

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด
ในเขตอำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

เสกสรรค์ ชวนะดีเลิศ

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด
ในเขตอำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

นายเสกสรรค์ ชวนะดีเลิศ

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์,

อ.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์สุธรรม นันทมงคลชัย,

ปช.ด. (ประชากรศาสตร์)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.(ออร์โธปิดิกส์)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์จรรยาพร สุภาพ,

พ.บ., M.P.H.(Urban Health),

อ.ว.(เวชศาสตร์ครอบครัว)

ประธานหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
(ภาคปกติ)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด
ในเขตอำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2556

.....

นายเสกสรรค์ ชวนะดีเลิศ

ผู้วิจัย

.....

นายขงยุทธ พงษ์สุภาพ,

พ.บ., M.P.H., Ph.D., อ.ว.(เวชศาสตร์ครอบครัว)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์,

อ.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์สุธรรม นันทมงคลชัย,

ปช.ด. (ประชากรศาสตร์)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.(ออร์โธปิดิกส์)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก นายแพทย์ ดร.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ ที่ได้กรุณาเป็นประธานกรรมการสอบ และได้ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์อาจารย์ที่ปริญญานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์สุธรรม นันทมงคลชัย อาจารย์ที่ปริญญานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำและชี้แนะแนวทางการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในแต่ละขั้นตอนของการศึกษาด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจตลอดระยะเวลาทำสารนิพนธ์ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งแล้วเสร็จ เพื่อให้สารนิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากที่สุด รองศาสตราจารย์ ดร.อรนุช ภาชีน ที่ได้กรุณาประสานงานและแก้ไขปัญหาดังกล่าวเกี่ยวกับการจัดทำสารนิพนธ์มาโดยตลอด และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่เสมอมา

ขอขอบคุณ นายบุญชอบ สระสมทรัพย์ สาธารณสุขอำเภออุทัย และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภออุทัยทุกแห่ง ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อทำการวิจัย

ขอขอบคุณผู้ช่วยผู้วิจัย ได้แก่ ว่าที่ ร.ต.หญิงจุลรัตน์ กองสิน นายสมพร ไทรน้อย โรงพยาบาลอุทัย เก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนจัดพิมพ์สารนิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จด้วยดี

ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงาน เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอุทัยและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่ามาเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยในครั้งนี้หากไม่ได้รับความร่วมมืออันดีจากทุกท่านในครั้งนี้ การวิจัยนี้ก็อาจประสบความสำเร็จ ลุล่วงได้ และผู้วิจัยจะนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดต่อสังคมส่วนรวมต่อไป

เสกสรรค์ ชวนะดีเลิศ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดในเขตอำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

FACTORS ASSOCIATED WITH SELF CARE BEHAVIOR OF ASTHMA PATIENTS IN U-THAI DISTRICT, PRANAKORN SRI AYUTTHAYA PROVINCE

เสกสรรค์ ชวนะดีเลิศ 5338837 PHMP/M

ส.ม.

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์ อ.ว., สุธรรม นันทมงคลชัย ป.ร.ด.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 151 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ การทดสอบ ไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดร้อยละ 62.3 มีการสนับสนุนทางสังคมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 50.7 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมร้อยละ 53.6 ไม่เหมาะสมร้อยละ 46.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานในพื้นที่ มีการกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอาการเรื้อรังที่เหมาะสมโดยเน้นการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพมากขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหอบหืด/พฤติกรรมการดูแลตัวเอง

FACTORS ASSOCIATED WITH SELF CARE BEHAVIOR OF ASTHMA
PATIENTS IN U-THAI DISTRICT, PRANAKORN SRI AYUTTHAYA PROVINCE

SEKSAN CHAWANADELERT 5338837 PHMP/M

M.P.H.

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: CHOKCHAIMUNSAWAENG SUB,
Ph.D., SUTHAM NANTHAMONGKOLCHAI, Ph.D

ABSTRACT

The purpose of this cross-sectional survey research was to study the factors associated with self care behavior of asthmatic patients of Uthai district, Ayutthaya province. The samples were 151 known cases of asthmatic patients treated at Uthai hospital, Ayutthaya province. The instrument for data collection was structured interview. The data were collected from February to April, 2012 and were analyzed by percentage, mean, standard deviation, and Chi-square test.

The results showed that 62.3% of the patient had moderate level of knowledge about asthma, 50.7% received moderate level of social supporting, 53.6% practiced appropriate self care behavior, while 46.4% were inappropriate self care behavior. The factor associated with asthmatic patient's self care behavior with statistically significant ($p\text{-value} < 0.05$) was social support.

The finding of this research suggest that there is designation of asthmatic patient's self care behavior platform concentrating on social support and cooperation from multidisciplinary organizations.

KEY WORDS: ASTHMA PATIENTS/SELF CARE BEHAVIOR

110 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	2
1.3 วัตถุประสงค์	2
1.4 สมมุติฐานการวิจัย	2
1.5 วิธีการวิจัยเชิงพรรณนา	2
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย	2
1.7 ขอบเขตการวิจัย	5
1.8 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
2.1 โรคหอบหืด	6
2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้	22
2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม	24
2.4 การสนับสนุนทางสังคม	28
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	33
3.1 รูปแบบการวิจัย	33
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	33
3.4 การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	37
3.5 วิธีการเก็บข้อมูล	37
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	38
3.7 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	39
4.1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง	39
4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด	42
4.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด	44
4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากร สังคมและเศรษฐกิจ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด	47
4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด	49
บทที่ 5 การอภิปรายผล	51
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	55
บรรณานุกรม	
ภาคผนวก	
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	
คำชี้แจงพหุทัศนะของผู้เข้าร่วมวิจัย	
การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 ระดับความรุนแรงของโรคหอบหืด	8
2.2 ระดับอาการกำเริบของผู้ป่วย (GINA POCKET GUIDE, 2006)	11
2.3 การใช้ยาของผู้ป่วยขณะมีอาการกำเริบ	14
2.4 การใช้ยาตามขึ้นความรุนแรงของโรคหอบหืด	15
4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหอบหืด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	40
4.2 แสดงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดของกลุ่มตัวอย่าง	42
4.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดของกลุ่มตัวอย่าง	42
4.4 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหอบหืด	43
4.5 แสดงระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด อำเภออุทัย	44
4.6 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด	45
4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด	47
4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด	48
4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด	48
4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของอาการหอบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด	49
4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด	49
4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด	50

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้ในทุกเพศทุกวัยทั่วโลก เป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจอีกทั้งยังเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคหอบหืดกว่า 300 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าจะมีอัตราสูงขึ้นถึง 400 ล้านคนในปีพ.ศ. 2568⁽¹⁾ ส่วนในประเทศไทยนั้นโรคหอบหืดเป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่พบได้บ่อยโดยมีประชากรที่เป็นโรคหอบหืดทั้งหมดถึง 3 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 5 ของประชากร มีผู้ป่วยเสียชีวิตถึงปีละ 1,000 คน⁽²⁾ จากสถิติดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโรคหอบหืดมีโอกาที่จะเพิ่มขึ้น เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการส่งเสริมในภาคอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดโรงงานอุตสาหกรรมมากมายเพื่อรองรับความต้องการด้านผลผลิตที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดมลภาวะตามมา ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นที่กระตุ้นให้โรคหอบหืดมีอาการกำเริบมากขึ้นอันเป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนที่ส่งผลต่อการพัฒนาประเทศอย่างยิ่ง เนื่องจากภาครัฐต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละครั้ง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของประชาชนอีกด้วย⁽³⁾

โรคหอบหืดเกิดจากการหดเกร็งของหลอดลมเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นผู้ป่วยจะมีอาการไอ หอบ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงวี๊ด อาการอาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือค่อยๆ เกิดมากขึ้นตามลำดับซึ่งองค์การอนามัยโรคร่วมกับสถาบัน NHLBI⁽⁴⁾ ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แบ่งความรุนแรงของโรคออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับมีอาการเป็นครั้งคราว (Intermittent) จะมีอาการหอบน้อยกว่าสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ระดับมีอาการน้อย (Mild Persistent) มีอาการหอบมากกว่าหนึ่งครั้ง/สัปดาห์ ระดับปานกลาง (Moderate Persistent) มีอาการหอบทุกวันและระดับรุนแรง (Severe Persistent) มีอาการหอบตลอดเวลา

ผู้ใหญ่ไทยไม่น้อยกว่าร้อยละ 6.8 มีปัญหาหอบหืด อาการจับหืดกำเริบ (Acute dyspnea exacerbation) เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยหอบหืดมาใช้บริการสุขภาพที่แผนกฉุกเฉินทั้งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิในแต่ละปีสูงถึงร้อยละ 21.7 โดยร้อยละ 14.8 ต้องเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล⁽⁵⁾ อาการจับหืดกำเริบเฉียบพลันยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหอบหืดในประเทศไทยและทั่วโลก ผู้ป่วยที่มีอาการจับหืดกำเริบเฉียบพลันร้อยละ

ละ 60-90 เสียชีวิตขณะรักษาที่แผนกฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยที่มีประวัติอาการจับหืดกำเริบรุนแรงเกิดขึ้นแล้วใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาจะยังมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต มีหลักฐานบ่งชี้ว่าอัตราการเสียชีวิต การเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงจะลดลงได้หากมีการประเมินและวินิจฉัยจำแนกระดับความรุนแรงของอาการจับหืดกำเริบเฉียบพลันอย่างแม่นยำในขณะที่ผู้ป่วยมารักษาที่แผนกฉุกเฉิน เนื่องจากเป็นหลักฐานทางคลินิกสำคัญสำหรับการตัดสินใจของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในการบำบัดรักษา การรายงานแพทย์ การตัดสินใจให้ผู้ป่วยนอนเพื่อเฝ้าดูอาการที่แผนกฉุกเฉิน การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากแผนกฉุกเฉินและส่งผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่ออาการหอบกำเริบ คือ ตัวรับการระคายไต้เยื่อทางเดินหายใจ กล้ามเนื้อเรียบหดตัวและมีการอักเสบร่วมด้วยจนทำให้หลอดลมบวม และสร้างมูก(mucous) ออกมา กลไกที่เกิดขึ้นเหล่านี้ ทำให้มีการตีบแคบ จนเกิดการอุดตันทางเดินหายใจ อาการแรกเริ่มที่ผู้ป่วยรู้สึกในระยะแรกเริ่ม คือ ไอ มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย และรู้สึกมีเสียงวี๊ดขณะหายใจ มีอาการหอบเหนื่อยกลางคืนจนรบกวนการนอน⁽⁶⁾

หากเมื่อมีการอุดตันทางเดินหายใจมากขึ้น อาการหอบจะรุนแรงมากขึ้น เพื่อเพิ่มแรงในการหายใจออกและปรับตัวโดยการเพิ่มการหายใจเพื่อให้ได้สมดุลของออกซิเจนในเลือด ทำให้บางครั้งมีอาการหอบจนตัวโยน ซึ่งจะร่วมกับการเห็นการดิ่งรั้งหรือยกขึ้นของกล้ามเนื้อในการหายใจ อาการหอบกำเริบเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินที่คุกคามต่อสุขภาพและชีวิตที่จะต้องมีการจัดการอย่างเร่งด่วน ความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญ

จากศูนย์ข้อมูลสถิติจังหวัดพระนครศรีอยุธยา อัตราผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มสาเหตุของโรคที่ป่วยในปีที่ผ่านมา ทำให้ทราบถึงสถานการณ์โรคหอบหืดและโรคหอบหืดชนิดเฉียบพลันรุนแรงที่มีอัตราการป่วย ถึง 222.4 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี และจากการวิเคราะห์สถานการณ์หอบกำเริบเฉียบพลันของโรงพยาบาลอุทัย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2554 ของผู้ที่มาใช้บริการด้วยอาการหอบเฉียบพลันที่แผนกฉุกเฉิน เฉลี่ย 208 คิดเป็นร้อยละ 42.2 ของผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุทัยทั้งหมดแสดงให้เห็นถึงปัญหาด้านที่ปริมาณของกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน และของกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาอาการทางเดินหายใจ ในจำนวนผู้มีอาการจับหืดกำเริบเฉียบพลันนี้ ร้อยละ 5.6 เป็นผู้ป่วยซ้ำรายเดิม ซึ่งมีประวัติการมาห้องฉุกเฉินให้กลับบ้าน ในรอบปีที่ผ่านมาผู้ป่วยกลุ่มนี้ 27 ราย เกิดความเสี่ยงระดับสูง จึงต้องหาแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยต่อไป⁽⁷⁾ ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จึงมีความสนใจศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อไป

1.2 คำถามวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยโรคหอบหืดหรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป
ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ในอำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. วัตถุประสงค์เฉพาะ
 - 2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยโรคหอบหืด
 - 2.2 เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดของผู้ป่วยโรคหอบหืด
 - 2.3 เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหอบหืด
 - 2.4 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด
 - 2.5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด

1.4 สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด
3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด

1.5 ขอบเขตการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอายุ 18 – 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภออุทัยและมารับบริการการรักษาที่โรงพยาบาลอุทัย

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลอุทัย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 - 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดจากแพทย์ และมีการหอบกำเริบ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด หมายถึง สิ่งที่ผู้ป่วยโรคหอบหืดในโรงพยาบาลอุทัยจำได้และอธิบายได้เกี่ยวกับโรคหอบหืด ได้แก่ ความหมายของโรคหอบหืด อาการของโรคหอบหืด ปัจจัยที่กระตุ้นทำให้เกิดอาการของโรคหอบหืด แนวทางการรักษาโรคหอบหืด การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหอบหืด

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด หมายถึง สิ่งที่ผู้ป่วยโรคหอบหืดปฏิบัติในกิจกรรมที่มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบตนเองด้านสุขภาพอนามัย เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ทั้งที่เป็นการกระทำหรือกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดในชีวิตประจำวัน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นต่อผู้ป่วยโรคหอบหืด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาล ด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา และด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาล หมายถึง พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยโรคหอบหืด

ด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหอบหืด

ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น หมายถึง พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นของผู้ป่วยโรคหอบหืด

4. เพศ หมายถึง เพศของผู้ตอบแบบสอบถาม

5. อายุ หมายถึง อายุปัจจุบันของผู้ตอบแบบสอบถาม (อายุไม่เกิน 6 เดือน ขึ้นไปให้ปัดขึ้นเป็น 1 ปีเต็ม)

6. อาชีพ หมายถึง อาชีพหลักในปัจจุบันของผู้ตอบแบบสอบถาม

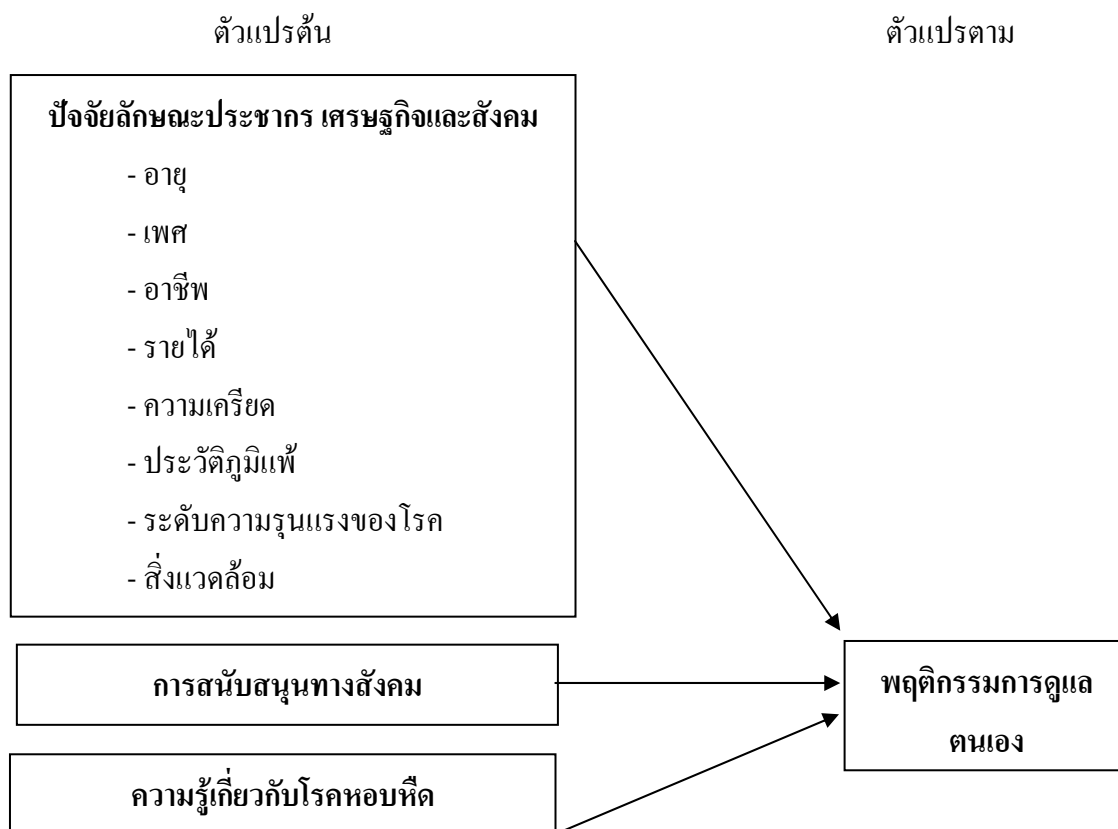
7. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดของผู้ตอบแบบสอบถาม

8. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้ตอบแบบสอบถามว่ามีสถานภาพสมรส เช่น โสด คู่ หม้าย หย่าร้าง แยก เป็นต้น
9. รายได้ต่อเดือน หมายถึง รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือนของผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้จากการประกอบอาชีพหรือจากแหล่งต่างๆ เช่น บุตรหลาน เงินสงเคราะห์ เป็นต้น
10. แหล่งของรายได้ หมายถึง ที่มาของรายได้ที่ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับ
11. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจ
12. ความรุนแรงของโรคหอบหืด หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการหอบที่แสดงออก โดยอาศัยการสังเกตจำนวนครั้งของการหอบทั้งกลางวันและกลางคืน ความรุนแรงของอาการหอบ
13. ความเครียด หมายถึง เป็นภาวะของอารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้น กดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธ หรือเสียใจ
14. สิ่งแวดล้อม หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่รอบตัวทั้งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต รวมถึงสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ และที่มนุษย์สร้างขึ้นอยู่รอบๆตัวเราทั้งที่มี ลักษณะกายภาพที่เห็นได้ และไม่สามารถเห็นได้ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถาม

1.7 ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ช่วงเดือนมกราคม 2555 โดยทำการศึกษาจากตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สภาพแวดล้อม ความรู้ ปัจจัยลักษณะประชากร สังคมและเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคม

1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดในเขตอำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงระดับความรู้ เกี่ยวกับโรคหอบหืดและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ดังนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ พฤติกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม
4. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรคหอบหืด

โรคหอบหืดเป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของหลอดลมและมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดลม เมื่อถูกกระตุ้นด้วยสารที่ตนแพ้ (ภูมิแพ้) หรือสารที่เป็นพิษต่อหลอดลม ทำให้มีการตีบของหลอดลมทั่วไปในปอด ผู้ป่วยจะมีอาการไอ หายใจลำบาก มีเสียงวี๊ด (Wheezing) โรคนี้เกิดจากหลอดลมของผู้ป่วยมีความไวกว่าปกติต่อการตอบสนองต่อสารที่ตนแพ้หรือเป็นสารที่เป็นพิษที่เราหายใจหรือรับประทานเข้าไป บรรยากาศรอบๆ ตัวเราและสารต่างๆ ที่ลอยอยู่ในอากาศที่เราแพ้หรือเป็นพิษ อาจทำให้เกิดอาการหอบหืดได้ ผลของการอักเสบทำให้หลอดลมบวมและตีบกล้ามเนื้อหลอดลมจะมีการตอบสนองไวกว่าปกติ ต่อสารที่เราหายใจเข้าไป ผลที่เกิดขึ้นคือ การตีบตันของหลอดลมเพิ่มขึ้นจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดลม ผู้ป่วยจะมีอาการไอ หายใจลำบาก แน่นหน้าอก โดยเฉพาะเวลากลางคืนและเช้ามืด อาการของโรคจะรุนแรงหรือไม่ขึ้นอยู่กับอาการตีบของหลอดลม กล้ามเนื้อหลอดลมอาจคลายตัวได้เอง แม้จะไม่ได้รับการรักษา แต่การรักษาที่ถูกวิธีจะช่วยทำให้อาการดีขึ้นและป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรคหรือแม้แต่ทำให้อาการของโรคค่อยๆ ดีขึ้นและหายเป็นปกติได้

โรคหอบหืดเกิดจากปัจจัยหลักสองปัจจัยคือพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม⁽⁸⁾ โดยร้อยละ 40 มาจากกรรมพันธุ์⁽⁹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแอดมูลเลอร์⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 201 คน พบว่ามีประวัติครอบครัวเป็นโรคหอบหืดซึ่งมีการถ่ายทอดทางยีน ส่วนสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อม เช่น ละอองเกสรดอกไม้ สารก่อภูมิแพ้ต่างๆ ไรฝุ่น มลพิษในอากาศ เป็นต้น แต่ก็ยังมีรายงานเพิ่มเติมว่า อาหารบางชนิดก็ทำให้เกิดอาการหอบหืดได้⁽¹¹⁾

ผลของการเกิดโรคและอาการที่เกิดขึ้น

อาการของโรคเกิดจากการตีบตันของหลอดลม เนื่องจากการบวมและการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดลม การกำเริบของอาการเป็นผลมาจากกล้ามเนื้อหลอดลมหดตัวทันที ทำให้การตีบตันของหลอดลมรุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอ มีเสมหะออกมาและเหนื่อยหอบ ผลของการอักเสบทำให้มีอาการบวมของเยื่อหลอดลมและมีเสมหะออกมาเพิ่มขึ้น เสมหะจะเหนียว ไอ ออกมายากและยังมีเสมหะไอออกมาไม่ได้ยิ่งทำให้ไปอุดตันหลอดลม ทำให้โรคมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนานๆ จะมีการหนาของเยื่อหลอดลมและกล้ามเนื้อหลอดลมมากขึ้น ยิ่งทำให้หลอดลมมีขนาดเล็กลง การหดเกร็งของหลอดลมจะทำให้หลอดลมที่ตีบอยู่แล้วตีบมากขึ้นไปอีก ผู้ป่วยจะหายใจลำบาก เหนื่อยหอบมากขึ้น บางรายมีการขาดออกซิเจนในเลือดหรือกรณีที่อาการรุนแรง ผู้ป่วยจะหายใจไม่พอเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว ซึ่งหากการรักษาไม่ถูกวิธีอาจเสียชีวิตได้ การเป็นโรคหอบหืดนานๆ หลอดลมจะมีการเปลี่ยนแปลง ผนังหลอดลมหนาขึ้นมีพังผืดไปเกาะและจะไม่คลายตัว แม้จะได้รับการรักษาอย่างดีก็จะไม่กลับมาเป็นหลอดลมที่ปกติซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่ายขณะออกกำลังกาย

ความรุนแรงของโรคหอบหืด

โรคหอบหืดจะมีความรุนแรงแตกต่างกันตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ในออสเตรเลียนั้น พบว่ามีผู้ป่วยโรคหอบหืดที่อาการรุนแรงจนต้องนอนโรงพยาบาล 60,000 คนต่อปี เสียชีวิตร้อยละ 60⁽¹²⁾ ส่วนในรัฐมิชิแกนประเทศสหรัฐอเมริกาพบ Asthma Attack ถึงร้อยละ 50 โดยที่ร้อยละ 20 มีอาการทุกวัน อาการที่รบกวนการนอนหลับได้ร้อยละ 21 อาการปานกลางถึงรุนแรงพบได้ร้อยละ 43 และไม่สามารถทำงานได้พบร้อยละ 10⁽¹³⁾

โดยทั่วไปพบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการเลวลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปใช้เวลาหลายวันหรือหลายสัปดาห์ มักมีสาเหตุร่วมกับการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้เป็นเวลานานหรือต่อเนื่องจนค่อยๆ เกิดการอักเสบในหลอดลมทวีขึ้นถึงขั้นรุนแรง ซึ่งลักษณะนี้พบได้บ่อยที่สุด ผู้ป่วยมักประเมินความรุนแรงของการกำเริบต่ำกว่าที่ควรจะเป็นทำให้ตัดสินใจมาพบแพทย์ช้าและมาเมื่อมีอาการกำเริบ

มากแล้ว นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการเลวลงอย่างทันทีทันใด โดยที่ก่อนหน้านี้อยู่ในระดับสงบหรือคงที่มาก่อน ซึ่งพบได้ร้อยละ 10 สาเหตุของการกำเริบลักษณะนี้มักเกิดหลังการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้เพียงครั้งเดียวหรือภายในระยะเวลาสั้นๆ ผู้ป่วยโรคหอบหืดอาจมีอาการหลายครั้งในหนึ่งสัปดาห์ไปจนถึงมีอาการแค่ปีละ 2–3 ครั้ง การประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการน้อยหรือมากทำได้โดยดูจาก จำนวนครั้งของอาการกำเริบในหนึ่งสัปดาห์ เช่น มีอาการหอบในเวลากลางคืนหรือไม่ ระยะเวลาที่กำเริบนานหรือไม่ การเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพปอดมากหรือไม่ เนื่องจากโรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยสามารถประเมินความรุนแรงของโรคที่กำเริบได้หากได้รับการสอนการแพทย์ซึ่งผู้ป่วยก็จะสามารถเพิ่มยาที่ใช้เพื่อลดความรุนแรงของโรคก่อนที่จะมาพบแพทย์ได้ ความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัวมีความสำคัญมากเพราะการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคจำเป็นต้องมีการถามประวัติ ความรุนแรง ลักษณะการกำเริบ รวมทั้งการประเมินความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวด้วยการแบ่งระดับความรุนแรงของโรค ทำให้การใช้ยาที่แพทย์จะให้แก่ผู้ป่วยเป็นระบบเดียวกันทั่วโลก เมื่อมีการย้ายถิ่นที่อยู่ผู้ป่วยโรคหอบหืดก็จะได้รับการรักษาที่ถูกต้องและต่อเนื่องได้

ซึ่งองค์การอนามัยโลกร่วมกับสถาบัน NHLBI⁽¹⁴⁾ ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แบ่งความรุนแรงของโรคออกเป็น 4 ระดับ คือ⁽¹⁵⁾

