อาจยังไม่เพียงพอในการประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมป้องกันการกำเริบเฉียบพลันในระยะยาว นอกจากนี้ การประเมินพฤติกรรมใช้แบบสอบถามซึ่งเป็นการรายงานด้วยตนเอง อาจมีความเอนเอียงจากการตอบตามการรับรู้ของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและหลากหลายบริบทมากขึ้น เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย นอกจากนี้ ควรขยายระยะเวลาการติดตามผลให้ยาวนานขึ้น เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในระยะยาว รวมทั้งอาจศึกษารูปแบบการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อเสริมสร้างการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม



เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ ช้างทอง, รังสิยา นารินทร์, และศิวพร อึ้งวัฒนา. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลสุขภาพปอดในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 29(2), 28-44.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ.2562*. https://spd.moph.go.th/wpcontent/uploads/2023/04/ill_2562_full_20200921.pdf
- เกศราพร แก้วลาย และสงบ บุญทองโท. (2562). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืด. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 4(7), 153-165.
- จารุวรรณ จันดาหงส์, เดชา ทำดี, และศิวพร อึ้งวัฒนา. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 50(1), 300-313.
- คลินิกกลุ่มโป่งพอง โรงพยาบาลดอนเจดีย์. (2567). *รายงานสรุปตัวชี้วัด Thailand Hospital Indication Project ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นทางเดินหายใจ คลินิกกลุ่มโป่งพอง*. โรงพยาบาลดอนเจดีย์.
- ทัศนาวงศ์กิตติรัตน์. (2563). ประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น*, 1(4), 78-92.
- นภารัตน์ อมรพุดิสถาพร. (2567). *โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/COPD.pdf>
- ประไพวรรณ ตำนประดิษฐ์ และพูนสุข ช่วยทอง. (2566). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน. *วารสารการพยาบาล*, 25(1), 26-38.
- พรณี ยาท้วม. (2567). ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข*, 2(2), 94-104.
- เพ็ญศิริ สิริกุล, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และรสสุคนธ์ แสงมณี. (2560). ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 28(1), 57-68.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC). (2567). *อัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. <https://hdcservice.moph.go.th>



- รัตนา บัวเจริญ. (2568). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการจัดการอาการกำเริบ และอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 8(1), 1-14.
- วิไลดา อิมปัญญา และพวงเพชร มีศิริ. (2568). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการกำเริบของโรค และการเข้ารับการรักษา โรงพยาบาลเมืองปาน จังหวัดลำปาง. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(3), 86-105.
- สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565*. <https://www.tst.or.th/wp-content/uploads/2023/02/แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้น.pdf>
- สรายุรัตน์ ส่งขาว. (2565). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ศึกษานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา. <https://ir.buu.ac.th/dspace/bitstream/1513/611/1/62910062.pdf>
- สุพรรณภา สาสพานทอง, นิตยา เพ็ญศิริรักษา, และธีรวิทย์ ธรรมกุล. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 6(1), 1-14.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2564). *เอกสารตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุขรอบที่ 1/2564 จังหวัดสุพรรณบุรี*. https://dplan.spo.moph.go.th/images/ict_content/manualreport64_1.pdf
- สมคิด ขำทอง, ปิ่นหทัย ศุภเมธพร, และยุวรงค์ จันทรวิจิตร. (2562). ปัจจัยทำนายการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 46(1), 126-136.
- ศิวพล ศรีแก้ว, ชนิษฐา แสนนุบุตร, ปวีณกานต์ จวนสง, และนิสากร วิบูลชัย. (2566). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 20(2), 100-115.
- Arsa, S. A. W. (2018). Development of a model of asthma management in children based on beliefs by parents in the concept of the health belief model. *Journal of Global Research in Public Health*, 3(2), 84-93. <https://doi.org/10.30994/jgrph.v3i2.61>
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Bishop, J.A., Spencer, L.M., Dwyer, T.J., McKeough, Z., McAnulty, A., Leung, R., & Alison, J.A. (2025). Effect of pulmonary rehabilitation duration on exercise capacity and health-related quality of life in people with chronic obstructive pulmonary disease (PuRe Duration Trial): A randomized controlled equivalence trial. *Respirology* 30(1), 41-50. <https://doi.org/10.1111/resp.14820>.



- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier.
- Federman, A. D., O'Connor, R., Nnemneng, J., Ankam, J., McDermott, D., Lindenauer, P. K., Wolf, M. S., & Wisnivesky, J. P. (2024). Feasibility trial of a comprehensive, highly patient-centered COPD self-management support program. *Chronic Obstructive Pulmonary Diseases*, 11(1), 13–25.
- Ho, T. W., Chen, Y. C., Lan, C. C., Chian, C. F., Chen, S. J., & Ruan, S. Y. (2021). Effectiveness of health belief model-based interventions on self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 124, Article 104081. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104081>
- Korpershoek, Y. J. G., Vervoort, S. C. J. M., Trappenburg, J. C. A., & Schuurmans, M. J. (2016). Self-management behaviors to reduce exacerbation impact in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 98–114.
- Paine, N. J., Bacon, S. L., Bourbeau, J., Tan, W. C., Lavoie, K. L., Aaron, S. D., & Walker, B. L. (2019). Psychological distress is related to poor health behaviours in COPD and non-COPD patients: Evidence from the CanCOLD study. *Respiratory Medicine*, 146(1), 1–9.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335.
- World Health Organization. (2024, November 6). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-%28copd%29?utm_source=chatgpt.com