ตารางที่ 2.1 ระดับความรุนแรงของโรคหอบหืด

ระดับ	อาการ	อาการช่วงกลางคืน	ตรวจสมรรถภาพปอด
ระดับ 4 รุนแรงมาก (Severe Persistent)	- มีอาการหอบทุกวัน - มีอาการกำเริบบ่อยมาก - อาการรุนแรงจนทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ - เป็นซ้ำ ๆ รุนแรงบ่อย ๆ	- เป็นบ่อย	FEV ₁ น้อยกว่า 60% ของปกติ PEF Variability > 30%
ระดับ 3 รุนแรงปานกลาง (Moderate Persistent)	- อาการหอบทุกวัน - ต้องพ่นยาขยายหลอดลมทุกวัน - อาการกำเริบมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนของผู้ป่วย - อาการรุนแรงมากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์ ใช้ B ₂ – agonist ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นทุกวัน	- มากกว่า 1 ครั้ง / สัปดาห์	FEV ₁ 60 – 80 % ของปกติ PEF Variability > 30 %

ตารางที่ 2.1 ระดับความรุนแรงของโรคหอบหืด (ต่อ)

ระดับ	อาการ	อาการช่วงกลางคืน	ตรวจสมรรถภาพปอด
ระดับ 2 รุนแรงน้อย (Mild Persistent)	- อาการหอบมากกว่า 1 ครั้ง / สัปดาห์ แต่ไม่ได้เป็นทุกวัน - อาการกำเริบอาจมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอน	-มากกว่า 2 ครั้ง / เดือน	FEV ₁ มากกว่า 80 % ของปกติ PEF Variability 20-30 %
ระดับ 1 มีอาการเป็นครั้งคราว (Intermittent)	- อาการหอบน้อยกว่า 1 ครั้ง/ สัปดาห์ - เวลาไม่มีอาการ ตรวจพบสมรรถภาพปอดปกติ - อาการกำเริบ (Exacerbation) ช่วงสั้น - เวลามีอาการเป็นช่วงสั้น ๆ เช่น 1-2 ชั่วโมงหรือ 2-3 วัน	-น้อยกว่า 2 ครั้ง / เดือน	FEV ₁ มากกว่า 80 % ของปกติ PEF Variability 20< 20 %

การดูแลรักษาโรคหอบหืด

การรักษาโรคหอบหืดจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวควรดูแลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสารหรือภาวะที่กระตุ้นให้หอบมากขึ้น เช่น ไรฝุ่น เกสรหญ้า เชื้อรา เป็นต้น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นช่วยป้องกันการกำเริบของโรคหอบหืดได้และยังช่วยลดอัตราการตายจากโรคหอบหืดที่รุนแรงด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาระดับอาการให้คงที่ โดยที่พยายามลดผลข้างเคียงของยาให้น้อยที่สุดและผู้ป่วยต้องรู้จักการใช้ Peak Flow Meter อีกด้วย เราสามารถบอกความรุนแรงของโรคหอบหืดจากอาการและจากความเร็วของลมโดยผ่านเครื่อง Peak Flow Meter ความแม่นยำของการวัดขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ป่วยและวิธีการวัด

การจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบ

การจัดการ หมายถึง การดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้โดยอาศัยปัจจัยต่างๆ คือ คน เงิน วัสดุ เป็นอุปกรณ์การดำเนินการนั้น⁽¹⁶⁾

การจัดการของครอบครัวหมายถึง กระบวนการบริหารที่มีประสิทธิภาพที่ทำให้ครอบครัวดำรงอยู่และเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของครอบครัวโดยการใช้เทคนิควิธีต่างๆ ในการกระทำต่อผู้ป่วยโรคหอบหืดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของครอบครัวหรืออีก ความหมายหนึ่งว่า

การจัดการของครอบครัวเป็นการตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินต่อไปได้ในสังคม⁽¹⁷⁾

การจัดการกับโรคหอบหืดแบ่งได้ดังนี้

1. การจัดการเมื่อมีอาการกำเริบ (Symptoms Management)

2. การจัดการเมื่อไม่มีอาการกำเริบในด้านต่อไปนี้⁽¹⁸⁾

2.1 ด้านการรักษา

2.2 ด้านสิ่งแวดล้อม

2.3 ด้านจิตสังคม

2.4 ด้านบทบาทหน้าที่

2.5 ด้านเศรษฐกิจ

การจัดการเมื่อมีอาการกำเริบ (Symptoms management)

โดยทั่วไปโรคหอบหืดมักมีอาการแสดงนำมาก่อนโดยที่ผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรงอาจมีเพียงอาการไอ ส่วนอาการหอบอาจมีหรือไม่ก็ได้แต่หากอาการกำเริบรุนแรงก็จะมีอาการหายใจหอบมากขึ้นร่วมกับมีเสมหะและเสียงวี๊ดในหลอดลมโดยจะมีอาการมากในตอนกลางคืนและมีอาการแสดงเลวลงอย่างรวดเร็ว หากผู้ป่วยมีอาการหอบนานๆ ครั้งยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ การจัดการอาจเพียงแค่นั่งพักพร้อมทั้งหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นโดยที่อาจไม่ต้องกินยาใดๆ แต่หากมีอาการหอบปานกลาง หอบขณะเดินอาจต้องพ่นยาขยายหลอดลมหรือกินยาสเตียรอยด์และหากมีอาการรุนแรงมาก ผู้ป่วยอาจต้องพ่นยาเป็นสองเท่าพร้อมทั้งกินยาขยายหลอดลมหรือสเตียรอยด์หากอาการกำเริบไม่ดีขึ้นใน 10 นาที ให้นำส่งโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่มีอาการหอบพบว่าความจุของปอดจะลดลงในตอนเช้าและจากการศึกษาผู้ป่วยโรคหอบหืดที่สามารถควบคุมหรือจัดการกับโรคได้จะมีค่าความจุปอดมากกว่าร้อยละ 85 ของค่าที่ดีที่สุดเมื่อรักษาอย่างสม่ำเสมอ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับโรคได้จะมีค่าความจุปอดต่ำกว่าร้อยละ 85 ของค่าที่ดีที่สุด ผู้ป่วยลักษณะนี้อาจต้องพ่นยาเป็นสองเท่าในผู้ป่วยที่มีอาการหอบรุนแรงจะมีค่าความจุปอดลดลงเหลือต่ำกว่าร้อยละ 70 และในผู้ป่วยที่มีอาการหอบหืดเฉียบพลันจะเหลือค่าความจุปอดต่ำกว่าร้อยละ 50 เท่านั้น ซึ่งลักษณะนี้ต้องได้รับการช่วยเหลือทันทีมิฉะนั้นอาจถึงแก่ชีวิตได้⁽¹⁹⁾

ตารางที่ 2.2 ระดับอาการกำเริบของผู้ป่วย (GINA POCKET GUIDE, 2006)

อาการ (Symptoms)	เป็นน้อย (Mild)	เป็นปานกลาง (Moderate)	เป็นมาก (Severe)	กำลังเข้าสู่ภาวะหยุด หายใจ (Respiratory Arrest)
หายใจลำบาก ทำนอน	ขณะเดิน นอนราบได้	ขณะพูด ต้องนอนยกหัวสูง	ขณะพัก นั่ง, นอนราบ ไม่ได้	
การพูด สติสัมปชัญญะ	ปกติ อาจจะ กระสับกระส่าย	เป็นประโยคสั้น ๆ กระสับกระส่าย	เป็นคำ ๆ กระสับกระส่าย	ซึมหรือสับสน
อัตราหายใจ การใช้กลัมนื้อช่วย เพิ่มแรงหายใจ	เพิ่มขึ้น ไม่มี	เพิ่มขึ้น มี	เพิ่มขึ้นมาก มีมาก	มีการเคลื่อนตัวของ ทรวงอกและหน้าท้อง ไม่สัมพันธ์กัน
เสียง Wheeze	เสียงดังพอควร	เสียงดังและมักได้ ยินตลอดช่วงเวลา หายใจ	เสียงดังและได้ยิน ทั้งในขณะหายใจ เข้า – ออก	ไม่ได้ยินเสียง Wheeze
ชีพจร	< 100 ครั้ง / นาที	100 – 200 ครั้ง/ นาที	>120 ครั้ง / นาที	หัวใจเต้นช้า
การตรวจพิเศษ Functional(Assessment)PET% predicted or % personal	< 80 %	ประมาณ 60 – 80 %	< 60 %	มีค่าต่ำมากหรือวัด ไม่ได้เลย
Best PaO ₂ (On air)	ปกติ / ไม่ จำเป็นต้อง ตรวจ	>60 mmHg	>60 mmHg อาจหยุดหายใจได้	
PaCO ₂	<45 mmHG	<45mmHG	<45mmHG	
O ₂ sat	>95 %	91 – 95 %	< 90 %	

โรคหอบหืดเป็นโรคที่มีอาการเลวลงเรื่อยๆ หากไม่ได้รับการประเมินที่ถูกต้องหรือไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วถึง โดยที่อาการกำเริบบางครั้งสามารถป้องกันได้โดยไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล จากการศึกษาของบอสคาบาดี พบว่าอาการกำเริบส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาลคือ หอบมีเสียงวี๊ด ไอตอนกลางคืน/ไอหลังจากการออกกำลังกายซึ่งในการนอนใน

โรงพยาบาลแต่ละครั้งนั้นทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่าย เสียเวลาที่ต้องทำงานหรือให้แก่ครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 มีการจัดการกับโรคที่ไม่เหมาะสม ทำให้อาการเลวลงจนเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตและการตัดสินใจจัดการกับโรคนั้นขึ้นอยู่กับความคลุมเครืออาการกำเริบที่เกิดขึ้นด้วย⁽²⁰⁾

นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาถึงการจัดการในโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวานนั้นให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและการป้องกันโรคแทรกซ้อน มีทีมสุขภาพทำงานร่วมกับผู้ป่วยโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเช่นเดียวกับการจัดการของโรคหัวใจล้มเหลวที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านโภชนาการ ความสมดุลของระดับแคลเซียมในร่างกาย การได้รับวิตามินที่จำเป็นรวมถึงการลดการใช้ออกซิเจน ส่วนการจัดการกับโรค ความดันโลหิตสูงนั้นเน้นคุณภาพของการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในครอบครัวโดยการคัดกรองระดับไขมันในเส้นเลือด วัดความดันโลหิตทุกคนในครอบครัว เป็นต้น

จากที่กล่าวมาจะพบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น และการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวต้องสามารถประเมินความรุนแรงของโรคได้ โดยดูจากอาการและอาการแสดงหรือใช้เครื่องวัดความจุปอด หลีกเลียงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวต้องมีบทบาทร่วมกับแพทย์โดยให้ความร่วมมือในการวางแผนจัดการกับโรคหอบหืด พร้อมทั้งส่งเสริมในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เพื่อให้ครอบครัวเกิดการยอมรับ สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยที่ไม่รู้สึกเป็นภาระ จะเห็นได้ว่าการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบครอบครัวเพราะการจัดการโรคที่ดีจะช่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวความผาสุกและสมดุล

1. การจัดการเมื่อไม่มีอาการกำเริบ

ขณะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบนั้น ครอบครัวต้องช่วยกันรักษาความสมดุลของระบบครอบครัวไว้โดยการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพในด้านต่างๆ ต่อไปนี้⁽²¹⁾

1.1 การจัดการด้านการรักษา (Medical Management)

โรคหอบหืดเป็นโรคที่ครอบครัวสามารถสังเกตอาการหรือประเมินความรุนแรงของโรคได้เพื่อวางแผน การรักษาหรือควบคุมอาการมิให้กำเริบ กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหอบนานๆ ครั้ง อาจไม่จำเป็นต้องใช้ยา เพียงนั่งพักหรือหลีกเลียงสิ่งกระตุ้นก็เพียงพอ ครอบครัวอาจช่วยโดยการทำกิจกรรมแทนให้ แต่หากผู้ป่วยมีอาการหอบระดับน้อยเพียงกินยาขยายหลอดลมหรือหากมี

อาการหอบระดับปานกลางก็ต้องใช้ยาพ่นร่วมกับการกินยาขยายหลอดลมและหากรุนแรงมากอาจต้องนำส่งโรงพยาบาลเนื่องจากต้องใช้ยาพ่นขนาดสูงร่วมกับการกินยาขยายหลอดลมชนิด Long-Acting ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับยาตามระดับความรุนแรงของโรคได้ แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่า ความเชื่อและทัศนคติของครอบครัวก็มีผลต่อการจัดการด้านการรักษาโดยส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย⁽²²⁾ ปัญหาและอุปสรรคในการจัดจัดการของครอบครัวเป็นสิ่งที่อาจพบได้ซึ่งจากการศึกษาของซิงค์⁽²³⁾ พบว่า อุปสรรคในการจัดการกับโรคหอบหืดคือความล้มเหลวในการรับรู้สัญญาณอันตรายของโรค ความเชื่อในการรักษาการรักษาไม่ต่อเนื่องและความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาโดยมีเพียงร้อยละ 11.9 ที่รับรู้ถึงสัญญาณอันตรายและร้อยละ 79 มีความเชื่อในการรักษาหลายรูปแบบ เช่น การดื่มน้ำร้อน ดื่มนม ไขมัน เป็นต้น โดยเชื่อว่าจะสามารถช่วยลดอาการหอบได้ ส่วนวาร⁽²⁴⁾ ได้ศึกษาถึงอุปสรรคของการจัดการกับโรคหอบหืดได้แก่การทำงานมากไปโดยมีการจัดการหลายๆ อย่างในครอบครัว การมาพบแพทย์ตามนัดที่ไม่เพียงพอและทัศนคติที่ไม่ดีของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวผู้ป่วยหอบหืดส่วนใหญ่ไม่ทราบความรุนแรงของโรคและผลที่เกิดขึ้น โดยไม่มาพบแพทย์ตามนัด ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง กินยาไม่สม่ำเสมอและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นจนทำให้มีอาการเลวลง ซึ่งพบได้ร้อยละ 30-40 การจัดการของครอบครัวคืออาการกระตุ้นให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด การเตือนให้กินยาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ความรุนแรงของโรคลดลงนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ไกเตท⁽²⁵⁾ ยังได้ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 219 รายนั้น ร้อยละ 54 มีอาการกำเริบรุนแรง ร้อยละ 55 มีการวัดค่า PEF ร้อยละ 93 ใช้ยา Beta-2 Agonist ร้อยละ 71 ใช้สเตียรอยด์ร้อยละ 64 ใช้ยาปฏิชีวนะและมีเพียงร้อยละ 42 ที่มีการเขียน Action Plan Management ในขณะที่ สการ์โฟน⁽²⁶⁾ ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 433 ราย พบว่าในรอบหนึ่งปีนั้น ร้อยละ 75 มีอาการกำเริบที่ต้องเข้าห้องฉุกเฉิน ในขณะที่ร้อยละ 43 นอนโรงพยาบาลอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ร้อยละ 18 ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ร้อยละ 38 ได้รับยาต้านการอักเสบร้อยละ 66 ไม่ได้วัด PEF ร้อยละ 71 ไม่มีการเขียน Action Plan Management และร้อยละ 89 ไม่สามารถจัดการกับอาการตนเองได้

จากที่กล่าวมาจะพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับการใช้ยาตามระดับความรุนแรงของโรคได้ซึ่งหากผู้ป่วยมีอาการหอบเฉียบพลันให้พ่น Short-Acting Beta 2-Agonists ทุก 20 นาทีเป็นจำนวนสามครั้งในหนึ่งชั่วโมงพร้อมทั้งหลีกเลี่ยงภาวะที่กระตุ้นให้หอบมากขึ้นหลังจากพ่นยาแล้วให้ประเมินผล ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2.3 การใช้ยาของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ⁽²⁷⁾

ระดับ	อาการ	ค่า PEF	การใช้ยา
ไม่รุนแรง	หอบขณะเดิน พูดได้ ปกติ นอนราบได้	100 %	-หลังพ่นยา Short – acting beta2 –agonists จำนวน 3 ครั้งอาการดีขึ้น PEF > 80 % และให้พ่นต่อทุก 4 ชั่วโมงเป็นเวลาสองวัน -ให้พ่น inhaled steroid เป็นสองเท่าของปกติ -หลังจากดีขึ้นสองวันให้กลับไปพ่นยาตามขนาดเดิม
รุนแรงปานกลาง	หอบขณะเดิน พูดช้า ๆ จะเหนื่อย นอนราบได้ ชีพจร 100 – 120 ครั้ง/นาที	80 %	-ให้พ่นยา Quick – Relief m = Medications ทุก 20 นาที สามครั้ง ถ้าไม่ดีขึ้นให้พ่นอีก 2 – 4 puff ทุกหนึ่งชั่วโมงจน PEF > 70% หลังจากนั้นพ่นทุก 4 ชั่วโมง -ให้พ่น Quick – Relief Medications 2 – 4 puff ทุกหนึ่งชั่วโมง จนค่า PEF > 70% หลังจากนั้นพ่นทุก 4 ชั่วโมง - ให้พ่น inhaled Steroid เป็นสองเท่าของขนาดปกติ จนค่า PEF > 80% จึงลด กิน steroid เช่น Prednisolone (5 Mg) ครั้งละ 2 เม็ดวันละสามครั้ง ถ้าไม่ดีขึ้นให้พบแพทย์
รุนแรงมาก	พูดเป็นประโยคไม่ได้ นอนราบไม่ได้ ชีพจร >120 ครั้ง / นาที	50%	-ให้พ่นยา Short –Acting Beta 2 - Agonists จำนวน 2-4 puff ทุก 20 นาทีและให้พ่น Inhaled Steroid เป็นสองเท่าของขนาดปกติจนค่า PEF > 80% จึงลด / กิน Steroid เช่น Prednisolone (5 mg) ครั้งละ 2 เม็ดวันละสามครั้ง ถ้าดีขึ้นให้พ่น Short – Acting Beta2 – Agonists จำนวน 2 – 4 puff ทุก 4 ชั่วโมง - ถ้าไม่ดีขึ้นใน 10 นาที หลังพ่นให้รีบนำส่งโรงพยาบาล

ตารางที่ 2.4 การใช้ยาตามขั้นความรุนแรงของโรคหอบหืด

ขั้นความรุนแรง	การใช้ยา
ขั้น 1 ผู้ป่วยหอบนาน ๆ ครั้ง	ไม่จำเป็นต้องใช้ยา
ขั้น 2 รุนแรงน้อย	- ใช้ Inhaled Steroid ขนาดต่ำหรือ - Theophylline
ขั้น 3 รุนแรงปานกลาง	- ใช้ Inhaled Steroid ขนาดปานกลาง หรือ Inhaled Steroid ขนาดน้อยถึงปานกลางร่วมกับ Long – Acting Inhaled Beta2 –
ขั้น 4 รุนแรงมาก	Agonist -ใช้ Inhaled Steroid ขนาดสูงร่วมกับ -Long – acting Inhaled Beta2 – Agonist -ยาเม็ด Steroid

จากตารางที่ 3-4 จะเห็นได้ว่า ครอบครัวต้องมีความรู้ในการประเมินอาการร่วมกับผู้ป่วยเพื่อที่จะสามารถนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลได้ การประเมินความรุนแรงนอกจากจะดูจากอาการแล้วยังสามารถใช้วิธีจับชีพจรใช้ Spirometer วัดค่าความจุปอดหรือการนับอัตราการหายใจของผู้ป่วย (Breathing Counts) ซึ่งการให้ความรู้ถือเป็นการสร้างศักยภาพให้แก่ครอบครัวเพื่อสามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยได้เองที่บ้าน ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของแวน เดอ โมเลน⁽²⁸⁾ ที่พบว่าการจัดการกับโรคหอบหืดนั้นเน้นการให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ป่วย และครอบครัวรวมถึงการรักษาด้วยยา การเฝ้าสังเกตอาการ การจัดการกับสิ่งกระตุ้นและปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย

ส่วนการจัดการด้านการรักษาในโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง พบว่ามีการใช้ยาขยายหลอดลมเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อเรียบ ลดการหดเกร็งของหลอดลมและทำให้อาการดีขึ้น นอกจากนี้ในระยะยาวการบริหารจัดการ การใช้ออกซิเจนยังช่วยลดอัตราการตายและช่วยฟื้นฟูสภาพปอดทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

1.2 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Management)

สิ่งแวดล้อมส่งผลต่อสุขภาพของสมาชิกครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กล่าวคือ การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านมีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกและยังมีส่วนช่วยให้ความเครียดบรรเทาลงอีกด้วย⁽²⁹⁾ บ้านเป็นสถานที่ที่ครอบครัวต้องอยู่ร่วมกันโดยสมาชิกมีความคุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อม

ในบ้าน รู้สึกถึงความอิสระในการปกครองตนเองอีกทั้งบ้านยังเป็นสถานที่ ที่สมาชิกรู้สึกปลอดภัย มีความเป็นส่วนตัว

เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นให้อาการผู้ป่วยกำเริบไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมภายในบ้านหรือนอกบ้าน สิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีทำให้เกิดความเครียดและความเจ็บป่วยได้ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือเกิดอันตรายต่อสมาชิกในบ้านนั้นเป็นสิ่งแวดล้อมที่ควรได้รับการจัดการ ยุคสมัยที่เปลี่ยนไปทำให้เทคโนโลยีต่างๆ เข้ามามีบทบาทต่อมนุษย์และก่อให้เกิดมลพิษ สารเคมี ฝุ่นละอองต่างๆ มากมายส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหอบหืด จะสังเกตได้ว่าสังคมเมืองและสังคมชนบทมีสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน สังคมเมืองนั้นมีสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบได้ตลอดเวลาไม่ว่าจะเป็นที่บ้านหรือที่ทำงาน ในสังคมชนบทนั้นมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่าในสังคมเมือง แต่อย่างไรก็ตามการจัดการสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคหอบหืด การรักษาความอบอุ่นของร่างกายก็เป็นสิ่งที่ครอบครัวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการกำเริบได้ นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องทราบว่าสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบหืดนั้นมีอะไรได้บ้าง เพื่อสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ซึ่งจากการศึกษาของโลว์⁽³⁰⁾ พบว่าสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ได้แก่ สภาพอากาศที่แห้ง ละอองหญ้า มลภาวะทางอากาศ การเปลี่ยนแปลงของฤดูกาลและการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจซึ่งนอกจากจะทำให้อาการกำเริบแล้วยังพบว่ามีส่วนทำให้เกิดภาวะ Stroke ได้ด้วย นอกจากนี้สภาพภูมิอากาศแล้วอาหารบางชนิดก็มีส่วนกระตุ้นให้เกิดอาการหอบได้

สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่อยู่รอบๆ ตัวเราและมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อมในบ้านที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหอบหืดอย่างคาดไม่ถึงคือ สัตว์เลี้ยง แมลง ไรเห็บต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ผู้ป่วยอาจไม่ได้ระมัดระวังหรือไม่คิดว่าจะมีส่วนทำให้เกิดอาการหอบครอบครัวควรตระหนักและจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยโดยการทำความสะอาดเครื่องใช้ในบ้าน เครื่องนอน เป็นต้น ส่วนสัตว์เลี้ยงซึ่งคลุกคลีอยู่กับคนในบ้านก็ควรดูแลอาบน้ำแต่งขนให้เรียบร้อย นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องทราบว่าสมาชิกในบ้านป่วยเป็นโรคหอบหืดพร้อมทั้งทราบวิธีการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว ผู้ป่วยที่ขาดความรู้ความเข้าใจในโรคก็อาจทำให้เกิดพฤติกรรมที่ส่งเสริมต่อการกระตุ้นให้อาการกำเริบได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซีเคอเรล⁽³¹⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 345 คน พบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคในระดับต่ำจะมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดอาการกำเริบโดยพบว่าร้อยละ 31 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่โดยที่มีมากกว่าร้อยละ 90 มีอาการหอบ

พฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยโรคหอบหืดบางคนมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกายอย่างหักโหม เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดพบว่าร้อยละ 40 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ซึ่งสารในบุหรี่ บาง

ชนิดมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดการต่อต้านยาขยายหลอดเลือดทำให้อาการรุนแรงขึ้น เนื่องจากยาไม่ตอบสนองต่อการรักษา ผู้ป่วยและครอบครัวอาจไม่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงหรืออาจจะรู้แต่ไม่ตระหนักถึงผลเสียที่เกิดขึ้นจึงไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงพฤติกรรม ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับคว้นบุหรี่ปากมายเช่น บริม⁽³²⁾ ได้ศึกษาถึงสิ่งแวดล้อมภายนอกที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการหอบกำเริบได้แก่ การสูบบุหรี่ คุณภาพของอากาศ เป็นต้น ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของแอคคา วอล⁽³³⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 73,605 คนพบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดมักอาศัยอยู่ในสังคมเมือง มีสภาพเศรษฐกิจสังคมต่ำและมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ การสูบบุหรือนอกจากจะทำให้เกิดอาการหอบแล้วยังพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคถุงลมโป่งพองในระยะเริ่มแรกอีกด้วยโดย บุหรี่จะทำลายการทำหน้าที่ของปอดทำให้ค่าความจุของปอดลดลงและระบบทางเดินหายใจติดขัดเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ ดังนั้นครอบครัวสามารถจัดการได้โดยการให้สมาชิกเลิกสูบบุหรี่โดย บอกถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นหรืออาจให้ไปสูบนอกบริเวณบ้าน การเลิกสูบบุหรือนอกจากจะส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยเองแล้วยังส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของคนในครอบครัวอีกด้วย

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าสิ่งแวดล้อมที่ทำงานหรืออาชีพมีส่วนส่งเสริมให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจส่วนบนได้และยังทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งในภายหลังอีกด้วย⁽³⁴⁾ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของดักลาส⁽³⁵⁾ ที่พบว่าโรคหอบหืดที่เกิดจากการทำงานพบได้ร้อยละ 15 โดยมลพิษที่พบได้แก่ ฝุ่น ควัน กลิ่นแก๊ส ซึ่งมลพิษต่างๆ เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้โดยการใช้เครื่องป้องกัน เช่น หน้ากาก แว่นตา ฝ่าปิดจมูก เป็นต้น ซึ่งครอบครัวแนะนำให้สมาชิกที่ป่วยเป็นโรคหอบหืดได้ใช้เครื่องป้องกันเหล่านี้เพราะสามารถป้องกันละออง กลิ่นต่างๆ ที่กระตุ้นให้มีอาการหอบได้ นับได้ว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดนั้นต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมทั้งในบ้านและนอกบ้าน ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบได้ตลอดเวลาจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดรายใหม่จำนวน 1,747 ราย พบว่าร้อยละ 33 มีอาการหอบในที่ทำงาน/สถานประกอบการ⁽³⁶⁾

1.3 การจัดการด้านจิตสังคม (Psycho – Social management)

การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ถึงการดูแล ความต้องการด้านจิตสังคมของสมาชิก พื้นฐานนิสัยในการปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ การดูแลครอบครัวด้านอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญต่อการอยู่รอดของครอบครัวและมีผลในระยะยาวต่อครอบครัวในอนาคตโดยช่วยให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่แข็งแรง นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นตัวกลางระหว่างบุคคลกับสังคมอีกด้วยหน้าที่สำคัญของครอบครัว คือ การเลี้ยงดู อบรมบ่มนิสัย เป็นหุ้นส่วนกันและกัน รวมถึงการส่งเสริมการดูแลด้านจิตใจ ครอบครัวที่บรรลุเป้าหมายจะทำให้สมาชิกมีการเจริญเติบโตที่ดีมีภาวะสุขภาพที่ดีได้รับการตอบสนองด้านจิตสังคม ทำให้สมาชิกเกิด

กำลังใจและมีชีวิตเริ่มต้นที่ดีไปตลอดชีวิต การดูแลด้านอารมณ์เป็นพื้นฐานศูนย์กลางของการสร้างและดำเนินไปอย่างต่อเนื่องของครอบครัว ครอบครัวควรตระหนักถึงการดูแลด้านอารมณ์และจิตใจของสมาชิกเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีอายุยืนยาวมีความเครียดน้อยลง ในทางตรงข้ามครอบครัวที่มีความเครียดแล้วไม่สามารถจัดการได้ก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย เช่น นอนไม่หลับ ความดันโลหิตสูง ภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นต้น ส่วนวามอล⁽³⁷⁾ นั้นพบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดร้อยละ 25 มีความวิตกกังวลและร้อยละ 10.3 มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีการปรับตัวด้านอารมณ์ที่ไม่ดีและขาดสัมพันธภาพกับแพทย์จะมีระดับความรู้ที่ต่ำและมีความเครียดอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงประสบการณ์ด้านอารมณ์ของผู้ที่เป็นโรคหอบหืดพบว่าทำให้พวกเขารู้สึกมีมลทินมองโลกในแง่ร้าย⁽³⁸⁾

ดังนั้น ครอบครัวควรได้มีการพูดคุยกับแพทย์เพื่อช่วยกันจัดการกับโรคหอบหืดอีกทั้งครอบครัวควรให้กำลังใจและไม่ควรลดบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยให้น้อยลงเพราะอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าได้ ควรให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเท่าที่สามารถทำได้ โรคหอบหืดนั้นเป็นโรคที่ต้องการ การดูแลในระยะยาว ความรักและความเข้าใจจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคต่อไป โดยมีผู้ที่ศึกษาถึงภาวะสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองจำนวน 102 คน พบว่าร้อยละ 49 มีความวิตกกังวลและซึมเศร้าโดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องมาตรวจตามนัดเพียงคนเดียว แสดงให้เห็นว่ากำลังใจ ความห่วงใยดูแลของครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งความซึมเศร้าเป็นภาวะที่มักเกิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือหมดหวังในการรักษาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโอปอลสกี⁽³⁹⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดแล้วพบว่าภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคหอบหืดโดยพบว่าความซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค เช่นเดียวกับกอร์เช⁽⁴⁰⁾ ที่ศึกษาพบว่า โรคหอบหืดทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง จะเห็นได้ว่าหากผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ สุขภาพกายดีก็จะส่งผลให้สุขภาพจิตดีด้วยแต่ในทำนองเดียวกันสุขภาพจิตที่ดีก็จะส่งผลทำให้สุขภาพร่างกายดีเช่นกัน ครอบครัวควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ ไม่ท้อแท้ การสร้างขวัญและกำลังใจเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการมากขึ้น การได้รับความรักความอบอุ่นจากครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและผลที่ตามมาคือ สุขภาวะที่ดี

1.4 การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ (RoleFunction Management)

โดยทั่วไปแล้วสมาชิกครอบครัวถือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ครอบครัวมีหน้าที่สอนให้สมาชิกบทบาททางสังคมและวัฒนธรรมทำให้สมาชิกได้ประสบการณ์การเรียนรู้ในบทบาทหน้าที่ของตนเพื่อเป็นผู้ใหญ่ที่ดีในอนาคต

ครอบครัวนั้นไม่สามารถแยกออกจากสังคมได้เพราะครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับสังคมตั้งแต่เกิดจนสิ้นอายุขัย นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องสอนให้สมาชิกรู้จักเรียนรู้วัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยมต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาด้านศีลธรรม จริยธรรมด้วย คุณธรรมเป็นสิ่งสำคัญที่จะพัฒนาด้านจิตใจและคุณความดีของมนุษย์อีกทั้งยังช่วยลดปัญหาสังคม การเรียนรู้กฎระเบียบทางสังคมช่วยให้สมาชิกรู้จักการปรับตัวให้เข้ากับบุคคลในสังคม รู้จักการมีวินัยในตนเอง ในสังคมนั้นมีทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดี ครอบครัวสามารถช่วยชี้แนะให้สมาชิกแยกแยะชั่วดีได้ การเรียนรู้ประสบการณ์ภายนอกครอบครัวเป็นสิ่งที่มีความสำคัญได้รับการสนับสนุนจากสังคม หรือความขัดแย้งในสังคม จากที่กล่าวมาจะพบว่ามีบทบาทหน้าที่ทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนควรทำให้ดีที่สุด ภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังอาจส่งผลต่อการทำบทบาทหน้าที่ดังกล่าวซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังจะมีภาวะซึมเศร้าและส่งผลต่อการทำบทบาทหน้าที่ดังกล่าวซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจส่งผลต่อการทำบทบาทหน้าที่ดังกล่าวซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีภาวะซึมเศร้าและส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม⁽⁴¹⁾ และสภาพจิตใจอาจมีผลต่อการทำหน้าที่บทบาทในหลายๆ ด้าน ในครอบครัวที่มีบิดา/มารดาเดี่ยว (Single – Parent Families) มักมีความพยายามต่อสู้ดิ้นรนในการหารายได้เลี้ยงครอบครัวควบคู่ไปกับการดูแลสมาชิก โดยเฉพาะครอบครัวที่มีมารดาคนเดียวเป็นผู้ดูแล การทำงานหาเลี้ยงครอบครัวโดยควบคู่ไปกับการดูแลบุตรนับว่าเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก และยังหากมารดาเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้ว การทำบทบาทหน้าที่ที่จะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามภาวะโรค โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่อาจทำให้ครอบครัวมารดาเดี่ยวรู้สึกท้อแท้ใจเพราะนอกจากจะขาดการสนับสนุนจากคู่สมรสแล้วยังต้องทำบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นทั้งในครอบครัวและสังคม ส่งผลให้ครอบครัวที่มีมารดาเดี่ยวมักมีความพึงพอใจในบทบาทของตนเองอยู่ในระดับต่ำ

1.5 โรคหอบหืด (Asthma) และการออกกำลังกาย

คนส่วนใหญ่เข้าใจว่าผู้ที่เป็นโรคหอบหืดไม่สามารถออกกำลังกายได้ เพราะผู้ที่เป็นโรคหอบหืด เมื่อออกกำลังกายบางครั้งจะรู้สึกไม่สบาย เหนื่อยง่าย หายใจไม่สะดวก อึดอัด หรือเจ็บในทรวงอก หรืออาจเกิดอาการหอบหืดอย่างรุนแรง อาการไม่สบายต่างๆ ที่เกิดเวลาออกกำลังกายในที่นี้จะขอเรียกสั้นๆ ว่า EIB ซึ่งเป็นศัพท์ทางการแพทย์ ย่อมาจากคำว่า Exercise Induced Bronchospasm หมายถึง อาการหดเกร็งของหลอดลมหรือทางเดินหายใจที่เกิดจากการออกกำลังกาย ซึ่งจะรวมอาการเล็ก ๆ น้อย ๆ ด้วย เช่น อาการเหนื่อยง่าย หายใจเสียงดัง ไอ หายใจถี่และแรง อึดอัดเจ็บในอก ทรวงอกนูนมีอาการเกร็งไม่ขยายตัว ทำให้รู้สึกเหมือนปอดแฟบเล็กน้อยจนหายใจไม่สะดวก อาจเวียน ปวดท้อง และหมดแรง อาการมักเกิดภายหลังการออกกำลังกายที่หนักสักพักใหญ่ (ไม่เกิน 15 นาที) ถ้าปล่อยให้อาการหนักมาก ไม่ได้รับการช่วยเหลือทันท่วงที อาจทำให้ร่างกายขาด

ออกซิเจน เกิดการคั่งค้างของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ จนทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลวตามมาได้

ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ออกกำลังหนักเกินไป ประมาณถึงร้อยละ 80 - 90 ของผู้ป่วยจะแสดงอาการ EIB ที่เป็นเช่นนี้เพราะการออกกำลังที่หนัก ทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น ต้องการจับคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายมากขึ้น ทำให้ต้องหายใจลึก เร็ว และหนักขึ้นตามลำดับ จนบางครั้งต้องหายใจทางปากช่วยด้วย เพื่อให้ทันกับความต้องการของร่างกาย การหายใจเช่นนี้ทำให้อุณหภูมิภายในทางเดินหายใจลดลง ทำให้เสียน้ำ และความชื้นภายในทางเดินหายใจลดลง ภาวะทางเดินหายใจแห้งและเย็นนี้เองที่เป็นเหตุกระตุ้นให้เกิด EIB ซึ่งมีไข้จะเกิดกับผู้ป่วยหอบหืดเท่านั้น แม้ในคนปกติทั่วไปที่ออกกำลังหนักเกินไปก็มี EIB เกิดขึ้นได้ เช่นพบได้ในนักกีฬาที่ฝึกหนักเกินไปถึงร้อยละ 10 หรือผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคหอบหืด แต่มีประวัติเป็นภูมิแพ้เล็กน้อย ๆ เช่น แพ้อากาศ แพ้อาหารบางชนิด พบว่ามี EIB ได้ถึงร้อยละ 50 โดยทั่วไปผู้ที่จะมี EIB ย่างมักจะมียาอาการที่พอจะสังเกตได้ง่าย ๆ คือ เป็นหวัดง่าย มีเสมหะในคอ ทำให้ต้องกระแอมไต่เสมหะเสมอ ถ้าให้ออกกำลังหนัก เช่น ให้ออกวิ่งเร็วไม่เกิน 5 นาที ก็จะหมดแรง ถ้าออกกำลังในอากาศที่แห้งเย็น เช่น ในห้องปรับอากาศ หรือที่มีลมเย็นพัดแรง จะเกิด EIB ได้ง่าย แต่จะออกกำลังได้ดีในน้ำ ขณะที่อากาศและอุณหภูมิในน้ำอุ่นพอดี เพราะน้ำช่วยรักษาอุณหภูมิและความชื้นภายในทางเดินหายใจให้ปกติตลอดเวลาออกกำลังกาย บุคคลที่เป็น EIB ง่าย ๆ เหล่านี้ อาจมีความไวสูงต่อภาวะการเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินหายใจมากกว่าคนอื่น ๆ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหอบหืดซึ่งมีความไวสูงยิ่งกว่า เข้าใจว่าผู้ป่วยหอบหืดอาจจะมีเซลล์เม็ดเลือดขาว (mast cells) ในเนื้อเยื่อปอดและทางเดินหายใจมากผิดปกติ เซลล์เหล่านี้เมื่อถูกกระตุ้นด้วยสารภูมิแพ้ หรือภาวะเปลี่ยนแปลงในระบบหายใจ จะหลั่งสารที่กระตุ้นการหดเกร็งของถุงลมปอดและหลอดลม จึงเกิด EIB ได้ง่าย และเจ็บปวณ

โรคหอบหืดเป็นโรคที่เป็นกันมาก ปัจจุบันนี้จะพบมากขึ้นในเด็กเล็ก เนื่องจากภาวะแวดล้อมเป็นพิษ โรคหอบหืดไม่ใช่เป็นโรคที่น่ากลัวอย่างที่เคยเข้าใจกันมาแต่ก่อน เพราะปัจจุบันนี้มีวิธีการรักษาได้ และเป็นที่ยอมรับทางการแพทย์ว่าผู้ที่ป็นโรคหอบหืด สามารถออกกำลังกายได้ และการออกกำลังกายก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหอบหืด เพราะการออกกำลังกายสามารถช่วยบรรเทาอาการหอบหืดให้อาการดีขึ้น ถึงแม้จะไม่หายขาดจากโรคเลยทีเดียวกแต่จะทำให้ผู้ป่วยแข็งแรงขึ้น EIB ลดลง ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติทั่วไป เด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดทั่วไป เมื่อออกกำลังหรือทำกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังจะรู้สึกไม่ค่อยสบายดังกล่าวกมาข้างต้น เด็กเหล่านี้จึงขาดความมั่นใจ และไม่ชอบที่จะร่วมกิจกรรม เช่น เล่นกลางแจ้ง ฝึกวิชาพลศึกษา หรือเล่นกีฬาเหมือนเด็กทั่วไป ทำให้มีลักษณะเหมือนเด็ก เกียจคร้าน ไม่เอาไหนในสายตาของญาติพี่น้องที่บ้าน และเพื่อน ๆ ที่โรงเรียน ซึ่งมีผลทั้งทางด้านจิตใจ ทำให้เด็กมีปมด้อยคิดว่าตัวเองมีความสามารถต่ำ

กว่าเพื่อน เด็กจะแยกตัวเองจากกลุ่ม เลี่ยงการทำกิจกรรมร่วมกับเด็กอื่น ๆ ผลที่ตามมาก็คือ เด็กจะขาดการออกกำลังกาย ร่างกายจะยิ่งอ่อนแอลง เป็นเหตุให้อาการโรคหอบหืดรุนแรงขึ้นตามลำดับ

เด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดจำเป็นที่จะต้องออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมเป็นไปตามขั้นตอนตามลำดับภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาล และครู ฝึกออกกำลังกาย จะทำให้เด็กเริ่มเรียนรู้ว่าตนเองสามารถออกกำลังกายได้ เด็กจะรู้สึกแข็งแรงขึ้นสามารถควบคุมไม่ให้เกิด EIB ในที่สุดเด็กจะมั่นใจที่จะร่วมกิจกรรมและเล่นกีฬาได้เหมือนเด็กปกติอื่นๆ หรืออาจพัฒนาจนถึงขั้นเป็นนักกีฬาที่ใช้กำลังหนักมากๆ ได้ เป็นที่มาของความเชื่อมั่นและความภาคภูมิใจของผู้ป่วยและผู้รักใคร่ใกล้ชิด ที่สามารถควบคุมเอาชนะโรคได้

การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหอบหืด

ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่เป็นมาก ถ้าให้ออกกำลังกายเพียงเล็กน้อยก็อาจมีอาการ EIB ตามมาได้ จึงไม่ควรออกกำลังกายตามใจชอบ ควรให้แพทย์รักษาจนสามารถควบคุมอาการของโรคและป้องกัน EIB ที่จะเกิดจากการออกกำลังกายให้ได้เสียก่อน เมื่อแพทย์เห็นสมควรให้ออกกำลังกายได้ ก็ควรเริ่มด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ และออกกำลังกายอย่างเบาที่สุดก่อน โดยมีแพทย์ พยาบาล และครู ฝึก คอยดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังมิให้เกิด EIB ในระยะเริ่มแรกแพทย์อาจต้องใช้ยาเพื่อป้องกัน EIB เช่น พ่นยาขยายหลอดลม เป็นต้น ผู้ป่วย หอบหืดที่เป็นมาก ถ้าให้ออกกำลังกายหนักในระดับที่คนปกติทำได้มักแสดงอาการ EIB ภายใน 15 นาที หลังจากเริ่มออกกำลังกาย ดังนั้นจึงควรเลือกวิธีการออกกำลังกาย เช่น ควรเดิน แต่ไม่ควรวิ่ง ใช้ท่ากายบริหาร และการเหยียดยืดกล้ามเนื้อ และข้อต่อ หรือฝึกยกน้ำหนักเบาๆ ใช้เวลาในการ warm up 10–15 นาที หรือมากกว่านั้น โดยไม่เข้าสู่ระดับการออกกำลังกายหนักเลยก็ได้ เป็นการออกกำลังกายเบาแต่ใช้เวลานาน ซึ่งมีผลให้ร่างกายดีขึ้นได้ในระดับหนึ่ง นอกจากนี้การ warm up เป็นเวลานานกว่า 15 นาที ก่อนการออกกำลังกายยังอาจช่วยให้ผู้ป่วยบางคนสามารถออกกำลังกายหนักขึ้นได้ โดยไม่เกิด EIB ซึ่งเข้าใจว่าการ warm up นานๆ จะกระตุ้นให้ต่อมอดรีนัล (Adrenal Gland) หลั่งสารอีพิเนฟริน (Epinephrine) หรือสารนอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) ซึ่งเป็นสารขยายหลอดลมและอาจช่วยลดปริมาณเม็ดเลือดขาวในทางเดินหายใจได้ด้วย ภายหลังจากการออกกำลังกายทุกครั้ง ทุกสัปดาห์ และทุกเดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจร่างกาย เพื่อประเมินว่าการออกกำลังกายและการรักษาให้ผลดีหรือไม่เพียงใด เช่น ผู้ป่วยใช้ยาน้อยลงหรือผู้ป่วยไม่แสดงอาการ EIB ในขณะที่ออกกำลังกาย เป็นต้น

การออกกำลังกายแบบแอโรบิคมีผลทำให้ระบบหายใจและระบบหมุนเวียนโลหิตแข็งแรงขึ้น กล้ามเนื้อแข็งแรงและการเคลื่อนไหวร่างกายดีขึ้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้หนักและนานขึ้นกว่าเดิม จึงควรปรับกิจกรรมการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสมรรถภาพร่างกายที่ดีขึ้นเพื่อให้ได้ผลที่ดียิ่งขึ้นตามลำดับ การปรับการออกกำลังกายให้หนักและนานขึ้นก็ควรเป็นไปอย่าง

ระมัดระวังมากๆ เพราะความเสี่ยงที่จะเกิด EIB ก็จะมีมากขึ้นเช่นกัน การลดความเสี่ยงอาจทำได้โดยให้ออกกำลังหนักขึ้น ช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ประมาณ 0.5 – 2 นาที สลับกับการออกกำลังเบาๆ หรือพักสัก 2 – 3 นาที ทำซ้ำหลายๆ รอบ ร่างกายจะค่อยๆ ปรับตัวจนสามารถยืดช่วงเวลารอกำลังหนักให้นานขึ้น พร้อมกับลดเวลาการพักให้น้อยลง จนในที่สุดอาจสามารถออกกำลังหนักติดต่อกันไปโดยไม่ต้องพัก EIB อาจเกิดภายหลังการออกกำลังกายเสร็จเรียบร้อยแล้วหลายชั่วโมง (ไม่เกิน 24 ชั่วโมง) การ cool down เป็นเวลานานกว่า 10 นาที จะช่วยลด EIB ภายหลังการออกกำลังกาย กิจกรรมการออกกำลังกายควรให้ผู้ป่วยเลือกชนิดที่ชอบ ถนัด และสนุกที่จะทำ เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดความเครียด ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่รู้ว่าทำแล้วมักเกิด EIB เช่น ถ้าวิ่งแล้วรู้สึกว่าจะเกิด EIB บ่อยๆ แต่สามารถถีบจักรยานได้อย่างสบายๆ ก็ควรเลือกการถีบจักรยานเป็นการออกกำลังกายจะเหมาะสมกว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดมักชอบออกกำลังกาย ในน้ำ เพราะไม่ทำให้เกิด EIB จะเห็นว่าผู้ป่วยหอบหืดสามารถเป็นนักกีฬาว่ายน้ำได้ ผู้ป่วยหอบหืดที่ออกกำลังกายจน แข็งแรงเต็มที่และอยากจะทำเล่นหรือแข่งขันกีฬา ก็อาจทำได้ แต่ควรเลือกประเภทกีฬาที่ไม่หนักเกินกำลังของตนเอง เช่น เล่นกอล์ฟ ขี่ม้าสาธิต หรือแม้แต่เทนนิส วอลเลย์บอล ฟุตบอล ก็อาจเล่นได้ถ้ารู้จักฝึกอย่างถูกต้อง นอกจากการฝึกออกกำลังกายอย่างถูกต้อง และการรู้จักใช้ยาในภาวะที่จำเป็นแล้ว ผู้ป่วยหอบหืดที่รักการออกกำลังกายควรฉลาดที่จะหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่จะกระตุ้นให้เกิด EIB เช่น ควรเลือกออกกำลังกายในสถานที่ที่บรรยากาศถ่ายเทปลอดโปร่ง สะอาด ปราศจากฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ สารภูมิแพ้ เช่น สารเคมี ควันพิษ ควันบุหรี่ ควันท่อไอเสียรถยนต์ ตลอดจนสัตว์ที่กระตุ้นภูมิแพ้ สถานที่ออกกำลังกายควรมีอุณหภูมิและความชื้นพอเหมาะ ไม่ควรออกกำลังกายในที่หนาวเย็น หรือลมแรง ระมัดระวังอย่าให้เกิดภาวะเครียด และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่กระตุ้นภูมิแพ้ เช่น กุ้ง ปลา ถั่ว ไข่ขาวและอื่นๆ⁽⁴²⁾

จากการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด ในเรื่องผลของการเกิดโรคและอาการที่เกี่ยวข้อง , ความรุนแรงของโรคหอบหืด , การดูแลรักษาโรคหอบหืด ตลอดจนการจัดการของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยโรคหอบหืด สามารถนำมาใช้ในการสร้างนิยามของตัวแปรและแบบสอบถามในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด ได้แก่ ความหมายของโรคหอบหืด อาการของโรคหอบหืด ปัจจัยที่กระตุ้นทำให้เกิดอาการของโรคหอบหืด แนวทางการรักษาโรคหอบหืด การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหอบหืด

2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้

2.2.1 ความหมายของความรู้

ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการใช้ข้อเท็จจริง (Fact) หรือเนื้อหา ด้านความรู้ ความคิด การหยั่งรู้ การเห็น หรือการสามารถเชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ์ได้

ความรู้เป็นนามธรรม เป็นขบวนการทางการจิตวิทยาของความจำ การจัดระบบระเบียบข้อมูลใหม่และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

2.2.2 การแยกระดับความรู้

บลูม⁽⁴³⁾ ได้แยกระดับความรู้ไว้ 6 ระดับ คือ

2.2.2.1 ระดับที่ระลึกได้ หมายถึง การเรียนรู้ในลักษณะที่จำเรื่องเฉพาะ วิธีการปฏิบัติ กระบวนการ และแบบแผนได้ ความสำเร็จในระดับนี้ คือความสามารถในการนำข้อมูลจากความจำออกมาใช้ได้

2.2.2.2 ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ หมายถึง บุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้มากกว่าการจำเนื้อหาที่ได้รับ และสามารถที่จะเขียนข้อความเหล่านั้นได้ด้วยถ้อยคำของตนเอง สามารถแสดงให้เห็นภาพให้ความหมาย แปลความ และเปรียบเทียบความคิดเห็นอื่นๆ หรือคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นต่อไปได้

2.2.2.3 ระดับการนำไปใช้ เป็นระดับที่ผู้เรียนสามารถนำเอาข้อเท็จจริงตลอดจนนำเอาความคิดที่เป็นนามธรรมไปปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม

2.2.2.4 ระดับการวิเคราะห์ เป็นระดับที่สามารถนำความคิดในรูปของการนำแนวคิดมาแยกเป็นส่วน ประเภท หรือการนำเอาข้อมูลต่างๆ มาประกอบกันเพื่อการปฏิบัติตนเอง

2.2.2.5. ระดับการสังเคราะห์ คือ การนำข้อมูลและแนวคิดต่างๆ มาประกอบกันและนำไปสู่การสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นสิ่งใหม่จากเดิม

2.2.2.6. ระดับการประเมินผล คือ ความสามารถใช้ความรู้เพื่อจัดตั้งเกณฑ์การรวบรวมข้อมูล การวัดข้อมูลต่างมาตรฐาน เพื่อตัดสินถึงระดับของประสิทธิผลของกิจกรรมแต่ละอย่าง

2.2.3 ประเภทพฤติกรรมการเรียนรู้

การศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติจากทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม⁽⁴²⁾ ซึ่งได้จำแนกพฤติกรรมการเรียนรู้ออกเป็น 3 จำพวกใหญ่ๆ คือ

2.2.3.1 พฤติกรรมด้านพุทธิศึกษาหรือพฤติกรรมการเรียนรู้ (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้มีขึ้นของความสามารถด้านความรู้ การใช้ความคิด และพัฒนาการทางด้านสติปัญญา จำแนกไว้ตามลำดับขั้นจากง่ายไปหายาก ดังนี้

2.2.3.1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้หรือระลึกได้

2.2.3.1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้ต้องมีความรู้มาก่อนจึงเข้าใจ ความเข้าใจนี้จะแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ และคาดคะเน

2.2.3.1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาวิธีการของทฤษฎี กฎเกณฑ์และแนวคิดต่างๆ ไปใช้

2.2.3.1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถและมีทักษะในการจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใดๆ ออกเป็นส่วนย่อย และมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดระหว่าง ส่วนประกอบเหล่านั้น รวมทั้งมองเห็นการผสมผสานระหว่างส่วนประกอบที่ร่วมกันเป็นปัญหา หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

2.2.3.1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อยต่างๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจนและมีคุณภาพสูงขึ้น

2.2.3.1.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัยติราคาสีของต่างๆ โดยมีกฎเกณฑ์และมาตรฐานเป็นเครื่องช่วยประกอบวินิจฉัยซึ่งกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้ อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมาหรือมีอยู่แล้วก็ได้

2.2.3.2 พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective domain) พฤติกรรมด้านนี้หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ ความชอบในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ เป็นพฤติกรรมที่ยากแก่การอธิบายเพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของคนการเกิดพฤติกรรมด้านทัศนคติแบ่งได้ดังนี้

2.2.3.2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่าเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะหรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้นในการยอมรับนี้ประกอบด้วยความตระหนักได้ถูกต้อง ความยินดีที่จะรับ และการเลือกรับ

2.2.3.2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำปฏิกิริยาตอบสนองพฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วยการยินยอมความเต็มใจ และพอใจที่จะตอบสนอง

2.2.3.2.3 การให้ค่า (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงว่ายอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตัวเขา และได้นำไปพัฒนาให้เป็นของเขาอย่างแท้จริง พฤติกรรม

ขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า“ค่านิยม” ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับความชอบผูกมัด ค่านิยมเข้ากับตัวเขา

2.2.3.2.4 การจัดกลุ่ม (Organizing) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของ ค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น

2.2.3.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์ หนึ่งๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่า อาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็น พฤติกรรมด้านทัศนคติเป็นส่วนประกอบเป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่ กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ทางด้านอนามัย ถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัย ที่ดีได้

สรุปได้ว่าความรู้ เป็นเรื่องที่สำคัญในการทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในการกำหนด พฤติกรรม และการปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างเหมาะสม จนนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและจริงจัง ต่อไป

จากการทบทวนทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ได้แก่ ความหมายของความรู้ , การแยกระดับ ความรู้และประเภทพฤติกรรมการเรียนรู้ สามารถนำมาใช้ในการสร้างนิยามของตัวแปรและ แบบสอบถามในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด โดยนำไปประยุกต์การแยกระดับความรู้ของผู้ป่วย โรคหอบหืดในแบบสอบถาม

2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม

2.3.1 ความหมายของพฤติกรรม

ความหมายของพฤติกรรม⁽⁴⁴⁾ ได้ให้ความหมายพฤติกรรมว่า หมายถึง กิริยาอาการที่ ได้มาภายหลังกำเนิด กล่าวคือ บุคคลจะมีพฤติกรรมนั้น ต้องเคยได้ร่วมสังสรรค์กับเพื่อนมนุษย์มา ก่อน พฤติกรรมของมนุษย์ต่างกับพฤติกรรมที่มาแต่กำเนิด สันดาน อันเป็นสามัญที่อยู่ในชีวิตสัตว์ อื่นทั่วไป

ชัยยง ศันสนิยุทธ⁽⁴⁵⁾ อธิบายว่า พฤติกรรมเป็นการกระทำหรือกิจกรรมทางกาย วาจา และทางใจที่มนุษย์แสดงออกที่สามารถสังเกตหรือวัดได้ หรือกิจกรรมของคนมีรูปแบบต่างกัน บางอย่างสามารถมองเห็นได้ด้วยตา หรือการได้ยิน บางอย่างเป็นความรู้สึกภายในจิตใจ ซึ่งไม่

สามารถมองเห็นแต่สามารถใช้เครื่องมือวัด หรือตัวชี้วัด และมีกิจกรรมหลายอย่างที่บุคคลแสดงออกมาโดยรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว

กันยา สุวรรณแสง⁽⁴⁶⁾ ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมเป็น อาการ บทบาท ลีลา ท่าทาง ความประพฤติ การแสดงให้ปรากฏสัมผัส หรือสามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ

สมจิตร สุพรรณทัศน์⁽⁴⁷⁾ ให้คำจำกัดความว่า พฤติกรรม หมายถึงปฏิกิริยา หรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้ หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม ประกอบด้วย

พฤติกรรมภายใน เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล ซึ่งสมองจะทำหน้าที่รวบรวม สะสม และสั่งการทำให้ตนมีคุณสมบัติเหนือสัตว์ มีการติดต่ออย่างมีระบบ มีการคาดการณ์ในอนาคตพฤติกรรมภายนอก เป็นปฏิกิริยาของบุคคล หรือกิจกรรมที่ปรากฏออกมาให้บุคคลอื่นเห็น เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการอยู่ร่วมกันของคนในสังคม

พฤติกรรมปกติ การที่จะดูว่าพฤติกรรมใดปกติดูได้จากเกณฑ์ต่างๆ ดังนี้ คือ เป็นไปตามขั้นตอนการพัฒนาตามวุฒิภาวะสอดคล้องกับวัฒนธรรม และเป็นไปตามกฎระเบียบของสังคม

พฤติกรรมผิดปกติ ในวัฒนธรรมหนึ่งอาจถือเป็นวัฒนธรรมปกติในวัฒนธรรมอื่น เพราะให้คุณค่าพฤติกรรมแตกต่างกันไปคนจะยอมรับวัฒนธรรมของตนเป็นแบบแผนพฤติกรรมทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก และการแสดงออก

2.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรค

การให้ความรู้เป็นการกระตุ้นให้ประชาชนตื่นตัว สนใจ และรีบตรวจรักษาและการดูแลตนเองตั้งแต่ระยะเริ่มแรกแต่ที่ผ่านมา พบว่าประชาชนยังมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคน้อย โดยดูจากสถิติจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีมากขึ้นทุกปี พฤติกรรมของบุคคลโดยทั่วไป จะแตกต่างกันออกไปตามบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลในสังคม สำหรับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ได้มีผู้แบ่งไว้ 3 พฤติกรรม ดังนี้ คือ

2.3.2.1 พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติของบุคคล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ ฯลฯ

2.3.2.2 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การพักผ่อน การถามเพื่อนฝูง เกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหา การรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม

2.3.2.3 พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าเป็นโรค หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้รับทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากยิ่งขึ้น

2.3.3 เครื่องมือวัดพฤติกรรม

การวัดพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น การวัดความรู้ ความคิดเห็น เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น เป็นการวัดทางการศึกษา(Education Measurement)⁽⁴⁸⁾

จากที่กล่าวมาข้างต้น พฤติกรรมของบุคคลมีทั้งพฤติกรรมภายนอก และพฤติกรรมภายใน การศึกษาพฤติกรรมนั้นทำได้หลายวิธี ถ้าเป็นพฤติกรรมภายในจะไม่สามารถสังเกตได้ ต้องใช้วิธีทางอ้อมโดยการสัมภาษณ์ การทดสอบด้วยแบบทดสอบ และการทดสอบทั้งในห้องปฏิบัติการ และในชุมชน ฉะนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบพฤติกรรม อาจทำได้โดยการสร้างแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต ประกอบการสัมภาษณ์ วิธีการศึกษาพฤติกรรมมี 2 วิธี ได้แก่

2.3.3.1 การศึกษาพฤติกรรมโดยทางตรง ทำได้โดย

2.3.3.1.1 การสังเกตแบบให้ผู้ถูกสังเกตรู้ตัว (Direct Observation) ซึ่งการสังเกตแบบผู้ถูกสังเกตบางคน อาจจะไม่มีการแสดงพฤติกรรมที่แท้จริงออกมาก็ได้

2.3.3.1.2 การสังเกตแบบธรรมชาติ (Naturalistic Observation) คือ การที่บุคคลผู้ต้องการสังเกตพฤติกรรม ไม่ได้กระทำการให้เป็นที่ยอมรับพฤติกรรมของบุคคลผู้ถูกสังเกต และเป็นไปในลักษณะที่ทำให้ผู้ถูกสังเกตไม่ทราบว่าถูกสังเกต จะทำให้ได้พฤติกรรมที่แท้จริงออกมา แต่วิธีนี้มีข้อจำกัด คือ ต้องใช้เวลามาก และต้องทำเป็นเวลาดิถีกันหลายครั้ง พฤติกรรมบางอย่างต้องใช้เวลานาน

2.3.3.2 การศึกษาพฤติกรรมโดยทางอ้อม แบ่งได้หลายวิธี คือ

2.3.3.2.1 การสัมภาษณ์ เพื่อต้องการทราบถึง พฤติกรรมของบุคคล แบ่งออกเป็น ประเภท คือ การสัมภาษณ์โดยตรง และการสัมภาษณ์โดยทางอ้อม หรือการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ข้อดีของการสัมภาษณ์ คือ ทำให้ได้ข้อมูลมากมาย แต่มีข้อจำกัดคือ บางเรื่องผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ต้องการเปิดเผย

2.3.3.2.2 การใช้แบบสอบถาม เหมาะสำหรับการศึกษาพฤติกรรม ของบุคคลเป็นจำนวนมาก และเป็นผู้ที่อ่านออกเขียนได้ หรือสอบถามกับบุคคลที่อยู่ห่างไกล อยู่กระจัดกระจาย นอกจากนี้ยังถามถึงพฤติกรรมในอดีต และผู้ถูกศึกษาสามารถที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมแบบปกปิดไม่ยอมแสดงให้บุคคลอื่นทราบ

2.3.3.2.3 การทดลอง เป็นการศึกษาพฤติกรรมโดยผู้ถูกศึกษาจะอยู่ในสภาพการณ์ควบคุมตามที่ผู้ศึกษาต้องการ วิธีนี้มีประโยชน์มากในการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลทางด้านการแพทย์

2.3.3.2.4 การบันทึก วิธีนี้ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมของบุคคลแต่ละคน ทำบันทึกพฤติกรรมของตนเอง

2.3.4 องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 ส่วน⁽⁴⁹⁾ คือ

2.3.4.1 พฤติกรรมด้านความรู้/พุทธานุญา (Cognitive Domain) หมายถึง สิ่งที่ทำให้เรารู้ว่าบุคคลนั้นรู้ คิดเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคต่างๆ อย่างไร พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับ ความรู้ การจำข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณในการ ตัดสินใจ เช่น การบอกถึงหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ อธิบายสาเหตุของการเกิดโรค เป็นต้น

2.3.4.2 พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (Affective Domain) หมายถึง สภาพความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้ เกี่ยวข้องกับความสนใจ ความรู้สึก ความชอบ การให้คุณค่า เช่น ความรู้สึกชอบบริโภคยาสูบกำลัง ความรู้สึกไม่ชอบผัก เป็นต้น

2.3.4.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) หมายถึง สิ่ง ที่บุคคลปฏิบัติออกมาเกี่ยวกับการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย การปฏิบัติที่แสดงออกและ การสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย

2.3.5 ลักษณะของพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

2.3.5.1 พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นเองเป็นพฤติกรรม ที่ควรปฏิบัติต่อไปและเพิ่มความถี่ขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ การ แปรงฟัน เป็นต้น

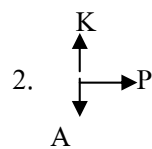
2.3.5.2 พฤติกรรมที่ไม่พึงปฏิบัติหรือพฤติกรรมเชิงลบหรือพฤติกรรม เลี่ยง (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิด ปัญหาสุขภาพหรือโรค เป็นพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทาน อาหารจำพวกแป้งหรือไขมันมากเกินไป การบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุ ที่ ก่อให้เกิดพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนและควบคุมไว้ให้บุคคลเปลี่ยนแปลงไปแสดงพฤติกรรมที่ไม่ พึงประสงค์

ดังนั้น ความรู้กับพฤติกรรมจึงมีความสัมพันธ์กัน และต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน การ เสริมสร้างความรู้เป็นการสร้างพฤติกรรมด้วย ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม สำหรับทางอ้อม นั้นมีทัศนคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดพฤติกรรมตาม ซึ่งทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้และ ประสบการณ์ที่เคยได้รับ เชื่อกันว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออก กับทัศนคติต่างมี

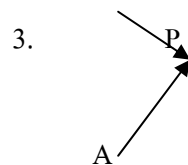
ความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน หรือมีผลซึ่งกันและกัน ทักษะนี้มีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลและขณะเดียวกันพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล มีผลต่อทักษะของบุคคลนั้นด้วย

โดยหลักการทั้ง 3 ด้าน มีความเหมาะสมสอดคล้องกันทั้งในระดับและทิศทางก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมได้ในที่สุด ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กัน ได้ 4 ลักษณะ ดังนี้

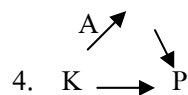
1. $K \longrightarrow A \longrightarrow P$ หมายถึง ความรู้ (K) ส่งผลให้เกิดเจตคติ (A) ซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ (P)



2. หมายถึง ความรู้ (K) เจตคติ (A) มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและทำให้เกิดการปฏิบัติ (P) ตามมา
ให้เกิดการปฏิบัติ (P) ตามมา



3. หมายถึง ความรู้ (K) และเจตคติ (A) ต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติ (P) โดยที่ความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน



4. หมายถึง ความรู้ (K) มีผลต่อการปฏิบัติ (P) ทั้งทางตรงและทางอ้อมมีเจตคติ (A) เป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา

สรุปได้ว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันหลายรูปแบบ ทั้งทางตรงและทางอ้อม เชื่อว่าเจตคติที่ดีจะทำให้มีการปฏิบัติดีส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดี ซึ่งต้องสืบเนื่องมาจากบุคคลนั้นมีความรู้และเจตคติที่ดีที่จะช่วยนำเอาความรู้ไปใช้หรืออาจสรุปได้ว่าความรู้ เจตคติการปฏิบัติ มีผลต่อเนื่องกัน เช่น เจตคติมีผลต่อการปฏิบัติ และการปฏิบัติมีผลมาจากเจตคติ ซึ่งทั้งหมดจะมีพื้นฐานมาจากความรู้ ผู้ป่วยหอบหืดที่มีความรู้ มีเจตคติ มีการปฏิบัติและมีพฤติกรรมเชิงบวก ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมอาการหอบหืดได้ในระดับดี หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมในเชิงลบผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมอาการหอบหืดได้ และจะส่งผลเสียต่อสุขภาพต่อไป การศึกษาจึงเลือกศึกษาตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด

จากการทบทวนทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม ได้แก่ ความหมายของพฤติกรรม, แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรค, เครื่องมือวัดพฤติกรรม, องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพและลักษณะของพฤติกรรม สามารถนำมาใช้ในการสร้างนิยามของตัวแปรและแบบสอบถามในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยนำไปประยุกต์ในการจัดหัวข้อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด

2.4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มีบทบาทสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ จากแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัว บุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์กัน การช่วยเหลือ การให้ความช่วยเหลือในการที่จะช่วยเปลี่ยนความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมที่จะพิจารณาว่าวิธีการนั้นมีความเป็นไปได้ หรือมีคุณค่าหรือไม่ ควรจะทำได้หรือไม่ ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ถูกต้อง⁽⁵⁰⁾

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่"ผู้รับการสนับสนุน" ได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจ จาก"ผู้ให้การสนับสนุน" อาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล แล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ นั่นคือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดี⁽⁵¹⁾

Pender⁽⁵²⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ การเป็นที่รักและนับถือ รวมทั้งการมีคุณค่า เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น บุคคลจะได้รับการสนับสนุนโดยกลุ่มบุคคลซึ่งอยู่ในระบบของสังคม โดยให้การสนับสนุนในด้านจิตใจ อารมณ์ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และการประจักษ์ยืนยัน ซึ่งทำให้บุคคลนั้นอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

Wills⁽⁵³⁾ ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมอย่างกว้างๆ ว่าเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลที่พึงมี และมีความสามารถในการช่วยเหลือ สนับสนุน จะมีสัมพันธภาพของผู้ให้การสนับสนุนเป็นตัวกำหนด

Caltabiano และคณะ⁽⁵⁴⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับรู้ถึงความสะดวกสบาย การได้รับการดูแล การยอมรับ หรือการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคล หรือกลุ่มบุคคล ซึ่งการได้รับการสนับสนุนมาจากหลายแหล่ง เช่น คู่สมรส คู่รัก ครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

Duffy และ Wong⁽⁵⁵⁾ ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างสองบุคคล ที่ผู้ให้หรือผู้รับตั้งใจที่จะเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดีให้กับผู้รับการสนับสนุน

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจ จากการมีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคม

กลุ่มของการสนับสนุนทางสังคม โดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน กลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ กลุ่มชนิดนี้มีอิทธิพลต่อการกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ⁽⁵⁶⁾

ระบบการสนับสนุนทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 ระบบ คือ⁽⁵⁷⁾

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural Support System) ได้แก่ระบบสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากที่สุดต่อบุคคล เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อบุคคลตั้งแต่เด็ก ครอบครัวเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต ครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญในการให้การสนับสนุนบุคคล

2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer Support System) เป็นการสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากบุคคลที่มีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่ค้นคว้า หาความต้องการและสามารถติดต่อชักจูงได้ง่าย เป็นเหตุให้บุคคลซึ่งประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆ ในชีวิตได้

3. ระบบสนับสนุนจากองค์กรศาสนา (Religious Organization) เป็นแหล่งที่ช่วยให้บุคคลได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการดำเนินชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา เป็นต้น

4. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized Support System of Care-giving or helping Professionals) เป็นระบบสนับสนุนที่ให้การช่วยเหลือบุคคล ที่ครอบครัว เพื่อนไม่สามารถให้การสนับสนุนได้อย่างเพียงพอ กลุ่มวิชาชีพจึงจำเป็นต้องเข้าไปช่วยเหลือ

5. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized Support System not directed of health Professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 5 ประเภทพื้นฐานของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้⁽⁵⁸⁾

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกซึ่งความรู้สึก การเอาใจใส่ ความห่วงใย ที่ช่วยให้บุคคลรู้สึกสะดวกสบาย ไร้กังวล รู้สึกเป็นเจ้าของ และได้รับความรัก
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง (Esteem Support) เป็นการแสดงความช่วยเหลือที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับ และเห็นคุณค่าในตัวเอง
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible or Instrumental Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรง ด้วยการให้ หรือให้ยืม เงิน สิ่งของ ให้ความช่วยเหลือ
4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำแนะนำ คำเตือน หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม การกระทำของบุคคล
5. การสนับสนุนด้านการเป็นเครือข่ายของสังคม (Network Support) เป็นการให้ความรู้สึกว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกในกลุ่ม ที่มีความสนใจร่วมกัน และมีกิจกรรมร่วมกัน

นอกจากนี้ ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ⁽⁵⁹⁾

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนการมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือในภาวะซึมเศร้า
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการช่วยเหลือให้บุคคลเกิดความเข้าใจว่า ควรทำอะไรถึงจะมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง
3. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือในเรื่องงาน สิ่งของ เงิน เป็นต้น
4. การสนับสนุนด้านการยืนยัน (Affirmation) เป็นการยอมรับและช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

หลักการสนับสนุนทางสังคม

หลักการของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้⁽⁶⁰⁾

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสาร ประกอบด้วย
 - ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ ผู้รับ เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรักและความหวังดีในตนอย่างจริงใจ
 - ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวที่มีลักษณะทำให้ ผู้รับรู้สึว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับ
 - ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดี จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของก็ตามย่อมส่งผลให้ผู้รับอย่างแน่นอน การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์เป็นอย่างยิ่ง การศึกษานี้เลือกตัวแปรด้านการสนับสนุนทางสังคมมาศึกษาพร้อมด้วย เพราะมองว่าการสนับสนุนทางสังคมน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในสังคมไทย

จากการทบทวนทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม สามารถนำมาใช้ในการสร้างนิยามของตัวแปรและแบบสอบถามในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยนำไปประยุกต์ในการจัดหำข้อการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหอบหืด

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ณัฐรุช มณีขาว⁽⁶¹⁾ ประเมินการจัดการโรคหอบหืดในจังหวัดอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2548 เพื่อเปรียบเทียบการใช้บริการสุขภาพและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในโรงพยาบาลทั่วไป และคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดในโรงพยาบาลชุมชน 5 โรงพยาบาล ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคหอบหืดและกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาโรคหอบหืด ประเมินกระบวนการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน การใช้บริการสุขภาพรวมถึงการมาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลา 1 ปี ในมุมมองของผู้ให้บริการ พบว่า ใน

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบปกติที่มีประวัติใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน มีโอกาสมาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน 10.41 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่รักษาในคลินิกโรคหอบหืด และผู้ป่วยที่มีประวัติมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีโอกาสมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็น 27.02 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มารักษาในคลินิกโรคหอบหืด ต้นทุนของการมาใช้บริการแบบ scheduled visit สูงกว่าในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 36.30 ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการมาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินและการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก็มีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 62.60 คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดในคลินิกโรคหอบหืดมีค่าสูงกว่าการไม่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคหอบหืด ในประเด็น ความเหมาะสมของการใช้ยา การให้ความรู้และคำแนะนำ การควบคุมปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น และการตรวจร่างกาย สมรรถภาพปอด การติดตามการดำเนินโรค

ครรชิต เจริญมิตร⁽⁶²⁾ ศึกษาผลของการพัฒนาการรักษาผู้ป่วยหอบหืดให้ได้มาตรฐาน ในปี พ.ศ. 2550 โดยใช้ตัวชี้วัดในการควบคุมโรคหอบหืดตามเป้าหมายของแนวทางการรักษา (GINA guideline) ในโรงพยาบาลมัจฉาศิริ ศึกษาแบบวิเคราะห์ย้อนหลัง กลุ่มประชากรคือผู้ป่วยที่ลงทะเบียนใน Easy Asthma Clinic ของโรงพยาบาลมัจฉาศิริ พบว่า ตัวชี้วัดที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างก่อนและหลังเปิด Easy Asthma Clinic คือการใช้ยาขยายหลอดลมและยาสเตียรอยด์พ่น ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มารักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน ค่าเฉลี่ยของ Peak Expiratory Flow rate ของผู้ป่วยหอบหืด ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ได้ asthma control หลังเปิดคลินิก

น้ำเพชร มาตาชนก⁽⁶³⁾ ศึกษาการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ และปัจจัยที่มีอิทธิพล ร่วมทำนุบำรุงการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ ในพื้นที่อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า การจัดการของครอบครัวโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกรายด้าน พบว่า ด้านการรักษา ด้านจิตสังคม ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านเศรษฐกิจ อยู่ในระดับน้อย ปัจจัยทำนุบำรุงด้านการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ คือการสนับสนุนจากครอบครัวและการสื่อสารในครอบครัว สามารถทำนุได้ ร้อยละ 46

วริญญา อุ่นเจริญ⁽⁶⁷⁾ ที่ทำการศึกษารวบรวมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหอบหืด อำเภอ ลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมาที่พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดอยู่ในระดับดีมาก รองลง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดระดับปานกลาง และมีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดอยู่ในระดับต่ำ

กฤษณา รัตนราชและคณะ⁽⁶⁸⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืดวัย 1-5 ปี โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่าการสนับสนุนทางสังคมต่อมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นกัน

กฤษฎา รัตนราชและคณะ⁽⁶⁹⁾ ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืดวัย 1-5 ปี โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดบางคนมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกายอย่างหักโหมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพ

วรรณระวี⁽⁷⁰⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด จะเห็นว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด

พิศมัย วรรณขาม⁽⁷¹⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพ ประจำตัว พันธุกรรม ปัจจัยเสี่ยงระยะเวลาเจ็บป่วย และความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โรคหอบหืดเกิดจากปัจจัยหลักสองปัจจัยคือพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยร้อยละ 40 มาจากกรรมพันธุ์

วรรณระวี⁽⁷²⁾ พบว่าสภาพการสมรสมีผลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือผู้ที่มิสถานภาพคู่มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพ โสด หม้ายหรือหย่า/แยก เนื่องจากโรคหอบหืดเกิดจากปัจจัยหลักสองปัจจัยคือพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ไม่สัมพันธ์กับสถานภาพสมรส อาการของโรคจะรุนแรงหรือไม่ขึ้นอยู่กับการศึกษาการตีบของหลอดลม กล้ามเนื้อหลอดลมอาจคลายตัวได้เอง การรักษาที่ถูกวิธีจะช่วยทำให้อาการดีขึ้นและป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรคหรือแม้แต่ทำให้อาการของโรคค่อยๆ ดีขึ้นและหายเป็นปกติได้

พิศมัย วรรณขาม⁽⁷³⁾ ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัว พันธุกรรม ปัจจัยเสี่ยง ระยะเวลาเจ็บป่วย และความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เนตรณพิศ ชาวसान⁽⁷⁴⁾ ที่ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดและครอบครัว พบว่า การได้รับการสนับสนุนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดโดยใช้โปรแกรมการสอนร่วมกับการติดตามดูแลที่บ้านมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคหอบหืดในระดับมาก มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.8 และน้อยที่สุด คือ มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ สามเหตุที่พบว่าระดับความรุนแรงของอาการหอบหืดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดนั้นอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีความรู้ในการดูแลตนเองได้ในระดับปานกลางถึงระดับดี

กรรณา เครือเนตร⁽⁷⁵⁾ ได้ศึกษาเรื่องให้ความรู้ครอบครัวต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กหอบหืดวัย 1-5 ปี ของครอบครัว โดยการจัดโปรแกรมให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ สาธิตการใช้ยาพ่น

ที่ถูกต้อง การทบทวนความรู้เรื่องโรคหอบหืดแก่ครอบครัวและผู้ดูแลเด็ก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่ได้ผ่านโปรแกรมการให้ความรู้ มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการอาการหอบหืดลดลง และเมื่อมีอาการหอบหืดกำเริบผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง

ฉวีวรรณ ธงชัย⁽⁷⁶⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของอาจารย์พบว่า การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤติโดยการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งจะให้บังเกิดผล 3 ระดับ คือ 1.บังเกิดผลลัพธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ 2.เป็นการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงาน 3.เป็นการพัฒนากิจกรรมคุณภาพอย่างต่อเนื่องของหน่วยงานโดยเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพสร้างทีมและพัฒนาทีมในการทำกิจกรรม

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แสดงให้เห็นว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดและแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหอบหืด สามารถกำหนดเป็นตัวแปรต้นและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด สามารถกำหนดเป็นตัวแปรตาม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามดังกล่าวนำมาเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้ามาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร : ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยหอบ ที่มีอายุ 18 – 60 ปี อาศัยอยู่ในเขตอำเภออุทัยและมารับบริการการรักษาที่โรงพยาบาลอุทัย จำนวน 190 คน จำนวน 11 ตำบล (เพศชาย 82 และเพศหญิง 108 คน)

ผู้ป่วยโรคหอบหืด กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 11 ตำบลในเขตอำเภออุทัย ได้แก่ 1) ตำบลลานหาม 15 คน 2) ตำบลบ้านช้าง 9 คน 3) ตำบลสามัคคี 37 คน 4) ตำบลบ้านหีบ 18 คน 5) ตำบลหนองไม้ซุง 9 คน 6) ตำบลอุทัย 24 คน 7) ตำบลเสนา 9 คน 8) ตำบลหนองน้ำส้ม 10 คน 9) ตำบลโพสาวหาญ 11 คน 10) ตำบลธนู 23 คน 11) ตำบลข้าวเม่า 25 คน

โดยการนำรายชื่อผู้ป่วยโรคหอบหืดทั้งหมดในแต่ละตำบล ทั้ง 11 ตำบล จากนั้นทำการสำรวจตามที่ได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลที่ต้องการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างทุกตำบลในเขตอำเภออุทัย รวม 190 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยหอบ ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลอุทัย
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่มีโรคแทรกซ้อน หรือโรคเรื้อรังอื่นๆที่รุนแรง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจเป็นต้น

3. สมัยครใจให้ข้อมูลและลงนามใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเรื่องนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบสอบถาม/สัมภาษณ์ผู้ป่วย มีโครงร่าง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

เป็นข้อคำถามแบบเปิดและปิด จำนวน 15 ข้อ เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด การประกอบอาชีพ รายได้ทั้งหมดของครอบครัว รายได้มีความเพียงพอต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน ระยะเวลาความเจ็บป่วย รูปแบบครอบครัว บทบาทในครอบครัวของผู้ป่วย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และสภาพแวดล้อมที่เป็นสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดอาการหอบหืดที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหอบหืด พัฒนาและประยุกต์มาจากแบบสอบถามของการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการใช้ยาพ่นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหอบหืดที่มารับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรีของ จารุณี รื่นเสื่อ.⁽⁶⁴⁾

เป็นข้อคำถามแบบถูก/ผิด จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งเป็นสาเหตุของโรคหอบหืด 3 ข้อ อาการของโรคหอบหืด 3 ข้อ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหอบหืด 2 ข้อ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหอบหืด 2 ข้อ โดยกำหนดหลักเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน รวมทั้งกำหนดเกณฑ์การตัดสินใจระดับความรู้ด้วยวิธีใช้ค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคหอบหืดโดยมีเกณฑ์ว่า

ตอบคำถามได้ถูกต้อง > 80 % (8 ข้อขึ้นไป) คือ มีความรู้ดี

ตอบคำถามได้ถูกต้อง > 60 - 80 % (4-7 ข้อขึ้นไป) คือ มีความรู้ปานกลาง

ตอบคำถามได้ถูกต้อง > 0 - 59 % (0-3 ข้อขึ้นไป) คือ มีความรู้น้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามระดับความรุนแรงของโรค พัฒนาและประยุกต์มาจากข้อมูลเกณฑ์ความรุนแรงของโรคหอบหืด

เป็นข้อคำถามแบบแสดงอาการ/ไม่แสดงอาการ จำนวน 14 ข้อ โดยแบ่งเป็นอาการของโรคหอบหืด ออกเป็นขั้นที่ 1 - 4 ของผู้ป่วยที่แสดงอาการของโรคหอบหืดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาตามอาการของโรคหอบหืดในแต่ละ

ระดับ รวมทั้งกำหนดเกณฑ์การตัดสินใจระดับอาการจากการตอบแบบสอบถามตามตารางข้างล่าง
ดังนี้

ตอบคำถามตรงระดับอาการที่ > 2 ระดับขึ้นไปพิจารณาระดับรุนแรงที่มากกว่าเป็น
หลัก

ตอบคำถามตรงระดับอาการที่ 1 ระดับ พิจารณาระดับอาการตามความรุนแรงนั้น

ระดับอาการความรุนแรงของโรคหอบ	อาการ
ขั้นที่ 1 ผู้ป่วยที่มีอาการนานๆครั้ง Mild Intermittent	- หอบแต่ละครั้งไม่นาน 2-3 ชั่วโมง - อาการหอบกลางวันน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ - ช่วงที่ไม่หอบจะไม่มีอาการและสมรรถภาพปกติ - อาการหอบที่กลางคืนน้อยกว่าเดือนละ 2 ครั้ง
ขั้นที่ 2 โรคหืดระดับรุนแรงน้อย Mild Persistent	- อาการหอบกลางวันมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่ไม่น้อยกว่า 1 ครั้งต่อวัน - อาการหอบแต่ละครั้งมีผลต่อการนอน หรือ การทำงาน - หอบในเวลากลางคืนมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน
ขั้นที่ 3 โรคหืดระดับรุนแรงปานกลาง Moderate Persistent	- อาการหอบหืดทุกวัน - อาการหอบแต่ละครั้งมีผลต่อการนอน หรือ การทำงาน - ใช้ยาพ่นทุกวัน - หอบในเวลากลางคืนมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
ขั้นที่ 4 โรคหืดระดับรุนแรงมาก Severe Persistent	- อาการหอบตลอดเวลา - หอบบ่อยมาก - กิจกรรมต่างๆถูกจำกัดด้วยอาการหอบ - อาการหอบกลางคืนบ่อยมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาและประยุกต์มาจากแบบสอบถามของการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยาของ เจษฎา ศรีงาม⁽⁶⁵⁾

เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ซึ่งประยุกต์มาจากมาตราประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert's Scale) เป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหอบหืด จำนวน 10 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนน คือ

คำถาม	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
มาก	3	1
ปานกลาง	2	2
น้อย	1	3

การแปลผลพิจารณาจากค่าเฉลี่ย เป็นเกณฑ์อยู่ระหว่าง 1-3 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.00 หมายถึง ผู้ป่วยโรคหอบหืดได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	1.67 – 2.33 หมายถึง ผู้ป่วยโรคหอบหืดได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.66 หมายถึง ผู้ป่วยโรคหอบหืดได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง พัฒนาและประยุกต์มาจากแบบสอบถามของการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยาของ เจษฎา ศรีงาม⁽⁶⁶⁾

เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ซึ่งประยุกต์มาจากมาตราประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert's Scale) เป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด จำนวน 40 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนน คือ

คำถาม	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติประจำ	3	1
ปฏิบัติบางครั้ง	2	2
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	1	3

การแปรผลพิจารณาจากค่าเฉลี่ย เป็นเกณฑ์อยู่ระหว่าง 1-3 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย

การแปรผลพิจารณาจากคะแนนการตอบแบบสอบถาม เพื่อแสดงระดับของการปฏิบัติ ซึ่งประยุกต์มาจากแนวคิด Bloom B.S. แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ตอบคำถามได้ถูกต้องตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง $\geq 80\%$ คือ ระดับการดูแลตนเองดี

ตอบคำถามได้ถูกต้องตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง $< 80-60\%$ คือ ระดับการดูแลตนเองปานกลาง

ตอบคำถามได้ถูกต้องตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง $\leq 60\%$ คือ ระดับการดูแลตนเองน้อย

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ใช้เกณฑ์การประเมินแบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

ตอบคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้อง $\geq 80\%$ คือ มีความเหมาะสม

ตอบคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้อง $< 80\%$ คือ ไม่มีความเหมาะสม

แบบสอบถามดังกล่าวนำมาเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้ามาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

3.4 การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จากตำรา ทฤษฎี งานวิจัย และเอกสารต่างๆ ตลอดจนขอคำแนะนำจากอาจารย์กรรมการที่ปรึกษา

2. กำหนดขอบเขต และโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถาม
3. สร้างข้อคำถามของแบบสอบถามและกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับคำตอบในแต่ละข้อ
4. เสนอแบบสอบถามที่ร่างขึ้นให้อาจารย์กรรมการที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถาม และภาษาที่ใช้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้น นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปหาค่าความเชื่อมั่น
2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหอบที่ความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาศัยอยู่ในอำเภอ อุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน แล้วนำไปทดสอบค่าสถิติ เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้
 - แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ = .8277
 - แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง เท่ากับ = .7742
3. นำผลที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพ มาปรับปรุงแบบสอบถามขั้นสุดท้าย และนำมาปรึกษาคณะกรรมการที่ปรึกษาอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

3.5 วิธีการเก็บข้อมูล

1. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจะกระทำเมื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ที่ ศร 0517.141/วจ./EC 372 ลว 11 เมษายน 2555 / COA. NO. MUPH 2012-122) แล้ว
2. นำส่งหนังสือจากบัณฑิต เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัย เมื่อได้รับอนุญาตการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการ ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูล
3. ในการเก็บข้อมูลจะกระทำโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 5 คน ซึ่งผู้ช่วยนักวิจัยจะได้รับคำแนะนำถึงความสำคัญของการสำรวจ วิธีการตอบแบบสอบถาม และทำความเข้าใจกับแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลก่อนการไปเก็บข้อมูล เมื่อมีข้อคำถามที่ไม่เข้าใจหรือมีปัญหาขณะเก็บข้อมูล ผู้ช่วยนักวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

4. ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ชี้แจงเรื่องพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถาม ให้ความชัดเจนเกี่ยวกับแบบสอบถาม และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะในผู้ป่วยโรคหอบ ที่เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น ในการทำแบบสอบถามจะให้ทำไปพร้อมๆ กันที่ละส่วน หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามทันที ทั้งนี้ผู้วิจัยจะไม่คาดคั้นหรือบังคับผู้เข้าร่วมวิจัยให้ตอบแบบสอบถาม ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยมีสิทธิ์ปฏิเสธได้โดยการไม่ตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อกลุ่มตัวอย่าง

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล : การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความแปรปรวน ด้วย T-test และ F-test และ Chi-Square Test

3.7 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัย จะพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำด้วยออกวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ จะไม่มีผลการมารับการรักษา ข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและใช้ในการวิจัย ไม่มีการเปิดเผยและนามสกุลที่แท้จริง ทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้นในระหว่างการศึกษาหากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมโครงการจนครบตามกำหนดเวลาผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีจุดประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากร สังคมและเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด ในอำเภออุทัยดำเนินการศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง 151 คน ในเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน 2555 ได้ส่งแบบสอบถามออกไป 190 ชุด ตามจำนวนผู้ป่วยโรคหอบหืดทั้งหมดของอำเภอ อัตราการส่งกลับมาของแบบสอบถาม ร้อยละ 79.47 นำแบบสอบถามที่มีคำตอบสมบูรณ์ที่สุดมาวิเคราะห์ 151 ชุดตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงอยู่ในพื้นที่ ซึ่งนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากร สังคมและเศรษฐกิจกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

4.1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้, การดำรงชีพ, ระยะเวลาที่ป่วย, การสูบบุหรี่, ภาวะเครียดในช่วง 1 เดือน และภาวะเครียดในช่วงเกิดอุทกภัย จากตารางที่ 4.1 พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.3 มีอายุอยู่ในช่วง 35 – 50 ปี ร้อยละ 43.7 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 41.69 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 69.5 ระดับการศึกษาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา

คิดเป็น ร้อยละ 49.7 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 58.3 มีรายได้ของครอบครัว อยู่ในช่วง 5,000 – 9,999 บาท ร้อยละ 33.77 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหอบหืดอยู่ในช่วง 0 – 10 ปี ร้อยละ 54.97 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาและช่วงเกิดภาวะฉุกเฉินมีภาวะเครียดปานกลาง ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคหอบหืด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 151 คน

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหอบหืด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 151)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	66	43.7
หญิง	85	56.3
อายุ		
18 – 34 ปี	48	31.8
35 – 50 ปี	66	43.7
50 ปีขึ้นไป	37	24.5
อายุเฉลี่ย 41.69 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.987		
อายุน้อยสุด 18 ปี อายุมากที่สุด 67 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	31	20.5
สมรส	105	69.5
หม้าย หย่า / แยก	15	9.9
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	75	49.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	43	28.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	16	10.6
ปวช./ปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี	17	11.2

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหอบหืด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 151)	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร/ค้าขาย / ธุรกิจ	28	18.6
รับจ้าง/รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	88	60.9
อยู่บ้านเฉยๆ/อื่นๆ	31	20.5
รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	42	27.8
5,000 – 9,999 บาท	51	33.8
10,000 บาท ขึ้นไป	44	38.4
รายได้เฉลี่ย 9,260 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10163.825		
รายได้ต่ำสุด 0 บาท รายได้สูงสุด 110,000 บาท		
การดำรงชีพ		
เพียงพอ	72	47.7
ไม่เพียงพอ	53	35.1
เป็นหนี้	26	17.2
ระยะเวลาที่ป่วย		
0 – 10 ปี	83	54.9
11 – 20 ปี	33	21.9
21 ปี ขึ้นไป	35	23.2
ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 15 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.843		
ระยะเวลาที่ป่วยต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาที่ป่วยสูงสุด 56 ปี		

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหอบหืด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 151)	ร้อยละ
สมาชิกในบ้าน		
1-3 คน	62	41.0
4-6 คน	80	53.0
7 คนขึ้นไป	9	6.0
สมาชิกในบ้านเฉลี่ย 4 คน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.621		
จำนวนสมาชิกต่ำสุด 1 คน จำนวนสมาชิกสูงสุด 10 คน		
บทบาท		
หัวหน้าครอบครัว	48	31.8
สมาชิก	103	68.2
สูบบุหรี่		
ไม่สูบ	120	79.5
สูบ	23	15.2
เคยสูบ แต่เลิกแล้ว	8	5.3
มีภาวะเครียด		
มาก	30	19.9
ปานกลาง	91	60.3
น้อย	30	19.9
อุทกภัย		
เครียดมาก	65	43.0
เครียดปานกลาง	75	49.7
เครียดน้อย	11	7.3

4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามกรอบแนวความคิดในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหอบหืด

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด

จากตารางที่ 4.3 แสดงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด ของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดส่วนใหญ่มีระดับดี ร้อยละ 62.3 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.8 และน้อยที่สุด คือ มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 4

ตารางที่ 4.2 แสดงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความรู้	จำนวน (n = 151)	ร้อยละ
ระดับความรู้ ดี	94	62.3
ระดับความรู้ ปานกลาง	51	33.8
ระดับความรู้ น้อย	6	4.0

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเรื่อง “โรคหอบหืด เป็นโรคเกี่ยวกับระบบระบบทางเดินหายใจของร่างกายมนุษย์” ร้อยละ 97.4 รองลงมาคือ “สารก่อภูมิแพ้ เช่น ฝุ่น ควัน เป็นปัจจัยที่กระตุ้นทำให้เกิดอาการของโรคหอบหืด” ร้อยละ 94.7 และมีความรู้ที่ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ “อัตราการหายใจเร็ว 16 ครั้ง/นาที คือ อาการโรคหอบหืดกำเริบ, ดื่มน้ำมากๆ เป็นแนวทางการรักษาของผู้ป่วยโรคหอบหืด” ร้อยละ 50.3, 46.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 151 คน

ข้อ	ข้อความ	จำนวนที่ตอบ	ร้อยละ
		ถูก	ละ
1	โรคหอบหืด เป็นโรคเกี่ยวกับระบบระบบทางเดินหายใจของร่างกายมนุษย์	147	97.4
3	สารก่อภูมิแพ้ เช่น ฝุ่น ควัน เป็นปัจจัยที่กระตุ้นทำให้เกิดอาการของโรคหอบหืด	143	94.7
2	อาการสำคัญของผู้ป่วยโรคหอบหืด คือ เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก	131	86.8
10	โรคหอบหืดสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม	125	82.8
6	ผู้ป่วยโรคหอบหืดควรออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลาย ในขณะที่ร่างกายปกติ	119	78.8
7	หลอดลมอักเสบเกิดการบวมของเยื่อหลอดลม เป็นอีกอาการของโรคหอบหืด	119	78.8
8	อาการของโรคหอบหืดกำเริบ คือ พ่นยาขยายหลอดลมบ่อยขึ้น	113	74.8
9	สารกัมมันตรังสี เป็นสารที่สามารถทำให้เกิดเป็นโรคหอบหืดได้	103	68.2
4	อัตราการหายใจเร็ว 16 ครั้ง/นาที คือ อาการโรคหอบหืดกำเริบ	76	50.3
5	ดื่มน้ำมากๆ เป็นแนวทางการรักษาของผู้ป่วยโรคหอบหืด	70	46.4

2.2 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหอบหืด

จากตารางที่ 4.4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคหอบหืด พบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืด กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคหอบหืดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.03 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก คือ บุคลากรในครอบครัว แสดงความห่วงใยในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น เหนื่อยหอบ ไอมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 และมีค่าเฉลี่ยรองลงมา ได้แก่ ได้รับสิทธิจากบัตรทอง (30บาท) ในการตรวจโรคหอบหืด โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย, บุคคลในครอบครัวเตือนท่านให้ไปรับการตรวจโรคหอบหืด, การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหอบหืด จากบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีค่าเฉลี่ย 2.33, 2.26 และ 2.25 ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคหอบหืดได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ที่มีค่าเฉลี่ยน้อย ได้แก่ การได้รับ

คำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหอบหืด จากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เอกสาร แผ่นพับ ต่างๆ, บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน โดยมีค่าเฉลี่ย 1.76 ,1.75

ตารางที่ 4.4 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหอบหืด

	การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
1	บุคลากรในครอบครัวแสดงความห่วงใยในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น เหนื่อยหอบ ไอมาก	2.36	.688	มาก
2	ได้รับสิทธิจากบัตรทอง (30บาท) ในการตรวจโรคหอบหืด โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย	2.33	.781	ปานกลาง
3	บุคคลในครอบครัวเตือนท่านให้ไปรับการตรวจโรคหอบหืด	2.26	.728	ปานกลาง
4	การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหอบหืด จาก			
	2.1 บุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข	2.25	.675	ปานกลาง
	2.2 บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน / เพื่อนร่วมงาน	1.75	.653	ปานกลาง
	2.3 สื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เอกสาร แผ่นพับต่างๆ	1.76	.680	ปานกลาง
5	บุคคลในครอบครัวไปเป็นเพื่อนท่านในการไปรับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน	2.23	.787	ปานกลาง
6	การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหอบหืด จาก			
	1.1 บุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข	2.21	.686	ปานกลาง
	1.2 บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน / เพื่อนร่วมงาน	1.80	.683	ปานกลาง
	1.3 สื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เอกสาร แผ่นพับต่างๆ	1.77	.668	ปานกลาง
7	ได้รับบริการตรวจสุขภาพในสถานบริการที่ใกล้บ้าน	2.12	.663	ปานกลาง
8	สถานที่ทำงานเป็นสถานที่ สนับสนุนและส่งเสริมให้พนักงานมีสุขภาพที่ดี	1.96	.729	ปานกลาง
9	หน่วยงานส่วนท้องถิ่นในพื้นที่มีการส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อไปรับบริการตรวจ	1.79	.754	ปานกลาง
10	เพื่อนบ้าน / เพื่อนร่วมงานชักชวนให้ไปตรวจโรคหอบหืด	1.79	.715	ปานกลาง
	รวม	2.03	.706	ปานกลาง

4.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด

จากตารางที่ 4.5 แสดงระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.6

ตารางที่ 4.5 แสดงระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด อำเภออุทัย

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน (n = 151)	ร้อยละ
ระดับการปฏิบัติ ดี	35	23.2
ระดับการปฏิบัติ ปานกลาง	84	55.6
ระดับการปฏิบัติ น้อย	32	21.2

จากตารางที่ 4.6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่า ด้านแสวงหาการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีการดูแลตนเองในการแสวงหาการรักษาพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.84 ด้านบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีการดูแลตนเองในการบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.24 ด้านโภชนาการ ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีการดูแลตนเองเรื่องโภชนาการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 ด้านการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีการดูแลตนเองในการออกกำลังกาย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 ด้านการพักผ่อน ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีการดูแลตนเองในการพักผ่อน โดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีการดูแลตนเองในการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.27

ตารางที่ 4.6 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด

หัวข้อพฤติกรรมการดูแลตนเอง		$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
ด้านแสวงหาการรักษาพยาบาล				
1	เมื่อหายใจเหนื่อยหอบอย่างฉับพลันท่านมาขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที	2.40	.675	ดี
2	การสอบถามข้อมูลกับแพทย์ประจำของท่านถึงวิธีการรักษาพยาบาล เพื่อการตัดสินใจในการเลือกรับการรักษา	2.13	.715	ปานกลาง
3	การแสวงหาแหล่งการศึกษา เพื่อรักษาที่ดีขึ้นตามคำแนะนำของแพทย์	1.93	.736	ปานกลาง
4	การหาข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาอาการหอบหืดจากญาติ หรือเพื่อนบ้านที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด	1.85	.604	ปานกลาง
5	การหาข้อมูลจากญาติ หรือเพื่อนบ้านเพื่อหาวิธีการในการรักษาด้วยวิธีอื่น	1.77	.687	ปานกลาง
6	การเปลี่ยนแพทย์และสถานที่รักษาเนื่องจากการรักษากับแพทย์ที่โรงพยาบาล ทำให้ท่านเสียเวลารอและได้รับยาเหมือนเดิมทุกครั้ง	1.75	.714	ปานกลาง
7	การใช้การรักษาแบบพื้นบ้าน ที่หามาเองรวมกับการรักษาแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การสูดไอน้ำร้อน การอบสมุนไพร	1.62	.690	น้อย
8	การซื้อยารักษาอาการหายใจหอบเหนื่อยมารับประทานเอง	1.60	.602	น้อย
9	การรับประทานยาสมุนไพรที่ญาติหรือเพื่อนบ้านนำมาให้ร่วมกับการรักษาของแพทย์	1.53	.630	น้อย
รวม		1.84	.673	ปานกลาง

ตารางที่ 4.6 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด (ต่อ)

หัวข้อพฤติกรรมการดูแลตนเอง		$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
ด้านบรรเทาอาการหอบหืด				
10	รับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำ	2.60	.624	ดี
11	จะรับประทานยาสม่ำเสมอโดยไม่หยุดยาก่อนปรึกษาแพทย์ แม้รู้สึกหายใจโล่งสบาย	2.41	.742	ดี
12	จะใช้ยาพ่นขยายหลอดลมตามแผนการรักษาเสมอ เมื่อมี อาการหอบหืด	2.36	.696	ดี
13	ยาบางตัวทำให้ท่านใจสั่น ท่านปรึกษาแพทย์ก่อนหยุด รับประทานยานั้น	2.32	.734	ปานกลาง
14	สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และหาวิธีแก้ไขได้	2.29	.708	ปานกลาง
15	ซื้อยาแก้หอบหืดน้อยมารับประทานเอง เมื่อรู้สึกหายใจหอบ	1.85	.755	ปานกลาง
16	ฝึกการหายใจเพื่อบรรเทาอาการหอบหืดตามคำแนะนำ ของแพทย์และพยาบาลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	1.83	.687	ปานกลาง
รวม		2.24	.707	ปานกลาง

ตารางที่ 4.6 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด (ต่อ)

หัวข้อพฤติกรรมการดูแลตนเอง		$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
ด้านโภชนาการ				
17	รับประทานอาหารผักและผลไม้เป็นประจำ	2.32	.593	ปานกลาง
18	หลีกเลี่ยงอาหารมัน ๆ	2.10	.651	ปานกลาง
19	หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ	2.10	.728	ปานกลาง
20	รับประทานอาหารประเภท เนื้อ นม ไข่ เป็นประจำ	1.87	.742	ปานกลาง
21	รับประทานอาหารจำพวกแป้ง เป็นประจำ	1.85	.755	ปานกลาง
22	รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายเป็นประจำ	1.83	.687	ปานกลาง
รวม		2.01	.693	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย				
23	ท่านจะหยุดออกกำลังกายทันที และนั่งหรือนอนพักจนหายเหนื่อย เมื่อท่านรู้สึกเหนื่อยมากกว่าปกติ หรือใจสั่น หายใจขัดขณะออกกำลังกาย	2.15	.681	ปานกลาง
24	ท่านออกกำลังกายอย่างช้า ๆ ไม่หักโหมและไม่เหนื่อยจนเกินไป วันละ 20-30 นาที	2.03	.673	ปานกลาง
25	ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 วัน	2.00	.663	ปานกลาง
26	ท่านได้บริหารการหายใจ โดยใช้กลัมนี้อ่อนส่วนล่าง กลัมนี้อ่อนหน้าท้องและกระบังลมอย่างผสมผสาน	1.87	.742	ปานกลาง
รวม		2.01	.690	ปานกลาง

ตารางที่ 4.6 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด (ต่อ)

	หัวข้อพฤติกรรมการดูแลตนเอง	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
27	ท่านได้นอนหลับในสถานที่ ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มี เสียงรบกวน	2.62	.538	ดี
28	ถึงแม้ท่านจะนอนไม่หลับแต่ท่านเข้านอนตามปกติ โดยไม่ รับประทานยานอนหลับ	2.56	.649	ดี
29	ท่านนอนหลับประมาณคืนละ 5-8 ชั่วโมง	2.48	.575	ดี
30	ท่านพักผ่อนช่วงกลางวันโดยการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุหรือ นอนพัก	2.09	.683	ปานกลาง
รวม		2.44	.611	ดี
ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น				
31	ท่านพยายามรักษาร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ เมื่ออากาศเย็น	2.50	.642	ดี
32	ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ ที่มีควันหรือฝุ่นต่าง ๆ เป็น ประจำ หรือเป็นเวลานาน ๆ	2.40	.664	ดี
33	ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ ที่มีอากาศร้อนจัด	2.32	.706	ปานกลาง
34	ท่านไม่สูบบุหรี่ และไม่อยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่	2.30	.798	ปานกลาง
35	ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์ สถาน เริงรมย์กลางคืน	2.29	.788	ปานกลาง
36	ท่านหลีกเลี่ยงไม่ใกล้ชิดผู้ที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	2.26	.716	ปานกลาง
37	ท่านหลีกเลี่ยงละอองต่างๆ เช่น ละอองเกสรดอกไม้ ละอองข้าว เป็นต้น	2.22	.756	ปานกลาง
38	ท่านระมัดระวังไม่เข้าใกล้สัตว์เลี้ยงที่มีขน เช่น แมว สุนัข นก เป็นต้น	2.19	.787	ปานกลาง
39	ท่านป้องกันควันหรือฝุ่นโดยการใส่ผ้าปิดปากและจมูก เมื่อเข้า ไป ในสถานที่ ที่มีควัน หรือฝุ่น	2.15	.743	ปานกลาง
40	ท่านกำจัดขยะที่บ้านโดยวิธีอื่นยกเว้นการเผาเช่น การฝัง	2.07	.718	ปานกลาง
รวม		2.27	.732	ปานกลาง

4.4 การวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากร สังคมและเศรษฐกิจกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด

จากตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด จะเห็นว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด (p-value =0.429)

ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด

เพศ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง				
	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ชาย	33	50	33	50	0.429
หญิง	48	56.5	37	43.5	
รวม	81	53.6	70	46.4	

จากตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด จะเห็นว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบ (p-value =0.426)

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด

สถานภาพสมรส	พฤติกรรมกรการดูแลตนเอง				
	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	p-value
โสด	14	45.2	17	54.8	0.426
คู่	60	57.1	45	42.9	
ม่าย/หย่า/แยก	7	46.7	8	53.3	
รวม	81	53.6	70	46.4	

จากตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด จะเห็นว่า ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด (p- value =0.400)

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด

ภาวะเครียด	พฤติกรรมการดูแลตนเอง				
	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เครียดมาก	13	43.3	17	56.7	0.400
ปานกลาง	50	54.9	41	45.1	
น้อย	18	60	12	40	
รวม	81	53.6	70	46.4	

จากตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของอาการหอบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด จะเห็นว่า ระดับความรุนแรงของอาการหอบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด (p- value =0.278) กล่าวคือ ระดับความรุนแรงของอาการหอบมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของอาการหอบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด

ระดับความรุนแรง	พฤติกรรมการดูแลตนเอง				
	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
นานๆครั้ง	21	51.2	20	48.8	0.278
น้อย	13	44.8	16	55.2	
ปานกลาง	37	54.4	31	45.6	
รุนแรง	10	76.9	3	23.1	
รวม	81	53.6	70	46.4	

4.5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

จากตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด จะเห็นว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ($p\text{-value} = 0.454$) กล่าวคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

ระดับความรู้	พฤติกรรมการดูแลตนเอง				
	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้อย	3	50	3	50	0.454
ปานกลาง	31	60.8	20	39.2	
มาก	47	50	47	50	
รวม	81	53.6	70	46.4	

จากตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด จะเห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.00 ($p\text{-value} = 0.001$) กล่าวคือ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ปานกลางสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย หมายถึงว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ปานกลางมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า ตามลำดับ

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
หอบหืด

การสนับสนุนทางสังคม	พฤติกรรมการดูแลตนเอง				
	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้อย	3	10.7	25	89.3	0.001
ปานกลาง	36	49.3	37	50.7	
มาก	42	84.0	8	16.0	
รวม	81	53.6	70	46.4	

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยดำเนินการศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง 151 คน ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ – เมษายน 2555

การอภิปรายผลผู้วิจัย อภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

5.1 อภิปรายความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดในระดับดี รองลงมาคือมีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดระดับปานกลาง และน้อยที่สุดคือมีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดระดับน้อย การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ดีอาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งมีกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสม่ำเสมอและการที่อยู่ในอำเภอที่อยู่ในเขตเมือง การรับความรู้ข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์ วิทยุ และอินเทอร์เน็ตสามารถเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วริญญา อุ่นเจริญ⁽⁶⁷⁾ ที่ทำการศึกษารื่องคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหอบหืด อำเภอ ลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมาที่พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดอยู่ในระดับดีมาก รองลงผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดระดับปานกลาง และมีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาในรายช้อย่อย พบว่า ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการหายใจ ผู้ป่วยยังตอบถูกเพียง ร้อยละ 50.3 อาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับอัตราการหายใจของคนปกติทั่วไป จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ดังกล่าว ให้ถูกต้องและเหมาะสม และพบว่า การดื่มน้ำมากๆ เป็นแนวทางในการรักษาโรคหอบหืด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบถูกน้อยที่สุด อาจเป็นเพราะ ประชาชนยังไม่ทราบว่าปัจจัยกระตุ้นที่มาจากทางเดินหายใจที่แห้ง อาจมีผลทำให้เกิดอาการหอบหืด จึงควรส่งเสริมผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ถูกต้องเช่นกัน

5.2 อภิปรายการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคหอบหืด เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก โดยการสนับสนุนทางสังคมที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว แสดงความห่วงใยในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น เหนื่อยหอบ ไอมาก การสนับสนุนทางสังคมที่มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง คือการได้รับสิทธิจากบัตรทอง (30บาท) ในการตรวจโรคหอบหืดโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย, จากบุคคลในครอบครัวเตือนท่านให้ไปรับการตรวจโรคหอบหืด, การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหอบหืด จากบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข, ได้รับบริการตรวจสุขภาพในสถานบริการที่ใกล้บ้าน, สถานที่ทำงานเป็นสถานที่สนับสนุนและส่งเสริมให้พนักงานมีสุขภาพที่ดี, บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน /เพื่อนร่วมงาน, หน่วยงานส่วนท้องถิ่นในพื้นที่มีการส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อไปรับบริการตรวจ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหอบหืด บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน /เพื่อนร่วมงาน จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของก็ตามย่อมส่งผลให้ผู้รับอย่างแน่นอน การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์เป็นอย่างยิ่ง จะเห็นได้ว่า แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ในการแสดงความห่วงใย มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อาจเป็นเพราะ ในสังคมไทยความผูกพันในเชิงเครือญาติ ยังคงมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย แต่แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านคำแนะนำและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหอบหืด ที่ได้จากบุคลากรในครอบครัว เพื่อนบ้าน และสื่อต่างๆ มีค่าเฉลี่ยที่น้อย จึงควรให้คำแนะนำและส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน มีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคหอบหืดมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกฤษฎา รัตนราชและคณะ⁽⁶⁸⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืดวัย 1-5 ปี โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่าการสนับสนุนทางสังคมต่อมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นกัน

5.3 อภิปรายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ด้านการพักผ่อน ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีการดูแลตนเองในการพักผ่อน โดยรวมอยู่ในระดับดี พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดโดยรวมระดับปานกลางมี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านแสวงหาการรักษาพยาบาลผู้ป่วย,

ด้านบรรเทาอาการเหนื่อยหอบมีการดูแลตนเองในการบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ, ด้านโภชนาการมีการดูแลตนเองเรื่องโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยโรคหอบหืดบางคนมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกายอย่างหักโหม เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกฤษฎา รัตนราชและคณะ⁽⁶⁹⁾ ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืดวัย 1-5 ปี โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร โดยรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายด้านพฤติกรรม พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการพักผ่อน รองลงมา คือ ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืด และด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และเมื่อพิจารณาจากลักษณะพึ่งตนเอง พฤติกรรมในด้านบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ, ด้านโภชนา, ด้านการออกกำลังกาย, ด้านการพักผ่อน, ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น จะเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ความรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองลักษณะพึ่งตนเอง และด้านการแสวงหาการรักษา ผู้ป่วยต้องการความรู้ความเข้าใจการไปแสวงหาการบริการลักษณะพึ่งบริการพบว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่มพฤติกรรมในการดูแลตนเองลักษณะพึ่งตนเอง ส่วนใหญ่จะมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มพฤติกรรมในการดูแลตัวเองลักษณะพึ่งบริการ จึงทำให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในลักษณะพึ่งตนเองมากกว่าพึ่งบริการ ดังนั้น ในการส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง จึงจำเป็นที่ต้องพัฒนาบริการสาธารณสุขที่เสริมสร้าง พฤติกรรมในการดูแลตนเองในลักษณะพึ่งพาตนเองให้มีความเหมาะสมและถูกต้องมากขึ้น และพัฒนาบริการที่เสริมสร้างพฤติกรรมในการแสวงหาบริการหรือพึ่งบริการ ให้มีความครอบคลุมแก่ผู้ป่วยให้มากขึ้น

5.4 อภิปรายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรรณระวี⁽⁷⁰⁾ ที่ศึกษา ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด จะเห็นว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด และสอดคล้องกับงานวิจัย ของพิศมัย วรรณขาม⁽⁷¹⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพ โรคประจำตัว พันธุกรรม ปัจจัยเสี่ยงระยะเวลาเจ็บป่วย และความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โรคหอบหืดเกิดจากปัจจัยหลักสองปัจจัยคือพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยร้อยละ 40 มาจากกรรมพันธุ์ ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของแอดมุลเลอร์⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวน 201 คน พบว่ามีประวัติครอบครัวเป็นโรคหอบหืดซึ่งมีการถ่ายทอดทางยีน ส่วนสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อม เช่น ละอองเกสรดอกไม้ สารก่อภูมิแพ้ต่างๆ ไรฝุ่น มลพิษในอากาศ เป็นต้น แต่ก็ยังมีรายงานเพิ่มเติมว่า อาหารบางชนิดก็ทำให้เกิดอาการหอบหืดได้ ดังนั้นเพศจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด

ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรรณระวี⁽⁷²⁾ พบว่าสภาพการสมรสมีผลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือผู้ที่มีสถานภาพคู่มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพ โสด หม้ายหรือหย่า/แยก เนื่องจากโรคหอบหืดเกิดจากปัจจัยหลักสองปัจจัยคือพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ไม่สัมพันธ์กับสถานภาพสมรส อาการของโรคจะรุนแรงหรือไม่ขึ้นอยู่กับการตีบของหลอดลม กล้ามเนื้อหลอดลมอาจคลายตัวได้เอง การรักษาที่ถูกวิธีจะช่วยทำให้อาการดีขึ้นและป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรคหรือแม้แต่ทำให้อาการของโรคค่อยๆ ดีขึ้นและหายเป็นปกติได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของพิศมัย วรรณขาม⁽⁷³⁾ ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัว พันธุกรรม ปัจจัยเสี่ยง ระยะเวลาเจ็บป่วย และความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด จะเห็นว่า ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด เพราะความเครียดในระดับปานกลางดังกล่าว มีผลมาจากภาวะอุทกภัยครั้งใหญ่ เมื่อปี 2554 ซึ่งทางโรงพยาบาลและรพ.สต. ได้มีการส่งทีมสุขภาพเข้าไปดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดและสุขภาพจิตในเวลานั้น ประกอบกับการจัดการความเครียดของผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนที่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของอาการหอบหืดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่า ระดับความรุนแรงของอาการหอบหืดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด กล่าวคือ ระดับความรุนแรงของอาการหอบหืดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งตรงข้ามกับงานวิจัยของเนตรณพิศ ชาวसान⁽⁷⁴⁾ ที่ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดและครอบครัว

พบว่า การได้รับการสนับสนุนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดโดยใช้โปรแกรมการสอนร่วมกับการติดตามดูแลที่บ้านมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคหอบหืดในระดับมาก มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.8 และน้อยที่สุด คือ มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ สิบหก สาเหตุที่พบว่าระดับความรุนแรงของอาการหอบหืดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดนั้นอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีความรู้ในการดูแลตนเองได้ในระดับปานกลางถึงระดับดี ดังนั้นจึงทำให้ผลการศึกษามีความสัมพันธ์กัน

5.5 อภิปรายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดกล่าวคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดกับพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรุณา เครือเนตร⁽⁷⁵⁾ ได้ศึกษาเรื่องให้ความรู้ครอบคลุมต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กหอบหืดวัย 1-5 ปี ของครอบครัว โดยการจัดโปรแกรมให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ สาธิตการใช้ยาพ่นที่ถูกต้อง การทบทวนความรู้เรื่องโรคหอบหืดแก่ครอบครัวและผู้ดูแลเด็ก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่ได้ผ่านโปรแกรมการให้ความรู้ มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอาการหอบหืดลดลง และเมื่อมีอาการหอบหืดกำเริบผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะคำถามที่ตอบได้คะแนนสูงได้แก่โรคหอบหืด เป็นโรคเกี่ยวกับระบบระบบทางเดินหายใจของร่างกายมนุษย์และสารก่อภูมิแพ้ เช่น ฝุ่น ควัน เป็นปัจจัยที่กระตุ้นทำให้เกิดอาการของโรคหอบหืด หืด แต่ยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติและการประเมินจากผู้ป่วยตอบคะแนนได้น้อย ได้แก่ คัดน้ำมูกๆ เป็นแนวทางการรักษาของผู้ป่วยโรคหอบหืด, อัตราการหายใจเร็ว อาการโรคหอบหืดกำเริบนาที คือ ๑/ครั้ง 16 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยยังมีความรู้ความเข้าใจบางเรื่องยังน้อยอยู่ และส่วนใหญ่ก็มีความรู้ในระดับดี แต่ความรู้ในบางข้อที่นำไปปฏิบัติยังไม่เข้าใจจึงส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด นอกจากความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดแล้วการสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว เพื่อนร่วมงานและเพื่อนบ้านก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด เนื่องจากโรคหอบหืดเป็นโรคที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวควรดูแลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสารหรือภาวะที่กระตุ้นให้หอบมากขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดจากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากและผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย หมายความว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากและการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือ วัตถุสิ่งของ เป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน ลักษณะของการติดต่อสื่อสาร ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม ย่อมส่งผลให้ผู้รับอย่างแน่นอน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของการศึกษาของ ฉวีวรรณ ธงชัย⁽⁷⁶⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของอาจารย์ พบว่า การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤติโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งจะให้บังเกิดผล 3 ระดับ คือ 1.บังเกิดผลลัพธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ 2.เป็นการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสุขภาพในหน่วยงาน 3.เป็นการพัฒนากิจกรรมคุณภาพอย่างต่อเนื่องของหน่วยงานโดยเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพสร้างทีมและพัฒนาทีมในการทำกิจกรรม

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กับผู้ป่วยหอบหืด จำนวน 151 คน ในเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคว์-สแควร์

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบลักษณะดังนี้

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.3 มีอายุอยู่ในช่วง 35 – 50 ปี ร้อยละ 43.7 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 41.69 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 69.5 ระดับการศึกษาจบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็น ร้อยละ 49.7 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 58.3 มีรายได้ของครอบครัว อยู่ในช่วง 5,000 – 9,999 บาท ร้อยละ 33.77

ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดหอบ ผู้ป่วยโรคหอบหืดส่วนใหญ่มีระดับดี ร้อยละ 62.3 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.8 และน้อยที่สุด คือ มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 4

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.6

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ปานกลางสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ปานกลางมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า ตามลำดับ

และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ได้แก่ ปัจจัยลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม ความเครียด และความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากวิจัยดังกล่าว พบว่า ตัวแปรที่ผลความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ดังนั้น จึงเสนอแนะเชิงนโยบาย ที่เสนอให้แก่

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ควรมีนโยบายการส่งเสริมและสนับสนุนแก่โรงพยาบาล และกำหนดรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยเน้นการมีส่วนร่วมผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนบ้านและองค์กรต่างๆในชุมชน

2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทัย ควรจัดกลยุทธ์ในการส่งเสริมและสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้กำหนดรูปแบบในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยเน้นการมีส่วนร่วมผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนบ้านและองค์กรต่างๆในชุมชน

3. องค์การบริหารส่วนจังหวัด/องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ให้ส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปี แก่ประชาชนในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลและสร้างความเข้าใจในโรคหอบหืดให้กับผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยง

2. ข้อเสนอแนะเชิงสำหรับการนำไปประยุกต์ใช้

โรงพยาบาลอุทัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในอำเภออุทัย ควรกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยเมื่อพิจารณาจากผลการวิจัยด้านความรู้ในโรคหอบหืด ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ประชาชนและผู้ป่วยโรคหอบหืดมีความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับ โรคหอบหืดในด้านการป้องกันโรคอย่างเป็นระบบและเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อนบ้านและเพื่อนร่วมงาน โดยกิจกรรมดังกล่าวควรดำเนินการในรูปแบบของคลินิกโรคหอบหืด ที่มีสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ จัดกิจกรรมร่วมกันในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และพิจารณาจากผลการวิจัยด้านการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากในงานวิจัยดังกล่าว พบว่า บทบาทของบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน มีบทบาทในด้านการแนะนำการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอบหืด และการชักชวนให้ไปตรวจโรค ถึงแม้จะมีการสนับสนุนอยู่ในระดับ ปานกลาง แต่ก็พบว่า ยังมีคะแนนอยู่น้อยที่สุด

ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนากระบวนการการเยี่ยมบ้าน ที่มีการชักชวนผู้ป่วยและคนในครอบครัวมาเรียนรู้และสร้างความเข้าใจในการดูแลตนเอง รวมถึงการจัดรูปแบบกิจกรรมเยี่ยมบ้านที่เน้นการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ในด้านการให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค หอบหืด และการรักษาอย่างถูกต้อง และพัฒนากิจกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี โดยรณรงค์ส่งเสริมให้ผู้นำท้องถื่น ได้แก่ อบต. เทศบาล โดยใช้งบประมาณจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติในการดูแลและเมื่อพิจารณาผลการวิจัยด้านพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ในลักษณะการพึ่งตนเองเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด จึงควรเน้นรูปแบบในการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยและคนในชุมชน ได้แก่ การพัฒนาคนและครอบครัวต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด, การประกวดคนสุขภาพดีในชุมชน เป็นต้น

3.ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษารูปแบบการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรค หอบหืดรายใหม่ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น
2. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยที่มีอาการหอบกลับซ้ำหรือมาพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยอาการหอบหืดเฉียบพลันเป็นประจำ
3. ควรศึกษาปัจจัยด้านความเครียดในลักษณะเรื้อรัง ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด

ในเขตอำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

FACTORS ASSOCIATED WITH SELF CARE BEHAVIOR OF ASTHMA PATIENTS IN
U-THAI DISTRICT, PRANAKORN SRI AYUTTHAYA PROVINCE

เสกสรรค์ ชวนะดีเลิศ 5338837 PHMP/M

ส.ม.

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์ อ.ว., สุธรรม นันทมงคลชัย ประ.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้ในทุกเพศทุกวัยทั่วโลก เป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจอีกทั้งยังเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคหอบหืดกว่า 300 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าจะมีอัตราสูงขึ้นถึง 400 ล้านคนในปีพ.ศ. 2568⁽¹⁾ ส่วนในประเทศไทยนั้นโรคหอบหืดเป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่พบได้บ่อยโดยมีประชากรที่เป็นโรคหอบหืดทั้งหมดถึง 3 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 5 ของประชากร มีผู้ป่วยเสียชีวิตถึงปีละ 1,000 คน⁽²⁾ จากสถิติดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโรคหอบหืดมีโอกาที่จะเพิ่มขึ้น เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการส่งเสริมในภาคอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดโรงงานอุตสาหกรรมมากมายเพื่อรองรับความต้องการด้านผลผลิตที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดมลภาวะตามมา ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นที่กระตุ้นให้โรคหอบหืดมีอาการกำเริบมากขึ้นอันเป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศอย่างยิ่ง เนื่องจากภาครัฐต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละครั้ง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของประชาชนอีกด้วย⁽³⁾ โรคหอบหืดเกิดจากการหดเกร็งของหลอดลมเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นผู้ป่วยจะมีอาการไอ หอบ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงวี๊ด อาการอาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือค่อยๆ เกิดมากขึ้นตามลำดับซึ่งองค์การอนามัยโรคร่วมกับสถาบัน NHLBI⁽⁴⁾ ของ

ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แบ่งความรุนแรงของโรคออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับมีอาการเป็นครั้งคราว (Intermittent) จะมีอาการหอบน้อยกว่าสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ระดับมีอาการน้อย (Mild Persistent) มีอาการหอบมากกว่าหนึ่งครั้ง/สัปดาห์ ระดับปานกลาง (Moderate Persistent) มีอาการหอบทุกวันและระดับรุนแรง (Severe Persistent) มีอาการหอบตลอดเวลา

ผู้ใหญ่ไทยไม่น้อยกว่าร้อยละ 6.8 มีปัญหาหอบหืด อาการจับหืดกำเริบ (Acute dyspnea exacerbation) เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยหอบหืดมาใช้บริการสุขภาพที่แผนกฉุกเฉินทั้งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิในแต่ละปีสูงถึงร้อยละ 21.7 โดยร้อยละ 14.8 ต้องเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล⁽⁵⁾ อาการจับหืดกำเริบเฉียบพลันยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหอบหืดในประเทศไทยและทั่วโลก ผู้ป่วยที่มีอาการจับหืดกำเริบเฉียบพลันร้อยละ 60-90 เสียชีวิตขณะรักษาที่แผนกฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยที่มีประวัติอาการจับหืดกำเริบรุนแรงเกิดขึ้นแล้วใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาจะยังมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต มีหลักฐานบ่งชี้ว่าอัตราการเสียชีวิต การเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงจะลดลงได้หากมีการประเมินและวินิจฉัยจำแนกระดับความรุนแรงของอาการจับหืดกำเริบเฉียบพลันอย่างแม่นยำในขณะที่ผู้ป่วยมารักษาที่แผนกฉุกเฉิน เนื่องจากเป็นหลักฐานทางคลินิกสำคัญสำหรับการตัดสินใจของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในการบำบัดรักษา การรายงานแพทย์ การตัดสินใจให้ผู้ป่วยนอนเพื่อเฝ้าดูอาการที่แผนกฉุกเฉิน การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากแผนกฉุกเฉินและส่งผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ อาการหอบกำเริบ คือ ตัวรับการระคายเคืองเข้าสู่ทางเดินหายใจ กล้ามเนื้อเรียบหดตัวและมีการอักเสบร่วมด้วยจนทำให้หลอดลมบวม และสร้างเมือก(mucous) ออกมา กลไกที่เกิดขึ้นเหล่านี้ ทำให้มีการตีบแคบ จนเกิดการอุดตันทางเดินหายใจ อาการแรกเริ่มที่ผู้ป่วยรู้สึกในระยะแรกเริ่ม คือ ไอ มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย และรู้สึกมีเสียงวี๊ดขณะหายใจ มีอาการหอบเหนื่อยกลางคืนจนรบกวนการนอน⁽⁶⁾

หากเมื่อมีการอุดตันทางเดินหายใจมากขึ้น อาการหอบจะรุนแรงมากขึ้น เพื่อเพิ่มแรงในการหายใจออกและปรับตัวโดยการเพิ่มการหายใจเพื่อให้ได้สมดุลของออกซิเจนในเลือด ทำให้บางครั้งมีอาการหอบจนตัวโยน ซึ่งจะร่วมกับการเห็นการดิ่งรั้งหรือยกขึ้นของกล้ามเนื้อในการหายใจ อาการหอบกำเริบเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินที่คุกคามต่อสุขภาพและชีวิตที่จะต้องมีการจัดการอย่างเร่งด่วน ความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญ ในประเทศไทยปัจจุบัน พบว่า แนวโน้มการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหอบหืดสูงขึ้น เนื่องจากการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรม จากศูนย์ข้อมูลสถิติจังหวัดพระนครศรีอยุธยา อัตราผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มสาเหตุของโรคที่ป่วยในปีที่ผ่านมา ทำให้ทราบถึงสถานการณ์โรคหอบหืดและโรคหอบหืดชนิดเฉียบพลันรุนแรงที่มีอัตราการป่วย

ถึง 222.4 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี และจากการวิเคราะห์สถานการณ์หอบกําเรียบพลันของโรงพยาบาลอุทัย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2554 ของผู้ที่มาใช้บริการด้วยอาการหอบกําเรียบพลันที่แผนกฉุกเฉิน เฉลี่ย 208 คิดเป็นร้อยละ 42.2 ของผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลอุทัยทั้งหมดแสดงให้เห็นถึงปัญหาด้านที่ปริมาณของกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินและของกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาอาการทางเดินหายใจ ในจำนวนผู้มีอาการจับหืดกําเรียบพลันนี้ ร้อยละ 5.6 เป็นผู้ป่วยซ้ำรายเดิม ซึ่งมีประวัติการมาห้องฉุกเฉินให้กลับบ้าน ในรอบปีที่ผ่านมาผู้ป่วยกลุ่มนี้ 27 ราย เกิดความเสี่ยงระดับสูง จึงต้องหาแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยต่อไป⁽⁷⁾ ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จึงมีความสนใจศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ในอำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยโรคหอบหืด
- 2.2 เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดของผู้ป่วยโรคหอบหืด
- 2.3 เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหอบหืด
- 2.4 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด
- 2.5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ออกแบบการศึกษารั้งนี้ โดยใช้รูปแบบพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยโรคหอบหืด ในเขตอำเภออุทัยและมา

รับบริการการรักษาที่โรงพยาบาลอุทัย โดยใช้กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยหอบที่มีอายุ 18 – 60 ปี อาศัยอยู่ในเขตอำเภออุทัยและมารับบริการการรักษาที่โรงพยาบาลอุทัย จำนวน 190 คน จำนวน 11 ตำบล (เพศชาย 82 และเพศหญิง 108 คน) และดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งปรับปรุงมาจากการวิจัยอื่นที่ใกล้เคียง ซึ่งมีรายละเอียด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหอบหืด, ส่วนที่ 3 แบบสอบถามระดับความรุนแรงของโรค, ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม, ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่ กุมภาพันธ์ - เมษายน 2555 เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นที่เรียบร้อย นำเข้าข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยใช้โปรแกรม SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยใช้สถิติไคว์-สแควร์

ผลการวิจัย

จากการศึกษามีผู้ป่วยหอบหืดในการวิจัยทั้งหมด 151 คน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.3 มีอายุอยู่ในช่วง 35 – 50 ปี ร้อยละ 43.7 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 41.69 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 69.5 ระดับการศึกษาจบการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็น ร้อยละ 49.7 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 58.3 มีรายได้ของครอบครัว อยู่ในช่วง 5,000 – 9,999 บาท ร้อยละ 33.77 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหอบหืดอยู่ในช่วง 0 – 10 ปี ร้อยละ 54.97 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และช่วงเกิดภาวะอุทกภัยมีภาวะเครียดปานกลาง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

ตามกรอบแนวความคิดในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด พบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืด ส่วนใหญ่มีระดับดี ร้อยละ 62.3 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.8 และน้อยที่สุดคือ มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 4 เมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเรื่อง “โรคหอบหืด เป็นโรคเกี่ยวกับระบบระบบทางเดินหายใจของร่างกายมนุษย์” ร้อยละ 97.4 รองลงมาคือ “สารก่อภูมิแพ้ เช่น ฝุ่น ควัน เป็นปัจจัยที่กระตุ้นทำให้เกิดอาการของโรคหอบหืด” ร้อยละ 94.7 และมีความรู้ที่ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ “อัตราการหายใจเร็ว 16 ครั้ง/นาที คือ อาการโรคหอบหืดกำเริบ, คื่นน้ำมากๆ เป็นแนวทางการรักษาของผู้ป่วยโรคหอบหืด” ร้อยละ 50.3, 46.4 ตามลำดับ ในด้านการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคหอบหืด พบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืด กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคหอบหืดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.03 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก คือ บุคลากรในครอบครัวแสดงความห่วงใยในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น เหนื่อยหอบ ไอมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 และมีค่าเฉลี่ยรองลงมา ได้แก่ ได้รับสิทธิจากบัตรทอง (30บาท) ในการตรวจโรคหอบหืด โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย, บุคคลในครอบครัวเตือนท่านให้ไปรับการตรวจโรคหอบหืด, การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหอบหืด จากบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีค่าเฉลี่ย 2.33, 2.26 และ 2.25 ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคหอบหืดได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ที่มีค่าเฉลี่ยน้อย ได้แก่ การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหอบหืด จากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เอกสาร แผ่นพับต่างๆ, บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน โดยมีค่าเฉลี่ย 1.76 ,1.75

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.6 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ด้านแสวงหาการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีการดูแลตนเองในการแสวงหาการรักษาพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.84 ด้านบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีการดูแลตนเองในการบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.24 ด้านโภชนาการ ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีการดูแลตนเองเรื่องโภชนาการ โดยรวมอยู่ใน

ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 ด้านการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีการดูแลตนเองในการออกกำลังกาย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 ด้านการพักผ่อน ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีการดูแลตนเองในการพักผ่อน โดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีการดูแลตนเองในการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.27

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ($p\text{-value} = 0.429$) ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ($p\text{-value} = 0.426$) ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด จะเห็นว่า ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ($p\text{-value} = 0.400$) ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของอาการหอบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่า ระดับความรุนแรงของอาการหอบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ($p\text{-value} = 0.278$) กล่าวคือ ระดับความรุนแรงของอาการหอบมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ($p\text{-value} = 0.454$) กล่าวคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดจากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}$

<0.001) กล่าวคือ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากและผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย หมายความว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากและการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า

การอภิปรายผล

อภิปรายความรู้และการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดในระดับดี รองลงมาคือ มีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดระดับปานกลาง และน้อยที่สุดคือมีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดระดับน้อย การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ดีอาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งมีกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสม่ำเสมอและการที่อยู่ในอำเภอที่อยู่ในเขตเมือง และเมื่อพิจารณาในรายชื่อย่อย พบว่า ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการหายใจ ผู้ป่วยยังตอบถูกเพียง ร้อยละ 50.3 อาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับอัตราการหายใจของคนปกติทั่วไป จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ดังกล่าว ให้ถูกต้องและเหมาะสม และพบว่า การดื่มน้ำมากๆ เป็นแนวทางในการรักษาโรคหอบหืด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบถูกน้อยที่สุด อาจเป็นเพราะ ประชาชนยังไม่ทราบว่าปัจจัยกระตุ้นที่มาจากทางเดินหายใจที่แห้งอาจมีผลทำให้เกิดอาการหอบหืด จึงควรส่งเสริมผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ถูกต้องเช่นกัน ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคหอบหืด เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก โดยการสนับสนุนทางสังคมที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวแสดงความห่วงใยในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น เหนื่อยหอบ ไอมาก การสนับสนุนทางสังคมที่มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง คือการได้รับสิทธิจากบัตรทอง (30บาท) ในการตรวจโรคหอบหืด โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย, จากบุคคลในครอบครัวเตือนท่านให้ไปรับการตรวจโรคหอบหืด, การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหอบหืด จากบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข, ได้รับบริการตรวจสุขภาพในสถานบริการที่ใกล้บ้าน, สถานที่ทำงานเป็นสถานที่สนับสนุนและส่งเสริมให้พนักงานมีสุขภาพที่ดี, บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน /เพื่อนร่วมงาน, หน่วยงานส่วนท้องถิ่นในพื้นที่มีการส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อไปรับบริการตรวจ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การได้รับ

คำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหอบหืด บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน / เพื่อนร่วมงาน จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของก็ตามย่อมส่งผลให้ผู้รับอย่างแน่นอน การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์เป็นอย่างดีจะเห็นได้ว่า แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ในการแสดงความห่วงใย มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อาจเป็นเพราะ ในสังคมไทยความผูกพันในเชิงเครือญาติ ยังคงมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย แต่แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านคำแนะนำและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหอบหืด ที่ได้จากบุคลากรในครอบครัว เพื่อนบ้าน และสื่อต่างๆ มีค่าเฉลี่ยที่น้อย จึงควรให้คำแนะนำและส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน มีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคหอบหืดมากขึ้น

อภิปรายพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ด้านการพักผ่อน ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีการดูแลตนเองในการพักผ่อน โดยรวมอยู่ในระดับดี พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดโดยรวมระดับปานกลางมี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านแสวงหาการรักษาพยาบาลผู้ป่วย, ด้านบรรเทาอาการเหนื่อยหอบมีการดูแลตนเองในการบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ, ด้านโภชนาการมีการดูแลตนเองเรื่องโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ด้านการบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ, ด้านโภชนาการ, ด้านการออกกำลังกาย, ด้านการพักผ่อน และด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น มีค่าเฉลี่ยที่สูง แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมในด้านบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ, ด้านโภชนาการ, ด้านการออกกำลังกาย, ด้านการพักผ่อน, ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น จะเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ความรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองทั้งตนเอง แต่ด้านการแสวงหาการรักษา ผู้ป่วยต้องการความรู้ความเข้าใจการไปแสวงหาการบริการลักษณะพึ่งบริการ จึงทำให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในลักษณะพึ่งตนเองมากกว่าพึ่งบริการ

อภิปรายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม

จากการอภิปรายความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ เพศ สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัว พันธุกรรม ปัจจัยเสี่ยง ระยะเวลาเจ็บป่วย และความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด จะเห็นว่า ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด เพราะความเครียดในระดับปานกลางดังกล่าว มีผลมาจากภาวะอุทกภัยครั้งใหญ่ เมื่อปี 2554 ซึ่งทางโรงพยาบาลและรพ.สต. ได้มีการส่งทีมสุขภาพเข้าไปดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด

และสุขภาพจิตในเวลานั้น ประกอบกับการจัดการความเครียดของผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนที่ดี ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของอาการหอบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่า ระดับความรุนแรงของอาการหอบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด กล่าวคือ ระดับความรุนแรงของอาการหอบมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สาเหตุที่พบว่าระดับความรุนแรงของอาการหอบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดนั้นอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีความรู้ในการดูแลตนเองได้ในระดับปานกลางถึงระดับดี ดังนั้นจึงทำให้ผลการศึกษามีความสัมพันธ์กัน

อภิปรายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด และการสนับสนุนทางสังคม

จากการอภิปรายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดกับพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะคำถามที่ตอบได้คะแนนสูงได้แก่โรคหอบหืด เป็นโรคเกี่ยวกับระบบระบบทางเดินหายใจของร่างกายมนุษย์และสารก่อภูมิแพ้ เช่น ฝุ่น ควัน เป็นปัจจัยที่กระตุ้นทำให้เกิดอาการของโรคหอบหืด แต่ยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติและการประเมินจากผู้ป่วยตอบคะแนนได้น้อย ได้แก่ คิมน้ำมากๆ เป็นแนวทางการรักษาของผู้ป่วยโรคหอบหืด, อัตราการหายใจเร็ว 16 ครั้ง/นาที คือ อาการโรคหอบหืดกำเริบ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยยังมีความรู้ความเข้าใจบางเรื่องยังน้อยอยู่ และส่วนใหญ่ก็มีความรู้ในระดับดี แต่ความรู้ในบางข้อที่นำไปปฏิบัติยังไม่เข้าใจจึงส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด นอกจากความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดแล้วการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว เพื่อนร่วมงานและเพื่อนบ้านก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด เนื่องจากโรคหอบหืดเป็นโรคที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวควรดูแลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสารหรือภาวะที่กระตุ้นให้หอบมากขึ้น ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากและผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย หมายความว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากและการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของ เป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน ลักษณะของการติดต่อสื่อสาร ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม ย่อมส่งผลให้ผู้รับอย่างแน่นอน

ข้อเสนอแนะจากการผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทัย ควรจัดกลยุทธ์ให้มีการส่งเสริมและสนับสนุนแก่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภออุทัย ให้มีการกำหนดรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยเน้นการมีส่วนร่วมผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนบ้านและองค์กรต่างๆในชุมชน องค์การบริหารส่วนจังหวัด/องค์การบริหารส่วน ตำบล/เทศบาล ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ให้ส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปี แก่ประชาชนใน ชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลและสร้างความเข้าใจในโรคหอบหืดให้กับผู้ป่วยและประชาชน กลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปประยุกต์ใช้

โรงพยาบาลอุทัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในอำเภออุทัย ควร กำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยเมื่อพิจารณาจากผลการวิจัยด้านความรู้ในโรคหอบ หืด ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ประชาชนและผู้ป่วยโรคหอบหืดมีความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับ โรค หอบหืดในด้านการป้องกันโรคอย่างเป็นระบบและเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อนบ้านและ เพื่อนร่วมงาน โดยกิจกรรมดังกล่าวควรดำเนินการในรูปแบบของคลินิกโรคหอบหืด ที่มีสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ จัดกิจกรรม ร่วมกันในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และพิจารณาจากผลการวิจัยด้านการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทาง สังคม เนื่องจากในงานวิจัยดังกล่าว พบว่า บทบาทของบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และเพื่อน ร่วมงาน มีบทบาทในด้านการแนะนำการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหอบหืด และการชักชวนให้ ไปตรวจโรค ถึงแม้จะมีการสนับสนุนอยู่ในระดับ ปานกลาง แต่ก็พบว่า ยังมีคะแนนอยู่น้อยที่สุด ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนากระบวนการการเยี่ยมบ้าน ที่มีการชักชวนผู้ป่วยและคนในครอบครัวมา เรียนรู้และสร้างความเข้าใจในการดูแลตนเอง รวมถึงการจัดรูปแบบกิจกรรมเยี่ยมบ้านที่เน้นการมี ส่วนร่วมของคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ในด้านการให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค หอบหืด และการรักษาอย่างถูกต้อง และพัฒนากิจกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี โดยณรงค์ ส่งเสริมให้ผู้นำท้องถิ่น ได้แก่ อบต. เทศบาล โดยใช้งบประมาณจากสำนักงานประกันสุขภาพ แห่งชาติในการดูแลและเมื่อพิจารณาผลการวิจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ป่วยส่วน ใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ในลักษณะการพึ่งตนเองเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด จึงควรเน้นรูปแบบในการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยและคน

ในชุมชน ได้แก่ การพัฒนาคนและครอบครัวต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด, การประกวดคนสุขภาพดีในชุมชน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรค หอบหืดรายใหม่ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยที่มีอาการหอบกลับซ้ำหรือมาพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยอาการหอบหืดเฉียบพลันเป็นประจำ ควรศึกษาปัจจัยด้านความเครียดในลักษณะเรื้อรัง ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วย

DELAYS IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PULMONARY
TUBERCULOSIS AT A GOVERNMENT HOSPITAL IN PATUMTHANI
PROVINCE

SEKSAN CHAWANADELERT 5338837 PHMP/M

M.P.H.

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: CHOKCHAI
MUNSAWAENG SUB, Ph.D., SUTHAM NANTHAMONGKOLCHAI, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Asthma is a chronic disease found in both men and women at every age worldwide. It causes patient suffering from this illness in terms of physical but also mental health. In addition, it affects the patient's family and community. Nowadays, more than 300 million people around the world suffer from asthma, estimated to increase to 400 million people around the world in the year 2025 (1). In Thailand, asthma is a human respiratory system disease commonly found each day. Up to 3 million people or 5% of the Thai population has asthma and 1000 people die from asthma yearly (2). From the following facts, a probable increase of asthmatic illness and death is because Thailand encourages the expansion of the industrial sector continuously. Therefore, many new factories are established each day to serve the increasing consumer demands. These factories cause pollution especially air pollution that stimulates acute dyspnea exacerbation. This national health problem affects the growth rate of the country because the government sector has to bear the burden about asthma healthcare treatment. Moreover, it affects the economic system and quality of life of Thai citizens (3). Asthma comes from bronchospasms after receiving stimuli in the respiratory system. Patients will have chest discomfort, dyspnea and wheezing. These symptoms could occur suddenly or consecutively. The World Health

Organization (WHO) coordinated with the NHLBI institution from the USA (4) to classify the severity of asthma in to four levels. Level 1 is “intermittent” indicated by a dyspnea rate less than once a week. Level 2 is “mildly persistent” indicated by a dyspnea rate more than once a week. Level 3 is “moderately persistent” presenting dyspnea every day. Level 4 is “severely persistent” presenting dyspnea all the time. More than 6.8% of Thai adults have acute dyspnea exacerbation. It was the main cause for asthma patients attending healthcare treatment at emergency rescue departments in primary and secondary hospitals at the rate of 21.7% per year with an additional 14.8% admitted to hospitals (5). Acute dyspnea exacerbation is a significant cause of death of asthma patients in Thailand and worldwide. About 60-90% of acute dyspnea exacerbation patients die while having treatment in emergency rescue departments. In addition, acute dyspnea exacerbation patients who exhibit this symptom 24 hours ago have higher risk of asthmatic attacks leading to death. Evidence exists that the death rate, rate of hospital admission and the rate of repeated admission within 24 hours could be reduced. This depends on having accurate evaluation and adjudication on the severity of acute dyspnea exacerbation classification levels while patients attend treatment at emergency rescue departments. Clinical evidence can be used by nurse practitioners in primary care units for notifying doctors, decision making guided by patient observation in emergency rescue departments, discharging patients and referring patients to general hospitals. Acute dyspnea exacerbation comes from irritation of respiratory mucosa with spasms of smooth muscles and inflammation simultaneously of the bronchus swell and produce mucous. These mechanisms constriction and block the respiratory system. The first symptom experienced by patients is coughing, having sputum, breathing difficulties, wheezing and night dyspnea leading to sleep disturbance (6). The greater the constriction on the respiratory paths, the more severe the dyspnea decreasing the power of breathing. Body mechanisms adapts by increasing the breathing rate to maintain the balance of oxygen in the blood system. Thus, severe dyspnea could occur with shrinking or pushing up on muscles while breathing. Acute dyspnea exacerbation is an emergency situation that could harm the health and lives of patients. It needs urgent management. Safety of the patients is the priority. Presently in Thailand, the increase in asthma illness and death of asthma patients is associated with the expansion of the industrial

sector continuously. From the Ayutthaya Statistical Information Center, data from last year showed increasing asthmatic situations and an acute dyspnea exacerbation rate of 224.4 per 100000 populations increasing yearly. Uthai Hospital analyzed acute dyspnea exacerbation situations from October 1, 2010 to September 30, 2011 gathering data from acute dyspnea exacerbation patients who attended treatment at the emergency rescue department at an average rate of 208 (42.2%) from overall asthma patients. It revealed the problems about increasing numbers of emergency and respiratory illness patients. Among these patients, acute dyspnea exacerbations patients were found, 5.6% were repeat emergency patients recorded as previously admitted in an emergency rescue department and already back home. This group of 27 patients had high risk levels for acute dyspnea exacerbation and death. As a result, appropriate treatment and healthcare should be provided these patients (7). As a researcher and practitioner interested in this situation, this research was started concentrating on factors associated with self-care behavior of asthma patients for more appropriate patient treatment management.

Objectives

1.General objective

To study the factors associated with self-care behavior of asthma patients in Uthai District, Ayutthaya Province.

2.Specific objectives

1.1 To study the factors about population, economics and social aspects of asthma patients.

1.2 To study the factors about knowledge of asthma of asthma patients.

1.3 To study the factors about social support of asthma patients.

1.4 To study the factors about self-care behavior of asthma patients.

1.5 To study the factors related among population, economics and social aspects of asthma patients, knowledge of asthma of asthma patients, social support of asthma patients and self-care behavior of asthma patients.

Research methods

A cross-sectional study was conducted for analyzing the relationship of factors affecting self-care behavior of asthma patients who attended treatment at Uthai Hospital, Uthai District. The samples comprised 190 (82 male, 108 female) asthma patients, aged from 18-60 who lived in Uthai District from 11 subdistricts and attended treatment at Uthai Hospital. Data were collected using questionnaires that the researcher developed and improved from other related research. The questionnaire was composed of five sections: section 1 comprised general information, section 2 covered patients' asthma knowledge, section 3 focused on the severity of disease, section 4 covered social support and section 5 investigated self-care behavior of asthma patients. For extensively related variables, the researcher and researcher's deputy started gathering information from February to April 2012. SPSS Program was used to input data. A descriptive cross-sectional study was conducted, composed of percentage, average and standard deviation. Relationships among the factors of population, economics and social aspects, knowledge about asthma, social support and self-care behavior of asthma patients were analyzed using Chi-square method.

Research results

From this study, 151 asthma patients were investigated.

Part 1: General information of the sample group

The majority of the patient population was female, 56.3%, aged from 35-50, 43.7%. Average age was 41.69, marital status, 69.5%, primary school graduate, 49.7%, employee, 58.3%, family income between 5000-9999 baht, 33.77% and asthma illness duration between 0-10 years, 54.97%. Most were nonsmokers with medium stress level from one month ago experiencing flooding disaster.

Part 2: Factors related to self-care behavior of asthma patients

Data on asthma knowledge indicated that the patients had good knowledge level about asthma, 62.3%, medium knowledge level about asthma, 33.8% and low knowledge level about asthma, 4%. Consideration on each question found that most

subjects had right knowledge on the topic “asthma involves the human respiratory system” (97.4%), “allergens such as dust and smoke stimulate asthma symptoms” (94.7%), and the topic that the samples answered least correct were “breathing rate over 16 times per minute is acute dyspnea exacerbation” (50.3%). Additionally, 46.4% thought “drinking a lot of water is the asthma treatment procedure. The study also found that the patients that stayed in the urban area had a medium degree of social support about asthma with an average score at 2.03. Asthma patients received high social support from their family members concern and care on abnormal symptoms such as tiredness and dyspnea, heavy cough with an average score at 2.36. The second rank was for the item, obtaining government privileged gold card (30 baht) for asthma treatment without paying any fees at 2.33, family members warned and reminded patients to obtain treatment from hospital at 2.26, followed by, received some advice about how to deal and prevent themselves from asthma from provincial health officers such as doctors nurses healthcare staff and volunteers at 2.25. In addition, medium social support on asthma patients showed the least average scores were from asthma guidance on media such as radio, television, documentary and pamphlet at 1.76 followed by family members, neighbors and colleagues at 1.75.

Part 3: self-care behavior of asthma patients

It was found that the most patients had medium self-care behavior (55.6%). Regarding self-care behavior, patients had average scores seeking for health treatment at 1.84. Concerning tiredness and dyspnea relief aspect, asthma patients had medium scores at 2.24. For nutrition aspect, asthma patients had average nutritional self-care behavior at 2.01. Regarding relaxation aspect, asthma patients had good relaxation self-care behavior at 2.44. Avoiding stimuli aspect, asthma patients had average scores for avoiding stimuli at 2.27.

Part 4: the analysis of factors related among population ,social and economic aspects and self-care behavior of asthma patients

Sex (p-value=0.429), marital status (p-value=0.426), stress (p-value=0.400)) and severity of asthma symptom (p-value=0.278) had no relationship with self-care behavior of asthma patients.

Part 5: the analysis of factors related among knowledge about asthma, social support and self-care behavior of asthma patients

The study showed that knowledge about asthma had no relationship with self-care behavior of asthma patients ($p\text{-value}=0.454$). However, social support and self-care behavior of asthma had a statistically significant difference ($p\text{-value}<0.001$). It indicated that patients who got high average scores on social support had good self-care behavior. Patients who got medium scores on social support also had good self-care behavior. In contrast, patients who got low scores on social support had low self-care behavior.

Discussion

Discussion on knowledge about asthma and social support

The study found that most patients had good knowledge level about asthma. Second ranked was patients with medium knowledge level about asthma and the last ranked was low knowledge level about asthma. Most patients had good knowledge levels about asthma because most patients received treatments from hospitals and subdistrict hospitals. Hospital staff encourage health self-care at each subdistrict hospital disseminating knowledge to patients widely. Because Uthai District is positioned in the inner city, easy access to news and knowledge from television, radio and internet were available. Considering in detail, patient understanding about the respiratory system was only 50.3%. Because patients didn't know in details about standard human breathing rate, more knowledge should be provided encouraging patients to proper and accurate self-care. It also showed that patients received the lowest scores on the item, "Drinking a lot of water is the asthma treatment procedure". Because patients didn't know that a dry respiratory system could cause dyspnea, they should also be given proper and accurate knowledge.

Discussion on social support aspect

The study found that asthma patients got social support about asthma. In this regards, patients received high scores on social support. High social support came

from their family members concerned and care on abnormal symptoms such as tiredness, dyspnea and heavy coughing. The medium scores on social support were awarded for: getting governmental privilege gold card (30 baht) for asthma treatment without paying any fees, family members warned and reminded patients to obtain treatment from the hospital, received some advice about how to deal and prevent asthma from provincial health officers such as doctors, nurses, healthcare staff and volunteers, obtained some healthcare treatment from healthcare clinics near home areas, working places are places that support and encourage staff's good health, family members and neighbors provide support and healthcare units encourage yearly health check-ups. Social support questions that received the lowest average scores included: receiving advice and knowledge about asthma prevention from family members and neighbors. It revealed that social support not only involved physical and mental aspects, but also materials directly affecting receivers. Therefore, social support is necessary for human's health as well. As inferred from all the above, social support from family members' concern and care had the highest average score. Thai society still has family and relative contributions that still are a major role in providing patient care. However, social support about asthma caring and prevention advice from family members, neighbors and other media had low average scores. Thus, healthcare officers should advise and give asthma patient's family members and neighbors more knowledge about asthma care and prevention.

Discussion on self-care behavior

The study found that patients had good levels on relaxation aspects of self-care behavior. The five medium level aspects of self-care behavior included: seeking health treatment aspect, tiredness and dyspnea relief, nutritional aspect, exercising aspect and avoiding stimuli aspect. Considering all self-care behavior, healthcare aspect received the highest average scores. The second ranked were avoiding stimuli aspect followed by treatment platform aspect. Seeking health treatment, tiredness and dyspnea relief, nutritional, exercising and avoiding stimuli aspects were behaviors that patients used their own knowledge and abilities to protect and take care of themselves from asthma as in self-defense. However, regarding seeking for healthcare treatment

aspect, patients wanted to obtain knowledge about services as a healthcare service depending type. The study found that self-depending behavior type received higher average scores than service-depending behavior type. It showed that most patients had more self-depending behavior than healthcare service-depending behavior. Therefore, to encourage self-care behavior of asthma patients, healthcare services need to develop and build more accurate and appropriate self-depending behaviors in patient self-care. Discussion should be held on the related factors among population, economic and social aspects with self-care behavior of asthma patients In the study, discussion on the relationships among population, economic and social aspects such as sex, status, occupation, personal illness/disease, genetics, risk factors, duration of illness and knowledge had no relationship with self-care behavior of asthma patients. The relationship between stress and self-care behavior of asthma patients had no relationship with self-care behavior of asthma patients. Stress level was at an average level as mentioned above due to the 2011 flooding disaster. At that time, Uthai Hospital sent healthcare teams to take care of asthma patients in flooded areas not only concentrating on their physical but also their mental health. Stress management of asthma patients had a good level of social support so stress was only at an average level. The relationship between severity of asthma symptom and self-care behavior of asthma patients had no significant relationship because the patients had good and average knowledge levels about self-care. Discussion should be held on the relationship between knowledge about asthma and social support with self-care behavior of asthma patients. Knowledge about asthma and self-care behavior of asthma patients were unrelated because asthma patients already had good knowledge levels about asthma especially from high scores on questions like, “asthma is a human respiratory system disease” and “allergens such as dust and smoke stimulate asthma symptoms”. However, some questions that received low scores =and reflected low levels of knowledge about asthma such as, “drinking a lot of water is the asthma treatment procedure” and “breathing rate over 16 times per minute is acute dyspnea exacerbation”. It reflected that even though most patients had good knowledge about asthma, some knowledge was unclear and would affect self-care behaviors of asthma patients. Besides the knowledge about asthma, social support from family, colleagues and neighbors also had a significant relationship with self-care behaviors of asthma

patients. Because asthma is a disease requiring continuous treatment, families should take care of patients by avoiding allergens from patients and avoiding symptom stimulating situations. The study of the relationship between social support and self-care behavior of asthma patients revealed that the relationship between social supporting and self-care behaviors of asthma was significantly difference ($p\text{-value} < 0.001$). It indicated that patients who received high average scores on social support received good self-care behaviors. Patients who received medium scores on social support also had good self-care behavior. However, patients who received low scores on social support had low self-care behaviors. Social support is not only physical and mental but also involves materials and significantly necessary to health situation. In addition, communication between supporters and receivers, type of communication, social and supporting factor inputs, directly affected receivers.

Recommendations on research results

Recommendations on the usage of research policy

The Ayutthaya Provincial Public Health Office and Uthai Subdistrict Public Health Office should set strategies encouraging and supporting hospitals and Uthai Subdistrict Hospitals by setting care platforms for asthma patients concentrating on participation of patients, family, neighbors, organizations in the community, provincial administrative organizations and subdistrict administrative organizations in Ayutthaya Province. Yearly health check-up programs should encourage people in the community to follow self-care guidelines and shape correct and understandable knowledge about asthma.

Recommendations on adaptive usage of research

Uthai hospital and subdistrict hospitals should set healthcare platforms for asthma patient treatment. Regarding the research results on knowledge about asthma, asthma healthcare activities should be based on asthma systematic prevention, asthma knowledge and guidance and concentrate on social support like family, neighbors and colleagues. It should set these activities in asthma clinics, which are controlled by

multidisciplinary people like doctors, nurses, pharmacists and physiotherapists. These activities should be set continuously with cooperation from multidisciplinary people. Regarding the research's results on social support, based on this study, social support from family ,neighbors and colleagues had a significant role on asthma self-care and prevention guidance. Moreover, they could motivate patients to come for treatment. Even though medium scores were received on social support, low social support still exists. Consequently, patient home visiting should be further developed to motivate patients and their family members to learn and build understandable self-care knowledge. In addition, patient home visiting programs should concentrate on participation of family members, neighbors and colleagues by advising and updating asthma news not only caring but also preventing and pointing out asthma symptoms to them as well. Yearly health check-up programs should be developed, encouraged and supported by local leaders like subdistrict administrative organizations asking for the funding from national healthcare organizations to maintain and manage this program continuously. Regarding the research results on self-care behavior of asthma patients, most patients had medium levels of self-care behavior based on self-depending type. As a result, asthma patients' caring activities should concentrate concretely on building potency of patients and people in the community such as development of a prototype person and family on asthma caring, healthy people competition activities etc.

Recommendations on next study

Proactive strategies for reducing the number of asthma patients in the community should be studied as presently, asthma patients are on the rise. Qualitative research should be used for repeated asthma patients who often attend treatment in emergency rescue departments or hospitals as a case study about their illness. Chronic stress factors should be studied as they would affect self-care behaviors of patients as well.

รายการอ้างอิง

1. ชัยเวช นุชประยูร. ข่าวสารและความรู้จากชมรมผู้ป่วยโรคหืดภาคกลาง. 2543.
2. มูลนิธิโรคหอบหืดแห่งประเทศไทย[Internet]. กรุงเทพมหานคร: [cited 2011 June 11]. Available from: <http://www.asthma.or.th>.
3. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [Internet]. [cited 2011 June 11]. Available from: http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new/index.php.
4. สถาบัน NHLBI.National Heart Lung and Blood Institute; 1998.
5. Boonsawat, Charoenphan, Kiatboonsri. โรคหอบหืด. 2004.
6. ลิขวรรณ อุณนาภิรักษ์. อาการของโรคหอบหืด. 2542.
7. กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.พระนครศรีอยุธยา [Internet]. พระนครศรีอยุธยา: c2011 [cited 2011 June 11]. Available from: <http://www.ayo.moph.go.th/strategy/index.php>.
8. Holgate ST, Polosa R. The mechanisms, diagnosis, and management of severe asthma in adults. Lancet. 2006; 368(9537):780–93.
- 9.ชัยเวช นุชประยูร. ข่าวสารและความรู้จากชมรมผู้ป่วยโรคหืดภาคกลาง. 2543.
10. Phenotypic and genetic heterogeneity in a genome-wide linkage study of asthma families [Internet].[cited2011 June 13]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2466/5/1>.
11. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 5. Parental smoking and allergic sensitisation in children. Thorax 1998a; 53(2):117–23.
12. NHMRC Fact Sheet: Asthma (PDF, 254KB) [Internet]. [cited 2011 June 13]. Available from: <http://www.nhmrc.gov.au/grants/research-funding-statistics-and-data/funding-datasets/asthma#r2>.
13. Asthma Prevalence, Severity, and Management for Michigan Adults [Internet]. [cited 2011 June 13]. Available from: http://www.michigan.gov/documents/AsthmaPrevSevMgmnt_127071_7.pdf.

14. Expert Panel report 2: guidelines for the diagnosis and management of asthma. National Heart, Lung 1998.
15. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล.แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหอบหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก พ.ศ.2551. กทม; 2544.หน้า 8-9.
16. สมพงศ์ เกษมสิน. การบริหาร.พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เกษมสุวรรณ; 2514. หน้า 13-4.
17. Kanfl K Breitmayer B., Gallo A. & Zoeler L. (1996) *Family response*. 1990; 30(5):1017-1026
18. Merritt-Charles L, Chen D, Perera G, Koppada A, Hunte S: Use of herbal medicines by surgical outpatients at the Eric Williams Medical Sciences Complex.*WI Med J* 2003; 52(Suppl 1):23A.
19. Charlton I, Charlton G, Broomfield J, Mullee MA Evaluation of peak flow and symptoms only self-management plans for control of asthma in general practice. *Br Med J* 1990; 301:1355–1359.
20. Yawn. *Prim Care Resp J* 2008doi:10.3132/pcrj.2008.00004. Keywords *asthma*, 2005; 17(3): 138-147.
21. Merritt-Charles L, Chen D, Perera G, Koppada A, Hunte S: Use of herbal medicines by surgical outpatients at the Eric Williams Medical Sciences Complex.*WI Med J* 2003; 52(Suppl 1):23A.
22. Weinberger M. Asthma Management Guidelines. Therapeutic Strategies: The incidence of asthma is on the rise, for hospitalization and medical care due to asthma *J Pediatr*, 1987; 110: 627-644.
23. Singh AD, Sanderson CJ. Anti- interleukin 5 strategies as a potential treatment for *asthma*. *Thorax* 1997; 52: 483-5.
24. Zwar NA, Comino EJ, Hasan I, Harris MF. General Practitioner views on barriers and facilitators to implementation of the Asthma 3+ Visit Plan. *Medical Journal of Australia*. 2005; 183 (2): 64-67.
25. Guittet L. Management of acute asthma exacerbations by general practitioners: a cross-sectional observational survey. 2004; *Br J Gen Pract* 54:759.
26. Scarfone RJ, Zorc JJ, Capraro GC. Patient self-management of acute asthma: adherence to national guidelines a decade later. 2001; *Pediatrics*. Vol 108(6): 1332-1338.

27. สมเกียรติ Pitfall in management adult asthma (อ.สมเกียรติ). pdf. [Internet]. [cited 2011 June 15]. Available from: <http://www.tac.or.th/main.php>.
28. Moffat M, Cleland J, van der Molen T, Price D. Poor communication may impair optimal asthma care: a qualitative study. 2007; Family Practice 24(1):65-70.
29. Rauckhorst LM, Stokes SA, Mezey. MD. Community and home assessment. J Gerontol Nursing 1980; 6:319-27.
30. Low,CM, et al.Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. National Healthy Homes Env Health Persp 2006; 114:1574-80.
31. Sekerel BE, Saraclar Y, Tuncer A, Adalioglu G, Cetinkaya F. Standardization of methacholine inhalation challenge. Turk J Pediatr 1997; 39:165–172.
32. Brims F, Chauhan AJ (2005) Air quality, tobacco, Smoke, urban crowding and day care: modern menaces and their effects on health.Pediatr Infect Dis J. 2005 Nov; 24(11 Suppl):S152-6, discussion S156-7.
33. Aggarwal AN, Chaudhry K, Chhabra SK, D'Souza GA,Gupta D, Jindal SK, et al. for asthma Epidemiology Study Group. Prevalence a multicentre Study. Indian J Chest Dis Allied Sci 2006; 48: 13-22.
34. Jolanta Walusiak. Occupational upper airway disease.Current opinion in allergy and clinical immunology 2006; 6(1):1-6.
35. Douglass JA, Reddel HK.Double or nothing? Treating exacerbations of asthma. Intern Med J 2005; 35:689-691.
36. Vollmer WM ,Schatz M, Mosen D, Apter AJ, Zeiger RS, Stibolt TB, Leong A, Johnson MS, Mendoza G, Cook EF, et al. Relationships among quality of life, severity, and control measures in asthma: an evaluation using factor analysis. J Allergy Clin Immunol. 2005 May; 115(5):1049-55.
37. Kolbe J, Vamos M, Fergusson W, Elkind G, Garrett J,et al.. Differential influences on asthma self-management knowledge and self-management behavior in acute severe asthma. Chest. 1996 Dec; 110(6):1463–1468.
38. Snadden D, Brown JB. Asthma and Stigma Family Practice. 1991; 8:329-335.

39. Opolski M, Wilson I. Asthma and depression: a pragmatic review of the literature and recommendations for future research. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 1.2005; 18.
40. Goethe JW, Maljanian R, Wolf S, Hernandez P, Cabrera Y, et al. The impact of depressive symptoms on the functional status of inner-city patients with asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2001; 87:205–210.
41. Arolt V, Baune BT, Pohle K, Domscheke K, Roehrs T, et al. Medical comorbidity affects antidepressant treatment response in patients. Review of psychosocial stress and asthma. *Thorax* 1998; 53: 1066–1074.
42. คู่มือการฝึกอบรมการหายใจและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพปอดในผู้ป่วยโรคหืด[Internet]. [cited 2011 June 15]. Available from:

http://www.thaipedlung.org/mustknow_dek_01.php
43. Broom, Leonard and Phillip Selznick. *Sociology* fifty edition New York: Harper & Row publisher, 1968.
44. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2540. พิมพ์ลักษณ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์; 2540.
45. ชัยยง คັນสนิยุทธ. จิตวิทยา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ; 2542.
46. กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : ธรรมสาสน์; 2536.
47. สมจิตต์ สุวรรณทัศน์. พฤติกรรม. วารสาร “พฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนาชุมชน”; 2525. หน้า 6.01-6.02.
48. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. การวัดและการประเมินผลการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ; 2535.
49. ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวีน สุวรรณ. พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์; 2536. หน้า 15-27.
50. ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวีน สุวรรณ. พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์; 2536. หน้า 176.
51. บุญเยี่ยม ตรีภูมวงษ์. จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข ในเอกสารประกอบการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์; 2528. หน้า 594.

52. Pender, N. J. Health Promotion in Nursing Practice Stamford, CT: Appleton and Lange. 1996; 3rd ed. p. 67.
53. Wills, T.A., Cohen. Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 1985; 98: 310-358.
54. Caltabiano, M and Pearce, P. Inferring Travel Motivations from Travelers' Eaperiences. Journal of Travel Research,1983; 22(1):25-30.
55. Duffy, D.L., Mitchell, C.A., & Martin, N.G. Genetic and environmental risk factors for asthma: a cotwin-control study. Am J Respir Crit Care Med. 1998;157(3 Pt 1):840-5.
56. บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมแก้ปัญหาสาธารณสุขในเอกสารประกอบการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2535. หน้า 581-582.
57. บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์.จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข ในเอกสารประกอบการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ชวนพิมพ์; 2528. หน้า 594.
58. Wills, T.A., Cohen. Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 1985; 98: 310-358.
59. บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์.จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข ในเอกสารประกอบการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ชวนพิมพ์; 2528. หน้า 595.
60. บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์.จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข ในเอกสารประกอบการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ชวนพิมพ์; 2528. หน้า 598.
61. ญัฐธ มณีขาว. การประเมินการจัดการโรคหอบหืดในจังหวัดอุดรธานี (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
62. ครรชิต เติมจิตรฟอง. Improvement of Standard Treatment of Asthma at Manjakiree Hospital. Khon Kaen Medical Journal. 2550; ฉบับที่ 3 ปีที่ 31:231-240.
63. น้ำเพชร มาตาชนก. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยโรคหอบหืด (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550. หน้า 91.

64. จารุณี รื่นเหลือ. พฤติกรรมการใช้ยาฟันของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหอบหืดที่มารับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี
(วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545. หน้า 180.
65. เจษฎา ศรีงาม. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา(วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2547. หน้า 127.
66. เจษฎา ศรีงาม. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา(วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2547. หน้า 109-110.
67. วริญญา อุ่นเจริญ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหอบหืดอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
68. กฤษณา รัตนราชและคณะ. พฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืดวัย 1-5 ปี โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร(วิทยานิพนธ์). เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี; 2555.
69. กฤษณา รัตนราชและคณะ. พฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืดวัย 1-5 ปี โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร(วิทยานิพนธ์). เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี; 2555.
70. วรรณระวี อัครนิจ. ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
71. พิศมัย วรรณขาม. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี (วิทยานิพนธ์). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
72. วรรณระวี อัครนิจ. ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
73. พิศมัย วรรณขาม. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี (วิทยานิพนธ์). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
74. เนตรนพิศ ชาวसान. ผลของการให้ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดและครอบครัว (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
75. กรุณา เครือเนตร.ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กหอบหืดวัย 1-6 ปี ของครอบครัว(วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.

76. นวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามเลขที่....

สถานที่.....

แบบบันทึกข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย

เรื่อง ภาวะการเสื่อมของอัตราการกรองไต (GFR) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรัง
ระดับ 3 – 5 อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง

1. แบบบันทึกข้อมูลและสัมภาษณ์ผู้ป่วยชุดนี้มี 5 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย
 - ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ
 - ส่วนที่ 4 ผลการรักษาเบาหวาน
 - ส่วนที่ 5 ภาวะการเสื่อมของอัตราการกรองไต (GFR) ในระยะ 3 ปี
2. แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ใช้สำหรับหาข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น
3. แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 5 หน้า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในระบบคอมพิวเตอร์ Mbase ของโรงพยาบาลม่วงสามสิบ)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือเติมข้อความตามความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุปี

3. อาชีพหลักในปัจจุบันของท่านคืออะไร

() 1. ทำไร่ / ทำนา / ทำสวน () 2. ค้าขาย

() 3. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ () 4. อื่นๆ

4. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน () 1. ไม่ได้ศึกษา () 4.อนุปริญญา/ อาชีวศึกษา
() 2. ประถมศึกษา () 5.ปริญญาตรี/เทียบเท่า
() 3. มัธยมศึกษา () 6. ปริญญาโทขึ้นไป

5. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย/ หย่า / แยก

6. น้ำหนักตัวปัจจุบัน..... กิโลกรัม ส่วนสูง เมตร

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)กิโลกรัม/เมตร²

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย (เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือเติมข้อความตามความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับผู้ถูกสัมภาษณ์

7. ท่านป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นเวลา ปี

8. วิธีการรักษาโรคเบาหวาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1. ควบคุมอาหาร () 2. ยาฉีด () 3. ยารับประทาน

9. ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน (ยกเว้นโรคไตเรื้อรัง)

() 1. โรคนี้ () 2. โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำซ้อน () 3. โรคหัวใจและหลอดเลือด

() 4. ไม่มี

10. ท่านมีคนคอยดูแลช่วยเหลือในการรักษาเบาหวานหรือไม่

() 1. ไม่มี () 2. มี เกี่ยวข้องกับท่านอย่างไร

โปรดระบุ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ (เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ตามความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด เพียงคำตอบเดียว

11. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านมีพฤติกรรมในการประทานอาหาร ยาสมุนไพรและยาแผนปัจจุบันต่อไปนี้หรือไม่และบ่อยเพียงใด

ข้อ	Item	จำนวนครั้งต่อสัปดาห์หรือเดือน			
		ประจำ (>3 ครั้งต่อ สัปดาห์)	บางครั้ง 1-3 วันต่อ สัปดาห์	นานครั้ง เดือนละ 1-5 วัน	ไม่เคย รับประทาน
11.1	เติมเครื่องปรุงรสน้ำปลา ซอสปรุงรสในอาหารที่รับประทาน				
11.2	เติมเครื่องปรุงรสปลาร้าในอาหารที่รับประทาน				
11.3	เติมเครื่องปรุงรสเกลือแกง ในอาหารที่รับประทาน				
11.4	อาหารกึ่งสำเร็จรูป (มาม่า, ข้าวยำ, ฯลฯ)				
11.5	อาหารหมักดอง (ของดอง, กะปิ, ไข่กรอก, ฯลฯ)				
11.6	ขนมกรุบกรอบ				
11.7	อาหารแห้งหมักเค็ม (ปลาแดดเดียว, หมูแดดเดียว, เนื้อแดดเดียว, ฯลฯ)				
11.8	อาหารขายที่ปรุงเสร็จแล้ว				

ข้อ	Item	จำนวนครั้งต่อสัปดาห์หรือเดือน			
		ประจำ (>3 ครั้งต่อ สัปดาห์)	บางครั้ง 1-3 วันต่อ สัปดาห์	นานครั้ง เดือนละ 1-5 วัน	ไม่เคย รับประ- ทาน
11.10	ยาสมุนไพรแบบยาเม็ด พงละลายน้ำ หรือ ลูกกลอน				
11.11	ยาสมุนไพรแผนโบราณแบบน้ำ				
11.12	ยากลุ่มแก้ไอเสบข้อและกล้ามเนื้อจาก โรงพยาบาล				
11.13	ยากลุ่มแก้ไอเสบข้อและกล้ามเนื้อจาก ร้านขายยาในชุมชน				
11.14	ยากลุ่มแก้ไอเสบข้อและกล้ามเนื้อจาก คลินิกเอกชน				

12. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่

() ไม่สูบ (ข้ามไปตอบข้อ 1)

() สูบ (ข้ามไปตอบข้อ 2)

1. ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่

() ไม่เคยสูบ () เคยสูบ ท่านเลิกสูบบุหรี่เมื่ออายุ ปี

ระยะเวลาสูบ.....ปี

ความถี่ในการสูบ ครั้งต่อสัปดาห์

จำนวนที่สูบ มวนต่อวัน

2. สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน ท่านเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุปี

ความถี่ในการสูบ ครั้งต่อสัปดาห์

จำนวนที่สูบ มวนต่อวัน

13. ท่านผู้กำหนดประเภทของอาหารที่จะรับประทานในครอบครัวหรือไม่

() ผู้กำหนด () ไม่เป็นผู้กำหนด (ถ้าไม่ตอบข้อ14)

14. ใครเป็นผู้กำหนดประเภทของอาหารที่จะรับประทานในครอบครัว.....

() สามี () ภรรยา () บุตรสาว () บุตรชาย () อื่นๆ.....

ส่วนที่ 4 ผลการรักษาเบาหวาน (เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในระบบคอมพิวเตอร์ Mbase ของโรงพยาบาลม่วงสามสิบ)

15. ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย ในแต่ละปี

ปี พ.ศ. 2551 % ปี พ.ศ. 2552% ปี พ.ศ. 2553 %

16. ระดับไขมันในเลือด Cholesterol เฉลี่ย ในแต่ละปี

ปี พ.ศ. 2551 mg/dL ปี พ.ศ. 2552 mg/dL ปี พ.ศ. 2553
mg/dL

17. ระดับไขมันในเลือด Triglyceride เฉลี่ย ในแต่ละปี

ปี พ.ศ. 2551 mg/dL ปี พ.ศ. 2552 mg/dL ปี พ.ศ. 2553
mg/dL

18. ระดับความดันโลหิต เฉลี่ย ในแต่ละปี

ปี พ.ศ. 2551 mmHg ปี พ.ศ. 2552 mmHg ปี พ.ศ. 2553
mmHg

ส่วนที่ 5 ภาวะการเสื่อมของอัตราการกรองของไต (GFR) ในระยะ 3 ปี (เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้ป่วยนอกในระบบคอมพิวเตอร์ Mbase ของโรงพยาบาลม่วงสามสิบ)

19. ค่าสมรรถภาพไต (GFR) โดยใช้สูตร MDRD เฉลี่ย ในแต่ละปี

ปี 2551 mL/min/1.73m² ปี 2552 mL/min/1.73m²

ปี 2553 mL/min/1.73m²

ภาคผนวก ข
คำชี้แจงพหุทัศนะของผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ชื่อโครงการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด ในอำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. สถานที่ทำการวิจัย

อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

3. หัวหน้าโครงการ และที่อยู่ติดต่อได้

นายเสกสรรค์ ชวนะดีเลิศ โรงพยาบาลอุทัย อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ที่อยู่ติดต่อได้

โรงพยาบาลอุทัย 15 หมู่ที่ 5 ตำบล อุทัย อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
โทรศัพท์ 0-3571-4369

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์

ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะ/สถาบัน สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ที่สามารถติดต่อได้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โทรศัพท์ 0-2354-8536 โทรสาร 0-2640-9854 E-mail address phcms@mahidol.ac.th

4. บทนำและเหตุผลในการศึกษาวิจัยของโครงการวิจัยนี้ (อธิบายอย่างย่อโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย)

อาการหอบกำเริบเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินที่คุกคามต่อสุขภาพและชีวิตที่จะต้องมีการจัดการอย่างเร่งด่วน ความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญ

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคหอบหืดที่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาลเพื่อรับบริการที่ห้องฉุกเฉินอยู่บ่อยๆและเป็นสาเหตุสำคัญที่จำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากอาการหอบ

กำเริบ ซึ่งอาการกำเริบดังกล่าว โดยส่วนใหญ่มาจากสภาพแวดล้อม การปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง และการช่วยเหลือกันภายในครอบครัวและชุมชนรวมถึงความเครียดของผู้ป่วยหอบหืด ทั้งที่ผู้ป่วยหอบหืดได้รับการรักษาอยู่หรือรับประทานยาสม่ำเสมอ

จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจศึกษา ในประเด็นที่ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ในเขตอำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดมีอาการหอบหืดกำเริบขึ้น

5. วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด อำเภออุทัย

6. เหตุผลที่เชิญชวนให้ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

ท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติที่ตรงกับการศึกษาครั้งนี้ ดังนั้นจึงเชิญชวนท่านเข้าร่วมให้ข้อมูลในการศึกษา เพราะไม่สามารถศึกษาโดยวิธีการอื่น หรือจากแหล่งข้อมูลอื่นทดแทนได้

7. กิจกรรมการวิจัยที่จะเกี่ยวข้องกับท่าน เมื่อท่านสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จะมีดังต่อไปนี้

7.1 เมื่อท่านสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ท่านจะได้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป, ความรู้โรคหอบหืด, ระดับความรุนแรงของโรค, การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด จำนวน 89 ข้อ เมื่อมีข้อคำถามที่ไม่เข้าใจหรือมีปัญหาขณะเก็บข้อมูล ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยได้ตลอดเวลา

7.2 ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัย จะแจ้งเรื่องพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถามให้ ความชัดเจนเกี่ยวกับแบบสอบถาม และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะในผู้ที่เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น ทั้งนี้ผู้วิจัยจะไม่คาดคั้นหรือบังคับท่านให้ตอบแบบสอบถาม และผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิปฏิเสธได้โดยการไม่ตอบแบบสอบถาม

8. ระยะเวลาที่ท่านจะเข้ามาเกี่ยวข้องกับกิจกรรมของโครงการวิจัยนี้ (ทดลอง/รวบรวมข้อมูล)

ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 20 นาที

9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่อท่าน และต่อผู้อื่น

การศึกษาครั้งนี้แม้จะไม่เกิดประโยชน์ต่อท่านโดยตรง แต่ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น ดังนี้

1. เพื่อนำนำไปสู่การส่งเสริมการป้องกันหอบ ให้ชุมชนและสังคมได้รับทราบในวงกว้าง เป็นการหาแนวทางสำหรับสังคมที่จะส่งเสริมป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยหอบ
2. เพื่อเป็นข้อมูลในการหาแนวทางส่งเสริม ให้ผู้ป่วยหอบและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยหอบ

10. ความเสี่ยง หรือ ความไม่สบายใดๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับท่าน และ มาตรการหรือวิธีการในการป้องกัน หรือลดความเสี่ยงหรือความไม่สบายใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ในการตอบแบบสอบถามท่านจะไม่มีความเสี่ยงทางกายใด ๆ แต่อาจมีความไม่สบายใจที่จะต้องตอบคำถามที่เป็นส่วนตัวบางประการ อย่างไรก็ตามในระหว่างการตอบแบบสอบถาม ท่านสามารถสอบถามผู้ช่วยนักวิจัยที่ไปเก็บข้อมูลเพื่อให้ความชัดเจนก่อนตอบ ใช้เวลาในการตอบ ไม่เร่งรัด และถ้าคำถามข้อใดที่ท่าน ไม่สะดวกใจ และอึดอัดในการตอบ สามารถข้ามคำถามข้อนั้น หรือหยุด/เลิกตอบ เมื่อใดก็ได้

11. การดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่างๆ ของท่าน (ได้แก่ การเก็บรักษาข้อมูลจะอย่างไร เก็บไว้ที่ไหน ใครสามารถเข้าถึงข้อมูลได้บ้าง และมีวิธีการทำลายข้อมูลอย่างไร และเมื่อไร)

ผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลของท่าน เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย เมื่อนำข้อมูลเข้าสู่อีเลกทรอนิกส์ และตรวจสอบจนถูกต้องเรียบร้อยแล้ว จะทำลายแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมมาได้ทั้งหมด โดยเครื่องทำลายเอกสาร ผู้วิจัยรับรองว่าข้อมูลที่รับมาของผู้ป่วยโรคหอบหืด แต่ละคนถือเป็นความลับสูงสุด ไม่มีผู้ใดสามารถเข้าถึงได้

12. สิทธิการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

ท่าน มีสิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ทั้งนี้จะไม่กระทบต่อสิทธิที่ท่าน จะพึงมีพึงได้จากทั้งทางด้านสุขภาพ การดูแลรักษาและสิทธิใดๆ

**13. กรณีที่มีเหตุจำเป็น หรือฉุกเฉิน ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยสามารถติดต่อผู้รับผิดชอบโครงการ
ได้โดยสะดวกที่**

ชื่อ นาย เสกสรรค์ ชวนะดีเลิศ

ที่อยู่ (ในเวลาราชการ)

โรงพยาบาลอุทัย 15 หมู่ที่ 5 ตำบล อุทัย อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

โทรศัพท์ 0-3571-4369

ที่อยู่ (นอกเวลาราชการ)

240 หมู่ที่ 5 ตำบล ไผ่ลิง อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

โทรศัพท์ 0-3524-3240, 0-8182-9495-2

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ อาคารสาธารณสุขวิศิษฐ์ ชั้น 4
420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 0-2354-8543-9 ต่อ 1127, 7404 โทรสาร 0-
2640-9854

ภาคผนวก ก

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



Certificate of Approval
Ethical Review Committee for Human Research
Faculty of Public Health, Mahidol University

COA. No. MUPH 2012-122

Protocol Title : FACTORS ASSOCIATED WITH SELF CARE BEHAVIOR OF ASTHMA PATIENTS
IN U-THAI DISTRICT, PRANAKORN SRI AYUTTHAYA PROVINCE

Protocol No. : 78/2555

Principal Investigator : Mr. Seksan Chawanadelert

Affiliation : Master of Public Health
Faculty of Public Health, Mahidol University

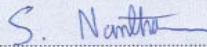
Approval Includes :

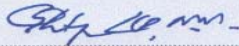
1. Project proposal
2. Information sheet
3. Informed consent form
4. Data collection form/Program or Activity plan

Date of Approval : 11 April 2012

Date of Expiration : 10 April 2013

The aforementioned project have been reviewed and approved according to the Declaration of Helsinki by Ethical Review Committee for Human Research, Faculty of Public Health, Mahidol University.


.....
(Assoc. Prof. Sutham Nanthamongkolchai)
Chairman of Ethical Review Committee for Human Research


.....
(Assoc. Prof. Phitaya Charupoonphol)
Dean of Faculty of Public Health

420/1 Rajvithi Road, Bangkok, Thailand 10400.
Tel. (662) 3548543-9 ext. 1127, 7404 Fax. (662) 6409854



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2012-122

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยหอบหืด
ในอำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

รหัสโครงการ : 78/2555

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นายเศกสรรค์ ขวณะดีเลิศ

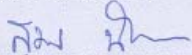
หน่วยงานที่สังกัด : หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารที่รับรอง : 1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย
4. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม

วันที่รับรอง : 11 เมษายน 2555

วันที่หมดอายุ : 10 เมษายน 2556

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเจตจำนงจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์สุธรรม นันทมงคลชัย)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

นายเสกสรรค์ ชวนะดีเลิศ

วัน เดือน ปีเกิด

21 กันยายน พ.ศ. 2513

สถานที่เกิด

กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.2531 – พ.ศ.2537

แพทยศาสตรบัณฑิต

ทุนการศึกษา/ทุนวิจัย/รางวัลที่ได้

ไม่มี

การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

ไม่มี

ที่อยู่ปัจจุบัน

240 หมู่ 5 ต.ไผ่ลิง อ.พระนครศรีอยุธยา

จ.พระนครศรีอยุธยา 13000

โทรศัพท์ 0-3524-3240

โทรศัพท์(มือถือ) 08-1829-4952

E-mail: seksancwd@yahoo.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

โทรศัพท์ 0-3571-1469

E-mail: seksancwd@yahoo.com